



6013-222. ENFERMEDAD VALVULAR CARDIACA: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y MORBIMORTALIDAD SEGÚN EL MOMENTO QUIRÚRGICO

Ana Fidalgo Argüelles, Daniel Herranz Fernández-Tenllado, Alejandro García-Zaloña, Belén Díaz Antón, Salvatore Costanza, Leticia Fernández-Friera, Ángel González-Pinto y Jorge Solís del Hospital Universitario H.M. Montepríncipe, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La toma de decisiones en pacientes con enfermedades valvulares cardíacas (EVC) es en ocasiones un proceso complejo, lo que a menudo retrasa la derivación quirúrgica. Nuestro objetivo fue caracterizar a la población en el momento de la cirugía y estudiar la morbilidad asociada según el momento precoz o tardío de la cirugía.

Métodos: Se incluyeron retrospectivamente a los pacientes intervenidos de EVC en nuestro centro (2013-2016). Se recogieron datos demográficos, clínicos y ecocardiográficos precirugía, del posoperatorio y a los 6 meses, incluyendo complicaciones menores (arritmias auriculares/derrame pleural/AIT) y mayores (*shock* cardiogénico o hemorrágico/infecciones mayores/ACV/arritmias ventriculares). Se clasificaron según su indicación quirúrgica fuese en un estadio precoz (Grupo Precoz, GP), definido como: CF I-II NYHA $\pm$ arritmia auricular o FEVI $\geq$ 45%; o en un estadio tardío (Grupo Tardío, GT): CF III/IV o CF I/II, con arritmias auriculares y FEVI $<$ 45%. Además se recogió su procedencia: desde una Unidad de Valvulopatías o desde un Servicio de Cardiología General.

Resultados: Se incluyeron 401 pacientes (47% mujeres, 66 ± 12 años). 57% pertenecieron al GP, y 43% al GT. Las EVC que requirieron cirugía fueron insuficiencia mitral (37%), estenosis aórtica (29%), insuficiencia tricuspídea (21%), insuficiencia aórtica (16%) y estenosis mitral (6%). 37% de los pacientes estaba en CF III-IV en el momento de la cirugía, 27% estaban en FA/*flutter*, 19% tenían dilatación del VI y 7,6% ($n = 29$) presentaban FEVI $<$ 45%. En la tabla se muestran los datos de ambos grupos. A los 6 meses, significativamente más pacientes del GT se encontraba en CF III-IV ($p < 0,05$). No hubo diferencias significativas en la FEVI a los 6 meses, aunque sí una tendencia a mayores FEVIs en el GP ($p = 0,06$). En el subgrupo de pacientes que procedían de la Unidad de Valvulopatías, el 79% pertenecían al GP, mientras que de los pacientes remitidos desde Cardiología General, solo el 55%.

Datos de los pacientes estratificados según el momento precoz o tardío de la cirugía

	Grupo Precoz, GP (57,1%)	Grupo Tardío, GT (42,9%)	Significación
EuroSCORE II	7,5	11,7	$p < 0,05$

Días ingreso UCI	3,7 ± 6,2	6,9 ± 8,9	p < 0,05
Días ingreso totales	14 ± 12,8	19,6 ± 15,4	p < 0,05
Complicaciones menores (%)	27,9	29,1	p = 0,39
Complicaciones mayores (%)	19,7	36	p < 0,05
Mortalidad en el posoperatorio (%)	4,1	14	p < 0,05
CF III-IV 6 meses (%)	0	9,2	p < 0,05

Conclusiones: El deterioro de la clase funcional, la FEVI y la pérdida del ritmo sinusal, se refuerzan como predictores pronósticos y de calidad de vida en pacientes valvulares. Pese a su fácil identificación, aún el 43% de los pacientes con EVC intervenidos no se remiten “precozmente”. Una Unidad especializada en valvulopatías puede optimizar el momento quirúrgico de estos pacientes y, por tanto, los resultados a corto plazo.