Rev Esp Cardiol. 2010;63 Supl 3: 107

Revista Española de Cardiología

6003-28. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS DE IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA POR VÍA TRANSFEMORAL

Jerónimo Heredia, Eulogio García Fernández, Ana Cuadrado, Carlos Almería Valera, José Enrique Rodríguez Hernández, Juan C. Martín Benítez, Carlos Macaya Miguel, Rosana Hernández Antolín, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar las causas de mortalidad en los pacientes sometidos a implantación de prótesis aórtica por vía femoral.

Métodos: Estudio prospectivo de todos los pacientes tratados con esta técnica en nuestro centro.

Resultados: Se realizaron 76 procedimientos, 50 con prótesis de Edwards Sapien y 26 CoreValve. La edad media fue de 83 ± 6 años, el 63 % eran mujeres, el 76 % estaba en grado funcional III/IV, el 50 % tenía enfermedad coronaria asociada (con cirugía previa en el 8 % y angioplastia en el 33 %), el 20 % enfermedad pulmonar severa, el 8 % patología cerebrovascular y el 18 % insuficiencia renal. El euroscore logístico fue de 18 ± 9. En el periodo hospitalario hubo 12 fallecimientos (15,7 %): 2 pacientes murieron antes de iniciar el proceso de implantación, (1 por taponamiento secundario a perforación del marcapasos y otro por shock cardiogénico post-valvuloplastia) y 10 tras iniciarse el mismo (1 por shock cardiogénico de causa no clara, 5 por complicaciones vasculares, 2 por infecciones (1 urológica en un paciente que permaneció 3 días con sonda urinaria y otra pulmonar tras 4 días de estancia en UCI), 1 por insuficiencia respiratoria previa al procedimiento y uno por malposición de la prótesis con fallo multiorgánico posterior).

Conclusiones: En esta población de pacientes sumamente frágiles una parte importante de la mortalidad es debida o se ve favorecida por factores ajenos a la propia implantación valvular. El extremar los cuidados en la manipulación de marcapasos e introductores, la retirada precozmente sondas urinarias, cables y catéteres endovenosos y la reducción al mínimo las estancias en UCI, junto con la reducción del perfil de los dispositivos serán factores que contribuirán sin duda a reducir la mortalidad, todavía alta, de este procedimiento.