

Complicaciones arrítmicas en SCACEST: incidencia, predictores y pronóstico

Manuel Sánchez Suárez(1), María Salgado Barquinero(1), Andrés Álvarez Gato(1), Alberto Alén Andrés(1), Daniel Suárez Fernández(1), Marcel Almendarez Lacayo(1), Hugo Javier Aguado Solana(2), Diego Argüelles Vicente(2), Íñigo Lozano Martínez-Luengas(2), Francisco González Urbistondo(3), Laura Pérez Bacigalupe(1), Alejandro Gullón de la Roza(1), Paula Bouzón Iglesias(1), Pablo Avanzas Fernández(1) y Antonio Adeba García(2) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España y (3)Servicio de Cardiología. Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria) - España

Introducción: Las arritmias son una complicación frecuente del síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST). Su aparición puede reflejar peor pronóstico. El objetivo fue analizar la incidencia, los factores de riesgo y el pronóstico de la aparición de distintas arritmias en pacientes con SCACEST.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 270 pacientes consecutivos con SCACEST sometidos a angioplastia primaria entre enero de 2024 y diciembre de 2025.
Las arritmias se clasificaron en supraventriculares (fibrilación auricular (FA) de novo, flutter u otras), taquicardias ventriculares no sostenidas (TVMNS), taquicardias ventriculares sostenidas/ fibrilación ventricular (TVS/FV)y bradiarritmias (bloqueo auriculoventricular (BAV) completo). Se analizaron variables clínicas, analíticas y angiográficas. Se realizaron modelos de regresión logística para identificar predictores independientes y regresión de Cox para evaluar su impacto pronóstico.

Resultados: La incidencia global de arritmias fue del 26,7%, siendo las ventriculares las más frecuentes, seguidas de las supraventriculares y el bloqueo auriculoventricular completo (figura 1).
La aparición de TVS o FV se asoció a mayor gravedad clínica, con mayor frecuencia shock cardiogénico (SC) (30,0% vs 8,8%; p=0,003), disfunción ventricular (50,0% vs 20,8%; p=0,003) y mayores niveles de troponina y NT-proBNP. En el análisis multivariante, el SC (OR 3,84; p=0,016), la disfunción (OR 3,12; p=0,022) y troponina elevada (OR 2,68; p=0,046) fueron predictores independientes.
La FA de novo se asoció a mayor edad, dilatación auricular izquierda y niveles elevados de NT-proBNP, mientras que el BAV completo se relacionó con infarto inferior.
El 60% de las TVS o FV ocurrieron en fase periprocedimiento y estas arritmias se asociaron a mayor estancia hospitalaria y mayor mortalidad (25,0%) (tabla 1). Sin embargo, tras ajuste multivariante, las TVS no se identificaron como predictores independientes de mortalidad.

Conclusiones: Las arritmias son frecuentes en el SCACEST y se asocian a mayor gravedad clínica y peor evolución intrahospitalaria. Las arritmias ventriculares sostenidas identifican un subgrupo de alto riesgo, con aparición precoz

en el contexto del evento agudo. Su presencia debe alertar sobre la necesidad de monitorización intensiva y manejo optimizado desde fases iniciales.

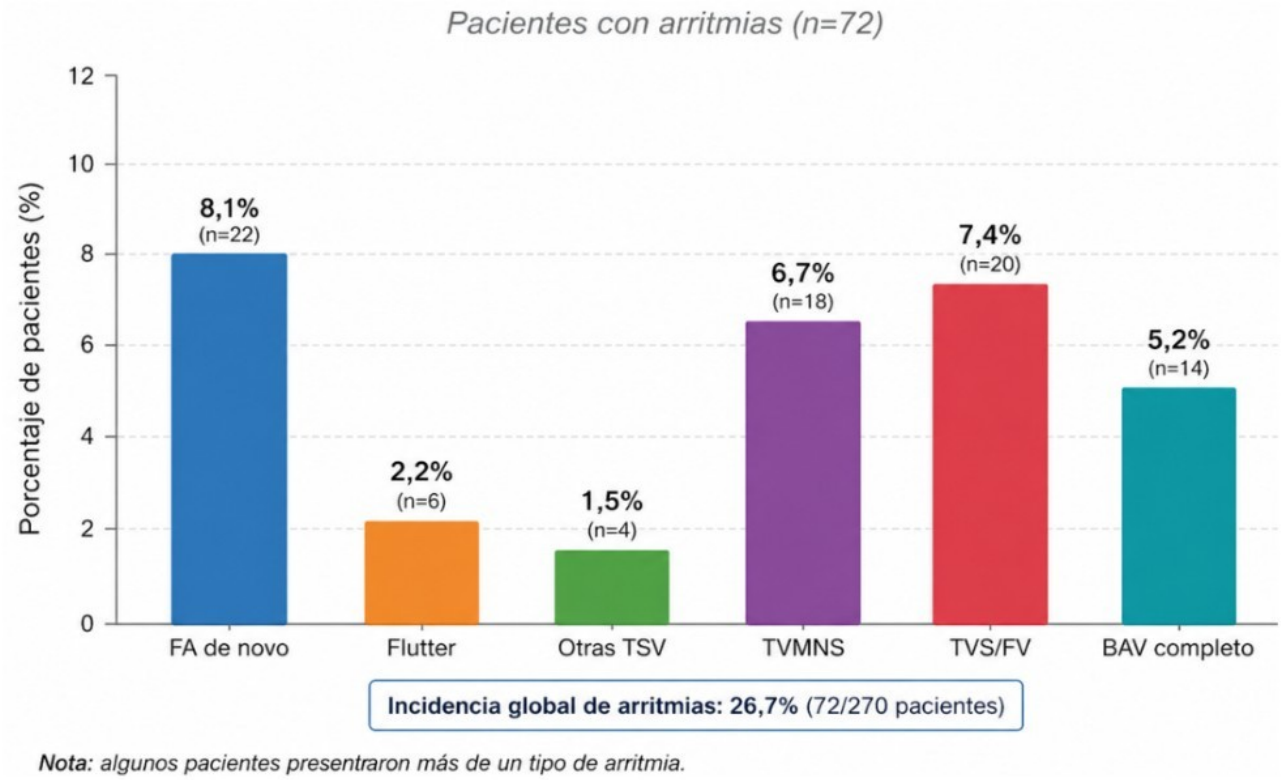


Tabla 1. Evolución según el tipo de arritmia. Se observó un incremento progresivo de la estancia y la mortalidad según el tipo de arritmia, siendo las TSV/FV las asociadas a peor evolución intrahospitalaria.

	Sin arritmias (n=198)	TSV (n=32)	TVMNS (n=18)	TVS/FV (n=20)	BAV completo (n=14)	p
Estancia UCI (días)	1,8 ± 2,2	3,2 ± 3,8	4,6 ± 5,5	5,8 ± 6,2	3,4 ± 3,2	<0,001
Estancia total (días)	4,4 ± 3,4	6,8 ± 5,2	8,9 ± 7,6	9,2 ± 7,8	6,2 ± 4,8	<0,001
Mortalidad (%)	8 (4%)	3 (13,6%)	1 (5,6%)	5 (25%)	2 (14,3%)	<0,001

TSV (taquicardias supra-ventriculares), TVMNS (taquicardia ventricular monomorfa no sostenida), TSV/FV (taquicardia ventricular sostenida/fibrilación ventricular), BAV (bloqueo auriculo-ventricular)