Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 371

Revista Española de Cardiología

5010-5. IMPLICACIONES DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN PARÁMETROS DE DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA

Pablo Eduardo Tobías-Castillo, Eduard Ródenas-Alesina, Jordi Lozano-Torres, Rosa Vila-Olives, María Calvo-Barceló, Clara Badia-Molins, María Josefa Azpiroz-Franch, Roxana Andreina Escalona-Silva, Guillem Casas-Masnou, Rubén Fernández-Galera, Ana Belén Méndez-Fernández, Nuria Rivas-Gándara, Ignacio Ferreira-González y José Fernando Rodríguez-Palomares

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) se asocia con un peor pronóstico en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI). En esta población se desconoce cómo afecta la FA a los diferentes parámetros de deformación miocárdica.

Métodos: Entre 2015 y 2019 se incluyeron de forma retrospectiva todos los pacientes con MCDNI a quienes se realizó un ecocardiograma, y se recogió la presencia de FA durante el mismo. Se analizó el *strain* longitudinal de ambos ventrículos, y mediante la incorporación de la presión arterial se derivó el trabajo miocárdico global y la eficiencia miocárdica mediante *software* dedicado. Todas las medidas se evaluaron en un modelo de 17 segmentos, y se compararon los diferentes parámetros de deformación miocárdica entre pacientes en FA y sin FA.

Resultados: Se incluyeron 550 pacientes, de los cuales 188 (34,8%) se encontraban en FA en el momento del ecocardiograma. La tabla muestra cómo los pacientes en FA presentaron un patrón de deformación con menor SGL del VI (p 0,001) y menor trabajo miocárdico (p 0,001), con disminución del trabajo tanto constructivo como desechado, y se apreció una mayor homogeneidad del trabajo miocárdico en los 17 segmentos evaluados (desviación estándar del trabajo miocárdico de 464 vs 509% mmHg, p 0,036) y menor tiempo eyectivo (p = 0,003). El *strain* longitudinal global y de la pared libre del ventrículo derecho también resultaron significativamente inferiores en los pacientes en FA (fig.), sin encontrarse diferencias entre grupos en la presión pulmonar sistólica.

	Total	FA (N = 188)	Sinusal (N = 353)	p
Strain longitudinal global del VI (%)	-11,0 ± 4,0	-10,0 ± 3,9	-11,5 ± 3,9	0,001
Trabajo miocárdico del VI (%mmHg)	999 ± 443	879 ± 386	1.057 ± 457	0,001

Desviación estándar del trabajo miocárdico del VI (%mmHg)	494 ± 219	464 ± 166	509 ± 239	0,036
Trabajo constructivo del VI (%mmHg)	1.334 ± 504	1.228 ± 438	1.386 ± 525	0,001
Trabajo desechado del VI (%mmHg)	264 ± 175	239 ± 141	276 ± 188	0,031
Eficiencia miocárdica (%)	81,4 ± 9,1	81,4 ± 8,8	81,4 ± 9,2	0,973
Strain de la pared libre del VD (%)	-19,6 ± 6,5	-16,7 ± 6,3	-21,1 ± 6,0	0,001
Strain longitudinal global del VD (%)	-15,2 ± 5,0	-13,5 ± 4,5	-16,0 ± 5,0	0,001
PAPS (mmHg)	40,2 ± 14,3	40,5 ± 14,5	39,8 ± 14,1	0,695
TE (ms)	260 ± 43	250 ± 41	265 ± 43	0,003

FA: fibrilación auricular; VI: ventrículo izquierdo; CPS: contracción postsistólica; VD: ventrículo derecho; PAPS: presión arterial pulmonar sistólica; TE: tiempo eyectivo.

Conclusiones: Los pacientes con MCDNI en FA presentan una peor función sistólica biventricular y tiene un patrón de deformación diferente a los pacientes en sinusal caracterizado por un trabajo miocárdico más homogéneo y menor tiempo eyectivo.