



6028-13. LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA SUPERA A LA ECOCARDIOGRAFÍA PARA PREDECIR TERAPIAS APROPIADAS DEL DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Víctor Marcos Garcés¹, Nerea Pérez Solé², José Gavara Doñate², M. Pilar López Lereu³, José Vicente Monmeneu Menadas³, César Ríos Navarro², Elena De Dios Lluch⁴, Héctor Merenciano González¹, Ana Gabaldón Pérez¹, Carlos Bertolín Boronat¹, Diego Iraola Viana¹, Clara Bonanad Lozano¹, David Moratal Pérez⁵, Francisco Javier Chorro Gascó¹ y Vicente Bodí Peris¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia, ²Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, ³Centro Médico ERESA, Valencia, ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBER-CV), Madrid y ⁵Centro de Biomateriales e Ingeniería Tisular, Universitat Politècnica de València.

Resumen

Introducción y objetivos: Los desfibriladores automáticos implantables (DAI) son efectivos como medida de prevención primaria de taquiarritmias ventriculares (TV) en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida en fase crónica. En comparación con la ecocardiografía, la resonancia magnética cardiaca (RMC) permite una cuantificación más fiable de la FEVI, además de la medición del tamaño del infarto (TI). Las implicaciones de la valoración por RMC en vez de ecocardiografía antes de implantar un DAI se desconocen.

Métodos: Estudiamos a 52 pacientes con IAMCEST (edad media $56,6 \pm 11$ años, 88,5% varones) tratados con DAI en prevención primaria. En todos los pacientes se realizó tanto una ecocardiografía como una RMC antes del implante, la indicación del cual se basó en la presencia de insuficiencia cardiaca y una FEVI reducida (? 35%) por ecocardiografía, RMC o ambas. Valoramos la tasa de terapias apropiadas del DAI (T-DAI) a lo largo del seguimiento según parámetros de la ecocardiografía y RMC pre-implante.

Resultados: En comparación con la ecocardiografía, la FEVI fue menor por RMC ($37,4 \pm 7,6$ vs $30,2 \pm 9\%$, $p 0,001$). En 24 pacientes (46,2%) por ecocardiografía y en 42 (80,7%) por RMC se detectó una FEVI ? 35%. A lo largo de un seguimiento medio de $6,1 \pm 4,2$ años, 10 pacientes presentaron T-DAI (3,16 por 100 personas-año): 5 choques directos precedidos de taquicardia ventricular muy rápida o fibrilación ventricular, 3 terapias antitaquicardia precedidas de taquicardia ventricular, y 2 terapias antitaquicardia no efectivas seguidas de choque debido a taquicardia ventricular. La FEVI por ecocardiografía ? 35% predijo de forma correcta la necesidad de T-DAI en 6/10 (60%) pacientes, la FEVI por RMC # 30% en 9/10 (90%) pacientes.



Predicción de terapias apropiadas del DAI.

Conclusiones: En pacientes con IAMCEST tratados con DAI en prevención primaria, la valoración de la FEVI por RMC es superior al tamaño del infarto o a la valoración de la FEVI por ecocardiografía para predecir la necesidad de terapias apropiadas del DAI en el seguimiento.