

Resultados clínicos y predictores pronósticos tras reparación tricuspídea transcatéter con TriClip

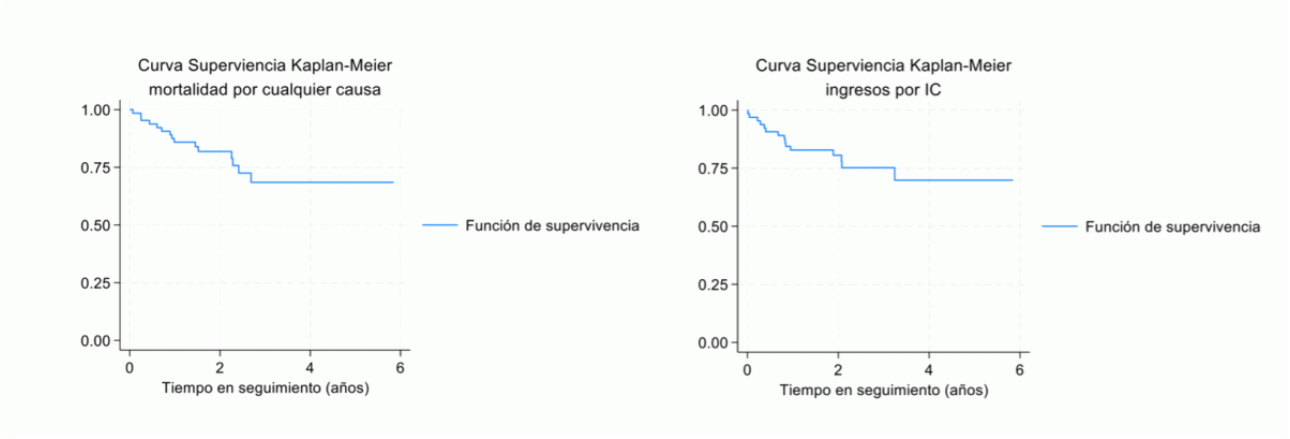
Carmen de la Hoz López-Collado(1), Beatriz Nieves Ureña(1), Isaac Pascual Calleja(1), Víctor León Argüero(1), Victoria Luis Valle(1), Adela Castro García(1), Diego de la Eranueva Calvo(1), Laura Pérez Bacigalupe(1), Paula Bouzón Iglesias(1), Alejandro Gullón de la Roza(1), Rosana González Mesa(1), María Fernández García(1), Alberto Alén Andrés(1), Elena Velasco Alonso(1) y Pablo Avanzas Fernández(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España

Introducción: La reparación tricuspídea transcatéter con dispositivo TriClip es una alternativa en pacientes con insuficiencia tricuspídea (IT) significativa y alto riesgo quirúrgico. El objetivo es analizar mortalidad e ingresos por insuficiencia cardiaca (IC) de pacientes sometidos a este procedimiento, así como sus factores predictores.

Métodos: Estudio observacional descriptivo con 64 pacientes sometidos a reparación percutánea con TriClip entre septiembre de 2021 y abril de 2025, con seguimiento de un año. Se utiliza el método de Kaplan-Meier para la supervivencia libre del evento y regresión de Cox para modelos predictivos, seleccionando variables con p<0,10 para análisis multivariable.

Resultados: Predominio de varones (56,25%), edad media 77,22 ± 8,67 años y alto riesgo quirúrgico (EuroScore II 5,43 ± 4,33, STS 6,72 ± 6,07, TRISCORE 6,5 ± 6,34). El 93,75% en clase funcional II-III de la New York Heart Association (NYHA), 57,81% con edemas periféricos y 17,19% con ascitis. El 28,12% había requerido ingreso por IC en los 12 meses previos. En la ecocardiografía basal, 82,81% con función conservada y 23,44% con disfunción de ventrículo derecho. Etiología predominante auricular (60,94%), seguida de degenerativa (20,31%) y ventricular (17,18%). Se implantaron 1,75 ± 0,82 dispositivos de media por paciente, con gradiente residual de 2,18 ± 1,62 mmHg. Éxito del procedimiento (reducción ? 1 grado de IT) del 93,75%, con IT residual leve en el 67,19%, mantenida durante el seguimiento (p<0,001 respecto a basal). Perfil de seguridad favorable; detachment parcial en 4 casos y una única complicación vascular. Estancia hospitalaria media 2,66 ± 1,85 días. Mejoría significativa de clase funcional, alcanzando la mayoría NYHA I-II a los 12 meses (p<0,001 respecto al basal). Un 23,44% requirió ingreso por IC. Mortalidad global del 23,44%, siendo el 53,33% de origen cardiovascular. En el modelo predictivo para mortalidad por cualquier causa sólo demostró significación la variable ingreso previo por IC (HR: 4,05; IC 95% 0,89-18,29; p=0,049). En el modelo de ingresos por IC no se encontraron variables predictoras. Índice de Harrel de ambos modelos 0,8 y 0,7 respectivamente.

Conclusiones: La reparación tricuspídea transcatéter con TriClip es una alternativa eficaz, con bajas tasas de mortalidad e ingresos por IC durante el seguimiento. El ingreso por IC previo al procedimiento parece ser el mejor predictor de mortalidad.



Perfil clínico y tratamiento médico basal.

Variable	**Frecuencia N (%)**
Perfil clínico	
HTA	42 (65,62%)
DL	30 (46,88%)
DM	14 (21,88%)
Tabaquismo	13 (20,31%)
FA	50 (78,12%)
EPOC	1 (1,56%)
Enfermedad coronaria	13 (20,31%)
Vasculopatía	6 (9,38%)
ERC	27 (42,19%)
Portador MCP/DAI	6 (9,38%)
Endocarditis previa	1 (1,56%)
Tratamiento basal	
Betabloqueantes	42 (65,62%)
ARNI/IECA/ARAII	17 (26,57%)
Antagonistas de la aldosterona	23 (35,94%)
iSGLT2	23 (35,94%)
Furosemida	55 (85,94%)
Anticoagulantes orales	57 (89,06%)

HTA: hipertensión arterial; DL: dislipemia; DM: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ERC: enfermedad renal crónica; MCP/DAI: marcapasos/desfibrilador automático implantable; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ARA II: antagonistas de los receptores de angiotensina II; ARNI: inhibidores del receptor de angiotensina y neprilisina; iSGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2.