Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 861

Revista Española de Cardiología

6030-169. IMPACTO PRONÓSTICO DEL INGRESO PREVIO POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA

Verónica Artiaga de la Barrera[1], Lorenzo Hernando Marrupe[1], Carlos García Jiménez[1], Ana Valor de Villa[1], Pablo González Alirangues[1], Roberto del Castillo Medina[1], Alberto Núñez García[1], Sara Hervilla Ezquerra[2], Tamara Brunete Jiménez[2], Pablo Robles Velasco[1] y Javier Botas Rodríguez[1]

[1]Servicio de Cardiología y [2]Servicio de Anestesiología. Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante percutáneo de válvula aórtica (IPVA) se ha convertido en el tratamiento de elección para los pacientes con estenosis aórtica grave sintomática inoperables o con alto o intermedio riesgo quirúrgico. El objetivo de este estudio fue valorar el impacto pronóstico del ingreso previo por insuficiencia cardiaca (IC) en pacientes sometidos IPVA.

Métodos: Estudio observacional con seguimiento prospectivo de 115 pacientes consecutivos en los que se realizó IPVA a través de un acceso femoral. El grupo de pacientes candidatos para el IPVA fueron aquellos con estenosis aórtica grave sintomática considerados inoperables. En todos los casos se implantó la válvula autoexpandible CoreValve o Evolut.

Resultados: La edad media fue de 83 ± 5 años y 56 (51,3%) eran hombres. El índice de Charlson medio fue de 2,5 ± 1,5. La puntuación media de EuroSCORE I fue de 16,5 ± 10,6%. De los 115 pacientes analizados 42 (36,5%) habían ingresado por IC previamente a la programación del IPVA. Se obtuvo éxito del procedimiento en todos los pacientes y la mortalidad en el primer mes y al año de seguimiento fue del 0% y 7,8%. La incidencia de implante de marcapasos fue del 19,1%. Los pacientes con ingreso previo por IC presentaban un mayor riesgo quirúrgico y mayor prevalencia de disfunción ventricular, fibrilación auricular y enfermedad renal crónica, lo que sugiere un mayor grado de afectación estructural asociado a la valvulopatía. En el seguimiento a largo plazo (media de seguimiento de 43 ± 29 meses) los pacientes con ingreso previo por IC presentaban una mayor mortalidad (24 [33%] frente a 23 [55%]; p = 0,02). Las curvas de Kaplan-Meier para mortalidad total según la presencia de ingreso previo por IC mostraban una menor supervivencia en estos pacientes (75 ± 5 frente a 60 ± 8,5 meses; *log rank* test; p = 0,02). En el análisis de regresión multivariable de Cox el único predictor independiente de mortalidad total fue el antecedente de ingreso previo por IC (HR = 1,96; IC95% 1,1-3,6; p = 0,034).

Conclusiones: El ingreso previo por IC en los pacientes que van a ser sometidos a un IPVA se asocia a un mayor riesgo quirúrgico y a una mayor afectación estructural asociada a la valvulopatía. Todo lo previo contribuye a una menor supervivencia en el seguimiento a largo plazo. Es necesario un seguimiento estrecho de los pacientes con estenosis aórtica grave para evitar la inestabilización y la necesidad de ingreso por IC.