



5018-6. ESTADIFICACIÓN DEL DAÑO CARDIACO EN PACIENTES SOMETIDOS A TAVR: VALOR INCREMENTAL DEL *STRAIN* LONGITUDINAL GLOBAL Y DEL ACOPLAMIENTO VENTRICULAR-ARTERIAL DERECHO

Eva Gutiérrez Ortiz, Irene Carrión Sánchez, Carmen Olmos Blanco, Pilar Jiménez Quevedo, Luis Nombela Franco, Eduardo Pozo Osinalde, Patricia Mahía Casado, Sandra Gil Abizanda, José Alberto de Agustín Loeches y Fabián Islas Ramírez

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La estadificación del daño cardiaco se ha propuesto y validado como herramienta pronóstica tras el reemplazo valvular aórtico transcatheter (TAVR), sin embargo, muchos pacientes se someten al procedimiento una vez establecido el daño cardiaco. El objetivo de este estudio consiste en evaluar el valor del *strain* longitudinal global (SLG) y del acoplamiento ventrículo-arterial derecho (AVA-D) en el rendimiento pronóstico de la estadificación del daño cardiaco.

Métodos: Se desarrolló un registro hospitalario (496 pacientes) con EA con indicación clínica para TAVR. Se realizó una ecocardiografía preprocedimiento según las guías de práctica clínica. Se clasificó a los pacientes en función del siguiente estadio de daño cardiaco: Estadio 0: sin daño; Estadio 1: daño del ventrículo izquierdo (fracción de eyección del VI (FEVI) 95 g/m² para mujeres, > 115 g/m² para varones); Estadio 2: daño de la aurícula izquierda (AI) o la mitral (índice de volumen de la AI > 34 ml/m², insuficiencia mitral moderada-grave o fibrilación auricular); Estadio 3: daño vascular pulmonar o de la tricúspide (presión arterial pulmonar sistólica de 60 mmHg o insuficiencia tricuspídea moderada-grave); Estadio 4: daño del ventrículo derecho (TAPSE 1.7 cm, S' 9,5 cm/s). AVA-D (TAPSE/PSAP).

Resultados: La tabla muestra las características clínicas y ecográficas basales de los pacientes. Solo un paciente (0,2%) pertenecía al estadio 0; 38 (7,7%) se encontraban en el estadio 1; 159 (32,1%) en el estadio 2; 157 (31,7%) en el estadio 3 y 141 (28,4%) en el estadio 4. La mortalidad en un año para el estadio 1 fue del 10,5%, para el 2 del 13,7%, para el 3 del 32,2% y para el 4 del 19,5%. El área bajo la curva ROC (AUC) de la mortalidad a 1 año para el sistema de estadificación fue 0,622, IC (0,539-0,705). El mejor valor de corte del SGL para predecir la mortalidad a 1 año fue de -14% con un AUC de 0,634, IC (0,487-0,781) y el AVA-D tuvo un AUC de 0,748, IC (0,638-858). El modelo que añadía al sistema de estadificación, el SGL y AVA-D tuvo un AUC ROC de 0,875, IC (0,780-0,971).

Características clínicas y ecográficas basales de los pacientes.

Edad (años)

81,9 ± 6,2

Diabetes mellitus (n)	186
Hipertensión arterial (n)	422
Fibrilación auricular (n)	147
FEVI (%)	57,9 ± 12,3
Velocidad máxima válvula aórtica (m/s)	4,3 ± 0,6
Gradiente medio válvula aórtica (mmHg)	44,2 ± 14,1
Área valvular aórtica (cm ²)	0,86 ± 0,6
SGL (%)	-15,6 ± 3,5
Acoplamiento ventrículo arterial izquierdo	1,7 ± 1,1
Acoplamiento ventrículo arterial derecho	0,61 ± 0,34

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo, SGL: *strain* global longitudinal.



Curva ROC para el modelo combinado (sistema de estadificación, SGL y AVA-D).

Conclusiones: La estadificación del daño cardiaco es una herramienta eficaz para el pronóstico y ha sido validada en varios estudios; sin embargo, la adición de parámetros ecográficos factibles y disponibles, como el SGL y el AVA-D, puede aumentar significativamente su rendimiento pronóstico.