Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 353

Revista Española de Cardiología

5014-2. IMPACTO DEL ESTADIAJE ECOCARDIOGRÁFICO DE ESTENOSIS AÓRTICA EN LA MORTALIDAD Y HOSPITALIZACIONES POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES SOMETIDOS A REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER

José Antonio Parada Barcia, Manuel Barreiro Pérez, Tatiana Mallely Matajira Chia, José Antonio Baz Alonso, Carla Iglesias Otero, Pablo Pazos López, Francisco Calvo Iglesias y Andrés Iñiguez Romo

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El pronóstico de la estenosis aórtica (EAo), además de depender de la gravedad de la valvulopatía, obedece a las consecuencias de la elevación crónica de poscarga sobre el miocardio. Recientemente fue publicada una clasificación basada en ecografía transtorácica (ETT). El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de esta clasificación no invasiva en la mortalidad y hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca (IC) en pacientes con EAo grave sometidos a reemplazo valvular aórtico transcatéter (TAVI).

Métodos: Un total de 130 pacientes con EAo grave sometidos a TAVI entre enero de 2018 y diciembre de 2019 fueron incluidos. Los pacientes fueron clasificados en tres grupos de acuerdo al estadiaje ecocardiográfico. Bajo riesgo: estadio 0 (no daño cardiaco) y estadio 1 (daño ventricular izquierdo); riesgo intermedio: estadio 2 (daño mitral y/o auricular izquierdo); alto riesgo: estadio 3 (daño vascular pulmonar y/o tricuspídeo) y estadio 4 (daño ventricular derecho). Para el análisis de supervivencia se definió un objetivo combinado de muerte por todas las causas e ingresos por IC. Se realizó un análisis de regresión de Cox multivariado para predecir dicho evento, incluyendo todas aquellas variables con una p 0,10 en el análisis univariado.

Resultados: 53 (41%) pacientes de bajo riesgo, 58 (45%) de riesgo intermedio y 19 (15%) de alto riesgo fueron analizados (tabla). El seguimiento medio fue de 2,26 +-0,90 años. 5 pacientes (9%) de bajo riesgo, 12 (21%) de riesgo intermedio y 7 (37%) de alto riesgo ingresaron por insuficiencia cardiaca. 9 (17%) de bajo riesgo, 17 (29%) de riesgo intermedio y 8 (42%) de alto riesgo fallecieron. El estadiaje ecocardiográfico se asoció a incremento de muerte y hospitalizaciones por IC (figura). Tras ajuste multivariado, el grupo de alto riesgo se asoció a incremento de hospitalizaciones por IC y muerte por todas las causas (HR 4,21; IC95% 1,67-10,62), mientras que el grupo de riesgo intermedio no (HR 1,18; IC95% 0,52-2,71).

Características basales en función del estadiaje ecocardiográfico				
	Bajo riesgo (n = 53)	Riesgo intermedio (n = 58)	Alto riesgo (n = 19)	p

Edad, años	83,2 (6,3)	82,1 (5,7)	84,1 (5,1)	0,39
Sexo masculino	27 (50,9)	32 (55,2)	9 4(7,4)	0,81
IMC, %	27,6 (4,3)	28,1 (4,6)	26,6 (3,5)	0,43
Diabetes mellitus	15 (28,3)	28 (48,3)	6 (31,6)	0,08
Hipertensión arterial	37 (69,8)	49 (84,5)	15 (79,0)	0,18
Dislipemia	30 (56,6)	35 (61,4)	15 (79,0)	0,23
Filtrado glomerular	72,1 (21,7)	63,3 (21,4)	59,2 (19,5)	0,03
EPOC	12 (22,6)	15 (25,9)	5 (26,3)	0,91
Arteriopatía periférica	8 (15,1)	11 (19,0)	2 (10,5)	0,66
Hb (g/dL)	11,7 (2,0)	11,9 (2,0)	11,6 (1,8)	0,81
Fibrilación auricular	13 (24,5)	35 (60,3)	10 (52,6)	0,00
Gmed, mmHg	46,3 (14,1)	38,7 (13,2)	42,7 (12,8)	0,01
AVA, cm^2	0,76 (0,18)	0,76 (0,21)	0,68 (0,17)	0,28
EAo bajo flujo bajo gradiente clásica	7 (14,9)	7 (14,3)	5 (27,8)	0,39
Marcapasos previo a TAVI	5 (9,4)	9 (15,8)	1 (5,3)	0,38
IMC: índice de masa corporal; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; Hb: hemoglobina; Gmed: gradiente medio; AVA: área valvular aórtica; EAo: estenosis aórtica; TAVI: Reemplazo valvular aórtico transcatéter.				

Mortalidad por todas las causas e ingresos por IC tras TAVI, en función del estadiaje ecocardiográfico.

Conclusiones: El estadiaje ecocardiográfico de EAo grave es útil para predecir hospitalizaciones por IC y mortalidad por todas las causas tras TAVI. La intervención precoz y la selección adecuada de los pacientes constituyen la mejor estrategia para mejorar los resultados tras TAVI.