

[IMPRIMIR](#)25 NOV 10 | [Síndromes coronarios agudos](#)

Arritmias ventriculares y mortalidad en el síndrome coronario agudo

La presencia de arritmias ventriculares durante la internación de pacientes que cursan síndrome coronario agudo se asoció con mayor mortalidad intrahospitalaria y luego de 6 meses.

Introducción

En el contexto de un infarto agudo de miocardio (IAM), la presencia de arritmias ventriculares (AV) constituye una de las causas más frecuentes de muerte. En este sentido, el perfeccionamiento en la detección y tratamiento de las AV, mejoró el pronóstico del infarto en las unidades coronarias.

En pacientes que cursan un infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IMEST), las AV son un predictor de riesgo independiente de mortalidad tanto a corto como a largo plazo.

El objetivo del presente trabajo fue describir la incidencia y el pronóstico asociados con las AV, en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). Adicionalmente, se intentó identificar los rasgos clínicos vinculados con mayor riesgo de presentar AV.

Métodos

Se analizaron los datos del *Global Registry of Acute Coronary Events* (GRACE), que es un estudio de pacientes que ingresaron por SCA a alguno de 123 hospitales en 14 países de América del Norte y del Sur, Europa, Australia y Nueva Zelanda.

Fueron incluidos los individuos mayores de 18 años, con diagnóstico presuntivo de SCA o historia previa de SCA, más alguna de las siguientes características: cambios electrocardiográficos sugestivos de SCA, elevación seriada de marcadores de necrosis (creatinina quinasa o troponina) o enfermedad coronaria documentada. Luego, se realizó un seguimiento de los pacientes durante aproximadamente 6 meses.

Adicionalmente, se obtuvo información acerca de las características demográficas, historial médico, hallazgos bioquímicos y electrocardiográficos, presentación clínica, tratamiento y evolución de los enfermos. Además, se dividió a los participantes dentro de las categorías IMEST, IM sin elevación del segmento ST o angina inestable.

Se consideró como IMEST a la presencia de una nueva elevación del segmento ST mayor de 1 mm en cualquier derivación o un bloqueo completo de rama izquierda nuevo, asociado con la elevación de por lo menos un marcador bioquímico. Por otro lado, se definió como IM sin elevación del segmento ST al incremento de un marcador bioquímico en ausencia de cambios electrocardiográficos. Finalmente, se diagnosticó angina inestable ante la ausencia de elevación de marcadores de necrosis.

Los autores definieron como AV a la presencia del criterio de valoración compuesto de fibrilación ventricular (FV) o paro cardíaco (PC) y taquicardia ventricular sostenida (TV). En este sentido, consideraron como FV o PC a la presencia de ondas irregulares de morfología variable en el electrocardiograma, sin QRS u ondas T visibles, que resultaron en compromiso hemodinámico que requirió cardioversión eléctrica. Asimismo, se definió como TV a la presencia de complejos regulares y anchos de origen ventricular, con una duración mayor de 30 segundos o que requirieron terminación debido a compromiso hemodinámico. Finalmente, se clasificó a los pacientes como portadores de TV únicamente, FV o PC, o ninguna arritmia.

Los expertos realizaron múltiples análisis de regresión logística, a fin de identificar los factores asociados con la presencia de AV. Además, analizaron el impacto de éstas en el pronóstico intrahospitalario y utilizaron variables como edad, historial médico, la clase funcional o escala de Killip y Kimbal (que mide el grado de insuficiencia cardíaca en pacientes con IAM) y presencia de insuficiencia cardíaca en la internación.

Resultados

Fueron analizados 52 967 pacientes que se presentaron con SCA entre abril de 1999 y abril de 2006 y se excluyeron a 587 por falta de información acerca de la presencia de AV. Observaron que los individuos con AV eran de mayor edad, más

frecuentemente mujeres, y tuvieron mayor mortalidad durante la internación.

Luego del análisis de regresión logística, los investigadores observaron que 10 variables se asociaron con mayor riesgo de presentar AV (PC al ingreso, elevación del segmento ST, clase funcional o escala de Killip y Kimbal, antecedentes de insuficiencia cardíaca, edad, antecedentes de accidente cerebrovascular, marcadores cardíacos elevados al ingreso, creatinina sérica elevada, tabaquismo y frecuencia cardíaca elevada), y 3 se relacionaron con menor riesgo de presentar AV (presión arterial elevada, antecedentes de IAM, antecedentes de intervención coronaria percutánea).

La frecuencia global de AV fue del 6.9%, de la cual el 1.8% fue TV y el 5.1% FV/PC. Además, los pacientes con IMEST tuvieron AV con mayor frecuencia que aquellos con infarto sin elevación del segmento ST o angina inestable ($p < 0.001$).

Por otro lado, los autores describen que la incidencia de AV disminuyó significativamente con el paso del tiempo (8% en 1999, 7% en 2002, 5.8% en 2005; $p < 0.001$), a expensas de un descenso de la FV o PC.

Adicionalmente, observaron que los pacientes que desarrollaron FV/PC se encontraban recibiendo menor cantidad de drogas recomendadas para este tipo de enfermos, como aspirina, betabloqueantes o inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

Finalmente, refieren que la presencia de AV durante la internación se asoció con mayor riesgo de muerte. Seis meses después del alta, la mortalidad fue mayor en el grupo que presentó FV/PC que en los que presentaron TV o ninguna AV.

Discusión

Los expertos opinan que la frecuencia de AV durante la internación es similar a la descrita en otros estudios en pacientes con SCA, y se asocia con peor pronóstico tanto a corto como a largo plazo.

Resaltan el hecho de que los sujetos que no presentaron AV tenían más antecedentes de enfermedad coronaria, intervenciones coronarias o cirugía de revascularización miocárdica, situación que indica historia de angina o infarto, y que probablemente sobrevivieron a AV anteriores. Además, los valores más elevados de presión arterial observados en este grupo, pueden ser sugestivos de menor incidencia de insuficiencia cardíaca.

Los expertos opinan que la predicción de la incidencia de AV es de utilidad a la hora de tomar decisiones, dado que su presencia se asocia con un peor pronóstico. Por otro lado, observaron una menor incidencia de AV con el tiempo, en especial por menor incidencia de FV o PC. Refieren que la utilización de drogas recomendadas fue mayor a medida que progresó el tiempo, hecho que pudo favorecer la reducción en la incidencia de las AV. Por lo tanto, sugieren que los médicos deben prescribir drogas recomendadas para mejorar el pronóstico de los pacientes.

Por otro lado, resaltan que la presencia de efectos adversos fue más frecuente en el grupo que presentó FV o PC. Estos enfermos presentaron eventos tanto relacionados con la isquemia como no relacionados con ésta, como trombocitopenia o sangrado grave. Por lo tanto, sostienen que los individuos con AV se encuentran en riesgo de sufrir eventos cardiovasculares y hematológicos adversos, como hemorragias.

Por otro lado, refieren que se observaron mayores tasas de mortalidad en el presente estudio en comparación con otros trabajos. Sugieren que, en el ensayo actual, se trataba de pacientes de alto riesgo que cursaban un infarto, con elevación del segmento ST o sin ella. En este sentido, algunos investigadores han postulado que la presencia de AV constituye un marcador de riesgo incrementado de muerte. Por lo tanto, consideran que es de gran relevancia la identificación de individuos con chances de presentar AV, para mejorar su pronóstico. Sin embargo, admiten que el valor pronóstico de la FV fue escaso. Refieren que la mayoría de los casos de FV se produjeron durante las 24 horas iniciales y descendió con la progresión de los días. En este sentido, consideran que la mayor prevalencia de FV en pacientes con IMEST se debe a la terapia de reperfusión, sin valor pronóstico en la evolución.

Finalmente, admiten como limitación haber excluido a los pacientes que fallecieron antes de llegar al hospital, además de no haber medido la fracción de eyección ni el tiempo transcurrido entre el inicio de la AV en relación con la terapia de reperfusión.

 [IMPRIMIR](#)



Todos los derechos reservados | Copyright 1997-2010