



7009-2. VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER: INFLUENCIA EN EL VOLUMEN QUIRÚRGICO, PERFIL DE RIESGO Y RESULTADOS DE LA CIRUGÍA VALVULAR AÓRTICA

Rafael García Fuster, Armando Mena Durán, Javier Sirgo González, Marina Juez López, Óscar Gil Albarova, Fernando Hornero Sos y Juan Martínez León del Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante transcáteter de una prótesis valvular aórtica (TAVI) es un procedimiento válido en pacientes con estenosis aórtica grave y alto riesgo quirúrgico; pero su impacto en esta cirugía valvular debe ser evaluado. Analizamos el volumen quirúrgico, el perfil clínico de los pacientes y los resultados en las etapas pre y post-TAVI.

Métodos: Se implantó una prótesis valvular aórtica en 1.016 pacientes con estenosis valvular grave entre 2006 y 2014 (excluida la cirugía coronaria). Se establecieron 3 etapas: pre-TAVI (años 2006-08), inicio TAVI (2009-11) y post-TAVI (2011-14) con 380, 266 y 370 pacientes respectivamente. Se analizó el volumen quirúrgico, el riesgo y sus resultados.

Resultados: El volumen quirúrgico aumentó con el programa TAVI: 120, 133 y 134 procedimientos por año en etapas sucesivas. La mortalidad estimada (EuroSCORE) aumentó: $5,5 \pm 3,4$, $6,2 \pm 2,8$ y $6,9 \pm 3,0$ ($p < 0,001$), pero la mortalidad observada disminuyó: 6,6, 6,0 y 2,2% ($p < 0,05$). Pese al mayor riesgo tampoco aumentaron las complicaciones (ACV, insuficiencia renal aguda, bajo gasto cardiaco, reoperación por sangrado o intubación prolongada). La mortalidad esperada fue mayor en el subgrupo TAVI en la segunda ($9,2 \pm 1,8$ frente a $5,8 \pm 2,7$; $p < 0,001$) y tercera etapas ($8,9 \pm 2,2$ frente a $6,6 \pm 3,0$; $p < 0,001$). También la mortalidad observada: 12,5 frente a 5,1% ($p = 0,11$) y 6,0 frente a 1,6% ($p = 0,08$). Dicha mortalidad solo fue mayor que la esperada en el subgrupo TAVI de la segunda etapa, en el resto se mantuvo por debajo. Los principales factores de mortalidad fueron: edad mayor de 70 años (OR: 2,12; IC95%: 1,11-4,03; $p < 0,05$), reoperación (OR: 3,48; IC95%: 1,54-7,88; $p < 0,01$), TAVI trans-apical (OR: 5,05; IC95%: 1,23-20,67; $p < 0,05$) y vasculopatía periférica (OR: 2,11; IC95%: 0,89-4,99; $p = 0,08$). La tercera etapa mostró efecto protector (OR: 0,50; IC95%: 0,34-0,74; $p < 0,01$).

Conclusiones: El programa TAVI ha permitido aumentar el volumen de la cirugía valvular aórtica. Los pacientes han mostrado un riesgo creciente en etapas sucesivas, pero sin aumentar la mortalidad observada. El subgrupo TAVI presentó un mayor riesgo y mortalidad observada en la segunda etapa, pero disminuyó posteriormente. La curva de aprendizaje y una mejor selección de los pacientes pueden explicar estos resultados.