



Revista Española de Cardiología



6033-442. REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PRIMER MES TRAS TAVI: PERFIL CLÍNICO, PREDICTORES E IMPACTO EN EL PRONÓSTICO

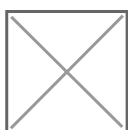
Javier López-Pais¹, Juan Francisco Oteo Domínguez¹, Carlos Alberto Arellano Flores¹, Arturo García Touchard¹, Carlos Gustavo Martínez Peredo², Rodrigo Estévez Loureiro¹, José Antonio Fernández Díaz¹, Marta Cobo Marcos¹, Vanessa Moñivas Palomero¹, Joaquín Alonso Martín³ y Francisco Javier Goicolea Ruigómez¹, del ¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), ²CHR Mons-Hainaut, Mons (Bélgica) y ³Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: El procedimiento TAVI es complejo y costoso por lo que debe ser monitorizado para su optimización. A pesar de los esfuerzos realizados en estos pacientes, la proporción de reingresos precoces permanece alta, principalmente por insuficiencia cardiaca (IC). El objetivo de este estudio es analizar variables que puedan estar ligadas con reingresos en el primer mes (Rig1m) tras TAVI así como evaluar su impacto pronóstico.

Métodos: Estudio analítico observacional realizado en un centro con programa TAVI desde 2009. Analizamos todos los pacientes consecutivos sometidos a TAVI y formamos 2 cohortes: aquellos con Rig1m por IC y quiénes no. Las variables que alcanzaron la significación estadística fueron incluidas en una regresión logística para identificar predictores. Se analizó la supervivencia con Kaplan-Meier y *log rank*.

Resultados: De 164 pacientes, 17 presentaron Rig1m, 11 por IC (6,7% del total). Comparado con el resto de los pacientes TAVI, presentaban características basales similares tanto en edad, sexo y como FRCV. Aquellos pacientes con Rig1m por IC presentaban más comorbilidades neurológicas (27 frente a 5%, p 0,02) y tendencia a más vasculopatía periférica (46 frente a 22%, p 0,08) y neumopatías (27 frente a 12%, p 0,17). Sin diferencias en otras comorbilidades. Los pacientes con Rig1m por IC mostraron tendencia a menos proporción de ritmo sinusal (46 frente a 69%, p 0,1). Los pacientes con Rig1m por IC presentaban peor clase NYHA (3,4 frente a 2,9, p 0,02) y peor fracción de eyección (43 frente a 54%, p 0,04). Tendieron a mayor puntuación en escala STS (11,4 frente a 6,7; p 0,09) pero no se encontraron diferencias en el NTproBNP, ni el EuroSCORE log, ni las escalas de fragilidad. El análisis multivariable mostró como único predictor independientes de Rig1m por IC la presencia peor clase NYHA previa a la intervención (OR 3,90; CI 1,01-15,10, p 0,049). Tras un seguimiento de $23,5 \pm 22$ meses, aquellos pacientes con Rig1m por IC tuvieron menor supervivencia (p 0,01) (figura).



Conclusiones: Los Rig1m por IC tras una TAVI son frecuentes (6,7%) y estos pacientes tienen menor supervivencia. Es razonable la relación con el grado NYHA pero hay que destacar el hecho de que ninguno de los indicadores utilizados en la práctica clínica diaria (STS, EuroSCORE, fragilidad, NTporBNP) demuestra utilidad a la hora de predecir los Rig1m por IC. Algo que con un número mayor quizás podríamos

evidenciar.