Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 388

Revista Española de Cardiología

5020-7. PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA AUTOEXPANDIBLE EN CENTROS SIN CIRUGÍA CARDIACA IN SITU. ¿DEBEMOS SEGUIR RECOMENDÁNDOLA?

María Isabel Barrionuevo Sánchez[1], Jesús María Jiménez Mazuecos[1], María Jessica Roa Garrido[1], Pastor Luis Pérez Santigosa[1], Lorenzo Hernando Marrupe[2], Arsenio Gallardo López[1], Rosa Lázaro García[3] y Antonio Gutiérrez Díez[1] del [1]Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, [2]Fundación Hospital Alcorcón (Madrid) y [3]Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías europeas de práctica clínica restringen el uso de TAVI a centros con cirugía cardiaca *in situ* (CSOS) por la posibilidad de conversión a cirugía cardiaca emergente. Las mejoras tecnológicas y la mayor experiencia acumulada en los centros han hecho que esta CE sea en la actualidad anecdótica siendo menor aún en el caso de las prótesis autoexpandibles. Analizamos las características y evolución de 210 pacientes sometidos a TAVI en 6 centros sin soporte quirúrgico *in situ* en el momento del implante de la TAVI tras la decisión del equipo multidisciplinar (*heart team).*

Métodos: Presentamos los resultados de un registro retrospectivo de 6 centros españoles que implantan TAVI sin CSOS pero con posibilidad de envío a un centro de referencia para cirugía urgente (no emergente). La distancia media hasta el servicio de cirugía cardiaca fue de 66 km (0,2-154 km). Las características basales fueron: edad media 81,7 ± 5 años, 48% de varones, clase funcional III-IV en el 72% de los pacientes, FEVI media de 54 ± 11% y, como media, un área valvular aórtica de 0,66 ± 0,2 cm^2. La puntuación STS fue de 5,1 ± 3% y el EuroSCORE logístico de 18,1 ± 10%. Un 11% de los pacientes presentaban aorta en porcelana. La intervención se realizó con acceso percutáneo en el 91% de los casos, se realizó predilatación en el 73% y posdilatación en el 20%. La implantación con éxito del dispositivo fue del 96,7%.

Resultados: La mortalidad global a las 72 horas, hospitalaria y a los 30 días fue respectivamente del 1,9, 4,8 y 3,9% (1,9% mortalidad cardiovascular y 1,9% no cardiovascular). Se produjeron un 8,6% de sangrados mayores y un 3,8% de complicaciones vasculares mayores. Se requirió implante de marcapasos en el 27% de los casos. No se produjo ningún traslado a cirugía urgente o electiva. Tampoco se describieron roturas de anillo o disección aórtica. Se detectaron 4 perforaciones cardiacas y 3 oclusiones coronarias que fueron manejadas de forma no quirúrgica (percutánea). Al año la supervivencia global fue del 83,5%.

Conclusiones: En este registro multicéntrico de centros implantadores de TAVI sin CSOS los resultados al mes y al año son similares a otras series publicadas. En la actualidad, con las mejoras de los dispositivos autoexpandibles y la mayor experiencia en la selección de P, restringir las intervenciones de prótesis percutáneas a centros con CSOS puede que no sea conveniente.