Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 342

Revista Española de Cardiología

5014-12. ERGOMETRÍA Y RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA DE ESTRÉS: VALOR ADITIVO PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE EVENTOS A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO CONOCIDO O SOSPECHADO

Víctor Marcos Garcés[1], Ana Gabaldón Pérez[1], Héctor Merenciano González[1], Gonzalo Núñez Marín[1], Miguel Lorenzo Hernández[1], José Gavara Doñate[2], Nerea Pérez Solé[2], César Ríos Navarro[2], Elena de Dios Lluch[3], Clara Bonanad Lozano[1], Paolo Racugno[1], Mª Pilar López Lereu[4], José Vicente Monmeneu Menadas[4], Francisco Javier Chorro Gascó[1] y Vicente Bodí Peris[1]

[1]Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia. [2]Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia. [3]Centro de Investigación Biomédica en Red-Cardiovascular (CIBER-CV), Madrid. [4]Unidad de Resonancia Magnética Cardiovascular, ERESA, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La resonancia magnética cardiaca de estrés con vasodilatador (RMC-E) se ha convertido en una herramienta de gran utilidad para el diagnóstico y estratificación pronóstica de pacientes con síndrome coronario crónico (SCC) conocido o sospechado. Se desconoce si la prueba de esfuerzo (ergometría) puede aportar valor pronóstico aditivo a la RMC-E en estos pacientes.

Métodos: Realizamos un registro que incluyó de forma retrospectiva a 288 pacientes con SCC conocido o sospechado en los que se había realizado de forma secuencial una ergometría y posteriormente una RMC-E. Registramos variables clínicas, de la ergometría y de la RMC-E. El objetivo final del estudio fue un combinado de eventos cardiovasculares mayores (MACE) compuesto por síndrome coronario agudo (SCA), ingreso por insuficiencia cardiaca (IC) y muerte por todas las causas.

Resultados: Registramos 27 MACE (15 SCA, 8 IC y 8 muertes por todas las causas) a lo largo de un seguimiento medio de 4,2 ± 2,15 años. Tras ajustar por variables clínicas, ergométricas y de la RMC-E, los únicos predictores independientes del riesgo de MACE en el análisis multivariado fueron la frecuencia cardiaca máxima (FCmáx) en la ergometría (HR 0,98 [0,96-0,99], p = 0,01) y una mayor carga isquémica (número de segmentos con defecto de perfusión inducidos por el estrés) en la RMC-E (HR 1,19 [1,07-1,34], p = 0,002). La adición de la FCmáx al modelo multivariado que incluyó la carga isquémica en la RMC-E mejoró significativamente el valor predictivo del riesgo de MACE (índice de mejoría de la reclasificación: 0,47 [0,10-0,81], p 0,05). La tasa anualizada de MACE fue de 0,97%/año (si carga isquémica 2 segmentos y FCmáx > 130 lpm), 1,96%/año (si carga isquémica 2 segmentos y FCmáx ? 130 lpm), 3,24%/año (si carga isquémica ? 2 segmentos y FCmáx > 130 lpm) y 6,26%/año (si carga isquémica ? 2 segmentos y FCmáx ? 130 lpm), p 0,001 para la tendencia.

A: Estratificación de la tasa anualizada de MACE (%/año) según categorías de riesgo (carga isquémica 2 o ? 2 segmentos y FCmax > 130 o ? 130 lpm). B: Supervivencia libre de MACE según las mismas categorías de riesgo en las curvas de Kaplan-Meier.

Conclusiones: Concluimos que la ergometría (frecuencia cardiaca máxima) y la RMC-E (carga isquémica) pueden tener valor pronóstico aditivo para la predicción del riesgo de eventos a largo plazo en pacientes con SCC conocido o sospechado.