



4049-6. SUPERIORIDAD DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA REGIONAL SOBRE LA FUNCIÓN SISTÓLICA GLOBAL EN LA PREDICCIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN LOS INFARTOS SUBENDOCÁRDICOS

Alfonso Jurado Román, Santiago de Dios Pérez, Javier Molina Martín de Nicolás, Belén Díaz Antón, Belén Rubio Alonso, Beatriz García Aranda Domínguez, Sandra Mayordomo Gómez y Lola Villagraz Tecedor del Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El índice de puntuación de movimiento parietal (IPMP) es una herramienta ecocardiográfica para valorar la función sistólica regional. Estudios previos sugieren que es superior a la función sistólica global, evaluada con la fracción de eyección (FE) como predictor de eventos en pacientes postinfarto, especialmente cuanto menor daño miocárdico existe. Analizaremos el valor pronóstico del IPMP y la FE tras padecer infartos transmurales (IAMt) o subendocárdicos (IAMs).

Métodos: Se analizaron 159 pacientes consecutivos ingresados por IAM en un hospital terciario. El IPMP y la FE fueron calculados en una mediana de 9 días desde el IAM. Se analizó la correlación entre ambas variables. Se evaluó, mediante árboles de clasificación y regresión, la capacidad del IPMP y la FE para predecir eventos a los 12 meses: mortalidad, reingreso por insuficiencia cardiaca (IC) o evento combinado de muerte o reingreso por IC.

Resultados: El 76,7% eran varones (edad media: $64 \pm 13,7$ años). El 62,3% fueron IAMt y el 37,7% IAMs. La FE media fue $53,2 \pm 11,7\%$ y el IPMP medio de $1,45 \pm 0,4$. Existía una correlación lineal negativa y fuerte entre IPMP y FE ($r = -0,77$; $p = 0,0001$). La FE era significativamente menor en todos los pacientes que fallecieron. El IPMP sólo fue significativamente mayor en los que fallecieron tras un IAMs. Tanto la FE como el IPMP se asociaron significativamente con reingresos por IC en ambos tipos de infarto y con el evento combinado a los 12 meses (tabla). Mediante árboles de clasificación se concluyó que la FE fue mejor predictor de mortalidad (si bien cuando la FE era $> 45\%$, un IPMP $> 1,5$ multiplicaba $\times 8$ la mortalidad (2,3% a 16,7%). El IPMP fue mejor predictor de reingreso por IC. En el endpoint combinado, la FE fue mejor predictor en los infartos transmurales, sin embargo el IPMP fue mejor cuando se trataba de infartos subendocárdicos, observándose que con IPMP $> 1,62$ la tasa de eventos aumentaba de 16,7% a 60%.



Conclusiones: Existe una marcada correlación lineal entre ambas variables. La FE fue el mejor predictor de mortalidad en ambos tipos de IAM, así como el IPMP lo fue en relación al reingreso por IC. El IPMP fue mejor que la FE como predictor de eventos cardiovasculares al año de padecer un IAMs. En IAM con FE normal o casi normal, la adición del IPMP a la FE establece mejor el pronóstico de los pacientes.