

comunicaciones orales



PREVALENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Alperi García A.; García Campos A.; Silva Conde I.; Lorca Gutiérrez R.; Padrón Encalada R.; Junquera Vega L.; Colunga Blanco S.; Rozado Castaño J.; Fidalgo Argüelles A.; Morís De la Tassa C.

Hospital Universitario Central de Asturias

OBJETIVO: Analizar la prevalencia y condicionantes clínicos de fibrilación auricular (FA) entre los pacientes ambulatorios de consulta de Cardiología de un hospital terciario en una región envejecida.

MÉTODOS: Analizamos retrospectivamente los pacientes que atendieron 7 cardiólogos elegidos al azar de un centro terciario en la consulta de Cardiología General durante una semana. Se identificaron los pacientes con diagnóstico de FA (recogido en historia clínica o FA objetivada en electrocardiograma) y se analizaron sus características clínicas.

RESULTADOS: De los 144 pacientes atendidos, 37 (25%) estaban diagnosticados de FA: edad 76 ± 8 años, 46% varones, 84% hipertensos, 24% diabéticos, 11% fumadores activos. En cuanto al tipo de FA: 57% FA permanente, 22% FA paroxística, 22% FA persistente; 14% FA de nuevo diagnóstico. El 95% de los pacientes presentaban un riesgo $CHA_2DS_2VASc > 1$ (mediana 4). Encontramos riesgo HASBLED > 2 en el 32% de los pacientes. Ningún paciente era portador de prótesis valvular y el 11% presentaban una estenosis mitral al menos moderada (FA valvular, 100% mujeres). Observamos otras valvulopatías al menos moderadas en el 51% de los pacientes: 22% estenosis aórtica, 32% insuficiencia mitral. El 78% de los pacientes tenían ecocardiograma previo: FEVI $61 \pm 14\%$. Encontramos 14% pacientes con antecedente de cardiopatía isquémica (11% infarto, 11% ACTP). En cuanto a comorbilidades: 8% EPOC, 5% vasculópatas, 24% ictus. Las mujeres presentaban más frecuentemente FA paroxística (35% vs 6%, $p=0,032$) y estenosis mitral (20% vs 0%, $p=0,05$) y mayor tendencia a ictus previo (35% vs 12%, $p=0,101$), pero menos cardiopatía isquémica (0% vs 30%, $p=0,009$) y tendencia a mejor función sistólica (FEVI 66% vs 55%, $p=0,10$).

CONCLUSIONES: La FA en nuestro ámbito ambulatorio de atención especializada cardiológica es muy frecuente. Observamos un edad avanzada, un riesgo embólico elevado y que las mujeres presentan con más frecuentemente FA valvular y paroxística.



MANEJO TERAPÉUTICO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA AMBULATORIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Alperi García A.; García Campos A.; Silva Conde I.; Lorca Gutiérrez R.; García Iglesias D.; Fernández Martínez L.; Colunga Blanco S.; Rozado Castaño J.; López Iglesias F.; Morís De la Tassa C.

Hospital Universitario Central de Asturias

OBJETIVO: Describir el tratamiento que reciben actualmente los pacientes diagnosticados de fibrilación auricular (FA) atendidos en consultas externas de Cardiología de un hospital terciario.

MÉTODOS: Revisamos retrospectivamente los pacientes que atendieron 7 cardiólogos elegidos al azar de un centro terciario en la consulta de Cardiología General durante una semana. Se identificaron los pacientes con diagnóstico de FA y se estudió el tratamiento que recibieron.

RESULTADOS: De los 144 pacientes atendidos, 37(25%) estaban diagnosticados de FA: edad 76 ± 8 años, 46% varones, 2 FA paroxística. Tratamiento antitrombótico: 78% anticoagulantes orales [ACO] (69% acenocumarol, 17% warfarina, 7% apixaban, 7% rivaroxaban), 11% heparinas, 22% antiagregantes (16% combinación con ACO, 3% sólo AAS, 0% triple terapia). Todos los pacientes con $CHA_2DS_2VASc < 2$ estaban anticoagulados. El 77% con $CHA_2DS_2VASc \geq 2$ recibían ACO. Los pacientes no anticoagulados (11%) fueron mujeres (22 vs 0%, $p=0,05$), más jóvenes (74 vs 77 años, ns) con CHA_2DS_2VASc entre 2 y 6 (una paciente clopidogrel, una AAS). Un paciente fue sometido a ablación: ECG en ritmo sinusal, tratado con dronedarona, betabloqueantes [BB] y acenocumarol. A 4 pacientes (11%) se les realizó cardioversión eléctrica: uno persiste en FA. Uso de antiarrítmicos: 5% amiodarona, 5% dronedarona, 3% flecainida. Para el control de frecuencia: 57%BB, 11% calcioantagonistas [CA], 24% digoxina, 27% ningún fármaco frenador, 14% BB y digoxina, 5% CA y digoxina, un paciente CA, BB y digoxina. El 38% de los pacientes con FA paroxística reciben antiarrítmicos (25% dronedarona, 13% flecainida). Un 18% de los pacientes con FA permanente/persistente reciben amiodarona. Las mujeres reciben digoxina más frecuentemente que los hombres (40 vs 6%, $p=0,016$) y tienden a recibir menos BB (45% vs 71%).

CONCLUSIONES: Observamos que la estrategia de control de frecuencia es más utilizada que el control de ritmo. La ablación continúa siendo muy poco frecuente. Todavía encontramos pacientes de alto riesgo embólico que no se encuentran anticoagulados.

DERRAME PERICÁRDICO SEVERO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Silva Conde I.; García Campos A.; Lorca Gutiérrez R.; Alperi García A.; García Pérez L.; Rozado Castaño J.; Renilla González A.; Velasco Alonso E.; López Iglesias F.; Morís De la Tassa C.

Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades oncológicas pueden afectar al pericardio por distintos mecanismos. Nos proponemos estudiar las características al diagnóstico y evolución de pacientes oncológicos a los que se les identifica un derrame pericárdico (DP) severo en un hospital terciario.

MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes ingresados por DP severo en un centro de tercer nivel desde el 01/06/09 hasta el 01/06/14. Se identificaron los pacientes con antecedentes oncológicos y los factores relacionados con la enfermedad, antecedentes cardiovasculares, tratamiento recibido y evolución (mortalidad intrahospitalaria y durante el seguimiento).

RESULTADOS: Se analizaron 81 pacientes. Encontramos antecedente de cáncer en 15 pacientes (19%): 43% pulmón, 20% ginecológicos, 6% mama, 6% hematológicos, 26% otros; de ellos 74% activos. Las características de los pacientes fueron: 60% varones, edad 66 ± 9 años, 47% hipertensos, 20% diabéticos, 7% insuficiencia renal crónica (ninguno en diálisis), 7% cardiopatía isquémica previa, ningún paciente con cirugía cardiaca previa. El 53% tenían antecedente de DP y el 63% de éstos requirieron pericardiocentesis previamente. Ninguno presentó fiebre al ingreso. Las características del DP fueron: tamaño medio 30 ± 6 mm por eco, 73% con signos de compromiso ecocardiográfico, de éstos el 67% estaban clínicamente taponados y sólo el 47% tenían FEVI normal. El tratamiento realizado fue: ningún paciente recibió corticoides, antiinflamatorios o colchicina, 20% pericardiocentesis, 40% ventana pericárdica y el 40% tratamiento conservador. La estancia media fue 8,5 días. La mortalidad intrahospitalaria fue del 53%. Durante un seguimiento medio de 3 ± 7 meses y máximo de 20 meses (un paciente perdido), fallecieron el 93%.

CONCLUSIONES: En nuestro medio encontramos que el DP severo se relaciona más frecuentemente con neoplasias pulmonares. Presenta una elevada tasa de recurrencia y el pronóstico de estos pacientes es malo a pesar de tratamiento invasivo (mortalidad del 93% en el seguimiento).



PRONÓSTICO EN PACIENTES ANCIANOS CON IAMCEST EN UNA SERIE CONTEMPORÁNEA ¿NECESITAMOS MEJORAR NUESTRA PRÁCTICA? DATOS DEL REGISTRO HULA

Santás Álvarez M.; Vidal Pérez R. C.; Pereira López E.; Elices Teja J.; Perez Perez A.; Ríos Vázquez R.; Bayón Lorenzo J.; Franco Gutiérrez R.; Testa Fernández A.; González Juanatey C.

Hospital Universitario Lucus Augusti

OBJETIVOS: Existen pocos datos al respecto del pronóstico del paciente anciano (≥ 75 años) con infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) tras el alta. Se pretende valorar el pronóstico y manejo de estos pacientes que no suelen estar bien representados en ensayos.

METODOLOGÍA: El registro del HULA es una cohorte de pacientes consecutivos con diagnóstico de IAMCEST. Se incluyeron exclusivamente pacientes ≥ 75 años que fueran hospitalizados desde 2010 a 2013 en cardiología. El seguimiento se realizó por revisiones clínicas o contacto telefónico, registrándose la muerte y episodios cardiovasculares.

RESULTADOS: 157 pacientes fueron incluidos, 63,1%(99p) hombres, la edad de inclusión fue $81,8 \pm 4,5$. Se encontró hipertensión-68,2%, diabetes-28%, dislipemia-49,7%, fumador-18,7%, enfermedad coronaria previa-11,5% (únicamente 6,4% revascularizados previamente), EPOC-14,8%, enfermedad renal crónica-12,1%, ictus previo-10,2%, fibrilación auricular-6,4%. El manejo terapéutico del IAMCEST al ingreso fue ACTP primaria-59,9%, trombolisis-8,9% y 31,2%-conservador en el momento del diagnóstico. Un 48,4% presentó insuficiencia cardíaca durante el ingreso. Al alta 76 pacientes (57,5%) habían sido revascularizados con stents. Se encontró una mortalidad intrahospitalaria del 15,9%. La mediana de seguimiento para los pacientes dados de alta fue de 609 días [RIC 156-1243]. El uso de aspirina al alta fue de 98,5%, clopidogrel-81,8%, prasugrel-0,8%, dicumarínicos-11,3%, estatinas-93,2%, betabloqueantes-84,8%, inhibidores del SRAA-81,8%. Mortalidad al año 17,4%. Análisis multivariado para mortalidad por todas las causas en tabla 1.

CONCLUSIONES: Los pacientes ancianos muestran una importante mortalidad en IAMCEST durante el ingreso y en el seguimiento. No se encontró ninguna influencia pronóstica de la estrategia invasiva al ingreso, pero la diabetes y el fallo cardíaco previo fueron predictores de un peor pronóstico y el uso de estatinas parecía ser protector en el anciano

Tabla 1. Análisis multivariado para muerte

	HR	IC-95%	Valor-p
Edad	1,1	1,006-1,163	0,034
Diabetes Mellitus	2,4	1,144-5,169	0,021
Insuficiencia cardíaca previa	3,2	1,448-7,026	0,004
Uso de estatinas	0,3	0,11-0,782	0,014



CARDIOPATÍA CHAGÁSICA: UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Riobóo Lestón L.; García Rodríguez C.; Silveira Correa A.; Guitián González A.; Basalo Carbajales M. D. C.; Rodríguez Álvarez M.; Saborido Avila C.; Iñiguez Romo A.; Fernández Barbeira S.; Pazos López P.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

OBJETIVO: los movimientos migratorios desde áreas endémicas incrementan la prevalencia de Enfermedad de Chagas (ECh) en occidente. Describimos el perfil de los pacientes con cardiopatía chagásica (EChCAR) confirmada en nuestro centro.

MÉTODOS: se revisaron pacientes con diagnóstico definitivo (2 test serológicos positivos) de ECh en el periodo 2000-2014, seleccionando aquellos con EChCAR. Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular (FdRCV), manifestaciones clínicas, electrocardiográficas, pruebas de imagen y evolución post-diagnóstico.

RESULTADOS: de los 11 pacientes diagnosticados de ECh 4 presentaron EChCAR (36%; en todos única manifestación de la enfermedad). Los cuatro procedían de áreas endémicas (1 Brasil, 2 Bolivia, 1 Ecuador), 3 eran varones (75%), la edad media al diagnóstico fue de 49 ± 9 años y la prevalencia de FdRCV baja (HTA y DM en un caso). El primo diagnóstico se llevó a cabo en los 4 pacientes durante un ingreso en Cardiología (1 caso por TVNS, 2 casos por IC, 1 caso por TVNS e IC). En todos los casos se observó alteraciones electrocardiográficas de la conducción (3:BRDHH+HARI, 1:BRDHH) y disfunción sistólica en el ecocardiograma (FEVI $30\pm 9\%$) con afectación multisegmentaria en 3/4. Se realizó cateterismo en 3 pacientes (ausencia de lesiones coronarias significativas en todos) y RNM en 3 casos (patrón de realce no isquémico en los 3). Se implantó DAI al diagnóstico en 2 pacientes. En el seguimiento (mediana: 2,5 años) todos los pacientes presentaron eventos cardiovasculares (2: descargas apropiadas de DAI, 2: reingresos múltiples por IC) y se implantó DAI en los 2 casos restantes. 1 paciente está en estudio para inclusión en lista de espera de trasplante cardíaco.

CONCLUSIONES: la EChCAR debe considerarse dentro de las posibilidades diagnósticas en pacientes con IC y/o arrítmicas ventriculares con un perfil de riesgo. La alta tasa de eventos cardiovasculares en la EChCAR obliga a un seguimiento estrecho.

PERFIL CLÍNICO, ANGIOGRÁFICO Y PRONÓSTICO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON COMPLICACIONES MECÁNICAS DE INFARTO DE MIOCARDIO EN LA ERA DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA

García Rodríguez C.; Guitián González A.; Paredes Galán E.; Ortiz Sáez A.; Pradas Montilla G.; Pita Romero R.; Carballo Fernández C.; Calvo Iglesias F.; Iñiguez Romo A.; Pazos López P.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

OBJETIVO: el perfil clínico, angiográfico y pronóstico de las complicaciones mecánicas (CoMec) del IAM en la era de la ICP primaria es poco conocido. El objetivo del estudio es analizar éstos aspectos.

MÉTODOS: se analizaron pacientes con IAM y CoMe (ruptura cardiaca (RupCar) incluyendo no contenidas (RupCarLb) y pseudoaneurismas (PseAn), CIV, ruptura de musculo papilar (RupPap) diagnosticados entre 2000 y 2014.

RESULTADOS: 58 pacientes presentaron CoMec: 32 RupCar (55%); 6 PseAn, 13 CIV (22%), 13 RupPap (22%). 55% eran hombres con edad 71 ± 10 años, e IAM al ingreso como primer evento isquémico en el 97%. La localización ECG del IAM fue inferior/lateral en 74%. Se realizó coronariografía en 46 pacientes (79%), en la mayoría (75%) >12 horas del inicio de los síntomas: 2 pacientes no presentaron lesiones significativas y la arteria responsable del IAM fue DA:12/44(27%), CD:21/44 (48%) y Cx:11/44 (25%), $p=0.16$. Sólo se consiguió reperusión con buen resultado angiográfico <12h desde inicio de síntomas en 6 casos (10%). Fueron intervenidos 47 pacientes (81%); RupCarLb:17/26 (65%), PseAn:6/6 (100%), CIV:12/13 (92%), RupPap:12/13 (92%), $p=0.008$ RupCarLb vs resto CoMec. Fallecieron durante el ingreso 30 pacientes (52%); RupCarLb:18/26 (69%), PseAn:1/6 (17%), CIV:6/13 (46%), RupPap:5/13 (38%), $p=0.032$ RupCarLb vs resto CoMec. No encontramos diferencias en mortalidad en función de la edad (>75a:52% vs <75a:49%, $p=0.79$) o retraso síntomas-cateterismo (>12h:52% vs <12h:55%, $p=0.87$). Se apreció tendencia a mayor supervivencia en los revascularizados percutáneamente con éxito (60% vs 45%, $p=0.27$) y monovaso (63 % vs 44%, $p=0.23$) y mayor mortalidad en clase killip IV durante la CoMec (60% vs 24%, $p=0.020$) y aquellos no tratados quirúrgicamente (82% vs 45%, $p=0.043$). Fallecieron 6 pacientes durante el seguimiento (4 ± 3.7 años), la mayoría de causas extracardiacas (83%).

CONCLUSIONES: en la era de la ICP primaria el perfil de paciente con CoMec es un varón de edad avanzada con IAM inferior/lateral evolucionado y reperusión inadecuada. La mortalidad sigue siendo muy elevada



EVOLUCIÓN A MEDIO PLAZO DEL IMPLANTE PERCUTANEO TRANSCATETER DE VALVULA AORTICA EN PACIENTES MUY ANCIANOS

Pascual Calleja I.¹; Avanzas P.¹; Muñoz García A.²; López Otero D.³; Del Valle Fernández R.¹; Jimenez Navarro M. F.²; Cid Álvarez B.³; Hernandez J. M.²; Trillo Nouche R.³; Morís C.¹

Hospital Universitario Central de Asturias¹; Hospital Universitario Virgen de la Victoria²; Complejo Hospitalario Universitario de Santiago³.

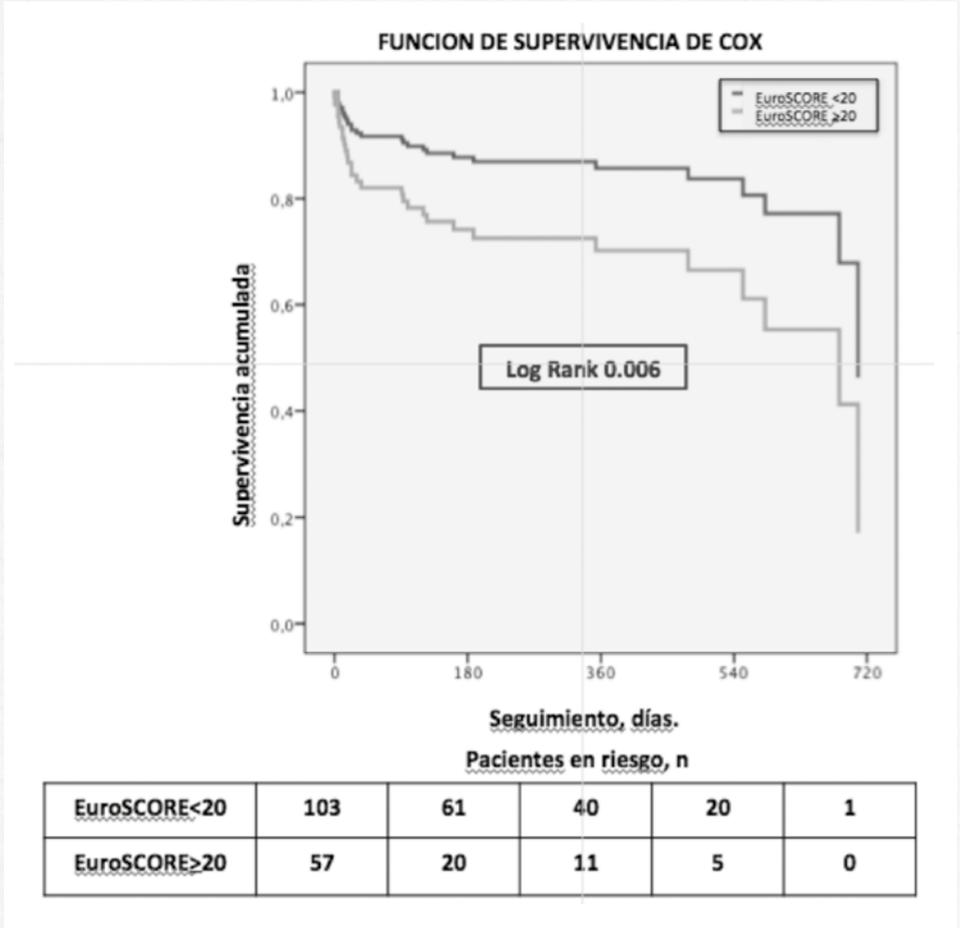
OBJETIVO: El objetivo de nuestro estudio fue la evaluación del resultado inmediato y seguimiento a medio plazo del implante transcáteter de válvula aórtica (TAVI en inglés) en pacientes muy ancianos con estenosis aórtica (EA) grave.

MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo realizado en tres hospitales españoles. Incluimos pacientes muy ancianos (edad igual o superior a 85 años) con EA grave tratados con TAVI. El objetivo primario del estudio fue la evaluación de la mortalidad por cualquier causa a dos años.

RESULTADOS: El estudio incluyó 160 pacientes consecutivos con edad media 87 ± 2.1 años [rango, 85-94] y EuroSCORE logístico medio de $18,8\% \pm 11.2\%$, con 57 (35,6%) pacientes con EuroSCORE superior al 20%. El procedimiento fue exitoso en el 97,5%. 25 pacientes (15,6%) presentaron complicaciones agudas y el sangrado mayor fue la más frecuente. La mortalidad global durante la hospitalización fue 8.8% (n=14) y la mortalidad a los 30 días fue 10% (n=16). El seguimiento medio fue 252.24 ± 232.17 días. Durante el seguimiento fallecieron 28 (17.5%) pacientes, 17 de ellos debido a causa cardíaca. Se realizó una regresión de Cox que mostró que el EuroScore >20 fue la única variable asociada a la mortalidad por todas las causas (HR 1.54; IC 95% 1.22-2.63; p=0.042). En la figura 1 se muestra la función de supervivencia en función de este predictor. La estimación de la supervivencia global a dos años por el método de Kaplan-Meier fue 84%.

CONCLUSIONES: El tratamiento con TAVI es seguro y eficaz en una muestra seleccionada de pacientes muy ancianos con estenosis aórtica grave. Nuestros resultados apoyan el uso de este procedimiento en este complejo grupo de pacientes.

Figura 1. Función de supervivencia de Cox en función de la covariable EuroSCORE





IMPLANTE DE VALVULA AORTICA PERCUTANEA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA GRAVE Y DISFUNCION VENTRICULAR: RESULTADOS INMEDIATOS Y EVOLUCION A MEDIO PLAZO

Pascual Calleja I.¹; Avanzas P.¹; Muñoz García A.²; Diego L. O.³; Del Valle Fernández R.¹; Jimenez Navarro M. F.²; Cid Álvarez B.³; Hernández J. M.²; Trillo Nouche R.³; Morís C.¹

Hospital Universitario Central de Asturias¹; Hospital Universitario Virgen de la Victoria.²; Complejo Hospitalario Universitario de Santiago³

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Hay escasa información sobre la utilización del implante valvular aórtico transcáteter en pacientes con estenosis aórtica grave y disfunción ventricular. El objetivo primario del estudio es analizar la mortalidad total tras el implante de una válvula percutánea CoreValve en pacientes con estenosis aórtica grave con disfunción ventricular.

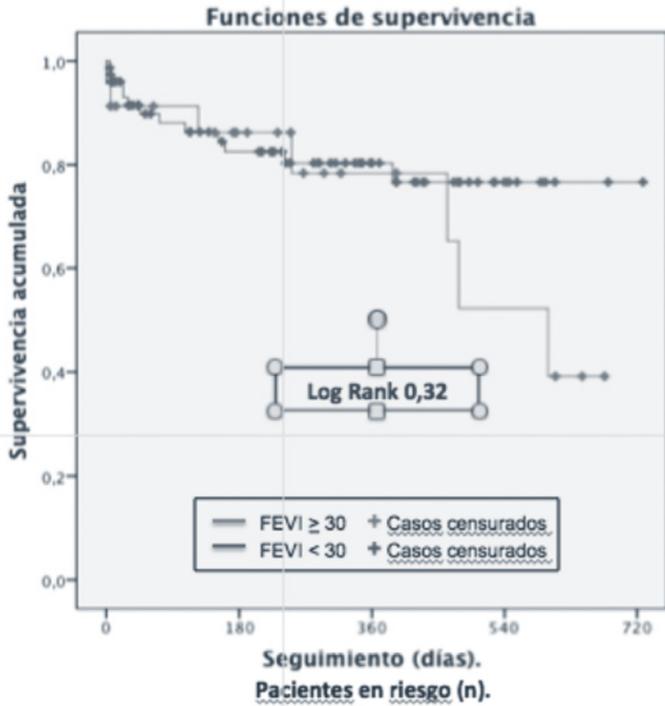
MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo. Se implantó una válvula aórtica percutánea Corevalve® a 100 pacientes con estenosis aórtica grave calcificada con disfunción ventricular en tres hospitales españoles. De ellos, 23 (23%) tenían fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) severamente deprimida (FEVI<30%) y 77 (77%) disfunción ventricular leve o moderadamente deprimida (FEVI entre el 50 y 30%).

El objetivo primario fue evaluar la mortalidad total a 2 años.

RESULTADOS: El grupo con disfunción ventricular severa presentó un EuroSCORE medio superior ($32,2 \pm 18,2$ frente a $23,2 \pm 15,9$ ($p=0,025$) y un porcentaje de éxito del procedimiento inferior (el 98,7 frente al 87%, $p=0,032$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el objetivo primario a los 24 meses de seguimiento [7 (30,4%) frente a 13 (16,9 %); $p = 0,23$]. Las curvas de función de supervivencia se muestran en la figura 1. Se realizó un modelo de regresión de Cox que no identificó factores predictores independientes del objetivo primario.

CONCLUSIONES: El implante percutáneo con la prótesis autoexpandible CoreValve en pacientes con estenosis aórtica y disfunción ventricular, es seguro y eficaz, con un elevado porcentaje de éxito en el procedimiento. La presencia de disfunción ventricular severa no se mostró como predictor independiente de mortalidad a los dos años. No obstante, estos pacientes presentan mayor mortalidad global y menor porcentaje de éxito del procedimiento que aquellos en los que la disfunción ventricular es ligera o moderada.

Figura 1. Función de la supervivencia a dos años según la presencia de disfunción ventricular severa



FEVI ≥ 30	77	66	65	65	65
FEVI < 30	23	20	19	17	16



PACIENTES CIRRÓTICOS CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE TRATADOS CON IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATETER: EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO

Pascual Calleja I.¹; Avanzas P.¹; Muñoz García A.²; López Otero D.³; Del Valle Fernández R.¹; Jimenez Navarro M. F.²; Cid Álvarez B.³; Hernandez J. M.²; Trillo Nouche R.³; Morís C.¹

Hospital Universitario Central de Asturias¹; Hospital Universitario Virgen de la Victoria²; Complejo Hospitalario Universitario de Santiago³

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los pacientes con cirrosis sometidos a cirugía cardiaca presentan un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad perioperatorias. La cirrosis no está contemplada en las principales escalas de riesgo preoperatorias, pero estos pacientes son más susceptibles de sufrir cuadros graves de coagulopatía y disfunción multiorgánica relacionados con la circulación extracorpórea, por lo que el tratamiento con implante valvular aórtico transcáteter (IVAT) podría ser una alternativa terapéutica para los pacientes cirróticos con estenosis aórtica severa (EA) grave.

El objetivo de este trabajo es describir la eficacia y seguridad del IVAT en pacientes con cirrosis hepática y EA grave sintomática.

Métodos. Es un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico. Desde junio de 2008 hasta septiembre de 2011 incluimos 10 pacientes consecutivos con EA severa y con cirrosis hepática procedentes de tres hospitales españoles.

Resultados. Las características basales de la población se muestran en la tabla 1. Respecto a la clasificación de la cirrosis hepática, 7 presentaban grado Child A, 2 grado B y 1 grado C. La estancia media hospitalaria fue de 10,4 + 6,5 días con un mínimo de 6 y un máximo de 22 días. Durante el periodo hospitalario no se produjo ninguna muerte. Durante el seguimiento (mediana de 1031 días, rango intercuartílico 268-1737) no se produjo ningún accidente cerebrovascular y hubo 4 muertes. Uno de los fallecimientos fue a los 250 días de seguimiento por insuficiencia cardiaca refractaria (EuroSCORE 22%). Las otras 3 muertes fueron por causa no cardiovascular.

La supervivencia global (figura 1) fue del 60% con un tiempo medio estimado de supervivencia de 1373,5 días (IC 95%, 822,6-1924,4).

Conclusión. El tratamiento con IVAT podría ser considerado como una alternativa terapéutica eficaz, incluso como puente al trasplante hepático, en los pacientes con EA severa y cirrosis hepática.

Tabla 1. Características basales de la muestra

Muestra (n=10)	
Edad, años (rango)	72,24 ± 11,86 (52,98-88)
Varones, n (%)	6 (60)
IMC, kg/m ²	27,39 ± 4,98
EuroSCORE Logístico (%) (rango)	9,67 ± 6,37 (1,5, 22)
EuroSCORE Logístico >20, n (%)	1 (10%)
Clase funcional NYHA, n (%)	
Clase I	0 (0)
Clase II	1 (10)
Clase III	6 (60)
Clase IV	3 (30)
Angina n (%)	2 (20)
Síncope n (%)	0 (0)
Causa cirrosis, n (%)	
Enólica	5 (50)
Virus B	1 (10)
Virus C	4 (40)
Insuficiencia Renal Crónica, n (%)	1 (10)
Aorta de porcelana, n (%)	0 (0)
FEVI <50%, n (%)	1 (10)
Prótesis biológica aórtica, n (%)	1 (10)
Rechazo del paciente a la cirugía	3 (30)
Factores de riesgo cardiovascular	
Diabetes Mellitus, n (%)	7 (70)
Dislipidemia, n (%)	3 (30)
Hipertensión, n (%)	7 (70)
Tabaquismo, n (%)	4 (40)
Historia cardiovascular	
Vasculopatía extra cardíaca, n (%)	0 (0)
IAM previo, n (%)	1 (10)
ACV previo, n (%)	1 (10)
Marcapasos, n (%)	1 (10)
Historia de revascularización coronaria, n (%)	2 (20)
ICP previa a IVAT, n (%)	1 (10)
Parámetros ecocardiográficos	
Gradiente máximo, mmHg	84,7 ± 19,8
Gradiente medio, mmHg	52,9 ± 13,3
Area valvular aórtica, cm ²	0,64 ± 0,18
Anillo aórtico, mm	22,7 ± 1,9
FEVI, %	59,8 ± 18,1



Figura 1. Función de supervivencia

