Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 39

Revista Española de Cardiología

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[1], José Gavara Doñate[2], Nerea Pérez Solé[2], César Ríos Navarro[2], Elena de Dios Lluch[3], Ana Gabaldón Pérez[1], Héctor Merenciano González[1], Paolo Racugno[1], Clara Bonanad Lozano[1], Joaquim Cànoves[1], Francisco López Fornas[1], Mª Pilar López Lereu[4], José Vicente Monmeneu Menadas[4], Francisco Javier Chorro Gascó[1] y Vicente Bodí Peris[1]

[1]Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia. [2]Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia. [3]Centro de Investigación Biomédica en Red-Cardiovascular (CIBER-CV), Madrid. [4]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 ± 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 ± 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 ? 65 años = 3 puntos, sexo masculino = 1 punto, diabetes mellitus = 2 puntos, FEVI ? 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 ? 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.