



5028-4. FRAGILIDAD Y PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA: LAS DOS CARAS DE LA MONEDA

Álvaro Marco del Castillo, Luisa Salido Tahoces, Cristina Lozano Granero, Rosa Ana Hernández Antolín, José Luis Mestre Barceló, David del Val Martín, Ana Pardo Sanz, Juan Manuel Monteagudo Ruiz y José Luis Zamorano Gómez, del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante de prótesis percutáneas transaórticas (TAVI, del inglés *Transaortic Valve Implantation*) se ha convertido en un tratamiento de primera línea para la estenosis aórtica en los pacientes ancianos, en los que la cirugía convencional no es una opción por el elevado riesgo quirúrgico. Sin embargo, los pacientes ancianos sufren una amplia comorbilidad y fragilidad-entendida como baja reserva funcional -que limita su situación clínica y su pronóstico. Por ello, se debate la posibilidad de que la fragilidad sea un marcador de futilidad terapéutica. El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre fragilidad, resultados clínicos y supervivencia.

Métodos: En este estudio prospectivo se incluyó a todos los pacientes consecutivos que se sometieron a TAVI en nuestro centro desde noviembre de 2015 a octubre de 2017. La fragilidad se evaluó de manera integral con 4 escalas dirigidas (Fried, Frailty Scale, Share-FI, Frail Scale) inmediatamente previo al implante, a los 3 meses y al año. Paralelamente, se realizó la prueba de la marcha de 6 minutos como parámetro objetivo de clase funcional.

Resultados: Se incluyeron un total de 138 pacientes ($84,8 \pm 3,9$ años, 65,2% mujeres). El EuroSCORE 2 medio fue de $4,98 \pm 14,4$ puntos. Tras el seguimiento, solo los pacientes prefrágiles y frágiles mostraron mejorías significativas en el resultado de la prueba de la marcha de 6 minutos (tabla) y en las escalas de fragilidad. Además, el número de pacientes frágiles y prefrágiles disminuyó de manera significativa tras el implante ($p < 0,001$, tabla 1), incrementándose el de pacientes robustos. Desde el punto de vista de los resultados, 33 pacientes (29,3%) experimentaron una complicación mayor, siendo 25 de ellas de naturaleza vascular por el acceso y 4 por trastornos de la conducción que requirieron marcapasos definitivo. Se observaron, además, 9 (6,5%) fallecimientos. Sin embargo, no se observó asociación de dichos eventos con el estado de fragilidad de los pacientes ($p = 0,14$ y $p = 0,71$ respectivamente para complicación mayor o fallecimiento).

Resultados basales, a 3 meses y año

Basal 3 meses 1 año

Prueba de la marcha de 6 minutos (muestra completa - metros)	233 ± 100,7	274,2 ± 102,1 ^a	281,9 ± 101 ^a
Robustos	356,7 ± 45,6	371,1 ± 60,5	405 ± 65,1
Prefrágiles (por cualquier escala)	278,3 ± 81,9	326,7 ± 83	369 ± 60,1 ^a
Frágiles (por cualquier escala)	183,8 ± 84	221 ± 90,1 ^a	241,8 ± 85,3 ^a
Escala EQ5vas (muestra completa - puntos)	56,8 ± 20,4	65,4 ± 19,7 ^a	69,4 ± 21,5 ^a
Robustos	78,9 ± 12,9	81,4 ± 11,8	85 ± 7,1
Prefrágiles (por cualquier escala)	64,5 ± 19,6	73,6 ± 17,2	77,1 ± 22,9
Frágiles (por cualquier escala)	49,8 ± 18,1	56,6 ± 15,9	65,3 ± 22 ^a
Escala SHARE-FI (porcentaje de pacientes)			
Robustos	19,6	33,3 ^a	25,9 ^a
Prefrágiles	23,5	28,9 ^a	37,1 ^a
Frágiles	56,8	37,7 ^a	37,1 ^a
Escala FRAIL SCALE (porcentaje de pacientes)			
Robustos	14	36,2 ^a	37,1 ^a
Prefrágiles	56	34,8 ^a	48,1 ^a
Frágiles	30	28,9	14,8 ^a

^aComparaciones estadísticamente significativas frente a la puntuación basal para dicho subgrupo de pacientes.

Conclusiones: En nuestro estudio, la fragilidad se asoció a un margen de mejora mayor, sin penalización respecto a complicaciones o fallecimiento en el seguimiento. Se requieren estudios de mayor calado con una

valoración sólida de la fragilidad que evalúen el impacto real de este factor en este escenario, y permitan así optimizar la selección de pacientes.