

Implicaciones pronósticas de la descompensación de insuficiencia cardíaca en pacientes con insuficiencia tricuspídea sometidos a reparación borde a borde (T-TEER). Perspectivas del registro TRI-SPA

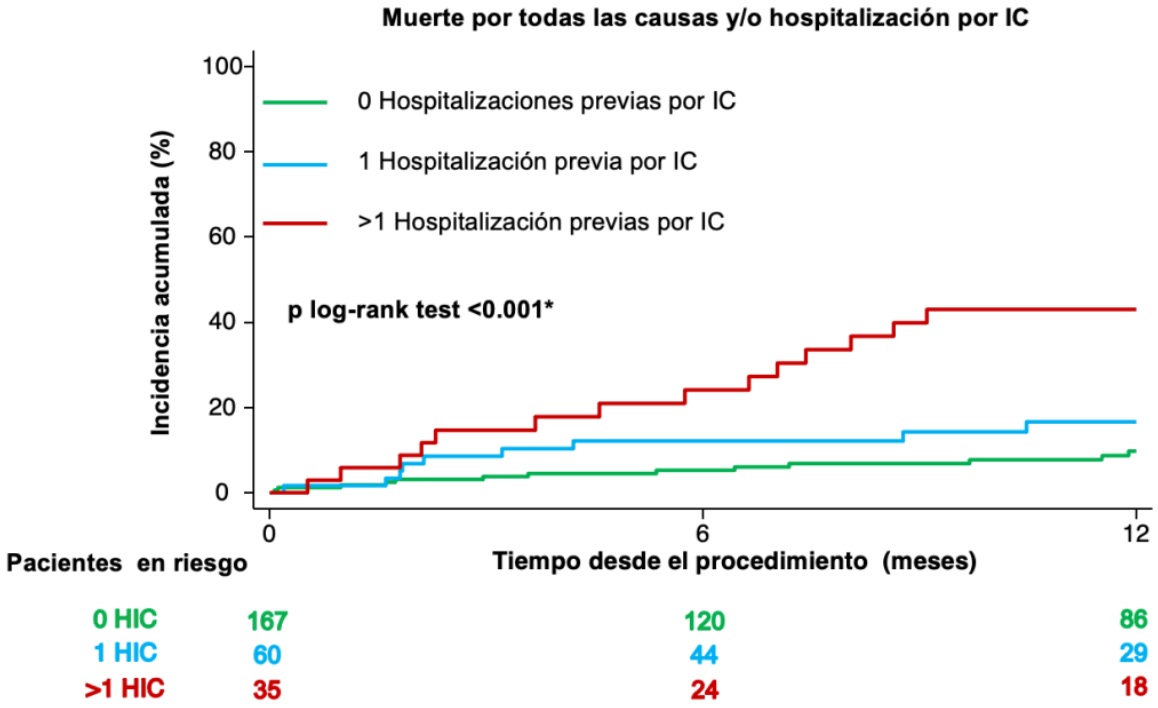
Andrés Antelo Abeijón(1), Julio César Echarte Morales(1), Matteo Sturla(2), Manuel Barreiro Pérez(1), Xavier Freixa Rofastes(3), Ignacio Cruz González(4), Luis Nombela Franco(5), Ángel Sánchez Recalde(6), Dabit Arzamendi Aizpurua(7), Laura Sanchís(3), Ignacio J. Amat Santos(8), Rodrigo Estévez Loureiro(1) y Andrés Íñiguez Romo(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra) - España, (2)Interventional Cardiology Unit. Montefiore Medical Center, Bronx, New York - Estados Unidos, (3)Servicio de Cardiología. Hospital Clínic, Barcelona - España, (4)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (5)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España, (6)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (7)Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España y (8)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España

Introducción: El impacto pronóstico de historia previa de insuficiencia cardiaca en pacientes a los que se les realiza reparación transcatéter de la válvula tricúspide (RTVT) no está ampliamente estudiado. El objetivo primario fue la valoración del compuesto de mortalidad por todas las causas y hospitalizaciones por IC (HIC).

Métodos: Registro multicéntrico y retrospectivo, que incluyó pacientes a los que se les realizó a RTVT entre junio de 2020 y mayo de 2023. Los pacientes fueron clasificados en los siguientes grupos según el número de HIC en los 12 meses previos al procedimiento: sin HIC, 1 HIC y >1 HIC (recurrente).

Resultados: De los 262 pacientes incluidos, 167 (63.7%) no tenían antecedentes de HIC, 60 (22.9%) 1 HIC y 35 (13.4%) >1 HIC. Los pacientes con >1 hospitalización tenían más comorbilidades, mayor riesgo quirúrgico y peor clase funcional, pero no se objetivaron diferencias significativas en la severidad de la insuficiencia tricuspídea tanto a nivel basal como tras la RTVT. Con una mediana de seguimiento de 365(160-643), los pacientes con HIC recurrente presentaron mayores tasas de ocurrencia del objetivo primario (9.9%, 16.7%, y 43.1%, respectivamente; p<0.001), así como tasas más altas de mortalidad (p=0.036) y HIC (p <0.001). Se observó una disminución significativa en el número de HIC en los 12 meses posteriores a la RTVT en comparación con los 12 meses previos (p=0.001).

Conclusiones: Las HIC recurrentes en el año previo al procedimiento se asociaron con peor pronóstico durante el seguimiento. La RTVT redujo de forma significativa el número de hospitalizaciones en el seguimiento.



Características basales de los pacientes según el número de HIC en los 12 meses previos a T-TEER

Características Clínicas	Total (n=262)	No Hospitalización (n=167)	1 Hospitalización (n=60)	> 1 Hospitalización (n=35)	
Edad, años	78 (73-82)	78 (73-82)	77 (72-82)	79 (73-83)	
Sexo femenino	186 (71.0)	125 (74.9)	41 (68.3)	20 (57.1)	
IMC, kg/m^2	26.3 ± 4.2	26.1 ± 4.1	26.0 ± 4.5	27.7 ± 3.7	
Hipertensión arterial	178 (67.9)	105 (62.9)	47 (78.3)	26 (74.3)	
TRC, TRC-D, DAI o MPP	29 (11.1)	18 (10.8)	4 (6.7)	7 (20.0)	
ERC	101 (38.6)	55 (32.9)	28 (48.7)	18 (51.4)	
NYHA III o IV	176 (67.1)	104 (62.3)	48 (80.0)	24 (68.6)	
NT-proBNP, pg/ml	1528 (795-2897)	1470 (794-2384)	1491 (713-3716)	2296 (1221-3713)	

HIC: hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca; TRC: terapia de resincronización cardíaca; TRC-D: terapia de resincronización cardíaca con desfibrilador; DAI: desfibrilador automático implantable; MPP: marcapasos permanente