



6016-514. SUSTITUCIÓN VALVULAR TRICUSPÍDEA: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD A LARGO PLAZO

Elisabet Mena Sebastià¹, Xavier Rosselló Lozano¹, Christian Muñoz-Guijosa², Ana Belén Méndez Fernández¹, Xavier Borrás Pérez¹, Josep M. Padró Fernández² y Joan Cinca Cuscollola¹ del ¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: Históricamente la sustitución valvular tricuspídea (SVT) se ha asociado con una alta morbi-mortalidad. Sin embargo, no se han establecido los factores de riesgo asociados a mortalidad. Nuestro objetivo es estudiar los factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes sometidos a una SVT en nuestra institución.

Métodos: Entre enero de 1996 y diciembre de 2012, 68 pacientes fueron sometidos a SVT. Se recogieron datos clínicos, analíticos y ecocardiográficos previos y tras la cirugía. El tiempo medio de seguimiento fue 4,1 años.

Resultados: La edad media era $62 \pm 10,4$ años y el 79% eran mujeres. La etiología de la patología tricuspídea fue: reumática (63,2%), funcional (17,6%), endocarditis (7,4%), congénita (1,5%), degenerativa (1,5%) y disfunción protésica (8,8%). El 58,2% de los pacientes presentaban una valvulopatía mitral asociada. El 60,3% eran reintervenciones. En el 92,6% de los casos se implantó una prótesis tricuspídea mecánica. La IC derecha y una clase funcional III-IV estaban presentes en el 75% y 58,4% de los pacientes respectivamente. Los datos ecocardiográficos preoperatorios mostraron una IT moderada-severa en el 89,5% de los casos y una dilatación y reducción de la contractilidad del VD en el 32,3% y 21% de los pacientes respectivamente. Las complicaciones posoperatorias más frecuentes fueron: IC derecha (35,8%), necesidad de inotrópicos (54,5%), *shock* (25%), hemorragia (22,7%) e insuficiencia renal aguda (22,4%). La mortalidad operatoria fue del 17,9%. La mortalidad total fue 34,3%. Los factores de riesgo asociados a mortalidad total fueron: DM (35% vs 7%, $p = 0,016$), cardiopatía isquémica (22% vs 0%, $p = 0,022$), neumopatía (35% vs 12%, $p = 0,048$), niveles menores de ALT ($19 \pm 9,3$ vs $33 \pm 26,1$, $p < 0,046$), PAPsistólica preoperatoria menor ($41 \pm 7,7$ vs $47 \pm 13,5$, $p = 0,037$) y niveles mayores de urea ($11 \pm 3,3$ vs $8 \pm 2,5$, $p = 0,02$). No se observó relación entre la mortalidad a largo plazo y la clase funcional avanzada, la IC derecha preoperatoria y dilatación o disfunción del VD.

Conclusiones: Los pacientes que precisan una SVT son pacientes de alto riesgo. Los predictores de mortalidad a largo plazo son: DM, cardiopatía isquémica, neumopatía, los niveles de ALT y urea y la PAPsistólica. Sin embargo, el tamaño y la función preoperatoria del VD, la IC derecha o la clase funcional no se relacionaron con la mortalidad a largo plazo.