

## Artículo original

# Impacto de la fibrilación ventricular que complica el curso de un síndrome coronario agudo en la incidencia a largo plazo de muerte súbita cardiaca



Belén Álvarez-Álvarez\*, Noelia Bouzas-Cruz, Emad Abu-Assi, Sergio Raposeiras-Roubin, Andrea López-López, María Cristina González Cambeiro, Carlos Peña-Gil, José María García-Acuña y José Ramón González-Juanatey

Servicio de Cardiología y Unidad Coronaria, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

## Historia del artículo:

Recibido el 4 de agosto de 2014

Aceptado el 3 de noviembre de 2014

On-line el 21 de marzo de 2015

## Palabras clave:

Fibrilación ventricular  
Síndrome coronario agudo  
Muerte súbita

## RESUMEN

**Introducción y objetivos:** Existe escasa información sobre el efecto de la fibrilación ventricular que complica un síndrome coronario agudo en la incidencia a largo plazo de muerte súbita cardiaca. Se analiza dicho efecto en una cohorte contemporánea de pacientes con síndrome coronario agudo.

**Métodos:** Entre diciembre de 2003 y diciembre de 2012, se estudió a 5.302 pacientes consecutivos con síndrome coronario agudo. Se comparó la mortalidad hospitalaria y tras el alta por grupos según la presencia o ausencia de fibrilación ventricular.

**Resultados:** Tenían fibrilación ventricular 163 (3,1%) pacientes; en el 72,4% se trataba de fibrilación ventricular precoz. La mortalidad hospitalaria fue el 36,2% del grupo con fibrilación ventricular y el 4,7% del grupo sin fibrilación ventricular ( $p < 0,001$ ). La mortalidad tras  $4,7 \pm 2,6$  años del alta fue el 30,7% del grupo con fibrilación ventricular y el 24,7% del otro grupo ( $p = 0,23$ ). La presencia de fibrilación ventricular no se asoció, tras ajustar por varias variables confusoras, a un incremento del riesgo de muerte (*hazard ratio* = 1,29; intervalo de confianza del 95%, 0,90-1,87). Se pudo determinar la causa de la muerte del 72% de los pacientes: la incidencia de muerte súbita fue del 12,9% del grupo de fibrilación ventricular y el 11,9% del otro grupo ( $p = 0,71$ ); la mortalidad por causa cardiovascular fue similar: el 35,5 y el 34,4% respectivamente.

**Conclusiones:** Superada la fase de hospitalización, no parece que haya un aumento del riesgo de muerte súbita cardiaca o de otra causa cardiovascular en los pacientes cuyo síndrome coronario agudo se complica con fibrilación ventricular.

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Impact of Acute Coronary Syndrome Complicated by Ventricular Fibrillation on Long-term Incidence of Sudden Cardiac Death

### ABSTRACT

**Introduction and objectives:** There is little information on the effect of acute coronary syndrome complicated by ventricular fibrillation on the long-term incidence of sudden cardiac death. We analyzed this effect in a contemporary cohort of patients with acute coronary syndrome.

**Methods:** We studied 5302 consecutive patients with acute coronary syndrome between December 2003 and December 2012. We compared mortality during and after hospitalization according to the presence or absence of ventricular fibrillation.

**Results:** Ventricular fibrillation was observed in 163 (3.1%) patients, and was early onset in 72.4% of these patients. In-hospital mortality was 36.2% in the group with ventricular fibrillation and 4.7% in the group without ( $p < .001$ ). After a mean follow-up of 4.7 years (standard deviation, 2.6 years), mortality was 30.7% in the ventricular fibrillation group and 24.7% in the other group ( $P = .23$ ). After adjusting for confounding variables, the presence of ventricular fibrillation was not associated with an increased risk of death in the follow-up period (*hazard ratio* = 1.29; 95% confidence interval, 0.90-1.87). The cause of death was established in 72% of patients. The incidence of sudden death was 12.9% in the ventricular fibrillation group and 11.9% in the other group ( $P = .71$ ). Cardiovascular-cause mortality was also similar between the 2 groups (35.5% and 34.4%, respectively).

## Keywords:

Ventricular fibrillation  
Acute coronary syndrome  
Sudden death

\* Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología y Unidad Coronaria, Hospital Clínico Universitario de Santiago de compostela, A Choupana s/n, 15706 Santiago de Compostela, A Coruña, España.

Correos electrónicos: [belenalvarezalvarez85@gmail.com](mailto:belenalvarezalvarez85@gmail.com), [noeliabouzas@gmail.com](mailto:noeliabouzas@gmail.com) (B. Álvarez-Álvarez).

**Conclusions:** Patients with acute coronary syndrome complicated by ventricular fibrillation who survive the in-hospital phase do not appear to be at an increased risk of sudden cardiac death or other cardiovascular-cause death.

Full English text available from: [www.revespcardiol.org/en](http://www.revespcardiol.org/en)

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Abreviaturas

DAI: desfibrilador automático implantable  
FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo  
FV: fibrilación ventricular  
IAM: infarto agudo de miocardio  
IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST  
SCA: síndrome coronario agudo

## INTRODUCCIÓN

La muerte súbita de origen cardíaco es una de las principales causas de muerte en los países occidentales<sup>1,2</sup>, y probablemente representa el desafío más importante de la cardiología moderna.

El reconocimiento de sus posibles causas y mecanismos<sup>3</sup> está dirigido a conseguir una estratificación del riesgo más eficaz. La principal causa de muerte súbita es la fibrilación ventricular (FV) que puede complicar el curso agudo de un síndrome coronario agudo (SCA)<sup>2</sup>. Aunque se ha reducido su frecuencia en los últimos años<sup>2</sup>, la FV continúa siendo un indicador de mal pronóstico a corto plazo<sup>4,5</sup>. En cambio, la influencia pronóstica a medio y largo plazo de la FV que complica un SCA, especialmente en lo concerniente a un posible incremento del riesgo de muerte súbita cardíaca, está peor caracterizada<sup>4-10</sup>. A pesar de ello, en las vigentes directrices de prevención secundaria de muerte súbita no se recomienda implante precoz de un desfibrilador automático implantable (DAI) para pacientes cuyo SCA se complica con FV<sup>11</sup>. Dichas recomendaciones se sustentan en que, una vez corregida la isquemia aguda con revascularización y usando las terapias farmacológicas de demostrada eficacia pronóstica, se reduce el riesgo de FV recurrente. Sin embargo, en los últimos años se ha cuestionado esa base argumental y se ha señalado que las terapias de revascularización y farmacológica no son completamente capaces de abolir el riesgo de futuros eventos arrítmicos fatales<sup>12-14</sup>.

En este trabajo se describe el pronóstico a largo plazo de pacientes con SCA complicado con FV y se proporcionan datos sobre la incidencia de muerte súbita cardíaca en esos pacientes.

## MÉTODOS

### Población de estudio

Estudio de cohortes retrospectivo basado en el registro CardioCHUS, que incluyó a todos los pacientes ingresados consecutivamente en el Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (Unidad Coronaria, Unidad de Intermedios y planta de hospitalización), desde diciembre de 2003 a diciembre de 2012, con el diagnóstico de SCA (n = 5.640).

Excluimos a los pacientes con SCA no confirmado (n = 114), además de aquellos (n = 224) cuyo SCA fue precipitado en los siguientes contextos: cirugía reciente, pancreatitis, colecistitis,

consumo de tóxicos, anemia grave (hemoglobina < 7 g/dl) o sepsis. Así, la cohorte final del presente estudio se compone de 5.302 pacientes con el diagnóstico principal y definitivo de SCA.

Se revisó la historia clínica de los pacientes con diagnóstico de parada cardíaca en el contexto de SCA para identificar e incluir a los pacientes con diagnóstico de FV. El diagnóstico de parada cardíaca por FV se confirmó en presencia de trazados compatibles (arritmia rápida desorganizada con ondas irregulares de morfología inconsistente en la que los complejos QRS son indistinguibles de las ondas T), además del contexto clínico. Se clasificó a los pacientes en dos grupos según si sufrieran FV o no. Dentro del subgrupo de FV, distinguimos entre FV precoz ( $\leq 48$  h) y FV tardía ( $> 48$  h). Los episodios de FV periprocedimiento invasivo no se consideraron como eventos de FV en nuestro estudio.

Los SCA se clasificaron en infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del segmento ST (IAMCEST) (elevación del segmento ST  $\geq 1$  mm en al menos dos derivaciones contiguas, bloqueo de rama izquierda nuevo o presumiblemente nuevo) y SCA sin elevación del segmento ST (SCASEST) (IAM sin elevación del ST y angina inestable). A los pacientes con ritmo de marcapasos y ausencia de elevación persistente del ST o bloqueo de rama izquierda conocido, se los clasificó como SCASEST.

La cuantificación de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) se realizó por ecocardiografía durante la hospitalización, según el método de Simpson.

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki.

### Objetivo y seguimiento

El objetivo del estudio es analizar el efecto pronóstico de la FV en la mortalidad intrahospitalaria, la mortalidad total y la causa de muerte a largo plazo.

Tras el alta, se siguió a los pacientes en una consulta monográfica de cardiopatía isquémica y por atención primaria. El seguimiento estructurado se realizó a través de la historia electrónica (única en la Comunidad Autónoma de Galicia, programa IANUS), en la que se revisaron todas las asistencias médicas y los registros hospitalarios; en determinados casos se recurrió al contacto telefónico. La media de seguimiento fue  $4,7 \pm 2,6$  años; no había datos disponibles sobre el estado vital de 150 (3%) pacientes supervivientes al ingreso (el 3,8% del grupo de FV frente al 3,0% del otro grupo;  $p = 0,83$ ), por lo que se los excluyó del análisis de supervivencia.

Para la clasificación de las causas de muertes, se ha empleado la clasificación de las causas de muerte que nuestro grupo había usado previamente<sup>15</sup>. Se definió muerte súbita como la muerte inesperada de un paciente que hasta entonces había estado estable; puede ser en presencia (con o sin la documentación de la arritmia) o ausencia de testigos (si el paciente había sido visto en las 24 h anteriores a la muerte, pero no había mostrado datos premonitorios de insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio u otra causa clara de la muerte). En este estudio, se consideró descarga apropiada de un DAI por FV como un evento de muerte súbita. Se definió muerte de origen cardiovascular (cardíaca y vascular no cardíaca) como la debida a insuficiencia cardíaca

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012907>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012907>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)