



4019-4. INFLUENCIA DEL TIEMPO DE ESPERA EN EL PRONÓSTICO DE LA ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SINTOMÁTICA. ¿EN QUÉ PACIENTES NO SE PUEDE ESPERAR?

Hugo González Saldivar¹, Lourdes Vicent Alaminos¹, Carlos Rodríguez-Pascual², Gonzalo de la Morena Valenzuela², Covadonga Fernández-Golfín², Albert Ariza Solé², Pablo Avanzas² y Manuel Martínez Sellés¹ del ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, e ²Investigador del Registro IDEAS, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las opciones terapéuticas de la estenosis aórtica (EAo) grave (reemplazo por catéter [TAVI] o cirugía de sustitución [SVAo]) tienen un tiempo en lista de espera que puede ser prolongado. Los objetivos de este subestudio del registro IDEAS fueron evaluar en pacientes diagnosticados de EAo grave con indicación de intervención sobre la válvula aórtica, el tiempo medio hasta la intervención, los fallecidos en el tiempo de espera y los predictores pronósticos de mortalidad.

Métodos: Subanálisis de la cohorte del registro Influencia del Diagnóstico de Estenosis Aórtica Grave (IDEAS). Para la realización del presente subestudio se incluyeron todos los pacientes en los que se indicó intervención, tanto los sometidos a SVAo y TAVI como los que encontraban en lista de espera de intervencionismo. Hemos analizado las diferencias entre los pacientes sometidos a intervencionismo en comparación a los que se encontraban en lista de espera, el tiempo medio de intervención y los factores que se asociaron a un mayor riesgo de mortalidad.

Resultados: De 726 pacientes con EAo grave diagnosticada en enero de 2014, se indicó intervención a 300 (41,3%). Se intervinieron 258 (35,5%): 59 con TAVI y 199 con SVAo. Al año 42 (5,8%) continuaban en lista de espera. La edad media fue $74,0 \pm 9,7$ años. El tiempo medio espera fue $2,9 \pm 1,6$ para TAVI y $3,5 \pm 0,2$ meses para SVAo ($p = 0,03$). En lista de espera fallecieron 8 pacientes (19,0%), y existieron diferencias significativas entre fallecidos frente a supervivientes de aquellos que continuaban en lista en la ocurrencia de angor de reposo (3 [37,5%] frente a 1 [2,9%], $p = 0,01$), menor área valvular ($0,5 \pm 0,1$ frente a $0,7 \pm 0,1$ cm², $p = 0,03$), hipertrofia ventricular izquierda (7 [87,5%] frente a 12 [37,5%], $p = 0,017$), diagnóstico durante el ingreso (4 [50,0%] frente a 3 [8,8%], $p = 0,017$), y mayor índice de comorbilidad de Charlson ($3,2 \pm 0,5$ frente a $1,8 \pm 0,3$ puntos, $p = 0,05$). Los predictores independientes de mortalidad fueron la edad (OR 1,11 [1,0-1,2], $p = 0,03$), la insuficiencia mitral significativa (OR 3,6 [1,01-1,13], $p = 0,001$), el angor de reposo (OR 4,1 [1,1-14,6], $p = 0,03$) y la movilidad reducida (OR 6,5 [2,1-20,1], $p = 0,001$).

Predictores independientes de mayor duración del tiempo en lista de espera (superior a 2 meses) y mortalidad en lista de espera de intervención

Variable

OR

p

Mayor duración en lista de espera

Edad	0,96 (0,93-0,99)	0,03
Hipertrofia ventricular izquierda moderada o grave	0,7 (0,5-0,9)	0,023
Angor de reposo	0,3 (0,11-0,9)	0,046

Mortalidad

Edad	1,11 (1,0-1,2)	0,003
Sexo femenino	0,33 (1,01-1,13)	0,02
Insuficiencia mitral moderada o grave	3,6 (1,8-7,3)	0,001
Angor de reposo	4,1 (1,1-14,6)	0,03
Movilidad reducida	6,5 (2,1-20,1)	0,001

Conclusiones: Los pacientes con EAo grave en espera de procedimientos terapéuticos tienen un riesgo de mortalidad elevado. Existen indicadores clínicos que predicen un peor pronóstico e indicarían la necesidad de una intervención precoz.