



4005-4. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLO DE TROMBO VENTRICULAR IZQUIERDO TRAS UN EPISODIO DE IAMCEST BASADO EN UN MODELO MULTIVARIABLE ANTES DEL ALTA HOSPITALARIA

Carlos Bertolín Boronat¹, Víctor Marcos Garcés², Héctor Merenciano González², Nerea Pérez³, José Gavara Doñate⁴, M. Pilar López Lereu⁵, José Vicente Monmeneu Menadas⁵, Blanca Domenech Ximeno⁶, Francisco López Fornas², César Ríos Navarro³, Elena de Dios Lluch⁷, David Moratal Pérez⁸, José Tomás Ortiz Pérez⁹, Juan Sanchis Forés² y Vicente Bodí Peris²

¹Departamento de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ²Departamento de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ³Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia, España, ⁴Centro de Biomateriales e Ingeniería Tisular. Universidad Politécnica, Valencia, España, ⁵ASCIREs. Centro Médico ERESA, Valencia, España, ⁶Departamento de Cardiología. Hospital Clínic, Barcelona, España, ⁷Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBER-CV), Madrid, España, ⁸Universidad Politécnica, Valencia, España y ⁹Hospital Clínic, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El trombo ventricular izquierdo (TVI) es una complicación grave tras un infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), pero la selección de pacientes para la detección de TVI no está definida. Nuestro objetivo fue evaluar el riesgo de TVI utilizando variables clínicas, electrocardiográficas (ECG) y ecocardiográficas para ayudar a identificar a los pacientes que deberían someterse a una resonancia magnética cardíaca (RMC) para la detección de TVI.

Métodos: La cohorte final incluyó 590 pacientes con IAMCEST reperfundido que se sometieron a una RMC precoz (1 semana) y/o tardía (6 meses). Durante el ingreso por IAMCEST se recogieron características clínicas basales, electrocardiográficas y ecocardiográficas. Se realizaron análisis univariados y multivariados para comprobar la asociación de dichas variables con el TVI por RMC en los primeros 6 meses después del IAMCEST.

Resultados: De los 590 pacientes con IAMCEST se detectó TVI en 43 pacientes (7,3%) por RMC en los primeros 6 meses. En el análisis multivariado, cinco variables se asociaron de manera independiente: síndrome coronario crónico (SCC) (HR 4,74 [1,82-12,35], $p = 0,001$), IAMCEST anterior (HR 10,93 [2,47-48,31], $p = 0,002$), FEVI en la ecocardiografía (HR 0,96 [0,93-0,99] por %, $p = 0,008$), suma máxima de elevación del segmento ST (Sum-STE) (HR 1,04 [1,01-1,07] por mm, $p = 0,04$) y ondas Q con elevación de ST residual (Q-STE) (HR 1,31 [1,08-1,6], $p = 0,008$). Los mejores puntos de corte para la dicotomización de variables continuas fueron > 1 derivaciones para Q-STE, > 10 mm para Sum-STE y 1 derivaciones) y tres menores (SCC, SUM-STE > 10 mm y FEVI 50% en la ecocardiografía previa al alta) predictores de TVI. Los pacientes con ambos factores de riesgo mayores y 1-3 factores de riesgo menores representaron la población con mayor riesgo de TVI, ya que casi una quinta parte de los pacientes presentaron TVI (19,6%). Además, casi todos los casos de TVI ($n = 38$, 88,4%) ocurrieron en este subgrupo.

Características basales de los pacientes

	Todos los pacientes (n = 590)	No detección TVI (n = 547)	Detección TVI (n = 43)	p
Edad (años)	58,97 ± 12,02	58,96 ± 11,98	59,2 ± 12,7	0,9
Varón (%)	471 (79,8)	434 (79,3)	37 (86)	0,29
Diabetes mellitus (%)	125 (21,2)	112 (20,5)	13 (30,2)	0,13
Hipertensión (%)	271 (45,9)	251 (45,9)	20 (46,5)	0,94
Hipercolesterolemia (%)	269 (45,6)	247 (45,2)	22 (51,2)	0,45
Fumador (%)	335 (56,8)	309 (56,5)	26 (60,5)	0,61
Síndrome coronario crónico (%)	53 (9)	45 (8,2)	8 (18,6)	0,02
Clase Killip > 2 (%)	104 (17,6)	90 (16,5)	14 (32,6)	0,008
Infarto anterior (%)	307 (52)	266 (48,6)	41 (95,3)	0,001
Enfermedad multivaso (%)	184 (31,2)	173 (31,6)	11 (25,6)	0,41
Score BARI	28,23 ± 16,99	27,39 ± 16,77	37,9 ± 16,69	0,001
Pico creatina kinasa (ng/ml)	165,1 [60-290,7]	155,9 [58,35-283,95]	297,5 [195,73-463,65]	0,001
FEVI (%)	53,5 ± 11,03	54,16 ± 10,76	45,19 ± 11,12	0,001
Diámetro telediastólico del VI (mm)	52,5 ± 6,78	52,33 ± 6,78	54,27 ± 6,54	0,09
Diámetro telesistólico del VI (mm)	35,33 ± 8,4	34,94 ± 8,32	39,34 ± 8,19	0,002
Q-STE (n de leads)	1 [0-2]	1 [0-2]	3 [1-4]	0,001
Sumatorio de elevación máxima del ST (mm)	11,33 ± 8,14	10,89 ± 7,65	16,87 ± 11,63	0,002

Sumatorio de elevación mínima del ST (mm)	2,58 ± 3,02	2,39 ± 2,86	5,11 ± 3,81	0,001
Resolución ST(%)	73,07 ± 27,99	74,31 ± 27,58	57,33 ± 28,74	0,001
Q-STE: ondas Q con elevación del ST residual > 1 mm. VI: ventrículo izquierdo.				



Diagrama resumen de los resultados del estudio.

Conclusiones: El TVI dentro de los 6 meses posteriores a un IAMCEST puede predecirse utilizando datos accesibles antes del alta. En la categoría de mayor riesgo (IAMCEST anterior y > 1 Q-STE) y 1-3 factores menores (suma-STE > 10 mm, FEVI 50% e historia de SCC), el 19,6% desarrolló TVI dentro de los 6 meses posteriores al IAMCEST. Este hallazgo podría ayudar a seleccionar pacientes para la detección de TVI por RMC después de un IAMCEST.