



## 6030-178. PREDICTORES DE RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA TRAS EL IMPLANTE DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA PERCUTÁNEA

Álvaro Gabaldón Badiola<sup>1</sup>, Jorge Ruiz Esquivel<sup>2</sup>, José Andrés Cedeño Valdiviezo<sup>2</sup>, Enrique Gutiérrez Ibañez<sup>2</sup>, Jorge García Carreño<sup>2</sup>, María Eugenia Vázquez Álvarez<sup>2</sup>, Ricardo Sanz Ruiz<sup>2</sup>, Javier Soriano Triguero<sup>2</sup>, Jaime Elízaga Corrales<sup>2</sup>, Javier Bermejo Thomas<sup>2</sup> y María Tamargo Delpón<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, España y <sup>2</sup>Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Centro de Investigación Biomédica en Red, Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Madrid, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los factores que predicen la mejoría de la función del ventrículo izquierdo tras el implante de una prótesis valvular aórtica percutánea (TAVI) no están bien establecidos. Nuestro objetivo es determinar factores predictores de mejoría de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en una cohorte española de pacientes de un centro terciario con un seguimiento a medio plazo.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de pacientes con estenosis aórtica y FEVI 50% a los que se implantó una TAVI entre mayo de 2018 y enero de 2024, comparando aquellos que normalizaron la FEVI y aquellos en los que persistió por debajo del 50%. Se registraron características basales, eventos inmediatos y al año.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 156 pacientes, de los cuáles 69 (44,2%) normalizaron la FEVI tras la TAVI. La tabla incluye las principales características comparando ambos grupos. En el análisis univariante, se identificaron como predictores de la recuperación de FEVI el sexo femenino (OR 2,09 [1,089-4,075],  $p = 0,028$ ), mientras que se identificaron como predictores de persistencia de disfunción el tabaquismo activo (OR 0,341 [0,1345-0,798],  $p = 0,017$ ), descompensación previa de insuficiencia cardiaca (OR 0,47 [0,225-0,972],  $p = 0,043$ ), neoplasia activa (OR 0,33 [0,104-0,89],  $p = 0,039$ ), el bloqueo de rama izquierda basal (OR 0,35 [0,12-0,91],  $p = 0,04$ ) y el bloqueo AV completo permanente intraprocedimiento (OR 0,18 [0,03-0,072],  $p = 0,031$ ). En el análisis multivariante, se mantuvieron como predictores independientes el sexo femenino para recuperación de la FEVI (OR 2,40 [1,07-5,54],  $p = 0,036$ ) y el bloqueo de rama izquierda basal para persistencia de disfunción (OR 0,26 [0,08-0,072],  $p = 0,013$ ). Los pacientes que normalizaron la FEVI tuvieron una menor tasa de eventos cardiovasculares mayores a 6 meses (figura). No hubo diferencias significativas en mortalidad cardiovascular en el seguimiento.

Características demográficas,  
clínicas y electrocardiográficas

|  | Persistencia de<br>disfunción ventricular | Normalización de FEVI | p |
|--|-------------------------------------------|-----------------------|---|
|  |                                           |                       |   |

|                                                  | <i>N</i> = 87        | <i>N</i> = 69        |            |
|--------------------------------------------------|----------------------|----------------------|------------|
| Sexo femenino                                    | 25 (28,7%)           | 32 (46,4%)           | 0,035      |
| Tabaquismo                                       | 0,012                |                      |            |
| No                                               |                      | 56 (64,4%)           | 59 (85,5%) |
| Activo                                           |                      | 8 (9,20%)            | 2 (2,90%)  |
| Exfumador                                        |                      | 23 (26,4%)           | 8 (11,6%)  |
| Descompensación de insuficiencia cardiaca previa | 70 (80,5%)           | 46 (66,7%)           | 0,076      |
| Neoplasia activa                                 | 17 (19,5%)           | 5 (7,25%)            | 0,050      |
| NT-proBNP (ng/l)                                 | 6.292 [3.073;12.773] | 3.193 [1.448; 6.251] | 0,007      |
| Clase NYHA                                       | 0,015                |                      |            |
| I                                                |                      | 1 (1,15%)            | 1 (1,45%)  |
| II                                               |                      | 16 (18,4%)           | 21 (30,4%) |
| III                                              |                      | 38 (43,7%)           | 36 (52,2%) |
| IV                                               |                      | 32 (36,8%)           | 11 (15,9%) |
| QRS basal (ms)                                   | 111 [90,8;130]       | 100 [87,5;110]       | 0,021      |
| BRIHH                                            | 19 (25,7%)           | 6 (10,5%)            | 0,050      |
| FEVI preimplante (%)                             | 32,0 [26,5;42,0]     | 45,0 [40,0;45,0]     | 0,001      |
| Gradiente medio (mm Hg)                          | 35,5 [25,2;45,8]     | 40,0 [31,0;56,0]     | 0,019      |

BRIHH: bloqueo de rama  
izquierda del haz de His.  
FEVI: fracción de eyección del  
ventrículo izquierdo. NYHA:  
New York Heart Association.



*Eventos cardiovasculares mayores (MACE) a los 6 meses del seguimiento.*

**Conclusiones:** En nuestro estudio se identifica como predictor independiente de normalización de la FEVI tras la TAVI el sexo femenino, mientras que el bloqueo de rama izquierda preimplante fue un predictor independiente de persistencia de disfunción ventricular. La normalización de la FEVI se asoció a una menor tasa de eventos cardiovasculares en el seguimiento.