



6008-24. IMPLANTACIÓN VALVULAR AÓRTICA TRANSCATÉTER: RESULTADOS DE UN PROGRAMA CONJUNTO FEMORAL Y TRANSAPICAL

Luis Felipe Valenzuela García, Rafael Ruiz-Salmerón, Omar Araji-Tiliani, Antonio Ramón Fernández-López, Daniela de Araujo Martins-Romeo, Antonio Castro-Fernández, Rafael Hidalgo-Urbano y José María Cruz-Fernández del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Antecedentes y objetivos: La implantación valvular aórtica transcáteter (TAVI) es una opción para una importante proporción de pacientes con Estenosis aórtica degenerativa severa que son rechazados para intervención por alto riesgo quirúrgico. Implementar esta técnica exige una estrecha colaboración multidisciplinar.

Métodos: Desde noviembre 2008 un grupo formado por radiólogos, anestesiistas, cirujanos, cardiólogos intervencionistas y clínicos hemos valorado a 180 pacientes no operables con EAO. Se realizó TAVI a 88 pacientes, 44 transfemoral y 44 transapical, 64,8% mujeres, edad media 80 años y riesgo medio Euroscore 14%; STS 17%; Parsonnet 24%. Principales comorbilidades: 19,3% EPOC severa (dependiente de oxigenoterapia); 17% FE < 35%; 22,7% hipertensión pulmonar > 60 mmHg; 4,5% cirugía previa; 34% enfermedad coronaria severa y 13,6% regurgitación mitral severa.

Resultados: Implante fallido 6 pacientes (4 conversión a cirugía, 1 valve-in-valve, 1 acceso), con una muerte en este subgrupo. Mortalidad global por cualquier causa 11 pacientes (p) 12,5%, 9 de ellos en el primer mes. Sangrado 15p (17%), severo en 13 de ellos. Daño acceso vascular 11p (12,5%). Fiebre 20p (22,7%). Bloqueo de rama permanente tras procedimiento 22p (25%), con necesidad de marcapasos 5p (5,6%). Regurgitación aórtica residual: indetectable 40 p (42%); ligera 45p (50%) y significativa 4p (4,5%), tres de ellos conversión a cirugía por implante fallido. Hasta la incorporación de la prótesis Edwards XT (julio 2010) con solo un caso, el acceso femoral presentó un número significativamente mayor de hemorragias (12p vs 3p; $p < 0,05$). Ello no repercutió en la mortalidad, que de hecho es menor en este acceso (4p vs 7p; p NS) debido a la conversión a cirugía convencional, lo que pudo salvar dos de sus implantes fallidos con complicación severa. La única variable asociada a una mayor mortalidad global es la EPOC severa (45,5% vs 15,6%; $p < 0,05$) ligeramente más frecuente en el acceso apical (27,3% vs 11,4%; $p < 0,05$). Por ello, desde enero 2011 (8p) el acceso femoral se lleva a cabo con sedación consciente, sin intubación y por tanto sin monitorización ecográfica transesofágica.

Conclusiones: Para ofrecer la TAVI con buenos resultados, el abordaje multidisciplinar es esencial tanto para la selección y preparación del paciente como para afrontar, solventar y aprender de las complicaciones.