Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 277

Revista Española de Cardiología

# 4034-6. CAUSA DE RECHAZO Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES DESESTIMADOS POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA IMPLANTE TRANSCATÉTER DE PRÓTESIS AÓRTICA

Joaquim Cevallos Morales[1], Carlos Falces Salvador[1], Rut Andrea Riba[1], Victoria Martín-Yuste[1], Bárbara Vidal Hagemeijer[1], Manel Castellá Pericas[2], Guillermina Fita Rodríguez[3] y Manel Sabaté Tenas[1] del [1]Servicio de Cardiología, Instituto del Tórax, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona, [2]Servicio de Cirugía Cardiovascular, Instituto del Tórax, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona y [3]Servicio de Anestesiología, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona.

## Resumen

**Introducción y objetivos:** Un porcentaje importante de los candidatos a TAVI son finalmente rechazados para la intervención. El objetivo de este estudio fue evaluar las causas de rechazo y el pronóstico de los pacientes no aceptados para TAVI.

**Métodos:** Se incluyeron de modo consecutivo los pacientes con estenosis aórtica grave sintomática con contraindicación para cirugía o con alto riesgo quirúrgico, evaluados en una consulta monográfica. Se valoraron variables clínicas, funcionales (Barthel) y escalas de comorbilidad (Charlson). Fueron aceptados o rechazados para TAVI según la decisión de un comité multidisciplinar. El seguimiento clínico evaluó los eventos de muerte y reingreso. Se compararon los eventos mediante curvas de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Evaluamos 103 pacientes: 32 (31%) fueron sometidos a TAVI; 6 (6%) fueron readmitidos para cirugía; 65 (63%) fueron rechazados. Las causas fueron: juicio clínico (63,5%), contraindicaciones anatómicas (17,5%), decisión del enfermo (11,1%) y alta dependencia (7,9%). Comparado con los pacientes intervenidos de TAVI, los rechazados eran mayores (edad media 83 ± 4 vs 77 ± 8 años; p < 0,001), con mayor Euroscore (20,5% vs 14,9%; p = 0,043), Charlson similar (4,8 vs 4,5; p = NS), pero con valores superiores en la escala de dependencia-mobilidad: Barthel < 80 (55,8% vs 0%, p < 0,001). El seguimiento fue de 12 ± 7,7 meses. Las tablas de mortalidad en el análisis multivariado mostraron que la mortalidad acumulada de cualquier causa y el evento combinado de muerte/reingreso fueron superiores en los pacientes bajo tratamiento médico frente a los de TAVI (mortalidad acumulada 33% vs 14%, p = 0,035 y evento combinado 73% vs 33%, p < 0,001).

**Figura.** Curvas de supervivencia de los grupos de TAVI y tratamiento médico.

**Conclusiones:** El juicio clínico fue la principal causa de rechazo. La supervivencia de los pacientes sometidos a TAVI es comparable a la de la literatura internacional y superior a la de los pacientes rechazados. La implicación de un equipo multidisciplinar es fundamental de cara a la selección de los pacientes.