



6016-221. VALOR PRONÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN AURICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON DEBUT AMBULATORIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

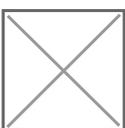
Laura Sanchis Ruiz¹, Luigi Gabrielli², Rut Andrea Riba¹, Carles Falces Salvador¹, Nicolas Duchateau³, Félix Pérez Villa¹, Bart Bijmens⁴ y Marta Sitges Carreño¹ del ¹Departamento de Cardiología, Instituto del Tórax, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona, ²División de Enfermedad Cardiovascular, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, ³Universitat Pompeu Fabra, Barcelona y ⁴ICREA, Barcelona.

Resumen

Introducción: El diagnóstico diferencial de la insuficiencia cardiaca (IC) en fases iniciales es difícil, especialmente en la IC con fracción de eyección preservada (ICFEP). Implica algoritmos diagnósticos que incluyen parámetros clínicos, ecocardiográficos y analíticos (BNP). La disfunción de la aurícula izquierda (AI) se ha relacionado con la aparición de síntomas y el diagnóstico final de IC. Pese a ello, la relación de la función AI con el pronóstico en pacientes con IC ha sido escasamente estudiada siendo objetivo de nuestro estudio.

Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos con sospecha de debut de IC remitidos a una consulta de alta resolución para su diagnóstico, a la inclusión, se determinaron los niveles del BNP y se realizó una ecocardiografía. La función contráctil AI fue analizada en los pacientes en ritmo sinusal mediante deformación miocárdica (*speckle-tracking strain*) determinando el pico de *strain-rate* AI tras la onda P (SRAIa). Posteriormente, se evaluó la aparición de eventos cardiovasculares en el seguimiento. Los pacientes fueron divididos en 3 grupos: función AI normal o reducida o fibrilación auricular (FA). Se construyeron curvas Kaplan-Meier para eventos cardiovasculares según BNP y función AI. El valor pronóstico se comparó de manera indirecta usando una regresión de Cox univariada.

Resultados: Se incluyeron 122 pacientes (74 ± 9 años, 62% mujeres) a los que se realizó un seguimiento medio de 36 meses (P25-75 26-44). El diagnóstico final fue 25% no IC, 51% ICFEP y 24% IC con reducida (ICFER) de acuerdo con las actuales guías europeas. La función AI (SRAIa) fue normal en 29 pacientes (24%), anormal en 44 (36%) y 49 (40%) se encontraban en FA. La presencia de disfunción AI (SRAIa reducido o FA) y los niveles de BNP (fig.) identificaron aquellos pacientes con menor supervivencia libre de eventos. Sin embargo, el valor pronóstico de la disfunción AI fue mayor que el del BNP. La *Hazard ratio* (HR) para eventos cardiovasculares fue: BNP > 100 ng/ml 1,77 (1,26-2,48 $p = 0,017$), disfunción AI (SRAIa disminuido o FA) 5,22 (1,61-16,90 $p = 0,006$). En tanto que la HR para diagnóstico final de IC fue 3,12 (1,23-7,93 $p = 0,017$).



Tablas de Kaplan-Meier.

Conclusiones: El estudio de la función AI en pacientes ambulatorios con sospecha de IC podría permitir la identificación de los pacientes de mayor riesgo para ampliar el estudio cardiológico en dichos casos y permitir un seguimiento más estrecho a largo plazo.