Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 327

Revista Española de Cardiología

7008-13. IMPLANTE DE TAVI URGENTE FRENTE A ELECTIVA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS

Álvaro Aparisi Sanz, Fabian Julca, Williams Hinojosa Hinojosa Camargo, Tania Rodríguez-Gabella, Hipólito Gutiérrez, Ana M. Serrador Frutos, Carlos Cortés, Gemma Pastor Báez, Alfredo García-Cabello, Ana Revilla Orodea, Teresa Sevilla Ruiz, Itziar Gómez, Manuel Carrasco-Moraleja, José Alberto San Román Calvar e Ignacio J. Amat Santos, del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante valvular aórtico transcatéter (TAVI) ha demostrado ser seguro y eficaz en pacientes de riesgo alto. Uno de los factores que condicionan el nivel de riesgo estimado es la necesidad de intervención de urgencia; sin embargo no existen estudios aleatorizados en ese contexto.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed y Google-scholarship por 2 revisores independientes para cualquier estudio que comparara TAVR urgente frente a electiva. Los términos utilizados fueron *emergent* o *urgent*, *elective*, y *transcatheter valve replacement/implantation* o *severe aortic stenosis*. Se utilizó un modelo de efectos aleatorios. Se estimó la *odds ratio* (OR) y la homogeneidad fue contrastada por la estadística QH.

Resultados: Se identificaron 7 estudios con 42.057 pacientes (37.934 electivos y 4.123 urgentes). Los urgentes presentaron mayor riesgo (EuroSCORE -II: 13,4 ± 16,2 frente a 9 ± 11,8, p 0,001). Se observó una valvulopatía más avanzada en la cohorte de TAVI-urgente con menor área valvular (0,6 ± 0,2 frente a 0,7 ± 0,2; p = 0,034), peor fracción de eyección (38,3 ± 17,6 frente a 52,5 ± 12,5; p 0,001) y mayores diámetros telediastólicos (55 ± 9 frente a 48 ± 7; p 0,001). El uso de dispositivos de asistencia circulatoria fue escaso (3,87% de los procedimientos urgentes). La tasa de éxito fue superior en los electivos (93,6 frente a 92,5%; OR 0,84 [IC95%: 0,74-0,95); p = 0,005) y la mortalidad hospitalaria mayor en TAVI-urgente (6,18 frente a 3,03%, p 0,001). No hubo diferencias significativas en la tasa global de otras complicaciones intrahospitalarias pero desarrollaron con más frecuencia daño renal agudo (8,4 frente a 4,35%, p 0,001). Las diferencias en mortalidad aumentaron a 30 días (18% urgente frente a 6,7% electiva, p 0,001). La realización del procedimiento de forma urgente (OR 2,55 [IC95%; 1,14, 5,67]; p = 0,02) y el desarrollo de insuficiencia renal aguda (OR 2,05 [IC95%: 1,03, 4,07]; p = 0,04) fueron predictores independientes de mortalidad a 30 días.

Conclusiones: El procedimiento TAVI urgente se realiza con una frecuencia no despreciable (9%), generalmente sin dispositivos de soporte circulatorio. Conlleva el triple de mortalidad a 30 días que los procedimientos programados y es, junto con el fallo renal agudo, predictor independiente de mortalidad lo que sugiere que la implementación de dispositivos de soporte mecánico o la hemodiálisis temprana podrían mejorar los resultados.