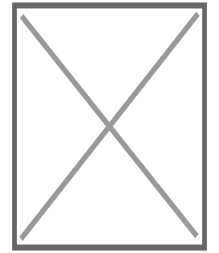


Revista Española de Cardiología



6103-12. ¿SON NUESTROS PACIENTES AÑOSOS SUPERPONIBLES A LOS DE LOS ENSAYOS? COHORTE DE PACIENTES CONSECUTIVOS > 75 AÑOS SOMETIDOS A IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA

Andoni Fernández González¹, Aránzazu Urchaga Litago¹, Raúl Ramallal Martínez¹, María Elena Fernández Jarne¹, Rodrigo Molero de Ávila García², Marina Virosta Gil¹, Amaia Loyola Arrieta¹, Jara Amair García Ugaldebere¹, Julene Ugarriza Ortueta¹, Arturo Lanaspá Gallego¹, Cristina Villabona Rivas¹, Betel Olaizola Balboa¹, Amaia Yuan Ibargoyen Aira¹, Miriam Sánchez Sánchez¹ y Valeriano Ruiz Quevedo¹

¹Área Clínica del Corazón, Servicio de Cardiología y ²Servicio de Geriátrica. Hospital Universitario de Navarra, Pamplona (Navarra), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica es la enfermedad valvular más frecuente en España. El implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) es una opción segura en pacientes > 75 años. En España, un 85,2% de TAVI se implantaron en mayores de 75 años en 2022. Ensayos clínicos aleatorizados (ECA) como el PARTNER-2, EVOLUT o SURTAVI, que incluyen pacientes con riesgo quirúrgico intermedio, bajo e intermedio, respectivamente, indican mortalidad a 30 días de 3,9%; 2,2% y 0,5%; y a 1 año de 12,3%; 6,7% y 2,4%. Nuestro objetivo es describir las características y eventos adversos posimplante de una población > 75 años y analizar los resultados en el contexto de la evidencia actual.

Métodos: Se realizó un registro de pacientes > 75 años consecutivos a los que se les implantó TAVI entre septiembre 2021 y diciembre 2022 (n = 80). Se identificaron las características basales y se evaluaron eventos y complicaciones a 30 días posimplante, y la mortalidad y hospitalización por insuficiencia cardíaca a 1 año. El objetivo principal fue describir la incidencia de eventos adversos durante el seguimiento y compararlos con la evidencia publicada.

Resultados: Los resultados se describen en la tabla. La edad de la población fue de 83,9 (3,95), muy superior a los ECA mencionados. El riesgo quirúrgico fue 3,2 [2,2-4,2], inferior a SURTAVI y PARTNER-2 y superior al EVOLUT. A 30 días, un 17% precisó implante de marcapasos definitivo (similar a EVOLUT, inferior a PARTNER-2 y SURTAVI), hubo una mortalidad del 2% (inferior a PARTNER 2, similar a EVOLUT, superior a SURTAVI), y un índice combinado de complicaciones neurológicas, vasculares, hemorrágicas o isquémicas del 12,5% (ligeramente superior a EVOLUT). No hubo IAM ni ACV. En la evolución a un año, un 14% ingresó por insuficiencia cardíaca (mayor que en EVOLUT); y la mortalidad por todas las causas fue del 6% (inferior a PARTNER-2, superior a EVOLUT y superponible a SURTAVI).

Características basales, eventos y complicaciones		
Características (n = 80)	Media/Mediana/n	DE/[RIQ]/%

Edad	83,4	3,95
Sexo femenino	34	43%
IMC (kg/m ²)*	27,9	[25,7-30,9]
Riesgo quirúrgico: STS-PROM*	3,2	[2,21-4,20]
Diabetes mellitus	24	30%
Enfermedad renal crónica	42	52%
Válvula aórtica bicúspide	7	9%
Insuficiencia aórtica significativa (al menos moderada)	17	21%
NYHA > 2 previo al implante	37	47%
Hemoglobina (g/dL)	12,8	[11,5-13,7]
BNP (pg/ml)*	248	[143-576]
Creatinina (mg/dL)*	1,09	[0,92-1,41]
Duración del ingreso (días)	8	[4-13]
Implante de marcapasos (primeros 30 días)	14	17%
Complicaciones neurológicas, vasculares, hemorrágicas o isquémicas (primeros 30 días)	10	12,5%
Muerte (primeros 30 días)	2	2%
Hospitalización por insuficiencia cardiaca (1 año)	11	14%
Muerte (1 año)	5	6%

Se muestran las características basales y los eventos en el seguimiento. DE: desviación estándar; RIQ: rango intercuartílico; IMC: índice de masa corporal; STS-PROM: Society of Thoracic Surgeons Predicted Risk Of Mortality; BNP: péptido natriurético tipo B. *Variables cuantitativas no paramétricas, expresadas en mediana y percentiles 25-75.

Conclusiones: El implante de válvula aórtica de forma percutánea es una alternativa segura en nuestros pacientes > 75 años. Para la muestra seleccionada, los resultados en término de complicaciones y mortalidad por todas las causas son comparables a los ECA publicados, teniendo en cuenta el riesgo quirúrgico previo al implante.