



4020-3. VALOR PRONÓSTICO DEL ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL ENTRE DIFERENTES GRADOS DE INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA GRAVE

Juan Carlos Gómez Polo¹, Manuel Carnero Alcázar¹, José Ramón Ortega Trujillo², Nuria Hernández Vicente³, Lucía Torres Quintero⁴, Olatz Zaldua Irastorza⁵, Mónica Delgado Ortega⁶, Ana M. Osa Sáez⁷, María Victoria Millán⁸, María de los Ángeles Pérez⁹, Almudena Aguilera¹⁰, Isaac Pascual¹¹, Irene Méndez¹², Marc Abulí Lluch¹³ e Isidre Vilacosta¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ²Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas), España, ³Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España, ⁴Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España, ⁵Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava), España, ⁶Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España, ⁷Hospital Universitario La Fe, Valencia, España, ⁸Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España, ⁹Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España, ¹⁰Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España, ¹¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), España, ¹²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España y ¹³Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia tricuspídea (IT) es la valvulopatía derecha más frecuente. La etiología y la prevalencia de la IT son elementos que no se han descrito con exactitud en la literatura científica. Tampoco se conocen en detalle qué variables pronósticas pueden indicar una peor evolución en pacientes con IT. Nuestro objetivo fue evaluar el papel del acoplamiento ventrículo-arterial (VAC) en los resultados clínicos a un año de los pacientes con insuficiencia tricuspídea (IT) grave, dependiendo del grado de IT.

Métodos: Registro multicéntrico, observacional y prospectivo en el que se recopilaban de manera consecutiva todos los pacientes con IT grave en un periodo de 6 meses y se les dio seguimiento durante un año. Se implementó la nueva clasificación de la gravedad de la IT (grave, masiva y torrencial).

Resultados: Se incluyeron un total de 1.247 pacientes con IT grave [edad media: $76,7 \pm 10,5$ años, 876 mujeres (70,2%)]: 810 (64,9%) cumplían los criterios de IT grave, 301 (24,1%) IT masiva y 136 (11%) IT torrencial. La etiología más frecuente fue la IT funcional secundaria a enfermedad del corazón izquierdo en 621 pacientes (49,9%), seguida de la IT «atriogénica» en 247 (19,8%). Los valores de VAC no mostraron diferencias significativas ($p = 0,452$) según el grado de IT: 0,38 (0,11) para IT grave; 0,40 (0,12) para IT masiva y 0,50 (0,18) para IT torrencial. Se realizó un análisis de regresión logística para evaluar la capacidad de los valores de VAC para predecir la mortalidad. El modelo incluyó VAC, hipertensión pulmonar grave, edad, fracción de eyección del ventrículo izquierdo, grado de gravedad de la IT y enfermedad renal crónica. El rendimiento predictivo de VAC (AUC 0,53) fue independiente del grado de IT.

Conclusiones: En nuestra cohorte, los valores de VAC no mostraron diferencias significativas entre los grados de IT y no predijeron con precisión la mortalidad.