



5009-8. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA PRESENCIA DE BLOQUEO DE RAMA DERECHA DE NUEVA APARICIÓN EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Leticia Jaulent Huertas¹, Ana Laura Valcárcel Amante¹, José Carlos López Clemente¹, Marta Vicente Gilabert², Pedro Cano Vivar¹, Sandra Jaulent Huertas¹, Clara Melgarejo López¹, Luciano Consuegra Sánchez¹, José Galcerá Tomás² y Antonio Melgarejo Moreno¹, del ¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) y ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: En estudios previos se ha objetivado que la presencia de bloqueo de rama derecha de nueva aparición (BRDN) en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM), se asocia a un incremento en las complicaciones y mayor mortalidad. Nos propusimos valorar el impacto pronóstico de la presencia de BRDN en nuestra serie.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de 7.652 pacientes con IAM ingresados de forma consecutiva en 2 hospitales de la región. Se realizaron modelos de regresión logística binaria y de Cox para mortalidad a corto y largo plazo (mediana 7,2 años).

Resultados: Del total de 7.652 pacientes con IAM, se recogieron 319 con BRDN (4,16%), de los cuales 130 (1,6%) fueron nuevos permanentes, y 189 (2,4%) nuevos transitorios. Los pacientes con BRDN se caracterizaron por una mayor edad media (67,8 frente a 66,1%, $p = 0,03$), un perfil clínico similar y menores tasas de cardiopatía isquémica previa (40,4 frente a 50,1%, $p = 0,001$). Los pacientes con BRDN ingresaron con menor retraso (165 frente a 226 min, $p 0,001$), y más frecuencia presentaron clase Killip > I (42,6 frente a 23,6%, $p 0,001$) y clase Killip IV (13,2 frente a 3,2%, $p 0,001$). Los pacientes con BRDN presentaron mayor elevación del segmento ST (sumatorio total de elevación de segmento ST 13,2 frente a 7,1 mm, $p 0,001$), mayor elevación de CKMB (289 frente a 143 ng/dl, $p 0,001$), peor función ventricular (40 frente a 48%, $p 0,001$), tasas más altas de IAMCEST (94 frente a 74,4%, $p 0,001$), localización anterior del IAM (75,5 frente a 31,3%, $p 0,001$) y recibieron mayores tasas de reperusión (80,6 frente a 55,7%, $p 0,001$) y revascularización total (88,7 frente a 77,8%, $p 0,001$). Durante el ingreso los pacientes con BRDN presentaron en su evolución mayores tasas de clase Killip > I (53,6 frente a 29,1%, $p 0,001$) y Killip IV (26 frente a 8%, $p 0,001$), fibrilación auricular (23,2 frente a 14,1%, $p 0,001$), fibrilación ventricular (19,1 frente a 5,6%, $p 0,001$) y taquicardia ventricular (9,4 frente a 3%, $p 0,001$). Después de controlar por las características demográficas y clínicas, el BRDN resultó predictor de mortalidad hospitalaria; HR: 1,53 (IC95% 2,14-2,32) y a largo plazo; HR: 1,23 (IC95% 1,02-1,47).

Conclusiones: En nuestro estudio, la presencia de BRDN se asoció a peor situación clínica al ingreso y más complicaciones. El BRDN resultó ser predictor independiente de mortalidad a corto y largo plazo.