Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 725

Revista Española de Cardiología

5015-6. *STRAIN* LONGITUDINAL GLOBAL DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO PARA LA PREDICCIÓN DE PROGRESIÓN CLÍNICA EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA ESTABLE

Alexander Marschall, Hugo del Castillo Carnevali, Concepción Fernández Pascual, Freddy Andrés Delgado Calva, Carmen Dejuán Bitriá, Belén Biscotti Rodil, Juan Duarte Torres, Inés Gómez Sánchez, Elena Basabe Velasco, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

Hospital Central de la Defensa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios previos han demostrado que el *strain* longitudinal global (SLG) del ventrículo izquierdo (VI) es un valor fiable y factible para la predicción de *outcomes* en insuficiencia cardiaca (IC), con más precisión que la fracción de eyección del VI (FEVI). Sin embargo, estos estudios raramente incluyeron pacientes estables y asintomáticos.

El objetivo de nuestro estudio fue investigar el valor pronóstico del SLG, en comparación con la FEVI, en pacientes asintomáticos con insuficiencia cardiaca estable.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, incluyendo pacientes consecutivos con IC con FEVI reducida (FEVI 40%) y en rango medio (FEVI 40-49%), en NYHA I que no hayan experimentado descompensación en los 6 meses previos. Todos los pacientes fueron sometidos a un estudio ecocardiográfíco reglado. El *endpoint* primario fue definido como compuesto de muerte cardiovascular, hospitalización por IC y necesidad de intensificación del tratamiento de IC en un periodo de seguimiento de 12 meses.

Resultados: De 837 pacientes con FEVI 50% evaluados en nuestra consulta de IC entre enero 2016 y diciembre 2017, se incluyeron 153 pacientes. La edad media fue de 74 (± 10,2) años y el 82% eran varones. No encontramos diferencias significativas con respecto a características clínicas basales (tabla). La FEVI media fue del 40,9% (± 6,96). La incidencia acumulada de progresión de IC fue del 17,8%. SLG del VI fue significativamente más bajo (menos negativo) en pacientes que presentaron progresión clínica que en pacientes sin progresión de IC (-7,7 vs -12,2, p 0,001). Las curvas de ROC (fig.) y modelos de regresión de Cox identificaron SLG como el predictor más preciso entre todas las variables continuas. La FEVI predijo progresión con menos precisión (tabla).

Características clínicas y ecocardiográficas y predictores

Variable	Progresión clínica

	No (n = 126)	Si (n = 27)
Edad media (años)	72,2 ± 11,8	
Sexo masculino	105 (83%)	
FEVI reducida	35 (28%)	
Etiología isquémica	86 (68%)	
Área de aurícula izquierda (cm^2)	22 (18,9-27,7)	
DDVI (mm)	53 (49-60)	
FEVI (%)	43 (39-46)	
E/A	0,83 (0,62-1,17)	
TAPSE (mm)	20 (16-23)	
PSAP (mmHg)	38 (30-42)	

Predictores	AUC	Cut off	Sensibilidad	Especificidad
Strain longitudinal global	0,809	-8,50%	74,10%	89%
Fracción de eyección	0,654	42%	70,40%	54%

AUC: *Area under the curve*; DDVI: diámetro diastólico del VI; FEIVI: fracción de eyección del VI; PSAP: presión a
Tricuspid annular plane systolic excursion; VI: ventrículo izquierdo.

Curvas de ROC para A: FEVI; B: SLG del VI.

Conclusiones: En pacientes asintomáticos (en NYHA I) con IC estable, el SLG fue un predictor más preciso que la FEVI.