



## 4006-4. UN NUEVO SCORE CLÍNICO Y DE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA DE ESTRÉS (C-CMR-10) PARA PREDECIR LA MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO CONOCIDO O SOSPECHADO

Víctor Marcos Garcés<sup>1</sup>, José Gavara Doñate<sup>2</sup>, Nerea Pérez Solé<sup>2</sup>, César Ríos Navarro<sup>2</sup>, Elena de Dios Lluch<sup>3</sup>, Ana Gabaldón Pérez<sup>1</sup>, Héctor Merenciano González<sup>1</sup>, Paolo Racugno<sup>1</sup>, Clara Bonanad Lozano<sup>1</sup>, Joaquim Cànoves<sup>1</sup>, Francisco López Fornas<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Pilar López Lereu<sup>4</sup>, José Vicente Monmeneu Menadas<sup>4</sup>, Francisco Javier Chorro Gascó<sup>1</sup> y Vicente Bodí Peris<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>2</sup>Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia. <sup>3</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red-Cardiovascular (CIBER-CV), Madrid. <sup>4</sup>Unidad de Resonancia Magnética Cardiovascular, ERESA, Valencia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La resonancia magnética cardiaca de estrés con vasodilatador (RMC-E) ha demostrado valor diagnóstico y pronóstico en pacientes con síndrome coronario crónico (SCC) conocido o sospechado. No obstante, se desconoce si la integración de diferentes parámetros pronósticos de la RMC-E con variables clínicas puede mejorar la predicción del riesgo en esta población.

**Métodos:** Incluimos a 6187 pacientes en un registro multicéntrico prospectivo (edad media  $65,18 \pm 11,51$  años, 37,3% mujeres) a los que se les realizó una RMC-E por SCC conocido o sospechado. Recogimos diferentes variables clínicas y de RMC-E, como la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), los volúmenes telediastólico y telesistólico indexados, la carga isquémica (número de segmentos por defecto de perfusión al primer paso con estrés) y los segmentos con necrosis (mediante realce tardío de gadolinio).

**Resultados:** Registramos 682 (11%) muertes por todas las causas durante un tiempo medio de seguimiento de  $5,85 \pm 3,82$  años. Los únicos predictores independientes de mortalidad por todas las causas en el análisis multivariado fueron una mayor edad (HR 1,07 [1,06-1,08], p 0,001), el sexo masculino (HR 1,36 [1,15-1,61], p 0,001), la diabetes mellitus (HR 1,6 [1,37-1,87], p 0,001), una FEVI más reducida (HR 0,98 [0,97-0,98] por %, p 0,001) y una mayor carga isquémica (HR 1,04 [1,02-1,06] por segmento, p = 0,001). Mediante el incremento del valor de chi cuadrado en cada paso de la regresión de Cox multiparamétrica pudimos crear un score clínico y de RMC-E (C-CMR-10) que incluyó estas variables: edad  $\geq 65$  años = 3 puntos, sexo masculino = 1 punto, diabetes mellitus = 2 puntos, FEVI  $\geq 50\%$  = 3 puntos y carga isquémica  $> 5$  segmentos = 1 punto). Este score de 0 a 10 puntos mostró un buen rendimiento para predecir la tasa anualizada de mortalidad, que varió desde un 0,29%/año (score = 0) a  $> 4,6\%$ /año (score  $\geq 7$ ). La utilidad y solidez del modelo fueron confirmados en 2 cohortes internas seleccionadas aleatoriamente (derivación y validación), cada una con  $n > 3.000$  pacientes.



*A: Mortalidad por todas las causas según las categorías de riesgo del score (C-CMR-10 score). B: Tasa anualizada de mortalidad por todas las causas (%/año) según las categorías de riesgo. C: Variables y cálculo del C-CMR-10 score.*

**Conclusiones:** Un nuevo score (C-CMR-10) que incluye variables clínicas (edad, sexo masculino y diabetes mellitus) y de RMC-E (FEVI y carga isquémica), permite predecir y estratificar el riesgo de muerte por todas las causas en una población de pacientes con SCC conocido o sospechado.