



4034-6. CAUSA DE RECHAZO Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES DESESTIMADOS POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA IMPLANTE TRANSCATÉTER DE PRÓTESIS AÓRTICA

Joaquim Cevallos Morales¹, Carlos Falces Salvador¹, Rut Andrea Riba¹, Victoria Martín-Yuste¹, Bárbara Vidal Hagemeyer¹, Manel Castellá Pericas², Guillermina Fita Rodríguez³ y Manel Sabaté Tenas¹ del ¹Servicio de Cardiología, Instituto del Tórax, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona, ²Servicio de Cirugía Cardiovascular, Instituto del Tórax, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona y ³Servicio de Anestesiología, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Un porcentaje importante de los candidatos a TAVI son finalmente rechazados para la intervención. El objetivo de este estudio fue evaluar las causas de rechazo y el pronóstico de los pacientes no aceptados para TAVI.

Métodos: Se incluyeron de modo consecutivo los pacientes con estenosis aórtica grave sintomática con contraindicación para cirugía o con alto riesgo quirúrgico, evaluados en una consulta monográfica. Se valoraron variables clínicas, funcionales (Barthel) y escalas de comorbilidad (Charlson). Fueron aceptados o rechazados para TAVI según la decisión de un comité multidisciplinar. El seguimiento clínico evaluó los eventos de muerte y reingreso. Se compararon los eventos mediante curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Evaluamos 103 pacientes: 32 (31%) fueron sometidos a TAVI; 6 (6%) fueron readmitidos para cirugía; 65 (63%) fueron rechazados. Las causas fueron: juicio clínico (63,5%), contraindicaciones anatómicas (17,5%), decisión del enfermo (11,1%) y alta dependencia (7,9%). Comparado con los pacientes intervenidos de TAVI, los rechazados eran mayores (edad media 83 ± 4 vs 77 ± 8 años; $p < 0,001$), con mayor Euroscore (20,5% vs 14,9%; $p = 0,043$), Charlson similar (4,8 vs 4,5; $p = \text{NS}$), pero con valores superiores en la escala de dependencia-mobilidad: Barthel < 80 (55,8% vs 0%, $p < 0,001$). El seguimiento fue de $12 \pm 7,7$ meses. Las tablas de mortalidad en el análisis multivariado mostraron que la mortalidad acumulada de cualquier causa y el evento combinado de muerte/reingreso fueron superiores en los pacientes bajo tratamiento médico frente a los de TAVI (mortalidad acumulada 33% vs 14%, $p = 0,035$ y evento combinado 73% vs 33%, $p < 0,001$).



Figura. Curvas de supervivencia de los grupos de TAVI y tratamiento médico.

Conclusiones: El juicio clínico fue la principal causa de rechazo. La supervivencia de los pacientes sometidos a TAVI es comparable a la de la literatura internacional y superior a la de los pacientes rechazados. La implicación de un equipo multidisciplinar es fundamental de cara a la selección de los pacientes.