



## 7007-8. COMPARACIÓN DE LA FEVI CALCULADA POR ECOCARDIOGRAFÍA Y POR RESONANCIA PARA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO Y VALORAR IMPLANTE DE DAI TRAS UN IAMEST

Ingrid Cardells Beltrán, José Vicente Monmeneu-Menadas, María Pilar López-Lereu, Ana Payá Chaume, José Gavara Doñate, Clara Bonanad Lozano, Francisco Javier Chorro Gascó y Vicente Bodí Peris del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El presente trabajo compara el valor pronóstico de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FE) calculada precozmente mediante ecocardiografía (Eco) y resonancia magnética cardíaca (RMC) tras un IAMEST, y las posibles implicaciones del uso de éstas técnicas respecto a la indicación de un desfibrilador automático implantable (DAI).

**Métodos:** Se obtuvo un registro de 407 pacientes con IAMEST del año 2001 al 2014. La FE se calculó a través de RMC y eco durante la primera semana, y se repitieron tras 4 a 8 semanas en 145 pacientes por indicación clínica. Se define el evento cardíaco mayor (EC) como el combinado de: muerte, reinfarcto o readmisión por insuficiencia cardíaca (IC). Una FE 35% se consideró criterio para valorar el implante de DAI.

**Resultados:** Durante una media de seguimiento de 97 semanas, se registraron 60 primeros EC. En la primera semana, la FE calculada por RMC fue menor que la calculada mediante eco ( $51 \pm 13$  frente a  $55 \pm 11\%$ ). La tasa de EC en pacientes con FE por RMC al 35%, del 36 al 55% y más del 55% fue: 41, 15 y 5% respectivamente (*log rank*: 42,  $p$  0,001) y 33%, 19 y 10% en las calculadas mediante eco (*log rank* = 12,  $p$  = 0,002). El estadístico C de la FE por RMC para predecir EC (0,76 [0,69-0,83]) fue significativamente mejor que por eco (0,66 [0,59-0,74]),  $p$  0,001). En 145 pacientes en los que se realizó control de la FE, el criterio de implante de DAI se detectó en 32 pacientes por RMC y en 14 pacientes por eco; de los 32 pacientes con FE 35% por RMC, solo 9 se detectaron con eco.

**Conclusiones:** La RMC precoz permite mejor estratificación de riesgo precoz que la Eco en pacientes con IAMEST, y puede implicar diferencias importantes respecto a la indicación de DAI. Se necesitan más estudios para analizar la relación coste-efectividad y las implicaciones clínicas de éstos resultados.