



5024-8. EL *STRAIN* LONGITUDINAL DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TRATADO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA PREDICE EL REMODELADO Y LOS EVENTOS CARDIACOS ADVERSOS

Juan Lacalzada Almeida, Marta Martín Cabezas, Corabel Méndez Vargas, María Manuela Izquierdo Gómez, Alejandro de la Rosa Hernández, Martín Jesús García González e Ignacio Laynez Cerdeña del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

Resumen

Introducción y objetivos: Tras un infarto agudo de miocardio (IAM) tratado con angio-plastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria interesa conocer que pacientes pueden sufrir remodelado adverso (RA) del ventrículo izquierdo (VI) y eventos cardiacos adversos (EA). En los últimos años el estudio de la deformidad miocárdica mediante ecocardiografía transtorácica (ETT) con *speckle-tracking imaging* (STI) ha permitido valorar el *strain* (S) y *strain rate* (SR) del VI. El objetivo de nuestro estudio es conocer la capacidad pronóstica del *strain* respecto al RA y a los EA, en una misma cohorte de pacientes con IAM tratados con ACTP primaria.

Métodos: 97 pacientes (media de edad de 56 ± 12 años, 76 varones) que ingresan por IAM a los que se realiza ACTP primaria (tiempo medio reperusión $5,8 \pm 1,3$ horas). Se recogieron los datos clínicos de los pacientes y 2-3 días después del ingreso se hizo una ETT completa con STI del VI, estudiando el *strain* global longitudinal (SGL), circunferencial y radial. A los 6 meses y 3 años se establecieron dos grupos según la presencia o no de RA del VI y EA, respectivamente.

Resultados: Utilizamos un modelo de regresión logística para identificar los factores asociados con el RA del VI y un modelo de riesgos proporcionales de Cox para determinar la relación entre estos factores y los EA. 38 (39%) pacientes mostraron RA del VI, siendo predictores independientes de éste: diabetes mellitus [odds ratio (OR) 2,1, intervalo de confianza 95% (IC) 1,2-4,8, $p = 0,05$], pico de troponina I (OR 1,2, IC95% 1,1-1,3, $p = 0,004$) y GLS (OR 1,6, IC95% 1,3-2,3, $p = 0,009$). Durante el seguimiento ($22,8 \pm 12,3$ meses), 20 (21%) pacientes presentaron EA, siendo el único predictor independiente de ellos el GLS (OR 4,9, IC95% 1,7-13,9, $p = 0,002$). El *cutoff* óptimo del GLS para predecir el RA fue $-12,46\%$ [área bajo la curva de la característica operativa del receptor] (AUC) 0,88, IC95% 0,79-0,96, $p = 0,001$ y para predecir los EA fue de $-9,27\%$ (AUC 0,86, IC95% 0,64-0,98, $p = 0,001$).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con IAM tratado con ACTP primara el GLS medido en los primeros días tras la reperusión es un excelente predictor tanto del remodelado como de los eventos cardiacos adversos.