



5017-2. INFLUENCIA DE LA FUNCIÓN RENAL EN EL TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DE LA ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE

M^a Belén Contreras Tornero, Amparo Valls Serral, Celia Gil Llopis, Ester Galiana Talavera, Ildefonso Roldán Torres, Juan Geraldo Martínez, Ricardo Callizo Gallego, Adrián Sorribes Alonso, Pablo Escribano Escribano y Vicente Mora Llabata

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) se asocia con peores resultados tras el tratamiento intervencionista de la estenosis aórtica (EAo) grave, lo cual influye en la indicación de recambio valvular aórtico en estos pacientes (p). En la actualidad, no existen recomendaciones específicas sobre el manejo de pacientes (p) con EAo y ERC. **Objetivo:** analizar el efecto del tratamiento intervencionista (TrInt) en relación al tratamiento médico (TrMed) aislado según la función renal de p con EAo grave.

Métodos: Estudio retrospectivo de la evolución de 452 p consecutivos diagnosticados de EAo grave (área valvular aórtica $\geq 1 \text{ cm}^2$ o gradiente medio $\geq 40 \text{ mmHg}$) entre abril de 2010 y septiembre de 2019 según la función renal estimada mediante el filtrado glomerular renal (FGR) CKD-EPI. La información se recogió a través de la historia clínica electrónica. Se establecen 3 grupos: G1 (FGR $\geq 60 \text{ ml/m}^2$), G2 (FGR 45-59 ml/m^2), y G3 (FGR $\leq 45 \text{ ml/m}^2$). Analizamos el resultado del TrMed vs TrInt (prótesis quirúrgica o TAVI) en cada grupo mediante la curva de supervivencia libre de mortalidad global de Kaplan Meier.

Resultados: En la tabla se observan las características de los diferentes grupos en función del TrMed vs TrInt instaurado. El progresivo empeoramiento de la función renal condujo hacia mayor elección de TrMed. Tras un seguimiento medio de $42,3 \pm 3,4$ meses (mediana 29,5 meses), la supervivencia fue mayor para el TrInt en todas las franjas establecidas de FGR [p (*log-rank*) 0,0001 para todas] (fig.). En el subgrupo de 37 p con FGR 30 ml/m^2 (27 p TrMed y 10 p TrInt) ya no se observaron diferencias en la supervivencia entre ambas estrategias de tratamiento (p = 0,12).

Características de los pacientes

FGR (ml/m^2) (n 452)	Tratamiento (n) (%)	Edad (años)	Hb (g/dl)	Índice de Charlson	EuroSCORE II	FEVI (%)	Gmed (mmHg)
G1	TrMed (106) (39%)	$80,5 \pm 9,2$	$12,2 \pm 1,7$	$6,0 \pm 1,9$	$2,8 \pm 1,7$	$58,4 \pm 11,6$	$47,4 \pm 10,7$

FGR ? 60 (n 272)	TrInt (166) (61%)	71,9 a ± 9,3	12,8 a ± 1,6	4,7 a ± 1,8	2,5 ± 1,9	58,0 ± 10,9	54,2 b ± 13,8
G2	TrMed (46) (56%)	84,3 ± 5,8	12,0 ± 1,8	7,5 ± 2,5	5,3 ± 5,0	55,3 ± 12,0	47,0 ± 13,3
FGR 45-59 (n 82)	TrInt (36) (44%)	77,2 a ± 4,8	12,7 ± 1,7	6,3 b ± 1,9	3,1 a ± 1,6	54,4 ± 12,0	48,5 ± 17,9
G3	TrMed (73) (74%)	84,4 ± 5,6	11,3 ± 1,9	8,6 ± 1,9	6,3 ± 3,3	55,9 ± 11,9	43,3 ± 6,5
FGR 45 (n 98)	TrInt (25) (26%)	77,7 a ± 5,2	11,6 ± 1,2	7,7 b ± 1,8	6,5 ± 5,1	55,6 ± 12,1	41,1 ± 16,4

a: p 0,001 y b: p 0,05 entre TrMed y TrInt del grupo. FGR: filtrado glomerular renal; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda; Hb: hemoglobina; Gmed: gradiente medio transvalvular aórtico.



Tiempo de supervivencia según tratamiento y filtrado glomerular renal.

Conclusiones: En p con EAo grave y ERC el TrInt presentó mejor pronóstico respecto al TrMed hasta alcanzar un FGR 30 ml/m/1,73 m², el cual señaló el umbral por debajo del cual el tratamiento intervencionista no mejoró el pronóstico.