



6000-237. PREDICTORES DE MORTALIDAD CARDIOVASCULAR A MEDIO PLAZO EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE

Javier Torres Llergo, Enrique Quesada Pérez, María Rosa Fernández Olmo, Cristóbal Lozano Cabezas, Miriam Padilla Pérez, Juan Carlos Fernández Guerrero, Eduardo Vázquez Ruiz de Castroviejo y Carmen Adamuz Ruiz de la Unidad de Gestión Clínica de Cardiología del Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén y Área del Corazón del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Una adecuada valoración pronóstica de la estenosis aórtica grave (EAS) representa un aspecto clave en su manejo clínico-quirúrgico, dada su alta prevalencia entre individuos con un riesgo perioperatorio elevado como son los ancianos.

Objetivos: Analizar los predictores independientes de mortalidad cardiovascular (MCV) en una cohorte consecutiva de pacientes con EAS.

Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva los resultados del seguimiento de 129 pacientes diagnosticados ecocardiográficamente de EAS (velocidad pico = 4 m/s, gradiente medio = 40 mmHg o un AVA = 1 cm²) en nuestro centro durante dos años consecutivos, evaluando cuales fueron los factores asociados a un peor pronóstico (muerte secundaria a IAM, ICC o accidente cerebrovascular).

Resultados: 36 pacientes (27,9%) sufrieron el evento tras un seguimiento medio de 23,5 ± 11,5 meses, siendo la mayoría mujeres (61,1 vs 43%; p = 0,06), con una edad media significativamente mayor que los que sobrevivieron (79,5 vs 72,7 años; p = 0,001). La presencia de factores de riesgo y enfermedad cardiovascular fue similar en ambos grupos, aunque la proporción de comorbilidad fue superior en el grupo de mortalidad, reflejado en un mayor valor del EuroScore (15,9 ± 10,1 vs 10,1 ± 8,1; p = 0,001). Existía un mayor porcentaje de fibrilación auricular (44,4 vs 25,8%; p = 0,04), y de pacientes sintomáticos (86,1 vs 66,7%; p = 0,03) con insuficiencia cardíaca (72,2 vs 46,2%; p = 0,008), y necesidad de diuréticos (70,6 vs 50,5%; p = 0,04) y anticoagulación oral (ACO; 41,2 vs 21,5%; p = 0,03) en el grupo del evento. Ecocardiográficamente, el grupo libre del endpoint mostró una proporción de hipertensión pulmonar = 50 mmHg (14 vs 30,6%; p = 0,03) y fracción de eyección (FE) deprimida (11,8 vs 27,8%; p = 0,03) menor. Las tasas de recambio valvular aórtico (RVA) fueron muy superiores en el grupo superviviente (38,7 vs 2,8%; p = 0,001). En un modelo de análisis multivariante se estimó que la ACO (HR 3,3; IC 1-10,9; p = 0,04), la presencia de síntomas (HR 11; IC 2,1-56; p = 0,01), la FE deprimida (HR 4,9; IC 1,2-20; p = 0,02), la velocidad pico (Vp) del jet (HR 2,5; IC 1,2-5; p = 0,01) y el RVA (HR 0,032; IC 0,004-0,27; p = 0,01) se comportaron como predictores independientes de MCV.

Conclusiones: En pacientes con EAS, el estado sintomático, la toma de ACO, la FE deprimida y la Vp comporta un mayor riesgo de MCV. El RVA continúa siendo el único factor asociado a una mayor supervivencia de estos pacientes.