



## 7000-10. VALOR PRONÓSTICO DEL ECOCARDIOGRAMA DE EJERCICIO EN CINTA RODANTE EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA NO GRAVE

Fernando Rebollal Leal<sup>1</sup>, Jesús C. Peteiro Vázquez<sup>1</sup>, Alberto Bouzas Mosquera<sup>1</sup>, Sandra Rey Fariña<sup>1</sup>, Marta Sagastagoitia Fornie<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, A Coruña.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Pacientes con estenosis aórtica no grave (EAo no grave) sintomática son remitidos frecuentemente para prueba de esfuerzo. Estos pacientes podrían tener mal pronóstico debido a la progresión de su enfermedad o a enfermedad coronaria. El objetivo fue evaluar el valor de la ecocardiografía de ejercicio (EE) para predecir el pronóstico.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de datos prospectivos en 330 pacientes consecutivos con EAo no grave (190 EAo ligera, 140 EAo moderada) sometidos a un primer EE en cinta rodante. Se definió isquemia como un  $\Delta$  en el índice de motilidad segmentaria (IMS) desde reposo a ejercicio y EE anormal al  $IMS > 1,0$  en ejercicio. La reserva contráctil se definió como un  $\Delta FEVI > 1$  desde reposo a pico de ejercicio. Se consideró como eventos la mortalidad por cualquier causa y los eventos cardíacos mayores (ECM) definidos como muerte de causa cardíaca, IAM no mortal o recambio valvular aórtico (RVA), antes de revascularización coronaria.

**Resultados:** La edad media fue de  $71 \pm 9$  años y 206 eran varones (62%). Durante un seguimiento de  $6,0 \pm 4,3$  años hubo 121 muertes, 61 de causa cardíaca y 124 ECM incluyendo 62 RVA como primer evento. Las tasas de mortalidad anualizadas fueron similares en paciente con EAo ligera y moderada (5,9 frente a 6,4%;  $p = NS$ ), mientras que las tasas de ECM fueron menores en el primer grupo (6,5 frente a 17%;  $p 0,001$ ). Tras ajuste multivariante que incluyó características clínicas, FEVI en reposo, gravedad de la EAo y prueba de esfuerzo ECG, la mayoría de variables derivadas del EE fueron predictores de mortalidad por cualquier causa:  $\Delta IMS$  (*hazard ratio* [HR] = 1,91; 95% intervalo de confianza [IC] = 1,09-3,34;  $p = 0,02$ ), isquemia (HR = 1,52; IC95% = 1,04-2,21;  $p = 0,03$ ),  $\Delta FEVI$  (HR = 0,97; IC95% = 0,95-0,99;  $p = 0,002$ ), IMS pico (HR = 1,99; IC95% = 1,28-3,11;  $p = 0,002$ ), FEVI pico (HR = 0,98; IC95% = 0,96-0,99;  $p = 0,001$ ); y de ECM:  $\Delta IMS$  (HR = 2,09; IC95% = 1,16-3,75;  $p = 0,01$ ),  $\Delta FEVI$  (HR = 0,97; IC95% = 0,95-0,99;  $p = 0,001$ ), IMS pico (HR = 1,57; IC95% = 1,02-2,42;  $p = 0,04$ ), FEVI pico (HR = 0,98; IC95% = 0,97-0,99;  $p = 0,004$ ), y EE alterado (HR = 1,48; IC95% = 1,01-2,15;  $p = 0,04$ ). Los pacientes sin reserva contráctil tuvieron tasas anualizadas más elevadas de mortalidad y de ECM que aquellos con reserva contráctil (8,1 y 16,5 frente a 5 y 7,8%;  $p = 0,002$  y  $p 0,001$ ; respectivamente).

**Conclusiones:** Los pacientes con EAo no grave sintomática tienen mayor mortalidad y riesgo de ECM. El EE aporta información pronóstica significativa e incremental en estos pacientes.