



6110-10. LA RIGIDEZ AURICULAR ESTIMADA MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA ES UN MARCADOR PRONÓSTICO INDEPENDIENTE DE MORTALIDAD EN MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA

Iván Sánchez Sánchez¹, Fabián Islas Ramírez², Pablo Zulet Fraile¹, Sandra Gil Abizanda¹, Marcos Ferrández Escarabajal¹, María Alejandra Restrepo Córdoba¹, Josebe Goirigolzarri Artaza¹, Verónica Poveda¹, Claudia Dávila¹, José Alberto de Agustín Loeches¹ y Carmen Olmos Blanco¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España y ²Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina (Toledo), España.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años se ha demostrado que los parámetros de función auricular son importantes marcadores pronósticos en distintos escenarios clínicos.

Nuestro objetivo fue evaluar el papel pronóstico de una estimación no invasiva del índice de rigidez auricular mediante ecocardiografía en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica.

Métodos: Cohorte prospectiva de pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica evaluados en un hospital terciario español entre 2017 y 2022. Se recogieron en un registro multipropósito distintas variables clínicas y de imagen cardíaca y se registró la incidencia de eventos clínicos en el seguimiento. La rigidez auricular se estimó de forma no invasiva como el cociente entre E/e' y el *strain* auricular izquierdo en la fase de reservorio.

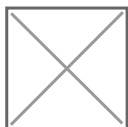
Resultados: La edad media de los pacientes de nuestra cohorte ($n = 200$) fue de 61 (14) años y 68 (34%) eran mujeres. Durante una media de seguimiento de 3,6 años, 33 (16,5%) pacientes fallecieron, y 54 (27%) presentaron algún ingreso por IC. La media de fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) fue 31% (9,5), y la media del índice de rigidez auricular fue de 1,3 (0,9), con diferencias significativas entre aquellos pacientes con y sin eventos (1,68 (1,1) vs 1,21 (0,8); $p = 0,005$) (figura). En un análisis de regresión logística, las variables que se asociaron de forma significativa con la incidencia de mortalidad en el seguimiento fueron la FEVI, el cociente E/e' y el índice de rigidez auricular (tabla). En el análisis multivariable, la rigidez auricular izquierda resultó ser un predictor independiente de mortalidad en el seguimiento (OR 1,79, IC95% 1,19-2,69); $p = 0,005$).

Variables predictoras de mortalidad en un análisis de regresión logística

	OR (IC95%)	p
Edad	1,05 (1,02-1,08)	0,003

Sexo femenino	0,99 (0,45-2,19)	0,982
Diabetes mellitus	1,75 (0,80-3,88)	0,163
Hipertensión arterial	2,57 (1,17-5,65)	0,018
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (%)	0,96 (0,92-0,99)	0,044
Volumen telesistólico indexado del ventrículo izquierdo (mL/m ²)	1,01 (0,99-1,02)	0,325
Strain longitudinal del ventrículo izquierdo	0,99 (0,89-1,09)	0,787
E/e'	1,07 (1,02-1,13)	0,009
Volumen auricular izquierdo indexado (mL/m ²)	1,03 (1,02-1,05)	0,001
Strain auricular reservorio (%)	0,97 (0,92-1,03)	0,316
Índice de rigidez auricular	1,68 (1,15-2,44)	0,008
TAPSE (mm)	0,96 (0,88-1,06)	0,436
PSAP (mmHg)	1,02 (0,99-1,05)	0,128
Strain de pared libre del ventrículo derecho (%)	0,99 (0,92-1,08)	0,914
Acoplamiento ventrículo-arterial derecho	0,27 (0,07-1,04)	0,058

TAPSE: *tricuspid annular plane systolic excursion*; PSAP: presión sistólica arterial pulmonar.



Diferencias en el índice de rigidez auricular entre el grupo de pacientes con eventos y sin eventos en el seguimiento.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica, el índice de rigidez auricular, que combina información relativa a las presiones de llenado con la función auricular, fue un predictor independiente de mortalidad y podría ser de utilidad como herramienta adicional para la

estratificación del riesgo en esta patología.