



6111-6. IMPACTO DE UNA NUEVA MEDIDA DE FUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA POR RMC. RESULTADOS DEL REGISTRO MULTICÉNTRICO DE IT GRAVE

Rocío Hinojar Baydes¹, Laura Gutierrez², Noemi Ramos López², José Fernando Rodríguez Palomares², Manuel Barreiro Pérez³, Sara Rodríguez Diego⁴, Rocío Eiros Bachiller⁴, María José Calero Rueda⁵, Ariana González Gómez¹, Pablo Martínez Vives¹, Ana García Martín¹, Juan Manuel Monteagudo Ruiz¹, Cristina García Sebastián¹, Covadonga Fernández Golfín¹ y José Luis Zamorano Gómez¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ²Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, ³Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Xeral-Cies, Vigo (Pontevedra), España, ⁴Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España y ⁵Hospital Infanta Elena, Valdemoro (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El tamaño y función del ventrículo derecho (VD) son determinantes pronósticos en la insuficiencia tricuspídea grave. La fracción de eyección (FEVD) por RMC es el patrón de oro de la función de VD; sin embargo este parámetro puede estar sobreestimado en pacientes con IT grave dada la sobrecarga de volumen en el VD, permaneciendo en valores pseudo normales hasta etapas avanzadas. La fracción efectiva de eyección del VD (FEVDe) es un parámetro que se corrige por el volumen de IT, pudiendo reflejar un valor más preciso de la función sistólica en este contexto. Su valor se ha demostrado en series pequeñas unicéntricas. El objetivo de este estudio fue comparar la FEVDe con el *gold standard* en una cohorte multicéntrica de pacientes con IT grave.

Métodos: Se incluyeron pacientes con IT grave valorados por ecocardiografía sometidos a un estudio contemporáneo de RMC procedentes de 5 centros hospitalarios españoles. Se excluyeron pacientes con patología estructural del VD. Además de los parámetros volumétricos y funcionales convencionales, se midió la FEVDe en todos los pacientes según se describe en la figura. Se definió un *endpoint* combinado de ingreso hospitalario por insuficiencia cardíaca (IC) y mortalidad por todas las causas.

Resultados: Se incluyeron un total de 271 pacientes (70 ± 11 años, 67% mujeres, 73% NYHA I o II). En cuanto a la etiología el 10% eran primarias, 1% asociadas a cables de dispositivos, 46% IT funcionales auriculares y el 43% funcionales auriculares. Tras una mediana de seguimiento de 27 meses (rango: 10-53 meses), el 41% de los pacientes ($n = 112$) sufrió un evento combinado ($n = 97$ ingresaron por insuficiencia cardíaca y 49 fallecieron). Tras ajustar por la edad, la clase funcional, las comorbilidades, el tipo de IT y la FEVI en un análisis multivariado de Cox, ambos la FEVD y la FEVD efectiva mostraron ser predictores independientes del evento combinado (HR ajustado de la FEVD HR por 1% = 0,96 [0,94-0,98], $p < 0,001$ y de la FEVD efectiva por 1% = 0,98 [0,96-0,99], $p < 0,001$). Un valor de FEVD efectiva de $\geq 37\%$ se asoció a peor pronóstico (figura). La FEVD efectiva mostró mayores tasas de disfunción de VD comparada con la FEVD convencional (49 vs 38%, $p < 0,001$). La FEVD efectiva mostró ser superior a la hora de predecir eventos (mayor área bajo la curva 0,70 [0,63-0,76] vs 0,66 [0,59-0,73], $p < 0,001$; χ^2 -statistic 0,139 [0,040-0,237], $p = 0,05$).



FEVD efectiva: cálculo y curvas Kaplan Meier.

Conclusiones: La FEVD efectiva es un nuevo parámetro de función VD que se corrige por el volumen de la IT. En pacientes con IT grave, la FEVD es un predictor de IC y mortalidad superior a la FEVD convencional.