



6072-450. STRAIN GLOBAL LONGITUDINAL EN INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA. ¿ES ÚTIL?

Daniel Nieto Ibáñez¹, Rebeca Mata Caballero¹, Bárbara Izquierdo Coronel¹, Cristina Perela Álvarez¹, Cristina Perela Álvarez¹, Pablo Margüenda Contreras², Beatriz Marín García², Renée Olsen Rodríguez¹, María Álvarez Bello¹, María Martín Muñoz¹, Silvia Humanes Ybáñez¹, Miguel de la Serna Real de Asúa¹, Nuria Gil Mancebo¹, Alfonso Fraile Sanz¹ y Joaquín J. Alonso Martín¹

¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El *strain* global longitudinal (SGL) es una herramienta de imagen en desarrollo, con muchas aplicaciones en el diagnóstico y pronóstico de diversas patologías cardiológicas como la amiloidosis. Queremos estudiar si el SGL es útil para establecer la etiología o predecir eventos adversos (EA) en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (IC-FEVIp).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, que incluye a pacientes incluidos en el Programa Multidisciplinar de Insuficiencia Cardiaca (PROAMTIC) de nuestro hospital. Se analizaron los ecocardiogramas transtorácicos (ETT) de 150 pacientes con IC-FEVIp desde marzo de 2018 a marzo de 2022, y se realizó un posprocesado de las imágenes, obteniendo el valor de SGL cuando fue posible (si el ETT incluía los planos necesarios). En 81 de los ETT fue posible la medición del SGL. Posteriormente, se analizó la correlación entre el valor de SGL (y de otros parámetros ecocardiográficos) y la etiología de la IC-FEVIp, y entre el SGL y la aparición de EA en el seguimiento (mediana 424 días). Se definieron cinco etiologías: hipertensiva, isquémica, valvular, desconocida/otra y combinada. Se definió EA como ingreso por insuficiencia cardiaca descompensada (IC-d), visita a Urgencias por IC-d o muerte, tanto en el primer año como en el total del seguimiento.

Resultados: No hubo diferencias estadísticamente significativas (p ANOVA 0,337) respecto al valor de SGL en relación con la etiología de la IC-FEVIp (medio de -12,6%, hipertensiva -13,2%, isquémica -11,38%, valvular -12,08%, desconocida -13,71% y etiología combinada -12,63%). Respecto al pronóstico, no se encontró correlación estadística entre EA, SGL y etiología. No hubo diferencias entre el SGL medio en pacientes con o sin EA (-12,4 vs -13,4%, $p = 0,309$). En cuanto a la etiología, tampoco hubo diferencias en el SGL medio en pacientes con o sin EA del grupo de hipertensiva (-13,2 vs -13,19%, $p = 0,999$), isquémica (-11,3 vs -11,53%, $p = 0,912$), desconocida (-13,5 vs -14,28%, $p = 0,836$) y combinada (-9,8 vs -16,18%, $p = 0,067$).

Diferencias en valor medio de SGL (%) en pacientes clasificados según el evento adverso

Evento/SLG medio	SLG medio en pacientes con el evento	SLG medio en pacientes sin el evento	p
Muerte	-12,42	-12,97	0,527
Visitas a Urgencias por IC-d	-11,87	-12,89	0,550
Ingresos por IC-d	-12,81	-12,74	0,937
Muerte en el primer año de seguimiento	-12,38	-12,89	0,596
Visitas a Urgencias por IC-d en el primer año de seguimiento	-11,50	-12,89	0,517
Ingresos por IC-d en el primer año de seguimiento	-13,20	-12,61	0,568
Cualquier evento	-12,4	-13,4	0,309

SGL: *strain* longitudinal global. Valores en %. IC-d: insuficiencia cardiaca descompensada.

Conclusiones: No encontramos asociación estadísticamente significativa entre valor de SGL y pronóstico o etiología de la IC-FEVIp. Estos datos sugieren que el SGL no sería un parámetro adecuado en el manejo o seguimiento de estos pacientes, a pesar de su utilidad en otras patologías. No obstante, consideramos que son necesarias más investigaciones en este campo.