



## 5018-6. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA COMO INDICACIÓN DE INTERVENCIÓN EN LA ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE

María Jesús Rollán Gómez<sup>1</sup>, Teresa Miriam Pérez Sanz<sup>1</sup>, Cristina Tapia Ballesteros<sup>1</sup>, Juan Carlos Muñoz San José<sup>1</sup>, Manuel Carrasco Moraleja<sup>2</sup>, Isidre Vilacosta<sup>3</sup> y J. Alberto San Román<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España y <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los pacientes con estenosis aórtica grave (EAoS) que tienen insuficiencia cardiaca y no son intervenidos tienen un pronóstico muy desfavorable. No hay información sobre si el impacto negativo sobre el pronóstico se mantiene tras un recambio valvular. Nuestra hipótesis es que la insuficiencia cardiaca antes de la intervención identifica a un grupo de pacientes con estenosis aórtica grave que tienen peor pronóstico, aunque sean intervenidos.

**Métodos:** Hemos incluido a 451 pacientes en un registro retrospectivo con un seguimiento mediano de 56 meses (rango intercuartílico, 40 a 73 meses) que cumplen los siguientes criterios: 1) diagnóstico de EAoS con ecocardiografía; 2) síntomas con indicación de sustitución valvular (287 disnea de esfuerzo, 129 angina, 59 síncope, 133 insuficiencia cardiaca que requirió ingreso); 3) ausencia de otra enfermedad valvular significativa; 4) ausencia de enfermedad coronaria; 5) intervención con cirugía (n = 261) o TAVI (n = 190); 6) supervivencia a los 30 días de la intervención.

**Resultados:** Los pacientes con insuficiencia cardiaca eran mayores, tenían más fibrilación auricular, menor fracción de eyección, menor TAPSE, mayor presión pulmonar, menor Hb y mayor creatinina (tabla). De los 133 pacientes fallecieron 62 en el seguimiento (47%) frente a 67 de los 318 sin insuficiencia cardiaca (21%, p > 0,001). Las curvas de supervivencia de pacientes con y sin insuficiencia cardiaca se muestran en la figura. La insuficiencia cardiaca fue un predictor independiente de persistencia de síntomas en el seguimiento (HR 1,67 [1,05-2,67], p = 0,03), mortalidad cardiovascular (HR 12,75 [1,46-5,18], p = 0,002) y mortalidad total (HR 1,81 [1,27-2,58], p = 0,002). En los 133 pacientes con insuficiencia cardiaca solamente la edad (HR 1,05 [1,01-1,09], p = 0,007) y la fibrilación auricular (HR 2,03 [1,21-3,41], p = 0,007) se asociaron independientemente con mortalidad.

Comparación de los pacientes sin y con insuficiencia cardiaca

	Sin insuficiencia cardiaca (n = 318)	Con insuficiencia cardiaca (n = 133)	p

Edad	78,6 [71,0-84,2]	81,3 [76,0-85,2]	<b>0,002</b>
Sexo	173 (54,4%)	80 (60,2%)	0,26
TAVI	103 (32,4%)	87 (65,4%)	<b>0,001</b>
IMC	28,0 [25,4-30,8]	27,8 [25,1-31,0]	0,71
Fibrilación auricular	66 (20,8%)	58 (45,3%)	<b>0,001</b>
EPOC	31 (9,7%)	19 (14,3%)	0,16
Enfermedad renal crónica	55 (17,3%)	34 (25,6%)	<b>0,04</b>
Disnea de esfuerzo	287 (90,3%)	132 (99,2%)	<b>0,001</b>
Clase NYHA III-IV	93 (32,5%)	81 (61,4%)	<b>0,001</b>
Angina	100 (31,4%)	29 (21,8%)	<b>0,04</b>
Síncope	51 (16,0%)	8 (6%)	<b>0,004</b>
FE (%)	62,0 [60,0-66,0]	60,0 [51,0-65,0]	<b>0,006</b>
FE 45%	16 (5,0)	26 (19,5)	<b>0,001</b>
PSAP (mmHg)	33,0 [25,0-42,0]	39,0 [25,0-50,0]	<b>0,001</b>
TAPSE (mm)	21,0 [19,0-23,0]	19,0 [17,0-21,0]	<b>0,001</b>
Hemoglobina (g/dL)	13,1 [11,8-14,1]	12,6 [11,1-13,9]	<b>0,02</b>
Creatinina (mg/dL)	0,97 [0,80-1,20]	1,04 [0,81-1,33]	<b>0,01</b>
Síntomas en el seguimiento	167 (52,5%)	92 (69,2%)	<b>0,001</b>

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FE: fracción de eyección; IMC: índice de masa corporal; PSAP: presión sistólica de arteria pulmonar; TAPSE: excursión sistólica del anillo tricúspide; TAVI: implante percutáneo de válvula aórtica.



*Curvas de supervivencia de pacientes sin y con insuficiencia cardiaca.*

**Conclusiones:** En conclusión, la intervención valvular no anula el impacto pronóstico negativo de la insuficiencia cardiaca en pacientes con EAoS. Estos pacientes tienen mayor mortalidad en el seguimiento. Estos hallazgos sugieren que deben plantearse estrategias terapéuticas más precoces en pacientes con EAoS.