



## 6018-297. ESTENOSIS AÓRTICA NO GRAVE COMO PREDICTOR DE EVENTOS CARDIACOS MAYORES EN PACIENTES REMITIDOS A ECOCARDIOGRAMA DE EJERCICIO

Marta Sagastagoitia Fornie<sup>1</sup>, Jesús C. Peteiro Vázquez<sup>1</sup>, Alberto Bouzas Mosquera<sup>1</sup>, Sandra Fariña Rey<sup>1</sup>, Fernando Rebolal Leal<sup>1</sup>, Francisco Javier Broullón Molanes<sup>2</sup>, Víctor X. Mosquera Rodríguez<sup>3</sup> y José Manuel Vázquez Rodríguez<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología, <sup>2</sup>Departamento de Información Tecnológica y <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los pacientes con estenosis aórtica (EAo) remitidos a ecocardiografía de ejercicio (EE) podrían tener peor resultado. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de EAo no grave en pacientes con indicación clínica de EE.

**Métodos:** Analizamos retrospectivamente los datos prospectivos de 12.615 pacientes con una primera EE en cinta rodante. Los criterios de exclusión fueron insuficiencia aórtica ? moderada, valvulopatía mitral significativa, miocardiopatía, cardiopatía congénita, y edad 18 años. Se definió isquemia como un ? en el índice de contractilidad regional (ICR) > 1 de reposo a ejercicio. Los objetivos analizados fueron eventos cardíacos mayores (ECM) definidos como muerte de causa cardíaca o infarto de miocardio no mortal o recambio valvular aórtico (RVAo), antes de revascularización coronaria; y mortalidad por cualquier causa.

**Resultados:** Presentaron EAo no grave 330 pacientes (2,6%; 190 leve, 140 moderada), teniendo estas características clínicas (edad avanzada, FRCV, angina típica, fibrilación auricular, alteraciones ECG basal, historia de enfermedad coronaria y medicación cardiovascular) así como en la prueba de ejercicio (PA y FC baja en ejercicio, menor trabajo alcanzado, y mayor resultado positivo clínico y ECG), más desfavorables que aquellos sin EAo. La EE mostró resultados alterados e isquemia con mayor frecuencia en el grupo con EAo (53 frente a 42%; y 47 frente a 30%, p 0,001); y peor FEVI e ICR en pico de ejercicio ( $59 \pm 14$  frente a  $62 \pm 13$ , p 0,001; y  $1,29 \pm 0,39$  frente a  $1,22 \pm 0,34$ , p = 0,001). Durante el seguimiento (mediana 3,2 años, percentil 25-75 = 0,12-8 años) hubo 1.394 ECM y 2.575 muertes. La tasa anual de ECM fue 17% en EAo moderada, 6,5% en EAo leve, y 2,8% sin EAo (p 0,001). Tras el ajuste por características clínicas, y de ecocardiografía basal y de ejercicio, la presencia de EAo demostró ser un predictor independiente de ECM ( *hazard ratio* [HR] = 1,99; intervalo de confianza [IC] 95% = 1,77-2,24; p 0,001). Cualquiera de las variables de la EE incrementó el poder del modelo de predicción de EMC: ?FEVI, FEVI pico, ?ICR, isquemia y otras alteraciones (p 0,001). La EAo se reveló también como un predictor univariable de mortalidad (HR = 1,28; IC95% = 1,13-1,44; p 0,001), aunque no tras el ajuste.

**Conclusiones:** Pacientes con EAo no grave sintomática tienen con mayor frecuencia resultados alterados en EE y mayor riesgo de desarrollar ECM, siendo un predictor independiente de eventos en pacientes remitidos a EE.