



## 6031-357. EL *STRAIN* LONGITUDINAL GLOBAL DEL VENTRÍCULO DERECHO PROPORCIONA MEJOR VALOR PRONÓSTICO QUE LA PARED LIBRE AISLADA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA IZQUIERDA

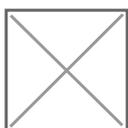
Ana García Martín<sup>1</sup>, José Luis Moya Mur<sup>1</sup>, Sonsoles Alejandra Carbonell San Román<sup>1</sup>, Alberto García Lledó<sup>2</sup>, Teresa Segura de la Cal<sup>1</sup>, Eduardo Casas Rojo<sup>1</sup>, Covadonga Fernández Golfín<sup>1</sup> y José Luis Zamorano Gómez<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid y <sup>2</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** No hay consenso sobre que parámetro de *strain* de función ventricular derecha (FVD) se debe usar, si el *strain* longitudinal global (SLG-VD) o el *strain* longitudinal de la pared libre (SLPL). El objetivo de este estudio fue demostrar cuál de ambos parámetros se relaciona mejor con el pronóstico en pacientes con cardiopatía izquierda.

**Métodos:** Pacientes ambulatorios con cardiopatía izquierda fueron incluidos prospectivamente en el estudio, seleccionados por diferente grado de insuficiencia tricúspide (IT) funcional. Se calculó en SLG-VD y el SLPL en 2 y 3 segmentos (SLPL-2, SLPL-3). La FVD se determinó mediante TAPSE y la función ventricular izquierda mediante la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Se realizó un seguimiento de los pacientes durante  $23,1 \pm 12,4$  meses siendo la variable principal de evaluación la hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC).

**Resultados:** Se incluyeron 103 pacientes con cardiopatía izquierda. 52% con IT significativa, 18% con disfunción del VI, 31% con TAPSE  $\leq 17$ . 38% con IC previa. SLG-VD y SLPL presentaron una correlación significativa con TAPSE. El valor de corte para detección de disfunción del VD (TAPSE  $\leq 17$ ) fue menor para el SLG-VD que para el SLPL (SLG-VD:  $-17,3\%$ ; SLPL-3:  $-19,5\%$ ; SLPL-2:  $-22,7\%$ ). La FEVI se correlacionó mejor con el SLG-VD (SLG-VD r:  $-0,413$ , p  $0,001$ ; SLPL-3 r:  $-0,335$ , p  $0,005$ ; SLPL-2 r:  $-0,207$ , p  $0,036$ ). Hubo 33 eventos en el seguimiento. En el análisis de Kaplan Meier, los pacientes con SLG-VD  $> -17,3\%$  presentaron menor supervivencia libre de eventos (SLG-VD  $> -17,3\%$  Log rank (LR): 22,033, p  $0,001$ ; SLPL-3  $> -19,5\%$  LR: 12,201, p:  $0,001$ ; SLPL-2  $> -22,7\%$  LR: 2,458, p:  $0,117$ ) (fig.). En el análisis univariado de Cox, TAPSE, LVEF, GLS-VD, SLPL-3 se asociaron con los eventos. En el análisis multivariado con SLG-VD  $> -17,3\%$ , SLPL-3  $> -19,5\%$  y SLPL-2  $> -22,7\%$ , únicamente SLG-VD se asoció con los eventos; si incluíamos TAPSE  $\leq 17$  mm, FEVI baja y la gravedad de la IT, solo SLG-VD  $> -17,3\%$  (HR: 4,341; p  $0,001$ ) y TAPSE  $\leq 17$  (HR: 2,579; p  $0,042$ ) tenían significado pronóstico.



Curvas de supervivencia para SLG  $> -17,3$ , para TAPSE  $\leq 17$ , para SLPL-3  $> -19,5$  y para SLPL-2  $> -22,7$ .

**Conclusiones:** El SLG-VD por *speckle tracking* tiene mayor valor pronóstico que el SLPL en pacientes con cardiopatía izquierda.