Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 203

Revista Española de Cardiología

5. PREDICTORES DE REINGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA TRAS REPARACIÓN PERCUTÁNEA DE LA INSUFICIENCIA MITRAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Leopoldo Fernández Ruz, Daniel Jesús Salazar Rodríguez, Joaquín Cano Nieto y Cristóbal Urbano Carrillo

Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La reparación mitral percutánea borde a borde supone una actuación alternativa sobre la insuficiencia mitral (IM) en pacientes desestimados para intervención quirúrgica. Se presentan los resultados del programa desde su inicio hasta enero de 2023.

Métodos: Se recogieron los datos clínicos, ecográficos e intraprocedimiento de las reparaciones realizadas entre abril de 2019 y diciembre de 2022. Para la supervivencia global y libre de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca (IC) se emplearon las curvas de Kaplan-Meier. Se realizó el test de *log rank* para la comparación de variables cualitativas.

Resultados: Se realizaron 60 procedimientos. La edad media fue de 71,68 años (± 10,1), 60% varones. El 61,7% tenían historia de fibrilación auricular (FA) y el 35% de cardiopatía isquémica (CI). 49 pacientes (81,7%) tenía una clase funcional (CF) III-IV. La media de ingresos en el último año fue 0,88 (± 0,96). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media fue 45,38% (± 13,7); 24 pacientes (40%) tuvieron FEVI 0,05) (1B, 1C). La CF III-IV preprocedimiento disminuyó la supervivencia libre de ingresos (p = 0,04) (1D).

Características clínicas, ecocardiográficas, intraprocedimiento y de seguimiento de nuestra cohorte

Variables (N = 60); N (%) o media ± DE; **mediana (mínimo-máximo)*

Edad (años)	71,77 (± 10,1)	EuroSCORE II (%)*	5,12 (2,8-11,6)	Éxito implante	50 (83,3%)
Varones	36 (60%)	DTDVI (mm)	58,5 (± 9,16)	Nº clips	1,27 (± 0,61)
FRCV y AP		DTSVI (mm)	42,7 (± 13,9)	GTM preimplante (mmHg)	1,74 (± 1,11)

HTA	46 (76,7%)	Vol AI (ml)	111,7 (± 40)	GTM posimplante (mmH)	3,13 (± 1,47)
DM2	18 (30%)	FEVI (%)	45,38 (± 13,69)	Complicaciones del procedimiento	
DLP	28 (46,7%)	FEVI 40	24 (40%)	Desprendimiento	2 (3,3%)
Tabaquismo	25 (41,7%)	FEVI 30	14 (23,3%)	Rotura de cuerdas	0
EPOC	13 (21,7%)	IT (2+)	28 (47,5%)	Atrapamiento	1 (1,7%)
ACV	5 (8,3%)	PAPs (mmHg)	49,78 (± 16,86)	Acceso vascular	3 (5%)
Cr > 2,5 mg/dl	6 (10%)	Mecanismo IM		Derrame pericárdico	0
Diálisis	3 (5%)	Orgánico	20 (33,3%)	Muerte hospitalaria	4 (6,7%)
C Isq	21 (35%)	Funcional	40 (66,7%)	Seguimiento (N = 54)	
IAM 90 días	1 (1,7%)	Crit. MITRA-FR	11 (18,3%)	Días de ingreso*	2 (1-24)
CABG	5 (8,3%)	Crit. COAPT	23 (38,3%)	IM 3+ durante seguimiento	12/54 (22,2%)
CF ³ III	49 (81,7%)	VR (ml)*	40 (22-136)	Ingresos por IC	18/54 (33,3%)
FA	37 (61,7%)	ORE (mm^2) *	30 (20-65)	Muerte	12/54 (22,2%)
DAI	14 (23,3%)	> 1 jet	20 (33,3%)	Tiempo de seguimiento (meses)*	16,12 (1,35-49,4)
TRC	9 (15%)	Longitud VP (mm)	12,16 (± 2,63)		
MCP	17 (28,3%)	IM restrictiva	19 (31,7%)		

ACV: accidente cerebrovascular; AP: antecedentes personales; CABG: cirugía de revascularización aortocoronaria; C Isq: cardiopatía isquémica previa; CF: clase funcional de la *New York Heart Association*; Cr: creatitina; Crit: criterios; DAI: desfibrilador automático implantable; DM2: diabetes mellitus 2; DLP: dislipemia; DTDVI: diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo; DTSVI: diámetro telesistólico del ventrículo izquierdo; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; GTM: gradiente transmitral; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardiaca; IM: insuficiencia mitral; IT 2+. Insuficiencia tricúspide al menos moderada; MCP: marcapasos; PAPs: presión arterial pulmonar sistólica estimada por ecocardiograma; ORE: orificio regurgitante efectivo; TRC: terapia de resincronización cardiaca; Vol AI: volumen auricular izquierdo; VP: velo posterior; VR: volumen regurgitante.

Curvas de supervivencia libre de ingreso por insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: En nuestra serie, hemos obtenido una adecuada tasa de éxito del procedimiento, sin complicaciones graves inmediatas, en una población con cardiopatía avanzada y mala clase funcional previa. La FA, la CI y la CF III-IV serían predictores de peor evolución en cuanto a hospitalizaciones por IC.