Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 246

Revista Española de Cardiología

7007-8. COMPARACIÓN DE LA FEVI CALCULADA POR ECOCARDIOGRAFÍA Y POR RESONANCIA PARA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO Y VALORAR IMPLANTE DE DAI TRAS UN IAMEST

Ingrid Cardells Beltrán, José Vicente Monmeneu-Menadas, María Pilar López-Lereu, Ana Payá Chaume, José Gavara Doñate, Clara Bonanad Lozano, Francisco Javier Chorro Gascó y Vicente Bodí Peris del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: El presente trabajo compara el valor pronóstico de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FE) calculada precozmente mediante ecocardiografía (Eco) y resonancia magnética cardiaca (RMC) tras un IAMEST, y las posibles implicaciones del uso de éstas técnicas respecto a la indicación de un desfibrilador automático implantable (DAI).

Métodos: Se obtuvo un registro de 407 pacientes con IAMEST del año 2001 al 2014. La FE se calculó a través de RMC y eco durante la primera semana, y se repitieron tras 4 a 8 semanas en 145 pacientes por indicación clínica. Se define el evento cardiaco mayor (EC) como el combinado de: muerte, reinfarto o readmisión por insuficiencia cardiaca (IC). Una FE 35% se consideró criterio para valorar el implante de DAI.

Resultados: Durante una media de seguimiento de 97 semanas, se registraron 60 primeros EC. En la primera semana, la FE calculada por RMC fue menor que la calculada mediante eco (51 ± 13 frente a 55 ± 11%). La tasa de EC en pacientes con FE por RMC al 35%, del 36 al 55% y más del 55% fue: 41, 15 y 5% respectivamente (*log rank*: 42, p 0,001) y 33%, 19 y 10% en las calculadas mediante eco (*log rank* = 12, p = 0,002). El estadístico C de la FE por RMC para predecir EC (0,76 [0,69-0,83]) fue significativamente mejor que por eco (0,66 [0,59-0,74]), p 0,001). En 145 pacientes en los que se realizó control de la FE, el criterio de implante de DAI se detectó en 32 pacientes por RMC y en 14 pacientes por eco; de los 32 pacientes con FE 35% por RMC, solo 9 se detectaron con eco.

Conclusiones: La RMC precoz permite mejor estratificación de riesgo precoz que la Eco en pacientes con IAMEST, y puede implicar diferencias importantes respecto a la indicación de DAI. Se necesitan más estudios para analizar la relación coste-efectividad y las implicaciones clínicas de éstos resultados.