Rev Esp Cardiol. 2012;65 Supl 3: 264

Revista Española de Cardiología

6000-221. ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SINTOMÁTICA INOPERABLE. EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA DE TAVI A LO LARGO DE LOS AÑOS EN NUESTRO MEDIO

Vicente Serra García, Omar Abdul Jawad Altisent, Ignacio Ferreira-González, Aida Ribera, Albert Igual, Asunción Torrents, Pilar Tornos Mas y David García-Dorado de la Unidad de Epidemiología, Servicio de Cirugía Cardiaca del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona y CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Resumen

Introducción y objetivos: El implante de prótesis aórtica transcatéter ha mejorado el pronóstico vital de los pacientes con estenosis aórtica inoperable (EAonoCx). El coste de la técnica es elevado y los recursos sanitarios son limitados. El objetivo del estudio es describir la demanda que genera esta enfermedad y su evolución desde el inicio del programa de TAVI en nuestro entorno.

Método y resultados: Cohorte prospectiva consecutiva de 210 pacientes con EAonoCx evaluados en una consulta monográfica para TAVI desde el año 2008 hasta final del 2012. El primer año se evaluaron 39 pacientes, el segundo 64, el tercero 54 y el último 53. Finalmente 113 pacientes se consideraron aptos para TAVI. La mediana de edad fue de 81 años (Q1 75-Q3 85) y el Euroscore Log medio de 16,8% (rango 1,51-78,05). Observamos un aumento progresivo del número de pacientes en lista de espera para TAVI a lo largo de los años (número medio de ptes en lista de espera en un mes: 64,5 el primer año; 180 el segundo año; 151 el tercer año; 251 el cuarto año), así como del tiempo entre primera visita-implante (100 días el primer año; 139 días el segundo año; 180 días el tercer año y 298 días el último año, p 0,05), a pesar del aumento del número de implantes (11 el primer año, 19 el segundo año, 27 el tercer año, 26 el cuarto año). Así mismo, observamos una elevada tasa de mortalidad entre los pacientes en lista de espera (exitus/100 pacientes-mes: 1,5 el primer año; 1,1 el segundo año; 0,6 el tercer año; y 2,74 el cuarto año) además de un elevado consumo de recursos sanitarios durante la lista de espera pre-implante de TAVI: 200 ingresos (4,2 ingresos por paciente-año); 1475 días de ingreso en planta (2,87 días de ingreso planta por paciente-mes); 191 días de ingreso en UCI (0,25 días ingreso UCI por paciente-mes); 56 consultas a urgencias (1 consulta urgencias por paciente-año); 330 consultas al especialista (0,43 consultas por paciente-mes); 31 valvuloplastias puentes (0,78 valvuloplastia por paciente-año).

Conclusiones: La EAonoCx tributaria de TAVI es un problema sanitario creciente. El incremento de la demanda de TAVI en nuestro medio ha redundado en un aumento del volumen de pacientes en lista de espera y del tiempo medio hasta la implantación. La mortalidad y el consumo de recursos sanitarios durante la espera para el implante es elevado.