



Revista Española de Cardiología



6043-571. ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS DE LA VIDA, ¿CUÁLES SON LOS FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN NUESTRO MEDIO?

Ainhoa Pérez Guerrero, Georgina Fuertes Ferre, Elena Rivero Fernández, José Gabriel Galache Osuna, Pablo Esteban Auquilla Clavijo, Isabel Caballero Jambrina, Teresa Oloriz Sanjuán e Isabel Calvo Cebollero del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica (EA) es la patología valvular más prevalente en el paciente anciano, con un rápido deterioro funcional y alta mortalidad a corto plazo. Cada vez son más los pacientes de edad muy avanzada que se pueden beneficiar de un tratamiento intervencionista, sin embargo se trata de una decisión difícil y controvertida. Consideramos importante analizar los resultados obtenidos con las distintas opciones de tratamiento así como los factores predictores de mal pronóstico en los pacientes más añosos.

Métodos: Se analizó una cohorte de 151 pacientes consecutivos mayores de 80 años diagnosticados de EA grave desde enero 2013 hasta diciembre 2014. Se analizan las características basales y los factores predictores de mortalidad en pacientes bajo tratamiento conservador e intervencionista (reemplazo valvular quirúrgico (RVAo) o percutáneo (TAVI)).

Resultados: 151 pacientes, con edad media 84,77 años (81-96 años), el 58,3% mujeres. La mediana de seguimiento fue de 449 días. Se analizaron los factores de riesgo cardiovascular y otras variables clínicas y ecocardiográficas, escalas de comorbilidad EuroSCORE II y Charlson (ICC) para cada grupo (conservador, RVAo o TAVI) (tabla). Se optó por tratamiento médico en el 58,3%, en el resto de los pacientes se decidió manejo intervencionista (RVAo 30,5% y TAVI 11,2%). Todos los grupos presentaron un ICC elevado (> 6 puntos); el grupo TAVI fue aquel con mayor puntuación media de EuroSCORE ($6,93 \pm 1,64$ frente a $2,48 \pm 1,42$ RVAo y $5,20 \pm 4,12$ tratamiento médico). Sin embargo, fue el grupo con menor mortalidad (12%) con respecto al 22% de los sometidos a RVAo y del 49% del grupo que recibió tratamiento médico ($p = 0,001$). En el análisis multivariante la presencia de enfermedad cerebrovascular (ECV) (HR 3,871, IC95% 1,74-8,62, $p = 0,001$), la insuficiencia cardíaca como debut clínico (HR 2,053, IC95% 1,06-3,97, $p = 0,033$), la presencia de IAo (HR 1,582, IC95% 1,09-2,30, $p = 0,017$) y tratamiento conservador (HR 3,49, IC95% 1,64-7,45, $p = 0,001$) fueron factores predictores independientes de mortalidad total.

Descripción de variables a estudio	
Descriptivo EAo grave en pacientes > 80 años (n = 151)	
Variables a estudio	N (%)

Sexo femenino	88 (58%)
Fibrilación auricular	55 (36,7%)
Insuficiencia renal	60 (40%)
Diabetes mellitus	49 (32,5%)
Arteriopatía periférica	12 (7,95%)
Cardiopatía isquémica	53 (35,10%)
Enfermedad cerebrovascular	18 (11,92%)
Escala comorbilidad Charlson (media $\pm$ DE)	
Tratamiento conservador	7,67 $\pm$ 1,64
RVAo	6,59 $\pm$ 1,60
TAVI	6,93 $\pm$ 1,61
Escala EuroSCORE (media $\pm$ DE)	
Tratamiento conservador	5,20 $\pm$ 4,12
RVAo	2,48 $\pm$ 1,42
TAVI	6,93 $\pm$ 1,64
IC como clínica de presentación	74 (49,3%)
EPOC	28 (18,54%)
FEVI > 50%	105 (69,5%)
Insuficiencia aórtica	99 (65,5%)

Hipertensión pulmonar	78 (51,6%)
-----------------------	------------

Conclusiones: En los pacientes más añosos con EA grave, la presencia de ECV, la IC como debut clínico y el manejo con tratamiento conservador se asocian con un aumento de la mortalidad. Pese a una elevada comorbilidad, el manejo intervencionista con TAVI ofrece unos resultados prometedores.