



5012-8. ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL DERECHO Y SU RELACIÓN CON EL PRONÓSTICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Beatriz Pérez Martínez, Zoser Saura Carretero, Bettina de Berardinis Moreno, Eloy Mite Salazar, Rafael León Allocca, José Carlos López Clemente, Ana Laura Valcárcel Amante, M. Carmen Guirao Balsalobre, Ramón Rubio Patón, Santiago Egea Beneyto, José Luis Ramos Martín, José García Gómez, Juan Carlos Bonaque González, Federico Soria Arcos y Juan Antonio Castillo Moreno

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: La función ventricular derecha y el estado de la presión pulmonar son dos aspectos de gran valor pronóstico en pacientes con insuficiencia cardiaca. El acoplamiento del ventrículo derecho (AVAD) a la situación de la Presión Sistólica de la Arterial Pulmonar (PSAP) traduce la capacidad de adaptación del ventrículo derecho a la situación de resistencias aumentadas en el territorio pulmonar. El AVAD puede ser estimado mediante el cálculo de la relación TAPSE (excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo)/PSAP. Se ha sugerido que el AVAD tiene valor pronóstico. Objetivos: confirmar el valor pronóstico del AVAD en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes con ingreso hospitalario por insuficiencia cardiaca en 2015. Se recogieron variables demográficas, clínicas, electrocardiográficas, analíticas, ecocardiográficas y tratamiento. Según la literatura, se consideraron dos puntos de corte del AVAD (0,04 y 0,02). Para la valoración pronóstica se usó la variable de mortalidad por cualquier causa a los 5 años. Se valoró la asociación entre la mortalidad y el AVAD mediante regresión logística.

Resultados: Se registraron un total de 219 pacientes en el año 2015, con edad de $78 \pm 10,4$ años, siendo el 42% varones y con FEVI de $53 \pm 14,5\%$. Cien pacientes presentaron un AVAD $> 0,04$ y 119 presentaron un AVAD $0,04$, de los cuales en 20 pacientes fue $0,04$ (63/100) y 81% en pacientes con AVAD $0,04$ (96/119; $p = 0,004$). Los 20 pacientes con AVAD $0,02$ fallecieron ($p = 0,003$). En el modelo de análisis multivariante que incluyó AVAD $0,04$, AVAD 50 mmHg, FEVI 40% e IT grave, se mostró que solo la edad y el sexo femenino permanecieron significativamente asociados con la mortalidad, sin mantenerse la asociación inicial con AVAD $0,04$ y AVAD $0,02$.

Análisis univariante y multivariante del AVAD y la mortalidad por todas las causas a 5 años

Fallecimiento

Análisis univariante

Análisis multivariante

Sí

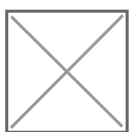
No

OR (IC95%) p

OR (IC95%)

p

AVAD 0,02	20/159 (12,6%)	0/60 (0,0%)	1,4 (1,3-1,6)	0,004	1,2 (0,4-3,9)	0,79
AVAD 0,04	81/159 (60,4%)	23/60 (38,3%)	2,5 (1,3-4,5)	0,003	1,3 (0,5-3,1)	0,69
AVAD > 0,04	63/159	37/60				
Edad > 75 años	129/159 (81,1%)	36/60 (60%)	2,9 (1,5-5,5)	0,001	2,3 (1,1-5,0)	0,04
Sexo (varones)	66/159 (41,5%)	27/60 (45,0%)	0,9 (0,5-1,6)	0,64	0,5 (0,2-0,9)	0,04
IMC > 30	80/159 (50,3%)	31/60 (51,7%)	0,9 (0,5-1,7)	0,86	1,8 (0,9-3,5)	0,11
HTA	132/159 (83,0%)	51/60 (85,0%)	0,9 (0,4-2,0)	0,72	1,8 (0,8-4,3)	0,17
DM	79/159 (49,7%)	29/60 (48,3%)	1,1 (0,6-1,9)	0,86	1,2 (0,6-2,5)	0,62
DLP	93/159 (58,5%)	32/60 (53,3%)	1,2 (0,7-2,2)	0,49	0,7 (0,3-1,4)	0,28
Ritmo distinto al sinusal	107/159 (67,3%)	33/60 (55%)	1,6 (0,9-3,0)	0,12	1,1 (0,6-2,2)	0,79
PSAP > 50 mmHg	68/159 (42,8%)	15/60 (25%)	2,2 (1,2-4,4)	0,016	0,5 (0,2-1,3)	1,30
FEVI 40%	31/159 (19,5%)	15/60 (25%)	0,7 (0,4-1,5)	0,37	1,3 (0,5-3,0)	0,58
IT grave	32/159 (20,1%)	2/60 (3,3%)	7,3 (1,6-31,5)	0,002	1,2 (0,5-3,3)	0,70



Mortalidad por todas las causas según el valor del AVAD.

Conclusiones: Aunque en el análisis univariante se observó mayor mortalidad cuanto menor es el valor del AVAD, no se observaron diferencias pronósticas en el modelo ajustado por otras variables clínicas, en relación con dicho parámetro.