



6027-364. SEGURIDAD Y EFICACIA DEL DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICAS PERCUTÁNEAS EN UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDIACA 'IN SITU'

Ana López Suárez, M^a Jessica Roa Garrido, José Francisco Díaz Fernández, Rosa M. Cardenal Piris, Antonio Enrique Gómez Menchero, Ana Blanca Martínez Pérez, José Ignacio Morgado García de Polavieja y María Teresa Moraleda Salas del Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: En las últimas Guías, el implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) se reserva para pacientes con contraindicación o alto riesgo quirúrgico, siendo imprescindible la participación del Heart Team. Hasta el momento no se han reportado series de TAVI en hospitales sin cirugía cardiaca *in situ*.

Objetivos: Analizar la seguridad y eficacia del desarrollo de un programa de TAVI en nuestro centro sin cirugía cardiaca *in situ*, previa valoración por el Heart Team con cirujanos cardiacos de nuestro hospital de referencia.

Métodos y resultados: Estudio descriptivo observacional. Incluimos 37 pacientes (1/2011-1/2014), sometidos a TAVI tras ser desestimados por el *heart team* por alto riesgo quirúrgico. Analizamos características clínicas, ecocardiográficas y seguimiento (eventos según criterios VARC-2). En todos los casos se implantó prótesis autoexpandible CoreValve (Medtronic), usando Prostar (Abbot) como dispositivo de cierre femoral. Edad media de $79 \pm 5,7$ años con seguimiento de $16,59 \pm 8,9$ meses. Euroscore logístico (2011) medio de $4,26 \pm 3,89\%$. 54% fueron mujeres. El 40,5% eran diabéticos, 24,3% con insuficiencia renal crónica, 27% enfermedad arterial periférica y 48,6% enfermedad coronaria conocida. El 64,8% presentaba NYHA ? III. Calcificación severa valvular el 39,4% (gradiente pico-pico medio: 76 ± 21 mmHg). El 28,6% padecía HTP moderada o severa y 5 pacientes presentaban disfunción sistólica VI. Seis pacientes tenían marcapasos definitivo previo. La vía de acceso fue arteria femoral derecha en 89,2%. IAo > grado II posimplantante en 21,6%, con 5,4% de posdilatación. No fue necesario repetir ningún procedimiento ni doble implante valvular, tampoco complicaciones agudas que precisaran cirugía urgente. Complicaciones (similar a series de centros quirúrgicos): 3 *exitus* intrahospitalarios (1 *shock* cardiogénico, 1 muerte súbita y 1 *shock* séptico), 32,4% marcapasos definitivo *de novo*, 2,7% ($n = 1$) infarto no fatal 72 horas, 18,9% de sangrado mayor y fallo dispositivo de cierre en 18,9%. En el seguimiento se registran 4 *exitus* más (1 de causa desconocida, 1 cardiovascular y 2 no cardiovascular). Reingresaron el 23,5% por causa cardiovascular y 11,8% no cardiovascular. Ninguna disfunción protésica en el seguimiento.

Conclusiones: El implante de TAVI en un hospital sin cirugía cardiaca *in situ* puede ser factible y seguro si se realiza una rigurosa selección de pacientes por el *heart team* y una cuidadosa técnica de implante.