Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 291

Revista Española de Cardiología

6014-12. REHOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES ANCIANOS Y NO ANCIANOS TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: PREDICTORES EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA

Héctor Merenciano González[1], Víctor Marcos Garcés[1], Ana Gabaldón Pérez[1], José Gavara Doñate[2], M. Pilar López Lereu[3], José Vicente Monmeneu Menadas[3], Nerea Pérez Solé[2], César Ríos Navarro[2], Elena de Dios Lluch[4], Francisco Javier Chorro Gascó[1], Filipa Valente[5], Daniel Lorenzatti[6], José Tomás Ortiz Pérez[7], José Fernando Rodríguez Palomares[5] y Vicente Bodí Peris[1]

[1]Hospital Clínico Universitario de Valencia, [2]Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, Valencia, [3]Unidad de Resonancia Magnética Cardiaca ERESA, Valencia, [4]Universidad de Valencia, [5]Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, [6]IDIBAPS, Barcelona y [7]Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST) tienen un riesgo alto de rehospitalización por insuficiencia cardiaca aguda (ICA). Sin embargo, la identificación de pacientes con riesgo más elevado es un reto, especialmente en pacientes ancianos. Las implicaciones pronósticas de la resonancia magnética cardiaca (RMC) realizada de forma precoz tras el evento agudo para identificar a este subgrupo de pacientes son desconocidas. El objetivo de este trabajo es evaluar los predictores clínicos y de RMC de ICA en pacientes ancianos y no ancianos tras un IAMEST.

Métodos: Se incluyeron en un registro multicéntrico pacientes con IAMEST revascularizado de 3 hospitales universitarios. Se registraron variables clínicas, parámetros ecocardiográficos y de RMC realizada de forma precoz (1 semana tras el IAMEST), incluyendo fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI-RMC, %), tamaño del infarto (TI, % de masa ventricular) y obstrucción microvascular (OMV, número de segmentos). Se realizó un análisis univariado y multivariado en pacientes ancianos (> 70 años) y no ancianos (? 70 años) para predecir ICA durante el seguimiento.

Resultados: Se obtuvo una cohorte compuesta por 759 pacientes, de los que 177 (23,3%) eran ancianos. Durante un seguimiento de 5,25 ± 3,54 años, 79 pacientes (10,4%) presentaron ICA. En pacientes no ancianos, los predictores independientes de ICA fueron la clase Killip (HR 2,05 [1,32-3,17], p = 0,001), IAMEST anterior (HR 3,43 [1,13-10,36], p = 0,03) y FEVI-RMC (HR 0,94 [0,91-0,98] por incremento de%, p = 0,001). No obstante, la escala de riesgo compuesta por estas variables no fue superior a la FEVI-RMC aislada para predecir ICA (AUC 0,81 [0,74-0,88] vs 0,81 [0,73-0,88], p = NS). En pacientes ancianos, la FEVI-RMC fue el único predictor de ICA en el modelo multivariado (HR 0,94 [0,91-0,97], p 0,001), aunque su poder predictivo fue moderado (AUC 0,68 [0,56-0,80], p = 0,001). La mayoría de eventos en el grupo ? 70 años (71,1%) ocurrió en pacientes con FEVI-RMC reducida (# 40% (61,8%).

Rehospitalizaciones por ICA y valor predictivo de la FEVI-RMC en pacientes ancianos y no ancianos.

Conclusiones: La FEVI-RMC puede predecir de forma fiable el riesgo de ICA en pacientes ? 70 años tras un IAMEST y ayuda a identificar a los individuos con mayor riesgo. En pacientes ancianos, el poder predictivo es menor, por lo que es necesario buscar mejores estrategias predictoras de eventos.