



4. RIESGO DE ICTUS ISQUÉMICO Y FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES EN RITMO SINUSAL CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA

María Calvo Barceló, Eduardo Ródenas Alesina, Jordi Lozano Torres, Rosa Vila Olives, Clara Badia Molins, Pablo Eduardo Tobías, Andrea Guala, Marco Cesareo, Alessandro Giustiniani, Toni Soriano Colomé, Aleix Olivella San Emeterio, Guillem Casas Masnou, Ana Méndez, Ignacio Ferreira González y José Fernando Rodríguez Palomares

Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI) presentan un riesgo elevado de ictus y fibrilación auricular (FA), aunque no hay evidencia del uso de fármacos anticoagulantes en ritmo sinusal. Los parámetros de función auricular podrían ayudar a identificar los pacientes con mayor riesgo.

Métodos: Se incluyeron 338 pacientes con MCDNI en ritmo sinusal con una ecocardiografía realizada entre 2015 y 2019. Se analizaron el volumen de la aurícula izquierda (AI) indexado, el *strain* AI pico, la fracción de vaciamiento de la AI (FVAI) y la rigidez de la AI (onda E transmitral/*strain* AI pico). Se evaluó el tiempo hasta un evento compuesto de FA o ictus isquémico y se realizó un análisis multivariante de predictores mediante regresión de Cox.

Resultados: Tras una mediana de seguimiento de 3,6 años, hubo 41 (12,1%) pacientes que presentaron ictus ($n = 11$), FA de nuevo diagnóstico ($n = 27$) o ambos ($n = 3$). La tabla muestra cómo los pacientes con el evento combinado eran más ancianos, con mayor $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$, y presentaban un PR más largo. Los parámetros de función sistólica de ambos ventrículos y los parámetros de función diastólica fueron similares entre grupos. El volumen AI, *strain* AI pico, rigidez AI y FVAI fueron peores en el grupo con el evento combinado. El volumen AI indexado presentó la mejor discriminación para predecir el evento combinado, con un estadístico $C = 0,72$ y con un punto de corte óptimo en 44 ml/m^2 . Además del volumen AI indexado, en el análisis fueron predictores independientes el intervalo PR, el $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ y la rigidez. Se identificó una interacción significativa, de forma que un volumen AI indexado $\geq 44\text{ ml/m}^2$ se asoció al evento en pacientes con $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 3$ (HR = 6,0, IC95% 2,6-13,5), pero no en aquellos con $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} < 3$ (HR = 1,2, IC95% 0,3-4,5).

Comparación de las características basales en función de la aparición del evento combinado (ictus o fibrilación auricular de nuevo diagnóstico) a lo largo del seguimiento

Total (N = 338)	Sin ictus o FA (n = 297)	Ictus o FA (n = 41) p
-----------------	--------------------------	-----------------------

Edad	65,0 (14,0)	64,3 (14,1)	69,6 (12,4)	0,025
Hipertensión	185 (55,1%)	155 (52,5%)	30 (73,2%)	0,013
Dislipemia	159 (47,2%)	139 (47,0%)	20 (48,8%)	0,83
Diabetes mellitus	95 (28,2%)	78 (26,4%)	17 (41,5%)	0,044
Ictus previo	16 (4,7%)	13 (4,4%)	3 (7,3%)	0,41
Ingreso por IC previo	106 (31,5%)	91 (30,7%)	15 (36,6%)	0,45
NYHA				0,29
I	106 (32,9%)	90 (31,9%)	16 (40,0%)	
II	208 (64,6%)	186 (66,0%)	22 (55,0%)	
III	8 (2,5%)	6 (2,1%)	2 (5,0%)	
CHA ₂ DS ₂ -VASc	2,9 (1,6)	2,8 (1,6)	3,5 (1,7)	0,010
Intervalo PR (ms)	170,3 (40,0)	167,3 (31,0)	192,4 (77,0)	0,001
Bloqueo interauricular	22 (6,8%)	18 (6,3%)	4 (10,8%)	0,30
Duración del QRS (ms)	118,4 (35,6)	117,8 (35,7)	123,0 (34,4)	0,39
FEVI (%)	34,3 (10,2)	34,1 (10,1)	35,7 (10,9)	0,33
SLG del VI (%)	-11,2 (3,9)	-11,3 (3,9)	-11,0 (4,4)	0,66
TAPSE (mm)	19,3 (4,1)	19,4 (3,9)	18,6 (4,9)	0,28
Onda S' tricuspídea (cm/s)	10,6 (2,7)	10,7 (2,7)	10,4 (2,5)	0,77

Onda E transmitral (m/s)	0,8 (0,3)	0,8 (0,3)	0,8 (0,3)	0,28
Onda A transmitral (m/s)	0,8 (0,3)	0,8 (0,3)	0,8 (0,3)	0,90
Ratio E/e'	15,1 (9,4)	14,8 (9,1)	17,0 (11,2)	0,27
<i>Strain</i> AI pico (%)	17,4 (8,7)	17,9 (8,7)	14,4 (8,3)	0,018
<i>Stran</i> AI contracción (%)	9,5 (6,6)	9,8 (6,7)	7,4 (5,9)	0,036
FVAI (%)	42,4 (14,5)	43,2 (13,8)	37,0 (17,8)	0,013
Volumen AI máximo (ml/m ²)	37,0 (13,9)	35,6 (13,3)	46,9 (14,6)	0,001
Volumen AI mínimo (ml/m ²)	22,1 (12,1)	21,0 (11,4)	30,2 (13,9)	0,001
Rigidez AI (cm/(s·%))	6,8 (9,5)	6,1 (5,7)	12,4 (22,3)	0,001
PAPs (mmHg)	39,2 (13,3)	39,0 (13,8)	39,9 (10,1)	0,80

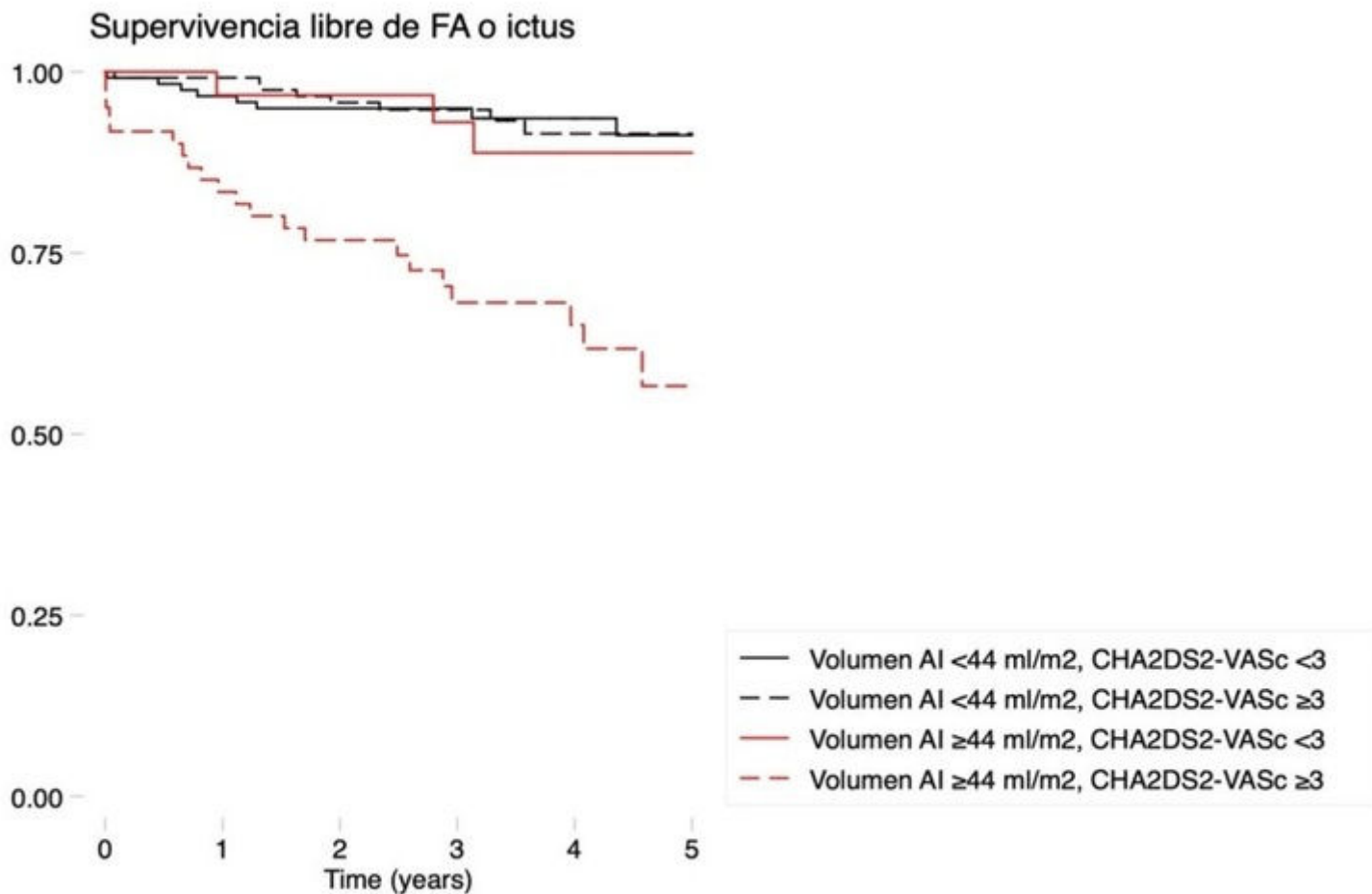


Gráfico de Kaplan Meier que muestra la supervivencia libre de fibrilación auricular (FA) o ictus a lo largo del seguimiento en función de la puntuación en la escala CHA₂DS₂-VASc y el volumen auricular izquierdo (AI) indexado.

Conclusiones: El volumen AI indexado, la rigidez AI, el intervalo PR y el CHA₂DS₂-VASc permiten identificar los pacientes con MCDNI en ritmo sinusal que presentan un mayor riesgo de ictus o FA durante el seguimiento. Los pacientes en mayor riesgo son aquellos con volumen AI indexado ≥ 44 ml/m² y CHA₂DS₂-VASc ≥ 3. El uso de estos parámetros debería guiar la selección de pacientes para futuros estudios que evalúen el beneficio de la anticoagulación de pacientes con MCDNI en ritmo sinusal.