



## 6071-519. PRUEBA DE ESFUERZO EN PACIENTES SIN ENFERMEDAD CORONARIA CONOCIDA: PREDICTORES DE ISQUEMIA EN RESONANCIA MAGNÉTICA DE ESTRÉS CON VASODILATADOR SUCESIVA

Héctor Merenciano González<sup>1</sup>, Víctor Marcos Garcés<sup>1</sup>, Ana Gabaldón Pérez<sup>1</sup>, Miguel Lorenzo Hernández<sup>1</sup>, Gonzalo Núñez Marín<sup>1</sup>, José Gavara Doñate<sup>2</sup>, Nerea Pérez Solé<sup>2</sup>, César Ríos Navarro<sup>2</sup>, Elena de Dios Lluch<sup>2</sup>, Clara Bonanad Lozano<sup>1</sup>, Paolo Racugno<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Pilar López Lereu<sup>3</sup>, José Vicente Monmeneu Menadas<sup>3</sup> y Vicente Bodí Peris<sup>1</sup>

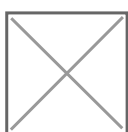
<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>2</sup>Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia. <sup>3</sup>Unidad de Resonancia Magnética Cardíaca, ERESA, Valencia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** En la práctica clínica rutinaria, muchos pacientes con dolor torácico y sospecha de enfermedad coronaria son sometidos a una prueba de esfuerzo (PE) para detección de isquemia. Sin embargo, dada la sensibilidad relativamente baja de esta técnica, parte de ellos pueden ser infradiagnosticados. Con este trabajo intentamos evaluar qué parámetros clínicos y de la PE pueden predecir la presencia de isquemia en la resonancia magnética cardíaca de estrés con vasodilatador (RMC-E) sucesiva, para seleccionar mejor a aquellos que deben someterse a otras pruebas diagnósticas tras una PE inicial.

**Métodos:** Se incluyeron retrospectivamente 197 pacientes sin historia previa de enfermedad coronaria que se sometieron a una PE y posterior RMC-E en el año siguiente, y en los que no se llevó a cabo una estrategia de revascularización miocárdica en ese periodo. Se recogieron variables clínicas y de la PE. Se consideró RMC-E positiva para isquemia si existía un defecto de perfusión al primer paso con estrés en al menos un segmento miocárdico, siempre que no existiera necrosis concomitante en la imagen de realce tardío de gadolinio. Realizamos un análisis para comprobar la asociación de variables con el riesgo de isquemia en la RMC-E.

**Resultados:** El tiempo medio entre la PE y la RMC-E fue de  $88 \pm 84$  días. En el análisis univariado, se asociaron con isquemia en la RMC-E el sexo masculino, menor tiempo de ejercicio, menor porcentaje de la capacidad máxima de ejercicio predicha, menor doble producto máximo y menor reserva de doble producto (RDP). Los predictores independientes de isquemia en la RMC-E en el análisis multivariado fueron sexo masculino (HR 2,62 [IC95%: 1,13-5,76],  $p = 0,016$ ) y menor RDP (HR 0,90 [IC95%: 0,84-0,97] por 1000 de incremento,  $p = 0,006$ ). El score de riesgo derivado de estas dos variables presentó un poder predictivo moderado (curvas COR, AUC 0,657,  $p = 0,003$ ). El mejor punto de corte para la RDP, calculado mediante el índice de Youden, fue 12400. Este punto de corte permitió estratificar el riesgo de isquemia en RMC-E según el sexo y RDP (fig.).



*Riesgo de isquemia en RMC-E según sexo y RDP.*

**Conclusiones:** El sexo masculino y la reserva del doble producto en la PE pueden predecir con potencia moderada el riesgo de isquemia en la RMC-E sucesiva en pacientes con dolor torácico sin historia previa de enfermedad coronaria conocida. Esto puede ayudar a seleccionar a aquellos que se benefician más de la RMC-E diagnóstica tras una PE.