



## 5026-2. ANÁLISIS DE LOS FACTORES PREDISONENTES DE REMODELADO ADVERSO VENTRICULAR IZQUIERDO TRAS LA INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA PRIMARIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST

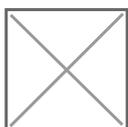
Juan Lacalzada Almeida<sup>1</sup>, Martín Jesús García González<sup>1</sup>, María Manuela Izquierdo Gómez<sup>1</sup>, Marta Martín Cabeza<sup>1</sup>, Corabel Méndez Vargas<sup>1</sup>, Alejandro de la Rosa Hernández<sup>1</sup>, Francisco Bosa Ojeda<sup>1</sup> e Ignacio Laynez Cerdeña<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) tratado con angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria interesa conocer que pacientes pueden sufrir remodelado adverso (RA) del ventrículo izquierdo (VI). Nuestro objetivo es conocer la capacidad pronóstica de RA del VI de diversos parámetros clínicos y ecocardiográficos en una cohorte de pacientes con IAMCEST tratados con ACTP primaria.

**Métodos:** 97 pacientes (media de edad de  $56 \pm 12$  años, 76 varones) que ingresan por IAMCEST a los que se realiza ACTP primaria (tiempo medio reperusión  $5,8 \pm 1,3$  horas). Se recogieron variables clínicas y ecocardiográficas estándar y de deformidad del VI al ingreso en UCIC. A los 6 meses se establecieron dos grupos según la presencia o no de RA del VI (volumen telediastólico del VI en ETT a los 6 meses  $\geq 20\%$  del ETT del ingreso).

**Resultados:** 38 (39%) pacientes mostraron RA del VI. La distribución de variables entre grupo no RA frente a RA fue: edad ( $55,5 \pm 11,7$  frente a  $57,4 \pm 11,2$ , NS), pico de troponina I ( $17,6 \pm 9,7$  frente a  $59,8 \pm 35,6$ ,  $p = 0,05$ ), clase de Killip  $> 2$  (3% frente a 2%, NS), tiempo en minutos inicio síntomas-balón ( $215,2 \pm 69,3$  frente a  $235,9 \pm 71,7$ , NS), diabetes mellitus (37% frente a 89%,  $p = 0,05$ ), flujo TIMI inicial 1 (2% frente a 3%, NS), lesión responsable descendente anterior (43% frente a 54%,  $p = 0,05$ ), fracción de eyección del VI% ETT ( $56,7 \pm 10,9$  frente a  $53,2 \pm 8,6$ ,  $p = 0,09$ ), índice de motilidad segmentaria en ETT ( $1,43 \pm 0,28$  frente a  $1,44 \pm 0,28$ ,  $p = 0,08$ ), *strain* global longitudinal del VI (SGL)% en ETT ( $-14,5 \pm 2,1$  frente a  $-11,1 \pm 3,1$ ,  $p = 0,001$ ), *strain* global circunferencial del VI% en ETT ( $-14,1 \pm 4,7$  frente a  $-7,1 \pm 5,4$ ,  $p = 0,05$ ). En la tabla se muestra el resultado del análisis univariado y las variables que permanecen en el modelo logístico tras el multivariado. En la figura el área bajo la curva de predicción del RA para las variables independientes del mejor modelo logístico.



*Curvas ROC de predicción del remodelado ventricular izquierdo adverso.*

Predictores significativos del remodelado ventricular izquierdo adverso en el análisis univariado y multivariado

Análisis univariado (variables)	OR	IC95%	p
Diabetes mellitus	2,24	1,35-3,70	0,002
TnIc (ng/ml)	1,05	1,03-1,07	0,001
<i>Strain</i> global longitudinal VI (%)	2,06	1,50-2,82	0,001
<i>Strain</i> global circunferencial VI (%)	1,30	1,15-1,47	0,001
Análisis multivariado (variables)	OR	95% CI	p
Diabetes mellitus	2,1	1,2-4,8	0,05
TnIc (ng/ml)	1,2	1,1-1,3	0,004
<i>Strain</i> global longitudinal VI (%)	1,6	1,3-2,3	0,009

CI, intervalo de confianza; OR, odds ratio; TnIc, Troponina-I cardíaca; VI, ventrículo izquierdo.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de pacientes con IAMCEST tratado con ACTP primara la diabetes mellitus, el pico máximo de TnI y el SGL del VI son buenos predictores del RA del VI.