



6033-14. PARÁMETROS CLÍNICOS, ECOCARDIOGRÁFICOS Y ANALÍTICOS PREDICTIVOS DE MORTALIDAD TRAS IMPLANTE DE TAVI

Carlos Galán Fariña¹, Carlos Minguito Carazo², Claudia Santos García¹, Javier Maíllo Seco¹, Alba Martín Centellas¹, Rubén Bergel García¹, Clea González Maniega¹, Enrique Sánchez Muñoz¹, Itsaso Larrabide Eguren¹, Irene Toribio García¹, Paula Menéndez Suárez¹, Samuel del Castillo García¹, Juan Carlos Cuellas Ramón¹, Armando Pérez de Prado¹ y Felipe Fernández Vázquez¹

¹Complejo Asistencial Universitario, León y ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: El implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) es la técnica de intervencionismo estructural cardiaco más extendida siendo los pacientes con estenosis aórtica grave sintomática con riesgo quirúrgico prohibitivo un colectivo claramente beneficiado. El objetivo de este estudio fue evaluar si una escala compuesta por variables clínicas, ecocardiográficas y analíticas fáciles de objetivar podía predecir mortalidad post TAVI.

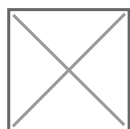
Métodos: Estudio retrospectivo de 206 pacientes consecutivos con implante TAVI en nuestro centro. Se realizó una escala máxima de 5 puntos que asignó un valor de 1 punto a cada una de las siguientes variables; presencia de fibrilación auricular (FA), Nt-ProBNP > 1.800 pg/ml, *Strain* longitudinal global (SLG) -16%, FEVI 5%. Se agruparon los pacientes en función del valor de la escala (grupo A: 0-1; grupo B: 2-3; grupo C: 4-5) y se estudió la supervivencia a 5 años con las curvas de Kaplan Meier evaluando las diferencias con el test *log rank*. Se realizó un análisis de riesgos proporcionales de Cox para evaluar la influencia de pertenecer a los distintos grupos en la supervivencia. Aquellos pacientes con algún valor no válido en alguna de las variables de estudio fueron excluidos.

Resultados: Al final del análisis 106 pacientes fueron incluidos (53,6% varones, edad media 82 ± 9 años). De ellos 41 (38,7%) fueron agrupados en el grupo A, 55 (55,9%) en el grupo B y 10 (9,4%) en el grupo C (tabla). A lo largo de una mediana de seguimiento de 18,1 meses (7,4-33,9), se produjeron 23 muertes (21,7%), 2 en el grupo A (4,9%), 16 en el grupo B (29,1%) y 5 en el grupo C (50,0%), evidenciando diferencias significativas en la supervivencia (*p-log rank test* = 0,0048) (fig.). En el análisis de riesgos proporcionales de Cox ajustado por edad el pertenecer al grupo C se asoció a una menor supervivencia en comparación con el grupo A (de referencia) (HR 10,4 IC95% 2,0-53,8; *p* = 0,005) de forma significativa, mientras que el grupo B se asoció también a una mayor mortalidad, aunque de forma no significativa (HR 3,5, IC95% 0,8-2,0; *p* = 0,098).

Variable	Grupo A (n = 41)	Grupo B (n = 55)	Grupo C (n = 10)	p
Edad	82,4 (79,4-85,4)	84,5 (82,3-86,6)	83,9 (76,6-85,6)	0,091

Varones	23 (56,0)	26 (47,3)	8 (80,0)	0,154
DM1	10 (24,4)	15 (27,3)	3 (30,0)	0,899
FA2	1 (2,4)	31 (56,3)	5 (50,0)	0,001
SLG3	-16,8 ((-14,4)-(-20,1))	-13,1 ((-11,5)-(-15,8))	-8,9 ((-8)-(-11,3))	0,001
FEVI4	60 (60-60)	60 (60-60)	40 (35-40)	0,001
Nt-ProBNP	709 (547-1164)	2954 (2043-4460)	5213 (3870-14557)	0,001
Euroscore II	2,5 (1,8-2,3)	3,0 (3,3-4,4)	5,7 (5,3-6,2)	0,001

1. Diabetes mellitus; 2. Fibrilación auricular; 3. *Strain* global longitudinal; 4. Fracción de eyección de ventrículo izquierdo.



Conclusiones: Un score de alto riesgo (Grupo C, Score 4 o 5 puntos), objetivado por la presencia de FA, Nt-ProBNP elevado, SLG disminuido, FEVI reducida y EuroScore II elevado, se asoció en nuestra cohorte a una menor supervivencia.