



6050-12. EVOLUCIÓN NO INVASIVA DEL ACOPLAMIENTO VENTRICULOARTERIAL DE VD EN PACIENTES SOMETIDOS A REPARACIÓN MITRAL TRANSCATÉTER

Vanessa Moñivas Palomero, María del Trigo Espinosa, Paula Vela Martín, Antonio Portolés Hernández, Sara Navarro Nieto, Basilio Angulo Lara, Daniel Escribano García, David Sánchez Ortiz, Javier Goicolea, Juan Francisco Oteo Domínguez y Susana Mingo Santos

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El acoplamiento ventriculoarterial del VD (AC-VD) ha demostrado valor pronóstico en pacientes con Insuficiencia Mitral funcional en los que realiza tratamiento transcatóter con Mitraclip. Nuestro objetivo fue evaluar los cambios del acoplamiento tras Mitraclip así como establecer su valor pronóstico en nuestra población de IM funcional.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva 56 pacientes tratados con Mitraclip en nuestro centro entre 2015-2021 con ecocardiograma basal, a corto plazo (mediana 40 días RIC 31-122) y 12 meses (mediana 400 días, RIC 330-450) de seguimiento. El AC-VD se evaluó mediante ETT de dos maneras distintas: TAPSE/PASP y *strain* de la pared libre de VD/PAPS.

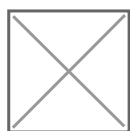
Resultados: Se analizaron 56 pacientes con IM funcional con edad media 65 ± 11 años, FEVI 33 ± 12 . Los parámetros de función derecha permanecieron estables. Existió reducción significativa de la PAPS a corto y largo plazo. Los valores de acoplamiento por TAPSE/PSP y RVFWS/PSP mejoraron de forma significativa a corto plazo manteniéndose tras 1 año. El 67% de pacientes presentaban valores normales de AC-VD basal ($> 0,31$ TAPSE/PASP), y un 66% a los 12 meses ($> 0,36$ TAPSE/PASP). Mediante análisis de curvas ROC se determinaron puntos corte de AC-VD por TAPSE basal de 0,31 (S 80% y E 80%) y de 0,36 a 12 meses (S 73% y E 60%). Las curvas de supervivencia muestran diferencias en la mortalidad para un punto de corte TAPSE/PAPS a 12 meses de 0,36 (*Log Rank* p 0,008 Exp (B) 7,3 IC 1,3-40,5).

Características de la población

	Basal	Corto plazo	p1	12 meses	p2
Nº ingresos año	$1,7 \pm 1,4$			$0,6 \pm 0,0$	0,001
NYHA	$3,0 \pm 0,7$	$2 \pm 0,7$	0,001	$2,2 \pm 0,6$	0,001

NT proBNP pg/ml	4.083 (1.948-9.118)	3.049 (1.298-5.896)	0,01	2.334 (1.248-4.377)	0,01
FEVI%	31,6 ± 10,3	32,6 ± 11,1	0,17	33,6 ± 12,3	0,20
GC l/min	3,1 ± 0,9	3,7 ± 0,9	0,001	3,7 ± 0,8	0,001
Insf. tricuspídea	1,3 ± 0,1	1,1 ± 1	0,9	1,1 ± 1	0,2
VD diámetro mm	4,2 0,8	4,2 0,8	0,9	4,2 0,8	0,06
TAPSE/PAPS	0,40 ± 0,18	0,52 ± 0,27	0,014	0,50 ± 0,17	0,014
RVFWS/PASP	0,32 ± 0,13	0,43 ± 0,23	0,012	0,42 ± 0,24	0,010
TAPSE (mm)	17,7 ± 7	17,8 ± 4,1	0,96	18,2 ± 4,5	0,66
RVFWS (%)	14,0 13,6	15,3 ± 4,3	0,08	15,2 ± 4,6	0,20
FAC%	34,4 ± 8,7	37,5 ± 9,3	0,05	37,2 ± 10,4	0,11
PAPS (mmHg)	48,3 ± 12,2	39,4 ± 13,5	0,002	41,3 ± 12,9	0,001

FAC: fracción acortamiento VD,G PAPS: presión sistólica pulmonar, RVFWS: *strain* longitudinal pared libre de ventrículo derecho, TAPSE: excursión del anillo tricuspídeo p1 comparación entre basal y 1 mes, p2 comparación entre basal y 12.



Curvas ROC y curvas de supervivencia para mortalidad.

Conclusiones: La monitorización del AC desde el inicio aporta información útil para el seguimiento de los pacientes intervenidos mediante Mitraclip. Un valor 0,36 en el seguimiento a largo plazo nos debe hacer pensar estamos ante pacientes con peor pronóstico. La validación de este parámetro en series más grandes podría ayudar a una mejor selección de los posibles candidatos a tratamiento transcatóter mediante técnica borde a borde.