



4033-7. TOMA DE DECISIONES EN EL PACIENTE ANCIANO CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE: VARIABLES ASOCIADAS A FUTILIDAD

Pablo Enrique Solla Suárez¹, Raquel del Valle Fernández², Rocío Díaz Méndez², Eva López Álvarez¹, Isabel Pellitero Gómez², Francisco Javier García Aranda², Remigio Padrón Encalada², Alberto Alperi García², Daniel Hernández Vaquero², Pablo Avanzas Fernández², María Martín Fernández², Ana Fidalgo Argüelles², Juan José Solano Jaurrieta¹, César Morís de la Tassa² y José Gutiérrez Rodríguez¹, del ¹Hospital Monte Naranco, Oviedo (Asturias) y ²Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento de la estenosis aórtica grave (EAS) es la intervención valvular quirúrgica (Q) o transcáteter (TAVI). La fragilidad y las características especiales del anciano pueden impactar negativamente sobre los resultados de salud y aumentar las tasas de mortalidad. Es por ello necesario establecer situaciones de futilidad (Ft) en las que desestimar la intervención. Objetivo: estudiar la tasa de futilidad de la intervención valvular en los pacientes con EAS. Analizar qué factores clínicos, funcionales, mentales y sociales pueden relacionarse con criterios de Ft.

Métodos: Estudio prospectivo que incluye todos los pacientes mayores de 75 años con EAS evaluados por el equipo multidisciplinar entre el 1 de mayo de 2018 y el 30 de abril de 2019 en los que se ha tomado decisión terapéutica (intervención Q/TAVI frente a tratamiento conservador [Ft]). Se estudian: edad, sexo, comorbilidad (índice de Charlson (iCh)), situación funcional (índices de Lawton y Barthel), estado mental (*Mini Mental State Examination* [MMSE]) y nutricional (*Mini Nutritional Assessment* [MNA]) y fragilidad (*Short Physical Performance Battery* [SPPB] y *Essential Frailty Toolset* [EFT]).

Resultados: Se incluyen 70 pacientes ($83,0 \pm 4,6$ años, 67,1% mujeres). Se considera que 14 pacientes (20%) tienen criterios de Ft, optándose por un tratamiento conservador. Hay diferencias estadísticamente significativas en el Lawton ($6,1 \pm 1,8$ en Q/TAVI frente a $3,2 \pm 2,3$ en Ft, $p < 0,001$), Barthel ($95,2 \pm 7,3$ en Q/TAVI frente a $77,9 \pm 21,4$ en Ft, $p < 0,001$), MMSE ($27,4 \pm 1,6$ en Q/TAVI frente a $21,3 \pm 5,9$ en Ft, $p < 0,001$) y el MNA ($11,6 \pm 1,2$ en Q/TAVI frente a $9,5 \pm 1,9$ en Ft, $p < 0,001$). También se encuentran diferencias significativas en el SPPB ($8,6 \pm 2,1$ en Q/TAVI frente a $4,0 \pm 1,4$ en Ft, $p < 0,001$) y en el EFT ($1,0 \pm 0,8$ en Q/TAVI frente a $2,9 \pm 1,2$ en Ft, $p < 0,001$), pero no en la edad ($83,2 \pm 4,2$ años en Q/TAVI frente a $82,5 \pm 5,8$ en Ft, $p = 0,622$) ni en la comorbilidad (iCh $2,2 \pm 2,1$ en Q/TAVI frente a $1,4 \pm 0,9$ en Ft, $p = 0,176$).

Conclusiones: Los pacientes en los que se establecieron criterios de futilidad y se desestimó la intervención eran más frágiles, presentaban mayor dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, más deterioro cognitivo y peor estado nutricional. Tal como establecen las guías de práctica clínica, incorporar al equipo multidisciplinar la Geriátrica y la evaluación de aspectos funcionales, mentales y de fragilidad puede ayudar a evaluar riesgo/beneficio de la intervención y a establecer criterios de futilidad.