



7006-6. SUPERIORIDAD DEL ÍNDICE DE PUNTUACIÓN DE MOVIMIENTO PARIETAL SOBRE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN PARA PREDECIR EVENTOS CARDIOVASCULARES DESPUÉS DE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Alfonso Jurado Román¹, Pilar Agudo Quílez², Belén Rubio Alonso³, Javier Molina Martín de Nicolás³, Belén Díaz Antón³, Roberto Martín Asenjo³, Juan José Parra Fuertes³ y José Alfonso Jurado López⁴ del ¹Hospital General Universitario de Ciudad Real, ²Hospital Infanta Leonor, Madrid, ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y ⁴Hospital Universitario Clínico San Carlos.

Resumen

Introducción: Existen pocos datos acerca del valor pronóstico del índice de puntuación de movimiento parietal (IPMP) comparado con la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) tras un infarto agudo de miocardio (IAM). Estudios previos calculaban estas variables durante la fase hiperaguda del infarto, cuando la hipercinesia regional compensadora de los segmentos sanos es máxima y podría sesgar la comparación.

Objetivos: Comparar el IPMP y la FEVI tras la fase hiperaguda del IAM.

Métodos: 352 pacientes consecutivos (76% varones; 63,4 ± 13,6 años). Los ecocardiogramas se realizaron tras las primeras 48 horas del ingreso y antes del alta hospitalaria. Evaluamos la correlación entre ambas variables y su capacidad para predecir el evento combinado (mortalidad por todas las causas y reingreso por insuficiencia cardíaca) y los eventos independientes del mismo.

Resultados: El 50,4% fueron SCACEST y el 49,6% SCASEST. En el 40,8% estaba afectada la cara anterior y el 12,2% presentó elevación de troponina con CPK normal. Existía una correlación lineal negativa fuerte entre el IPMP y la FEVI ($r = -0,78$, $p 0,0001$). Se observó una mayor FEVI, un menor IPMP y un menor pico enzimático en pacientes con SCASEST e infartos no anteriores. En el 80,7% de los pacientes el IPMP estaba afectado a pesar de tener una FEVI > 40%, siendo > 1,8 en el 9,9% de ellos. Ningún paciente tenía una FEVI 55% cuando el IPMP era normal. Durante un seguimiento de 30,45 meses (24,23-49,47), el 14,7% presentaron el evento combinado, 10,9% murieron y 6,1% fueron hospitalizados por insuficiencia cardíaca (IC). En el análisis multivariante, tanto la FEVI como el IPMP fueron predictores del evento combinado y de la mortalidad por todas las causas ($p 0,0001$), aunque solo el IPMP fue predictor de reingreso por IC ($p = 0,007$). En el análisis multivariante, el IPMP demostró ser un predictor de eventos más potente (OR: 1,61 por cada 0,2 unidades de incremento; IC95%: 1,3-2,2; $p 0,0001$). Cuando el IPMP era incluido en el modelo, la FEVI no aportaba ningún valor pronóstico adicional. En pacientes con una FEVI > 40%, una alteración significativa del IPMP aumentaba el número de eventos durante el seguimiento.

Conclusiones: Tanto la FEVI como el IPMP aportan una importante información pronóstica tras un IAM. Más allá de la fase hiperaguda, el IPMP es un predictor de eventos más potente, especialmente en subgrupos con menor daño miocárdico.