



4039-9. CAPACIDAD PRONÓSTICA DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA REGIONAL Y DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA GLOBAL EN LA PREDICCIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES POSTINFARTO

Alfonso Jurado Román, Santiago de Dios Pérez, Belén Rubio Alonso, Javier Molina Martín de Nicolás, Belén Díaz Antón, Roberto Martín Asenjo, José Manuel Montero Cabezas y Carolina Granda Nistal del Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Existen pocos datos sobre el valor pronóstico de la función sistólica regional, evaluada a través del índice de puntuación de movimiento parietal (IPMP) comparado con la fracción de eyección (FE) del ventrículo izquierdo tras un IAM. Estudios previos sugieren la superioridad del IPMP, aunque al realizarse en la fase hiperaguda postinfarto, la hipercinesia regional compensadora de los segmentos sanos es máxima y la FE puede parecer normal a pesar de tener daño miocárdico extenso. Compararemos el IPMP y la FE en pacientes postinfarto tras la fase hiperaguda.

Métodos: Se analizaron 159 pacientes consecutivos ingresados por IAM en un hospital universitario. Las mediciones se realizaron por dos ecocardiografistas expertos, más allá de las primeras 48 horas postinfarto. Se evaluó la correlación entre IPMP y FE y su capacidad de predecir mortalidad global, reingreso por insuficiencia cardiaca (IC), o evento combinado (muerte o reingreso por IC), a los 12 meses del IAM mediante árboles de clasificación y regresión.

Resultados: El 76,7% eran varones (edad media de $64 \pm 13,7$ años). El 62,3% fueron infartos transmurales y el 37,7% subendocárdicos. La cara anterior se vio afectada en el 38,4%. La FE media fue de $53,2 \pm 11,7\%$ y el IPMP medio de $1,45 \pm 0,4$. Existía una correlación lineal negativa y fuerte entre IPMP y FE ($r = -0,78$; $p < 0,0001$), que fue mayor en infartos transmurales y en los que afectaban a la cara anterior. La FE fue significativamente menor y el IPMP mayor, en los pacientes que fallecieron, en los que reingresaron por IC y en los que presentaron el evento combinado a los 12 meses (tabla). En los árboles de clasificación, la FE fue mejor predictor de mortalidad, mientras que el IPMP fue mejor predictor de reingreso por IC. La FE predijo mejor el endpoint combinado en los infartos transmurales o los anteriores, sin embargo el IPMP fue mejor cuando se trataba de infartos subendocárdicos o que no afectaban a la cara anterior.



Conclusiones: Ambas variables presentan una marcada correlación lineal y son buenos predictores de eventos cardiovasculares un año después del IAM. El IPMP fue mejor predictor de reingresos por IC y de eventos en infartos con menor daño miocárdico. La FE fue mejor predictor de mortalidad así como del evento combinado en infartos transmurales y con afectación de la cara anterior.