



6002-11. FIBRILACIÓN VENTRICULAR PRIMARIA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. UNA ARRITMIA PEOR DE LO QUE SE CREÍA

Nuria Vallejo Calcerrada, Álvaro Pinar Abellán, Marta Cubells Pastor, Alicia Prieto Lobato, Laura Expósito Calamardo, Raquel Ramos Martínez, Sonia Cebrián López, Pablo Valentín García, Cristina Ramírez Guijarro, Javier Navarro Cuartero, Juan G. Córdoba-Soriano, Juan José Portero Portaz, Gonzalo Gallego Sánchez, Francisco Manuel Salmerón Martínez y Miguel José Corbi Pascual

Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrilación ventricular primaria (FVp) es una complicación infrecuente pero grave del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) aunque clásicamente no se asociaba a un peor pronóstico pasada la fase aguda.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes (p) con IAMCEST que presentaron FVp comparado con aquellos sin FV en una serie de 2239 p ingresados en la unidad de críticos cardiovasculares (UCIC) de nuestro hospital entre los años 2012 y 2021. El objetivo es analizar las características basales, la evolución intrahospitalaria y la mortalidad a un año de los p con IAMCEST que presentan FVp en la era de la angioplastia primaria.

Resultados: Del total de 2.239 p con IAMCEST, 164 (7%) presentaron FVp. Los pacientes con FVp eran más frecuentemente varones (83%) con una mediana de edad de 62 años. Algunos presentaban hipertensión arterial (51%), dislipemia (40%), diabetes (19%), cardiopatía isquémica previa (14%) y fibrilación auricular (7%). El tipo de IAM más frecuente fue el inferior (54%) seguido del anterior (45%) y la media de tiempo desde los síntomas hasta la apertura de la arteria fue de 268 (\pm 449) minutos en pacientes con FVp. Los pacientes con FVp presentaron IAM más extenso con disfunción ventricular grave (FEVI media 38 vs 46%) y mayor masa miocárdica necrótica (troponina T ultrasensible (Tus) media 5.129 pg/ml -N 14- y CK media 3700 U/l -N 174-, frente a Tus 4352 y CK 2036 en p sin FV). Los p con FVp presentaron formas más graves de IAM: Killip IV inicial (40 vs 8%), intubación orotraqueal (34 vs 2%), uso de drogas vasoactivas (46 vs 12%) e inserción de balón de contrapulsación intraaórtico (14 vs 0,7%). La mortalidad durante el ingreso en UCIC fue más elevada en pacientes con FVp que en pacientes sin FV, 12 pacientes (7%) frente a 36 pacientes (2%), respectivamente. Al año de seguimiento los p con FVp presentaron mayor mortalidad de causa cardiovascular (11% frente al 3%).

Características de los pacientes con infarto y fibrilación ventricular primaria y pacientes con infarto sin fabricación ventricular

FV primaria (n = 164)

Sin FV (n = 2.111)

Varones	136 (83%)	1.622 (78%)
Media edad (años)	62 (\pm 13)	65 (\pm 13)
Hipertensión	84 (51%)	124 (60%)
Diabetes	32 (20%)	568 (27%)
Cardiopatía isquémica	24 (15%)	241 (12%)
IAM anterior	73 (45%)	820 (40%)
IAM inferior	88 (54%)	119 (54%)
Tiempo apertura arteria (minutos)	268 (\pm 449)	300 (\pm 462)
FEVI (%)	38 (\pm 13)	46 (\pm 12)
Troponina (pg/ml), N 14	5.129 (\pm 3.444)	4.352 (\pm 3.310)
CK (U/l), N 174	3.700 (\pm 5.214)	2.036 (\pm 1.908)
Killip IV	65 (40%)	163 (8%)
Aminas	76 (46%)	513 (12%)
BCIAO	23 (14%)	14 (0,7%)
IOT	55, 34%	39 (2%)
Mortalidad UCIC	12 (7%)	36 (2%)
Mortalidad CV 1 año	18 (11%)	63 (3%)

IAM, infarto agudo de miocardio; FEVI, fracción de eyección del ventrículo izquierdo; BCIAO, balón de contrapulsación intraaórtico; IOT, intubación orotraqueal; UCIC, unidad de críticos cardiovasculares; CV, cardiovascular.

Conclusiones: Los pacientes con IAMCEST y FVp cursan con infartos más extensos, estado clínico de gravedad y necesidad de medidas terapéuticas agresivas. Estos p presentan mayor mortalidad hospitalaria y en el seguimiento. En nuestro estudio la FVp se asocia a peor pronóstico a corto y largo plazo.