Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 940

Revista Española de Cardiología

# 6029-375. INFLUENCIA DE LA CURVA INICIAL DE APRENDIZAJE EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE IMPLANTA UNA PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA EN CENTROS SIN CIRUGÍA CARDIACA IN SITU

Juan Gabriel Córdoba Soriano[1], Jesús María Jiménez Mazuecos[1], María Jessica Roa Garrido[2], Pastor Luis Pérez Santigosa[1], Arsenio Gallardo López[1], Jesús Herrero Garibi[3], Antonio Gutiérrez Díez[1] y Rosa Lázaro García[1] del [1]Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, [2]Complejo Hospitalario Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva y [3]Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos.

## Resumen

**Introducción y objetivos:** La implantación de una prótesis aórtica percutánea (TAVI) presenta una curva inicial de aprendizaje en la que existe un mayor número de eventos adversos hasta que los centros adquieren experiencia en el procedimiento y en la selección de pacientes. No existen datos sobre esta fase inicial en centros implantadores de TAVI sin cirugía cardiaca in situ (CSOS).

**Métodos:** Estudiamos a una serie de pacientes sometidos a TAVI en 6 centros sin CSOS definiendo 2 grupos. Llamamos grupo A a los primeros doce casos de cada centro y grupo B al resto de pacientes. Se estudiaron las características basales de ambos grupos y se analizaron los eventos hospitalarios y las complicaciones según la clasificación VARC-2, así como la mortalidad y el combinado de muerte e ingreso cardiovascular al año.

**Resultados:** Se implantaron 210 TAVI (grupo A, 72 pacientes; grupo B, 138 pacientes). No existieron diferencias en las características basales de ambos grupos excepto en una mayor proporción de pacientes con aclaramiento de creatinina ? 60 ml/min (según la fórmula de Cockroft-Gault) en el grupo A (48%) frente a B (32%), p: 0.02. Tampoco se observaron diferencias en las variables relacionadas con el procedimiento (realización de pre y posdilatación, tamaño de la prótesis o tamaño del balón). En el grupo A se utilizó de forma significativa más escopia pero la duración del procedimiento y el uso de contraste fue similar. En la evolución hospitalaria (tabla) existió un mayor porcentaje de complicaciones en el grupo A, sin llegar a alcanzar en ninguno de los ítems la significación estadística. No se registró en ningún grupo la necesidad de cirugía cardiaca urgente o electiva. Al año del implante, la mortalidad y el combinado de muerte + ingreso fueron más frecuentes en el grupo A aunque, de nuevo, sin alcanzar la significación estadística, probablemente por el tamaño muestral.

| Evolución intrahospitalaria y al año de pacientes sometidos a TAVI en función de la experiencia en el implante (grupo A primeros 12 casos del centro) | | | |
|---|---|---|---|
| | Grupo A | Grupo B | p |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingreso | | | |
| Mortalidad | 7% | 3,6% | 0,2 |
| Seguridad precoz | 83% | 90% | 0,15 |
| Sangrado mayor | 14% | 8,6% | 0,2 |
| Insuficiencia renal II-III | 11,3% | 5,8% | 0,15 |
| Complicación vascular | 7% | 2,2% | 0,08 |
| Marcapasos | 26,8% | 27% | 0,9 |
| Al año | | | |
| Mortalidad | 23% | 13,2% | 0,19 |
| Muerte + ingreso CV | 36% | 25% | 0,2 |

**Conclusiones:** En centros sin CSOS, la experiencia en la selección de los pacientes y en la realización del implante parecen influir en la evolución del paciente y en la aparición de eventos tras el alta de forma similar a lo que sucede en centros con CSOS.