



6018-93. ANÁLISIS DE MORTALIDAD EN PACIENTES REFERIDOS A TAVI DESDE UN CENTRO NO IMPLANTADOR

Ixone Osaba Ruiz de Alegría, Pablo Zamora Álvarez, Alberto Sainz López, Sara González de Alaiza Ortega, Elena Virosta Gil, Elene Sáez de Buruaga Corrales, Ángela Alonso Miñambres e Isabel Caballero Jambrina

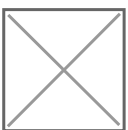
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Cada vez son más los pacientes ancianos que son sometidos a tratamiento intervencionista mediante prótesis aórtica percutánea (TAVI). Nuestro objetivo fue determinar los factores de riesgo que puedan condicionar aumento de la mortalidad y complicaciones de los remitidos a TAVI desde nuestro centro no implantador.

Métodos: Estudio de todos los pacientes consecutivos referidos desde nuestro centro no implantador al centro de referencia para implante de TAVI desde enero 2017 hasta diciembre 2020. Se analizaron factores de riesgo cardiovascular clásicos, parámetros ecocardiográficos y eventos durante el seguimiento.

Resultados: Se analizaron un total de 71 pacientes (50,7% mujeres), con una media de edad 82,64 años al remitir a implante de TAVI, con una media de 128 días hasta el implante. En cuanto a las características basales más prevalentes, el 32,4% eran diabéticos y el 33,3% tenían cardiopatía isquémica. El índice Barthel se registró únicamente en 12 pacientes, con una media de 93,75 puntos. La indicación mayoritaria fue estenosis aórtica (94,4%). En cuanto a los valores ecocardiográficos, la fracción de eyección media fue del 53,44%, con un gradiente medio de 55,80 mmHg y PSAP media de 47 mmHg. Se realizó implante de marcapasos definitivo posprocedimiento en 9,8% de los casos. Tras una media de seguimiento de 1.389 días, la mortalidad cardiaca fue del 14,1%. En el análisis realizado, la mortalidad fue estadísticamente mayor en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) ($p = 0,03$), así como la cifra de creatinina al envío ($p = 0,041$), la enfermedad vascular periférica ($p = 0,02$) y la cirugía cardiaca previa ($p = 0,01$), no siendo significativos el resto de variables analizadas. Se realizó análisis de Kaplan-Meier en función de la presencia de ERC con separación de las curvas, pero sin resultar estadísticamente significativo ($\log rank p = 0,127$), y sí fue significativo en la enfermedad vascular periférica con $\log rank p = 0,005$. El resto de variables analizadas no resultaron significativas, incluida la FEVI 40%.



Curva supervivencia enfermedad vascular periférica.

Conclusiones: En nuestro medio los pacientes referidos a TAVI la presencia de enfermedad vascular periférica se asoció a peor pronóstico. La ERC mostró tendencia a peor pronóstico pero sin significación estadística. Sin embargo, no se asociaron con peor pronóstico otras variables clásicas como la FEVI reducida.