



## 6024-240. SEGUIMIENTO DE PRÓTESIS VALVULARES AÓRTICAS EN ARAGÓN. MÁS ALLÁ DE LA CIRUGÍA

Daniel Cantero Lozano<sup>1</sup>, Humberto Coimbra Durán<sup>1</sup>, Elena Murciano Marqués<sup>1</sup>, Marta Marín Gracia<sup>1</sup>, Juan Manuel Salvador Casabón<sup>1</sup>, Paula Morlanes Gracia<sup>1</sup>, Adrián Riaño Ondiviela<sup>1</sup>, Jorge Melero Polo<sup>1</sup>, Daniel Meseguer González<sup>1</sup>, Guillermo Pinillos Francia<sup>1</sup>, Javier André Bellido Morales<sup>2</sup>, Pablo Revilla Martí<sup>1</sup>, Carlos Ballester Cuenca<sup>2</sup> y José Ramón Ruiz Arroyo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>2</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El recambio quirúrgico en la estenosis aórtica severa es la opción terapéutica más empleada y la elección entre prótesis biológica y mecánica por el Heart-team depende entre otras, de las características del paciente. Nuestro objetivo es describir las características de la población a estudio y los eventos en el seguimiento mediante un endpoint combinado de eventos isquémicos y otro de seguridad con hemorragias y la supervivencia global.

**Métodos:** Estudio de cohortes histórico de pacientes intervenidos por estenosis aórtica en Aragón entre los años 2004 y 2012 con seguimiento posterior.

**Resultados:** Se incluyeron 304 pacientes, con una edad media de  $71,2 \pm 9$  años en la cirugía y un seguimiento de  $8,7 \pm 4,4$  años. 204 (77%) fueron bioprótesis y 70 mecánicas. Las características clínicas previas de ambos grupos fueron similares salvo mayor edad ( $73,9 \pm 6,3$  vs  $62,1 \pm 10,8$ ;  $p < 0,001$ ), prevalencia de hipertensión, y clase NYHA avanzada en bioprótesis. Se observó una mayor aparición de eventos en combinado de muerte precoz (30 días), IAM, ACV isquémico y otras embolias ( $21,2$  vs  $30,6\%$ ;  $p = 0,12$ ) en el grupo de prótesis mecánicas, sin alcanzar la significación y sin diferencias en el endpoint de seguridad de sangrados mayores o clínicamente relevantes ( $19$  vs  $17,7\%$ ;  $p = 0,818$ ). La aparición de endocarditis infecciosa se registró en 15 pacientes con bioprótesis mientras en ninguno con prótesis mecánicas ( $p = 0,037$ ). La supervivencia inicialmente fue mayor en el grupo de bioprótesis, invirtiéndose la tendencia a partir del sexto año (log-rank 2,92;  $p = 0,087$ ).

### Características previas y seguimiento en función del tipo de prótesis empleada

Variable	Bioprótesis (n = 234)	Mecánica (n = 70)	Valor p
Edad cirugía (años)	$73,9 \pm 6,3$	$62,1 \pm 10,8$	0,001
Sexo varón (%)	154 (65,8%)	41 (58,6%)	0,268

Euroscore II	2,3 ± 3,4	2 ± 2,3	0,185
Gradiente Ao máx	84,6 ± 22,1	87,7 ± 19,9	0,415
FEVI	0,57 ± 0,12	0,67 ± 0,1	0,01
HTA (%)	169 (72,2%)	39 (55,7%)	0,009
NYHA III-IV (%)	122 (52%)	22 (31,4%)	0,02
FA previa	37 (15,8%)	18 (25,7%)	0,06
FA largo plazo	110 (54%)	30 (51,8%)	0,616
Missmatch grave ( 0,65 cm <sup>2</sup> /m <sup>2</sup> )	11 (5,2%)	3 (5,1%)	0,963
MACCE (muerte 30 días, IAM, ACV isquémico y otras embolias)	48 (21,2%)	19 (30,6%)	0,12
Implante marcapasos	35 (15,5%)	8 (12,9%)	0,613
Endocarditis	15 (6,7%)	0 (0%)	0,037
Sangrados (ACV hemorrágico, digestiva u otras clínicamente relevantes)	43 (19%)	11 (17,7%)	0,818



*Supervivencia en función del tipo de prótesis aórtica.*

**Conclusiones:** Existe un mayor número de eventos isquémicos y mortalidad inicial hasta el quinto año posquirúrgico en prótesis mecánicas a pesar de la mayor edad en bioprótesis, sin diferencias en el endpoint de seguridad mediante sangrados.