



6041-567. CAUSAS ACTUALES DE MANEJO CONSERVADOR, SIN REEMPLAZO VALVULAR, DE LOS PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SINTOMÁTICA EN UN HOSPITAL SIN CIRUGÍA CARDIACA

Irene Azenaia García-Escribano García, Juan Antonio Castillo Moreno, Luciano Consuegra Sánchez, Pedro Cano Vivar, José D. Cascón Pérez, José Abellán Huerta, Erika Muñoz García y Isidro Hernández Fernández del Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Resumen

A pesar de los avances en cirugía cardiaca y en el implante percutáneo de la válvula aórtica, el número de pacientes con estenosis aórtica (EA) grave e indicación de reemplazo valvular aórtico (RVA) en los que finalmente este se realiza sigue siendo escaso. Pretendemos definir el perfil de los pacientes manejados de forma conservadora y explorar las razones actuales para optar por esta estrategia en un centro sin servicio de cirugía cardiaca. Durante un año (abril 2012-abril 2013) registramos 127 pacientes en los que, mediante ecocardiograma-Doppler realizado en nuestro hospital, se detectó EA grave (velocidad máxima transvalvular aórtica > 4 m/seg o área valvular aórtica 1 cm^2), e identificamos aquellos con indicación teórica de RVA (por padecer síntomas de la enfermedad, tener disfunción ventricular izquierda con fracción de eyección inferior al 50%, o presentar síntomas en una prueba de esfuerzo). Evaluamos prospectivamente en esta subpoblación ($n = 72$) el número de pacientes sometidos a RVA durante un año, así como las diferencias entre ellos y aquellos en los que se optó por manejo conservador. En estos últimos ($n = 52$) se exploraron los motivos de rechazo del RVA. Identificamos 72 pacientes (52,8% mujeres; edad media $78,2 \pm 6,9$ años) con EA grave e indicación de RVA. Durante un año, solo 20 pacientes (27,8%) fueron sometidos a RVA. Los 52 en los que se decidió manejo conservador eran mayores (edad media $79 \pm 7,3$ vs $75,9 \pm 5,3$ años; $p = 0,038$) y tenían mayor índice de comorbilidad de Charlson (mediana 2,5 [1-4] vs 2 [1-2] puntos; $p = 0,016$). Además, obtuvieron mayor puntuación en las escalas de riesgo quirúrgico (STS score: mediana 4,54 [2,5-7,5] vs 2,28 [1,5-2,9]%; $p = 0,01$. Euroscore II: mediana 2,75 [2,01-3,98] vs 1,56 [1,35-2,38]%; $p = 0,0003$). Las razones que motivaron el manejo conservador fueron: comorbilidad (42,3%), criterio clínico (38,5%) y rechazo del paciente (19,2%). De estos 52 pacientes, 20 (38,5%) fallecieron durante el primer año. Los pacientes con EA grave e indicación teórica de RVA manejados de forma conservadora son de mayor edad, con un mayor índice de comorbilidad de Charlson y puntuaciones superiores en las escalas de riesgo quirúrgico. Aunque 1 de cada 6 pacientes rechaza la intervención, la estrategia conservadora es en la mayoría de los casos asumida por el médico, atendiendo a la comorbilidad u otros criterios clínicos.