



6012-74. VALIDACIÓN EXTERNA DE DOS ESCALAS DE ESTADIAJE DE DAÑO CARDIACO EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SOMETIDOS A SUSTITUCIÓN VALVULAR QUIRÚRGICA

Carlos Eduardo Gil Huayanay, Patrick O' Neill González, Carmen Olmos Blanco, Ricardo Román Carpio, Marcelo Luque, Rimsky Bassa, Eduardo Pozo Osinalde, Patricia Mahía Casado, Sandra Gil Abizanda, María Rivadeneira Ruiz, José Alberto de Agustín Loeches, Fabián Islas Ramírez, Daniel Pérez Camargo, Lourdes Montero Cruces y Manuel Carnero Alcázar

Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años, diversos sistemas de estadiaje de daño cardiaco para la estenosis aórtica (EA) han sido propuestos. Estas escalas podrían ayudar en la estratificación de riesgo de los pacientes y seleccionar el momento idóneo de la intervención. Nuestro objetivo fue realizar una validación externa de dos escalas en pacientes que fueron sometidos a sustitución quirúrgica de la válvula aórtica (SVA).

Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva de pacientes con EA que fueron sometidos a SVA en un hospital terciario desde el 2017 al 2022. Se analizaron los parámetros ecocardiográficos medidos previo a la cirugía, y los pacientes fueron clasificados en los diferentes estadios según dos escalas publicadas. El área bajo la curva de ROC (ABC ROC) fue usada para cuantificar la capacidad discriminatoria de estas escalas para predecir el evento principal de mortalidad al primer año posterior a la SVA.

Resultados: Se analizaron 244 pacientes. La edad media fue de 69 años (9,5), y 37,7% fueron mujeres. El EuroSCORE II promedio fue de 2,6 (3,3). El evento principal ocurrió en 11 (4,5%) pacientes. La distribución de los pacientes en los diferentes estadios de daño cardiaco se muestra en las figuras. De acuerdo con la primera escala (figura A), la mitad de los pacientes fueron intervenidos en un estadio 1 de daño cardiaco (daño subclínico del ventrículo izquierdo, considerado cuando el *strain* global longitudinal [SGL] fue $> -17\%$). En el caso de la segunda escala (figura B), un 29% de pacientes fueron clasificados como daño ventricular izquierdo y 48% como daño auricular izquierdo o daño mitral. El área bajo la curva ROC de la primera escala fue de 0,688 (IC95% 0,510-0,865), y demostró mejor capacidad discriminatoria que la segunda escala [0,593 (IC95% 0,432-0,736)].

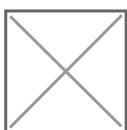


Gráfico de validación.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes operados de EA, un modelo sencillo que incluye SGL y acoplamiento ventrículo-arterial derecho, demostró mejor desempeño predictivo que otro modelo más complejo. Por lo tanto, el uso de este sistema de estadiaje podría ser preferible cuando se tenga la

disponibilidad de realizar *strain* global longitudinal.