



7003-11. PREDICCIÓN DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO: EFECTO AÑADIDO DE ALTERACIONES DEL VOLUMEN Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA

Filipa Xavier Valente¹, José Rodríguez-Palomares¹, José Gavara², Ignacio Ferreira¹, J.V. Monmeneu³, Julián Rodríguez-García¹, M.P. López-Lereu³, Clara Bonanad², J.F. Barrabés¹, Arturo Evangelista¹, Vicent Bodí³ y David García-Dorado¹, del ¹Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, ²Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia y ³Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: El remodelado inverso del ventrículo izquierdo (RI) es la principal causa de insuficiencia cardíaca (IC) posinfarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAM). La definición más aceptada de RI es la de un incremento del 20% del volumen telediastólico del ventrículo izquierdo (VTDVI), sin embargo su papel en la predicción de eventos adversos cardiovasculares es controvertida. En el presente estudio, analizamos la hipótesis de que alteraciones de la fracción de eyección (FE) proporcionan información pronóstica adicional al VTDVI en estos pacientes.

Métodos: Se incluyeron 379 pacientes con IAM tratados con angioplastia primaria. Se realizó una resonancia magnética cardíaca (RMC) en la primera semana y a los 6 meses. Se definieron los valores de incremento de VTDVI y reducción de FE que mejor se asociaban al objetivo primario utilizando un método gráfico para optimización del umbral de biomarcadores. El objetivo primario se definió como: mortalidad cardiovascular, hospitalización por IC o arritmia ventricular. La sobrevida libre del objetivo primario se comparó utilizando curvas de Kaplan-Meier y el análisis de *log rank* en 4 subgrupos. Finalmente, se analizó la asociación entre alteraciones del VTDVI y de FE en un modelo multivariado.

Resultados: La mayoría de pacientes ingresó por un IAM anterior ($n = 216$; 57%). Con un seguimiento medio de 296 meses, 54 presentaron el objetivo primario. Los valores que mostraron mejor capacidad discriminativa para ocurrencia de eventos fueron un aumento relativo del VTDVI $\geq 15\%$ (HR 2,1; IC95% 1,22-3,61; $p = 0,007$) y una reducción de la FE $\geq 3\%$ (HR 2,5; IC95% 1,47-4,27; $p = 0,001$). Los 4 grupos definidos según la evolución del VTDVI y de la FE mostraron diferentes pronósticos (figura). Pacientes con aumento del VTDVI $\geq 15\%$ y reducción de la FE $\geq 3\%$ presentaron mejor sobrevida, mientras que pacientes con ambos criterios (VTDVI $\geq 15\%$ y FE $\geq 3\%$) presentaron peor pronóstico. El HR de pacientes con VTDVI $\geq 15\%$ y FE $\geq 3\%$ fue de 2,63 ($p = 0,015$) para el objetivo primario; en pacientes con FE $\geq 3\%$ y VTDVI $\geq 15\%$ fue de 3,03 ($p = 0,002$); y en pacientes con ambos criterios fue de 4,01 ($p = 0,001$).



Curvas de sobrevida según el volumen telediastólico de ventrículo izquierdo (EDLVV) y fracción de eyección (EF).

Conclusiones: La inclusión de la FE en la definición de RI mejoró su capacidad pronóstica en el post-IAM. Un aumento del VTDVI ? 15% y una reducción de la FE ? 3% a los 6 meses fue el criterio que mejor discrimino los pacientes con respecto al riesgo de muerte o hospitalización.