

Estudio descriptivo de la población intervenida de estenosis aórtica severa en Aragón en función del tipo de prótesis valvular.

Elena Murciano Marqués¹, Humberto Coimbra Durán¹, Jorge Melero Polo¹, Cristina Buisan Esporrín¹, Jorge Briceño Revillo¹, Juan Manuel Salvador Casabon², Marta Marín Gracia³, Daniel Cantero Lozano⁴.

1.- Servicio de Cardiología Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

2.- Servicio de Cardiología Hospital Barbastro (Huesca)

3.- Servicio de Neurología. Hospital Santa Bárbara (Soria)

4.- Servicio de Cardiología. Hospital Santa Bárbara (Soria)



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El recambio valvular aórtico constituye el tratamiento de elección en aquellos pacientes que se consideran operables para la estenosis aórtica severa en nuestro medio. La elección del tipo de prótesis (mecánica o biológica) depende de las características basales de los pacientes, si bien en determinados casos continúa siendo una decisión controvertida. El objetivo de este trabajo es describir las características de esta población en función del tipo de prótesis valvular seleccionada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos por estenosis aórtica severa en Aragón entre los años 2006 y 2015. Se excluyeron los pacientes intervenidos por otras causas (insuficiencia aórtica, estenosis aórtica no severa...) y de otras valvulopatías en el mismo acto quirúrgico.

RESULTADOS

Se incluyeron 410 pacientes, con una edad media de 72,1±9,1 años en la cirugía de los que un 64% eran varones. Los pacientes intervenidos de bioprótesis contaban con mayor edad (74,8±6,3 Vs 63,1±11; p<0,001), presentaron más hipertensión arterial (72,9% Vs 56,3%; p=0,02), una puntuación más elevada en la escala CHA2DS2Vasc (3,3±1,5 Vs. 2,2±1,6; p<0,001), un mayor riesgo quirúrgico estimado mediante la escala Euroscore II (2,4±3,2 Vs 1,7±2,1; p=0,022), y valores más reducidos de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) (57,6 ± 12,1 Vs 62,2±9,8; p<0,001). En el grupo con prótesis mecánica se objetivó mayor prevalencia de fibrilación auricular previa a la cirugía (16,9% Vs 26%; p=0,045). El resto de las variables a estudio no mostraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 1).

Variable	Bioprótesis (n=314)	Mecánica (n=96)	p
Edad en el momento de la cirugía (años)	74,8±6,3	63,1±11	<0,001
Sexo varón, n (%)	204 (65)	58 (60,4)	0,416
Hipertensión arterial, n (%)	229 (72,9)	54 (56,3)	0,02
Dislipemia, n (%)	152 (48,4)	43 (44,8)	0,535
Diabetes, n (%)	73 (23,2)	20 (20,8)	0,621
Insuficiencia renal (FG<60 ml/min), n (%)	60 (19,1)	16 (16,7)	0,59
Fibrilación auricular previa, n (%)	53 (16,9)	25 (26)	0,045
Bypass previo, n (%)	22 (7)	3 (3,1)	0,224
Ictus o embolia previa, n (%)	26 (8,3)	6 (6,3)	0,516
Insuficiencia cardíaca/FEVI previa < 40%, n (%)	90 (28,7)	19 (19,8)	0,085
Infarto o cardiopatía isquémica previa, n (%)	36 (11,5)	9 (9,4)	0,566
Uso de betabloqueantes previos, n (%)	68 (21,7)	19 (19,8)	0,786
Cha2ds2Vasc previo	3,29±1,455	2,17±1,581	<0,001
Euroscore II previo	2,402±3,202	1,692±2,114	0,022
Gmáx. transvalvular previo (mmHg)	84,79±22,154	87,36±20,134	0,304
Gmed. transvalvular previo (mmHg)	52,39±13,897	54,44±13,124	0,255
FEVI pre-quirúrgica	57,63±12,144	62,21±9,79	<0,001
PAPs pre-quirúrgica	39,23±15,41	35,42±12,10	0,252

Tabla 1. Características previas en función del tipo de prótesis empleada.

CONCLUSIONES

Los pacientes con estenosis aórtica severa en los que se opta por recambio valvular por bioprótesis presentaron mayor edad, más hipertensión arterial, puntuaciones más elevadas en las escalas CHA2DS2Vasc y Euroscore II, y mayor depresión de la FEVI. Sin embargo, presentaron menor prevalencia de fibrilación auricular en el momento de la intervención.