



6019-218. VALOR PRONÓSTICO AÑADIDO DEL ECOCARDIOGRAMA DE EJERCICIO CON CONTRASTE EN PACIENTES CON VENTANA ACÚSTICA SUBÓPTIMA

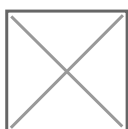
Carlos Casanova Rodríguez, Rubén Cano Carrizal, Diego Iglesias del Valle, Elsa Prieto Moriche, Rosalía Cadenas Chamorro, Arturo Martín-Peñato Molina, Ángel García García e Ignacio Plaza Pérez del Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: El ecocardiograma de ejercicio (EE) ha demostrado tener un valor pronóstico superior a la ergometría convencional. Una de sus principales limitaciones es la inadecuada calidad de las imágenes en numerosos casos, que pueden ser mejoradas con contrastes ecopotenciadores (CE). Nuestro objetivo es analizar el valor pronóstico añadido del EE con CE sobre la ergometría en pacientes con ventana acústica basal subóptima, algo aún no demostrado.

Métodos: Se seleccionó de nuestra base de datos los EE en tapiz rodante bajo protocolo de Bruce en los que, por presentar una ventana acústica subóptima, se administró CE en reposo y en máximo esfuerzo. Fueron excluidos los casos en que la respuesta eléctrica no era valorable, quedando una muestra final de 119 pacientes. Para el análisis de Cox se valoró la respuesta clínica, eléctrica, ecocardiográfica y la FEVI basal. El objetivo fue un combinado de eventos (muerte, IAM no mortal y necesidad de revascularización).

Resultados: De los 119 pacientes, 91 eran varones (76%). La edad media fue 64 ± 10 años. En 36 casos (30%) existía enfermedad coronaria previa y en 15 (13%) disfunción sistólica VI (FEVI 50%). La ventana inicial sin contraste era mala en el 39% de estudios, regular en el 54% y aceptable en el 7%. La prueba resultó clínicamente positiva en 15 casos (12,6%), eléctricamente positiva en 18 (15,1%) y ecográficamente positiva en 16 (13,5%). Durante un seguimiento medio de $17,4 \pm 10,1$ meses, la supervivencia libre de eventos fue significativamente superior en los casos con respuesta ecográfica negativa respecto a los positivos ($35,7 \pm 0,77$ frente a $9,7 \pm 2,8$ meses; $p 0,0001$ Log-Rank). En el análisis multivariable la respuesta clínica (HR 4,78, IC95% 1,32-17,29, $p 0,017$) y ecográfica (HR 5,70, IC95% 1,20-27,03, $p 0,028$) del EE fueron predictores independientes de eventos. La respuesta ecográfica en el EE mejoró de manera significativa ($\chi^2 4,82$, $p 0,028$) el valor predictivo del modelo sobre el resto de variables.



Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier en función del resultado clínico/eléctrico y ecocardiográfico.

Análisis anidado de Cox

Modelo	Wald χ^2	p*
Respuesta clínica	18,86	0,0001
Respuesta clínica + eléctrica	28,29	0,0021
Respuesta clínica + eléctrica + FEVI	35,8	0,0061
Respuesta clínica + eléctrica + FEVI + Respuesta ecocardiográfica	40,62	0,0281
*Significación estadística de la diferencia con el modelo anterior.		

Conclusiones: La respuesta ecocardiográfica del EE con EC es un predictor independiente de eventos en pacientes con ventana acústica subóptima y proporciona un valor pronóstico añadido sobre las variables habituales (respuesta clínica, eléctrica y FEVI). A la vista de los resultados, consideramos que la mala ventana acústica no debe suponer por sí sola una contraindicación para la realización del EE