



IC-29. - FIBRILACIÓN-FLUTTER AURICULAR, RITMO SINUSAL Y BLOQUEO DE RAMA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA. MORTALIDAD Y REINGRESOS. ESTUDIO COMPARATIVO

B. Sierra Bergua¹, B. Amores Arriaga², F. Ruiz Laiglesia², F. Ruiz Ruiz¹, D. Sáenz Abad¹, M. Sampériz Legarre², M. Aibar Arregui², J. Pérez Calvo²

¹Servicio de Urgencias, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Valorar si el bloqueo de rama (BR) se asocia a mayor mortalidad o tasa de reingreso en pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (IC). Valorar si la fibrilación auricular o el flutter auricular (FA-F) se asocian a mayor mortalidad o tasa de reingreso en pacientes ingresados con diagnóstico de IC.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes ingresados desde el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa con el diagnóstico principal de IC. Análisis de la tasa reingresos (en los tres y doce meses tras el alta), y de la mortalidad global y por causa cardiovascular (durante el ingreso, tres meses, al año y dos años tras el alta) según el ritmo (sinusal o FA-F) y la existencia o no de BR.

Resultados: Fueron objeto de estudio 898 sujetos, con una edad media de 76,4 años. Existe leve predominio de sexo femenino 53,3% (479). 193 (21,5%) presentaron ritmo sinusal (RS) frente a 705 (78,5%) que tenían FA-F. En RS existe mayor comorbilidad tipo diabetes mellitus (29,8%) y dislipemia (32,2%) y la FEVI es inferior que en FA-F. Presentaron trastorno de la conducción tipo BR 376 pacientes (41,8%); un 25,6% BRIHH y 17,1% BRDHH. De los 193 pacientes (21,5%) que presentaban RS, 45 (23,39%) no presentaron ningún tipo de bloqueo y 148 (76,7%) presentaron BR. La FEVI en los pacientes en RS con BR es significativamente menor. En la variable reingreso en este grupo, se observó que los pacientes sin BR, reingresan más en el primer año ($p = 0,027$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la variable mortalidad. Se realizó un análisis de supervivencia combinando reingreso y mortalidad, sin observándose diferencias significativas. De los 705 pacientes con FA-F, 236 (33,5%) presentaban BR (131 pacientes BRIHH y 105 BRDHH). En éste caso, el grupo FA-F con BR tiene predominio de sexo masculino (52,5% $p = 0,008$), con mayor edad (79) y comorbilidad EPOC (26,3% $p = 0,01$), y menor FEVI ($p = 0,0001$). Al analizar reingresos, no hubo diferencias estadísticamente significativas. Sólo hubo diferencias en la variable mortalidad durante el ingreso, tanto global (no BR 1,3%; BR 3,8% $p = 0,028$), como de causa cardiovascular (no BR 1,3%; BR 3,8% $p = 0,028$). Se realizó un análisis de supervivencia con las principales variables resultado (reingreso, mortalidad) en función de presencia o ausencia de bloqueo, no observándose diferencias significativas en ninguna de las variables.

Discusión: Hay un claro predominio de FA (72%), que aumenta su prevalencia con la edad y evolución de la enfermedad cardíaca. La presencia de BR ocurre hasta en el 41,8% de los pacientes del estudio, un dato

superior de otras series (25-30%), con leve predominio del BRIHH. En relación al BR en pacientes con IC en RS, hay estudios que lo asocian a un peor pronóstico. En nuestra muestra hay una mayor tasa de reingresos en aquellos con RS sin BR que podría justificarse por la mayor comorbilidad y el tipo de muestra. Es controvertido si la presencia de FA-F en IC se asocia a peor pronóstico. En nuestra muestra, sólo su asociación con BR ha evidenciado una mayor tasa de muerte durante el ingreso, probablemente porque forman parte de éste subgrupo pacientes de más edad y con más EPOC.

Conclusiones: 1. Los pacientes en ritmo sinusal sin bloqueo de rama ingresan más durante el primer año tras el alta. 2. La fibrilación auricular se asocia con mayor mortalidad durante el ingreso sólo cuando se combina con bloqueo de rama.