



5014-6. UTILIDAD PRONÓSTICA DEL ÍNDICE DE CHARLSON AJUSTADO POR EDAD EN PACIENTES DE BAJO RIESGO QUIRÚRGICO SOMETIDOS A TAVI

Andrea Teira Calderón, Gabriela Veiga Fernández, Indira Cabrera Rubio, Ignacio Santiago Setién, Aritz Gil Ongay, Sergio Barrera Basilio, Santiago Catoya Villa, Manuel Lozano González, Jon Zubiaur Zamacola, Adrián Margarida de Castro, Raquel Pérez Barquín, Dae Hyun Lee Hwang, Tamara García Camarero, Fermín Sáinz Laso y José M. de la Torre Hernández

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción y objetivos: El implante de TAVI en pacientes de bajo riesgo quirúrgico se ha demostrado seguro, con buenos resultados en el seguimiento. Este riesgo se evalúa con escalas diseñadas y validadas en el ámbito quirúrgico como el STS score donde determinadas comorbilidades no se ven contempladas en la población TAVI, infraestimándose dicho riesgo. Nuestro objetivo ha sido valorar la utilidad del índice de comorbilidad de Charlson ajustado por edad (ICC) como predictor pronóstico de morbilidad en el seguimiento tras TAVI dentro del subgrupo de bajo riesgo quirúrgico (STS 4%).

Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva todos los pacientes sometidos a TAVI con STS score 4% desde junio de 2009 hasta mayo de 2021. Se calculó el ICC ajustado por edad previo al implante de TAVI dividiéndose la muestra según la puntuación ICC# 6 en base a los eventos en el seguimiento. Se recogieron las características basales y del procedimiento y se evaluaron los eventos cardiovasculares a un año de seguimiento. Se excluyeron aquellos pacientes con pérdida de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 368 pacientes: 274 tenían ICC# 6. Las características basales se muestran en la tabla. El acceso predominante de la TAVI en ambos grupos fue femoral sin diferencias relevantes en las complicaciones intraprocedimiento, salvo las renales que fueron superiores en el grupo ICC > 6 7 (9,46%) vs 8 (2,73%) con una estancia hospitalaria mayor en este grupo $9,6 \pm 8$ vs $7,9 \pm 5,8$ (p 0,04). Durante el ingreso fallecieron 5 pacientes: 3 en el grupo ICC > 6 y 2 en el de ICC# 6 reingresaron más por insuficiencia cardíaca 12 (16,22%) vs 20 (6,8%) (p 0,012), infarto 2 (2,7%) vs 1 (0,34%) (p 0,04) y por necesidad de implante de marcapasos 5 (6,76%) vs 4 (1,36%) (p 0,007). No hubo diferencias en cuanto a los eventos vasculares y hemorrágicos ni el ictus. La mortalidad global a un año fue superior en el grupo ICC > 6 8 (10,81%) vs 9 (3,1%) (p 0,005) sin diferencias significativas en la mortalidad de origen cardíaco (fig.).

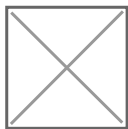
Características basales de los pacientes según el Índice de Charlson

ICC ≤ 6 (N: 294) ICC > 6 (N: 74) p

	Edad	80 ± 5,9	80,1 ± 6,2	0,89
	Sexo masculino	135 (45,92)	54 (72,97%)	0,00
	Hábito tabáquico	87 (29,59%)	37 (50%)	0,00
	HTA	74,41% (221)	82,89%(63)	0,12
	DM	62 (21,09%)	37 (50%)	0,00
	Dislipemia	188 (63,95%)	57 (77,03%)	0,03
	Ictus previo	28 (9,52%)	17 (22,97%)	0,00
	SCA previo	20 (6,80%)	19 (25,68%)	0,00
Características basales de los pacientes en función del ICC ajustado por edad	Demencia	18 (6,12%)	6 (8,11%)	0,54
	Enfermedad reumatológica	73 (24,83%)	12 (16,22%)	0,116
	Enfermedad arterial periférica	5,72% (17)	21,05%(16)	0,00
	EPOC	46 (15,65%)	17 (22,97%)	0,05
	FG basal (ml/min)	68,7 ± 16,8	56,0 ± 18,7	0,00
	ERC (TFG 45)	79 (26,87%)	46 (62,16)	0,00
	Patología hepática	9 (3,06%)	10 (13,51%)	0,00
	Cáncer previo	51 (17,35%)	26 (35,14%)	0,00
	STS score	2,52 ± 0,81	2,93 ± 0,63	0,00
	Euroscore II	2,62 ± 1,90	3,81 ± 2,96	0,00

NYHA (III- IV)	82 (27,89%)	33 (44,59%)	0,01
----------------	-------------	-------------	------

Las variables cuantitativas se representan como media $\pm$ desviación estándar y las cualitativas como número absoluto y %. Se evalúan con test t Student y χ^2 respectivamente (p para IC95%).



Curva de supervivencia Kaplan-Meier en función del ICC ajustado por edad con punto de corte en 6.

Conclusiones: El ICC es una escala útil para evaluar comorbilidad antes de un procedimiento de TAVI pudiendo tener un papel añadido a las clásicas escalas de riesgo quirúrgico. El punto de corte de ICC > 6 se asocia con mayor morbimortalidad cardiovascular y menor supervivencia a un año de seguimiento.