



6033-12. FACTIBILIDAD Y SEGURIDAD DEL ALTA PRECOZ TRAS IMPLANTE MINIMALISTA DE TAVI (FASE-APRETAVI)

Jorge García-Carreño, María Tamargo Delpón, Eduardo Zatarain-Nicolás, Zorba Blázquez Bermejo, Javier Castrodeza Calvo, Enrique Gutiérrez Ibañes, Ricardo Sanz Ruíz, María Eugenia Vázquez Álvarez, Felipe Díez-del Hoyo, Andrés Alonso-García, Ángel Arenal Maíz, Jaime Elízaga Corrales, Javier Bermejo Thomas y Francisco Fernández-Avilés

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante transfemoral de la TAVI ha tenido un avance imparable en las últimas décadas, posicionándose como una alternativa a considerar independientemente del riesgo quirúrgico. Fruto del refinamiento de la técnica y la mejora de los dispositivos, la duración del ingreso se ha reducido considerablemente y protocolos de alta precoz se están desarrollando.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico en el que se evaluó la factibilidad y seguridad de aplicación de un protocolo específico de alta precoz (72 horas) tras implante minimalista transfemoral de TAVI. Se incluyeron prospectivamente todos los implantes electivos desde mayo 2021 hasta enero 2022. El objetivo primario de seguridad fue la variable combinada “MACE” a 30 días (mortalidad total, reingreso por cualquier causa, implante de marcapasos tras el alta, complicación vascular). Se compararon los resultados con una cohorte histórica de implantes desde 2018.

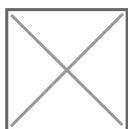
Resultados: Se realizaron 80 implantes electivos de TAVI. La edad media fue 81 años y el 43,8% eran mujeres. Las características se recogen en la tabla. Se implantaron mayoritariamente válvulas autoexpandibles con éxito agudo en el 100% de los pacientes. El 85% no precisaron ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Se pudo retirar el marcapasos transitorio en 47 casos, dejándolo en los 18 restantes, de los cuales 11 precisaron implante definitivo por evolución a bloqueo de alto grado. No hubo diferencias significativas respecto a las características basales (edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular y comorbilidad) entre ambas cohortes. Se implantaron más válvulas autoexpandibles en el grupo APRETAVI. No solo se redujo la necesidad de camas de críticos en este periodo (17,6 vs 69,7%, $p = 0,001$), sino que la mediana de estancia en el hospital se redujo de forma significativa desde 4 a 2 días (fig., $p = 0,001$). Es interesante destacar que la estandarización del protocolo permitió que el 39% de los pacientes APRETAVI se fueran de alta en las primeras 24 horas tras el implante. No se observaron diferencias significativas en el objetivo primario de seguridad a 30 días (9,2 vs 6,4%, $p = 0,519$).

Características de los pacientes que recibieron implante electivo de TAVI

	APRETAVI (n1 = 80)	Cohorte histórica (n2 = 267)	p
Características basales			
Edad, media ± DE	81,1±0,8	79,7±0,5	0,166
Sexo mujer, n (%)	34 (42,5)	137 (51,3)	0,293
IMC (kg/m ²), media ± DE	27,7±0,3	27,9±0,3	0,741
EuroII, media ± DE	3,4±0,3	3,9±0,2	0,177
FEVI, media ± DE	57,0±1,3	57,7±0,6	0,534
Gradiente medio aórtico, n (%)	44,7±1,4	46,7±0,9	0,255
FG basal, media ± DE	57,6±2,4	62,3±1,8	0,180
MP previo, n (%)	8 (10,0)	20 (8,1)	0,470
Revascularización previa, n (%)	13 (16,3)	49 (18,4)	0,664
Procedimiento			
Tipo válvula, n (%)			0,023
Balón-expandible	6 (7,5)	46 (18,2)	
Autoexpandible	80 (92,5)	221 (82,8)	
Ingreso UCCA, n (%)	12 (17,6)	186 (69,7)	0,000
Implante MP definitivo*, n (%)	11 (15,3)	50 (20,2)	0,346
Seguimiento a 30 días			

MACE, n (%)	8 (10,0)	19 (7,1)	0,771
Implante MP seguimiento**, n (%)	2 (3,3)	10 (5,1)	0,737
Complicación vascular grave, n (%)	0 (0)	1 (0,4)	1,000
Reingreso, n (%)	4 (5,0)	13 (4,9)	0,602
Mortalidad total, n (%)	0 (0)	1 (0,4)	1,000

DE: desviación estándar. IMC: índice de masa corporal. FG: filtrado glomerular. MP: marcapasos. UCCA: unidad de cuidados cardiológicos agudos. MACE: variable combinada de eventos mayores. *Excluidos dispositivos previos (n1: 72, n2: 247). **Excluidos implantes previos (n1: 61, n2: 197).



Días hospitalización.

Conclusiones: La implementación de un protocolo específico de alta precoz es eficaz y segura, permitiendo descargar la ocupación de camas tanto de críticos como de hospitalización convencional, sin aumentar las complicaciones en el primer mes.