Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 303

Revista Española de Cardiología

4014-3. LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN POR ECOCARDIOGRAFÍA COMO CRIBADO PARA EL USO SELECTIVO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA: ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO TRAS UN IAMCEST

Víctor Marcos Garcés[1], Jessika González D'Gregorio[1], José Gavara Doñate[2], Nerea Pérez Solé[3], Héctor Merenciano González[1], César Ríos Navarro[3], Clara Bonanad Lozano[4], Paolo Racugno[1], Francisco Javier Chorro Gascó[4], M. Pilar López Lereu[5], José Vicente Monmeneu Menadas[5] y Vicente Bodí Peris[4], del [1]Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, [2]Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, Valencia, [3]Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, Valencia, [4]Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia y [5]Unidad de Resonancia Magnética Cardiovascular, ERESA, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La resonancia magnética cardiaca (RMC) constituye la técnica de imagen no invasiva más potente para la estratificación del riesgo tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), pero no es factible su uso en todos los pacientes. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) por ecocardiografía podría suponer una herramienta de cribado para seleccionar a aquellos pacientes que se beneficiarían más de una RMC con fines pronósticos.

Métodos: Se incluyeron en un registro prospectivo 516 pacientes con IAMCEST reperfundido en los que se realizó previamente al alta (7 ± 2 días) un estudio con ecocardiografía y con RMC. Se analizaron los eventos cardiovasculares mayores (MACE), definidos como un evento clínico combinado: muerte por todas las causas y hospitalización por insuficiencia cardiaca (r-IC). Los pacientes fueron categorizados como FEVI reducida (FEVI-r, 40%), FEVI en rango intermedio (FEVI-m, 40-49%) o FEVI conservada (FEVI-p, ? 50%). Se realizaron análisis jerárquicos de regresión de Cox multivariada incluyendo las variables iniciales clínicas + ecocardiografía y posteriormente las variables de RMC. Se obtuvieron los estadísticos C, el índice de mejoría neta de reclasificación (NRI) y el índice de discriminación (IDI).

Resultados: Durante una media de seguimiento de 4 años, se registraron 86 MACE (39 muertes y 47 r-IC). En toda la cohorte de estudio, los predictores independientes de MACE fueron el tiempo hasta la revascularización (min), la escala de GRACE, la FEVI-RMC (%) y la OMV (% de masa de VI); C 0,82 (p 0,001). La tasa de MACE en pacientes con FEVI-r, FEVI-m y FEVI-p fue del 47%, 23% y 11% por FEVI-ecocardiografía y del 45%, 17% y 8% por FEVI-RMC, respectivamente. La RMC mejoró de forma significativa la estratificación clínica + ecocardiografía en los 112 pacientes (22%) con FEVI-m-Eco (C 0,74 frente a 0,82, NRI e IDI: p 0,05) pero no en los 355 pacientes (69%) con FEVI-p-ecocardiografía (C 0,75 frente a 0,76, NRI e IDI: no significativos) o en los 49 pacientes (9%) con FEVI-r- ecocardiografía (C 0,77 frente a 0,77, NRI e IDI: no significativos).

Conclusiones: La FEVI por ecocardiografía supone una herramienta útil de cribado para el uso selectivo de RMC precoz tras IAMCEST con fines pronósticos. La evidencia de FEVI en rango intermedio por ecocardiografía permite seleccionar a un subgrupo de pacientes con IAMCEST que sí se benefician de una RMC previa al alta en términos de una mejor predicción del riesgo.