



6022-2. VALIDACIÓN EXTERNA DE SCORE PRONÓSTICO EN ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE ASINTOMÁTICA

Ángela Cacicedo Fernández de Bobadilla¹, M. Sonia Velasco del Castillo¹, Ane Villanueva Etxebarria¹, José Juan Onaindia Gandarias¹, Ibón Rodríguez Sánchez¹, Alazne Urkullu Naveda¹, Garazi Oria González¹, Alberto Ullate de la Torre¹, Íñigo Sanz Ortega¹, Mónica Gomis Sánchez¹, Asier Subinas Elorriaga¹, Alaitz Romero Pereiro¹, Germán Zugazabeitia Irazabal¹, Jesús Florido Pereña¹ y Alberto Salcedo Arruti¹

Hospital de Galdakao, Bizkaia.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe controversia en el manejo de la estenosis aórtica grave asintomática (EAOSA). Una estrategia expectante puede derivar en insuficiencia cardiaca, muerte súbita (MS), deterioro irreversible de la fracción de eyección (FEVI) o fallecimiento en lista de espera quirúrgica. En un estudio prospectivo previo con 114 pacientes (p), analizamos variables clínicas y ecocardiográficas convencionales y no convencionales y obtuvimos un *score* predictor de eventos (recambio valvular o muerte) con un AUC (IC95%) de 0,78, en el cual la relación VTI TSVI/VTI aórtico (OR 5,5 (IC95%: 1,86-16,06; p = 0,002) y el gradiente medio (OR 3,3 (IC95%: 1,15-9,50; p 0,026) fueron predictores independientes (fig.). Tasa de eventos (77%). Clasificamos los p en 3 grupos de riesgo (bajo, moderado y alto) con unos OR = 17 en el grupo de riesgo alto y de 4,4 en el de riesgo moderado respecto al de riesgo bajo.

Métodos: Objetivo: validar en una segunda población el *score* inicial. Reclutamiento prospectivo de 118 nuevos p con EAOSA con FEVI conservada (mismos criterios de inclusión que en *score* inicial). Determinación de parámetros clínicos y ecocardiográficos a la inclusión y seguimiento semestral hasta el evento o fin de estudio. Comparación de ambas poblaciones y validación externa del *score* previo.

Resultados: Ambas poblaciones mostraron algunas diferencias en sus características (ver tabla) lo cual no afectó a la validez externa del modelo (AUC (IC95% de 0,7). En la población de validación la mediana de seguimiento fue de 20 meses. La tasa global de eventos fue del 59% y en los grupos de riesgo bajo, moderado y alto fue del 35%, 54% y 78% respectivamente. La mediana de tiempo hasta el evento fue 29, 21 y 16 meses (p 0,02) en los grupos de bajo, medio y alto riesgo respectivamente. El grupo de alto riesgo presentó un OR de 6,3 con respecto al grupo de riesgo bajo. No hubo diferencias entre el grupo de riesgo moderado y bajo, pero sí entre el grupo de alto y moderado riesgo (OR de 3,1).

Análisis comparativo entre ambas poblaciones

Población *score*

Población de validación

p

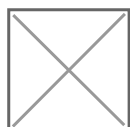
N (%)

N (%)

Total	114 (49,14)	118 (50,86)	
Sexo (hombre)	44 (38,60)	70 (59,32)	0,0016
Edad*	73,23 (8,97)	75,39 (7,98)	0,0716
Hipertensión	96 (84,21)	100 (84,75)	0,9104
Diabetes	29 (25,44)	41 (34,75)	0,1226
Dislipemia	74 (64,91)	89 (75,42)	0,0799
Tabaquismo			
No fumador	75 (66,37)	51 (47,66)	
Fumador activo	7 (6,19)	11 (10,28)	0,0194
Exfumador	31 (27,43)	45 (42,06)	
IMC (kg/m ²)*	28,47 (3,77)	28,77 (4,26)	0,7021
Tiempo seguimiento (días)†	693,5 [295-1.114]	601,5 [360-1.091]	0,6966
Morfología VAo			
Tricúspide	91 (79,82)	79 (68,1)	0,0006
Bicúspide	15 (13,16)	8 (6,9)	
No diferenciada	8 (7,02)	29 (25)	
VMaxAo (m/s)*	4,29 (0,45)	4,36 (0,51)	0,4532
Gradiente med Ao (mmHg)*	44,65 (10,61)	44,5 (11,84)	0,7227

VTI TSVI/VTI Ao*	0,24 (0,07)	0,25 (0,06)	0,6086
AVAo/SC (cm ² /m ²)*	0,44 (0,1)	0,45 (0,11)	0,9665
Masa VI indexada (g/m ²)*	150,66 (38,16)	137,05 (34,29)	0,0073
FE (%)*	69,27 (9,15)	71,63 (8,68)	0,0456
Tasa de eventos			
Muerte	20 (17,54)	18 (15,25)	0,6376
Muerte cardiaca	10 (8,77)	9 (7,63)	0,7506
Muerte súbita	2 (1,75)	4 (3,39)	0,6837
Recambio valvular aórtico	70 (61,40)	60 (50,85)	0,1054

Análisis comparativo entre las muestras de derivación. N: frecuencia. %: porcentaje. *Resultado mostrado como media (desviación estándar). †Resultado mostrado como mediana [rango intercuartil].



Cálculo del grupo de riesgo.

Conclusiones: La tasa de eventos en p con EAOSA es alta. El *score* predictor en EAOSA basado en 2 parámetros ecocardiográficos sencillos muestra validez externa y ayuda al manejo. En p con riesgo bajo se podría mantener una actitud expectante, mientras que en p de riesgo moderado y alto se debería realizar un seguimiento más estrecho e incluso plantear recambio valvular si riesgo quirúrgico bajo o TAVI (prótesis percutánea).