

6060-455. VALOR PRONÓSTICO DEL DIÁMETRO INDEXADO DE LA ARTERIA PULMONAR OBTENIDO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Héctor Merenciano González¹, Julio Núñez Villota¹, Enrique Santas Olmeda¹, Gema Miñana Escrivà¹, Rafael de la Espriella Juan¹, Raquel Heredia Cambra¹, Miguel Lorenzo Hernández¹, Anna Mollar Fernández², M^a Pilar López Lereu³, José Vicente Monmeneu Menadas³, Francisco Javier Chorro Gascó¹, Juan Sanchís Forés¹ y Ernesto Valero Picher¹

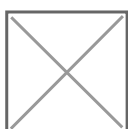
¹Hospital Clínico Universitario de Valencia. ²Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia. ³Unidad de Resonancia Magnética Cardíaca, ERESA, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La hipertensión pulmonar (HP) constituye un reconocido predictor de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA). La medición invasiva de presiones pulmonares se considera el patrón oro para el diagnóstico de HP pero no se realiza de forma rutinaria en pacientes con ICA, siendo la estimación ecocardiográfica de la presión arterial pulmonar sistólica (PAPS) el método no invasivo más usado. Sin embargo, la estimación de la PAPS no siempre es posible y muestra mala correlación con los métodos invasivos. Por ello, existe gran interés en el desarrollo de nuevos índices de imagen alternativos en estos pacientes.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente 313 pacientes ingresados por ICA en los que se obtuvo el diámetro indexado de la arteria pulmonar (DiAP) mediante resonancia magnética cardíaca (RMC) durante el ingreso. Los pacientes fueron categorizados en 4 cuartiles según el DiAP en mm/m². El objetivo primario fue la mortalidad por cualquier causa.

Resultados: La mediana de edad fue de 70 años, el 61% eran hombres y el 74,4% tenían fracción de eyección del ventrículo izquierdo 50%. La PAPS se pudo estimar en el 57,2% de los casos. Durante una mediana de seguimiento de 2,7 años (rango intercuartílico 1,8-3,7), 101 pacientes murieron (32,2%). Se observó un incremento escalonado de las tasas de mortalidad desde cuartiles inferiores a superiores de DiAP (fig. 1a). En el análisis multivariado, el DiAP se asoció de manera lineal con mayor riesgo de muerte (HR 1,07 [IC95%: 1,03-1,12], p 0,001 por incremento de 1 mm/m²) (fig. 1b). El modelo multivariado final mostró una capacidad discriminativa y calibración adecuadas (C-estadístico de Harrell 0,748, Hosmer-Lemeshow test 0,379) y la adición del DiAP al modelo multivariante condujo a una reclasificación significativa (MRN: 0,324 [IC95%: 0,05-0,61]). La correlación entre PAPS y DiAP fue positiva y débil (r = 0,16, p = 0,048). En un análisis de sensibilidad, incluyendo las mismas covariables y añadiendo la PAPS (57,2% del total de la muestra), el DiAP siguió comportándose como un parámetro independiente asociado a mayor riesgo de muerte.



Diámetro indexado de arteria pulmonar y mortalidad.

Conclusiones: En pacientes con ICA, existe una asociación positiva e intensa entre el DiAP y el riesgo de muerte a largo plazo. Se necesitan futuros estudios que confirmen la utilidad del DiAP en la estratificación del riesgo y su correlación con parámetros hemodinámicos pulmonares.