



2. RESULTADOS A MEDIO PLAZO DEL REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO EN PACIENTES INGRESADOS E INESTABLES. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

María Tamargo Delpon¹, Jorge García Carreño², Enrique Gutiérrez Ibañez², María Eugenia Vázquez Álvarez², Ricardo Sanz Ruíz², Mike Huanca², Erika Ludeña², Javier Soriano Triguero², Jaime Elízaga Corrales² y Francisco Fernández-Avilés Díaz²

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España y ²Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El reemplazo valvular aórtico transcatheter (TAVI) es una opción factible en pacientes inestables con estenosis aórtica (EA). En la literatura, este grupo incluye no solo *shock* cardiogénico, sino también descompensación de insuficiencia cardíaca (IC), síncope y angina. Dado este amplio espectro clínico, nuestro objetivo fue evaluar los resultados comparando pacientes ingresados estables e inestables.

Métodos: Se incluyeron todos los procedimientos de TAVI transfemoral entre noviembre de 2018 y enero de 2023, agrupados en electivos, urgentes (ingresados estables), y emergentes. Se registraron resultados inmediatos y eventos a 90 días (marcapasos, IC, reingresos, complicaciones vasculares, hemorragia, ictus y muerte).

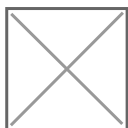
Resultados: La edad media de los pacientes era 82 años y un 50,2% eran mujeres. Los pacientes ingresados eran más jóvenes, con mayor prevalencia de enfermedad renal crónica, fragilidad y anemia (tabla). La EA no era conocida en un 39,7% de los casos, y las pruebas preimplante se realizaron en el ingreso en un 72,2%. La causa más frecuente de ingreso en los casos urgentes fue la IC descompensada (61%). En los implantes emergentes fue el edema agudo de pulmón (78%), que precisó de soporte respiratorio mecánico en un 88,9% y fármacos vasoactivos hasta en el 89% de los casos. Los pacientes emergentes presentaban fracciones de eyección (FEVI) más reducidas, y mayor prevalencia de insuficiencia mitral (IM) y aórtica (IA) significativas. No hubo diferencias en el tipo de prótesis, la necesidad de pre o posdilatación, ni en los tiempos del procedimiento. Un 22% de los implantes emergentes fueron *valve-in-valve* sobre prótesis degeneradas. Tras el implante los pacientes emergentes presentaron más complicaciones (figura), mayor estancia media y mayor mortalidad intrahospitalaria. Este grupo presentó mejoría en la FEVI y una franca disminución de la IM, con IA residual casi inexistente en todos los grupos. A los 90 días, la incidencia de eventos totales fue mayor en pacientes emergentes (figura), con una mayor tasa de reingresos y muerte, y una peor clase funcional en el seguimiento.

Principales características de las 3 cohortes

	Electivos (n = 378)	Urgentes (n = 108)	Emergentes (n = 18)	p
Edad (años)	82 [76;85]	80 [75;85]	77 [66;81]	0,013
IAM previo, n (%)	39 (10,3)	16 (14,8)	5 (27,8) *	0,043
ERC, n (%)	124 (32,8)	51 (47,2) *	11 (61,1) *	0,006
Albúmina sérica, (g/dl)	4,2 [3,8;4,4]	3,9 [3,5;4,1] *	3,7 [3,4;3,9] *	0,001
Hemoglobina (g/dl)	12,8 ± 1,6	12,1 ± 1,9 *	12,0 ± 2,5 *	0,001
EuroSCORE II	2,9 [1,8;4,6]	5,8 [3,6;11,4]	27,5 [21,7;32,2]	0,001
FEVI preimplante (%)	60 [57; 60]	55 [39; 60] *	40 [26; 59] *	0,001
IA ? II preimplante, n (%)	66 (17,5)	23 (21,3)	7 (38,9) *	0,02
IM ? II preimplante, n (%)	22 (5,9)	21 (19,4) *	7 (38,9) *	0,001
Infección al ingreso, n (%)	-	13 (12,0)	8 (47,1)	0,002
Soporte respiratorio, n (%)				
VMNI	-	16 (14,8)	4 (22,2)	0,001
VMI	-	0 (0)	12 (66,7)	
VIV, n (%)	13 (3,4)	16 (14,8) *	4 (22,2) *	0,001
FEVI al alta, (%)	60 [59; 60]	59 [45; 60] *	50 [41; 60] *	0,001
IA ? II alta, n (%)	1 (0,3)	2 (1,8)	0	0,18
IM ? II alta, n (%)	8 (2,2)	9 (8,4)	1 (6,7)	0,35

Muerte intrahospitalaria), n (%)	2 (0,5)	1 (0,9)	3 (16,7) *	0,001
Estancia media tras implante (días)	3 [2;5]	4[2;6] *	12 [1;24] *	0,001
Clase funcional NYHA I a los 90 días, n (%)	285 (76,2)	52 (51,5) *	7 (50) *	0,001
Eventos a 90 días, n (%)	38 (10,5)	26 (24,3) *	7 (38,9) *	0,001

*Diferencias significativas respecto a los pacientes electivos; ERC: enfermedad renal crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IA: insuficiencia aórtica, IAM: infarto agudo de miocardio; IM: insuficiencia mitral; VIV: *valve-in-valve*; VMNI: ventilación mecánica no invasiva; VMI: ventilación mecánica invasiva.



A la izquierda principales diferencias en las complicaciones inmediatas tras el implante. A la derecha, eventos a 90 días en las 3 cohortes.

Conclusiones: En pacientes ingresados la TAVI conlleva un mayor número de eventos en el seguimiento. En casos emergentes, las complicaciones posimplante, la mortalidad intrahospitalaria y los eventos a 30 días son mayores, si bien la TAVI es una opción factible que permite la estabilización a corto plazo.