



6033-448. ABORDAJE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA: FLUJO DE DECISIONES Y RESULTADOS A MEDIO PLAZO EN UNA COHORTE DE 288 PACIENTES

Carolina Espejo Paeres, Luis Nombela-Franco, Gabriela Tirado-Conte, Pilar Jiménez-Quevedo, Javier Cobiella, David Vivas, José Alberto de Agustín Loeches y Carlos Macaya-Miguel, del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Estenosis aórtica (EA) es la enfermedad valvular más frecuente en países desarrollados y el equipo multidisciplinar (EM) juega un papel fundamental en la selección de la estrategia de tratamiento. Hemos analizado el flujo de pacientes con EA grave en nuestro centro en base a las decisiones del EM, derivados a cirugía valvular, prótesis transcáteter (TAVI) o tratamiento médico.

Métodos: Cohorte prospectiva de 288 pacientes (junio 2014-febrero 2017). El proceso de decisión por HT fue evaluado en todos ellos. El riesgo quirúrgico fue establecido por EuroSCORE logístico, EuroSCORE II y STS, junto con un análisis de la fragilidad y las comorbilidades. Para determinar las variables más significativas para el EM, se construyó un árbol de decisión (método CART). Inicialmente, 53 pacientes fueron referidos para cirugía, 211 para TAVI y 24 para tratamiento médico.

Resultados: Los pacientes quirúrgicos fueron más jóvenes (mediana de edad 82 años [78-84]) que los pacientes de TAVI y tratamiento médico (mediana de 85 [81-87] y 86 años [83-89,5], respectivamente) ($p = 0,001$). Sin diferencias significativas en sexo, hipertensión, diabetes, EPOC, enfermedad vascular periférica o coronaria e ictus. Finalmente, 22 pacientes cambiaron su brazo de tratamiento, recibiendo cirugía 50, TAVI 196 y tratamiento médico 41. Las variables determinantes en el árbol de decisión fueron: edad (punto de corte 85,5 años), puntuaciones de riesgo quirúrgico, presencia de insuficiencia mitral y fracción de eyección. Mientras que las complicaciones vasculares fueron más frecuentes en el grupo de TAVI (7,8%) frente a (0%) cirugía ($p = 0,046$), hubo mayor fracaso renal agudo y fibrilación auricular *de novo* en cirugía: 48 frente a 18,6% ($p = 0,001$) y 34,9 frente a 7,3% ($p = 0,001$), respectivamente. TAVI y cirugía, tuvieron supervivencia similar a un año, libre de mortalidad por todas las causas (80,2% y 85%, $p = 0,545$) y por muerte cardiovascular (92,3% y 89%, $p = 0,484$), con una tasa de mortalidad global y cardiovascular alta para tratamiento médico (30,1% y 38,3%, respectivamente, $p = 0,001$ para ambas comparaciones).

Conclusiones: Las decisiones por EM se basan en factores bien reconocidos y son implementadas con éxito, llevando a adecuados resultados y similares tasas de supervivencia en TAVI y cirugía. Las actuales guías amplían su recomendación a pacientes de riesgo intermedio, siendo requeridos nuevos puntos de corte para el proceso de selección.