



## 5020-2. EVALUACIÓN MUNDIAL DE LA PRÁCTICA ACTUAL EN EL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA. THE WRITTEN (WORLDWIDE TAVI EXPERIENCE) SURVEY

Luis Nombela-Franco<sup>1</sup>, Enrico Cerrato<sup>1</sup>, Tamim M Nazif<sup>1</sup>, Helene Eltchaninoff<sup>1</sup>, Pilar Jiménez-Quevedo<sup>1</sup>, Ignacio Amat-Santos<sup>2</sup>, Carlos Macaya<sup>1</sup> y Josep Rodés-Cabau<sup>3</sup> del <sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid y <sup>3</sup>Quebec Heart and Lung Institute, Quebec (Canadá).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El implante percutáneo de válvula aórtica (IPVA) se ha establecido como el tratamiento estándar de la estenosis aórtica sintomática en pacientes de alto riesgo quirúrgico o inoperables, con el potencial de extenderse a pacientes de riesgo intermedio. Sin embargo hay varios aspectos en los que no existe un consenso ni evidencia establecida. El objetivo de esta encuesta fue obtener una visión global a nivel mundial de la práctica actual en el IPVA.

**Métodos:** Se distribuyó un cuestionario online a nivel mundial entre centros que realizan IPVA independientemente del volumen y el tipo de válvula. El cuestionario incluía 58 preguntas distribuidas en 3 bloques: selección y evaluación de pacientes pre-IPVA, aspectos técnicos del procedimiento y manejo posprocedimiento. Hubo una persona encargada de la distribución por cada país o región.

**Resultados:** El cuestionario fue completado por 250 centros (con un total de 68936 procedimientos), de 38 países diferentes. La gran mayoría de los centros (> 95%) decide la indicación de IPVA mediante un equipo multidisciplinar, o *heart team*, con alta implicación de cardiólogos intervencionistas (97%) y cirujanos cardiacos (96%) pero baja de otros especialistas. Las puntuaciones de riesgo quirúrgico se utilizan sistemáticamente, sin embargo otros test de fragilidad (44%) o calidad de vida (28%) están menos extendidos. Anestesia general y ecocardiograma transesofágico se utiliza de manera rutinaria en el 60 y 46% de los centros. Existe una variabilidad significativa en la evaluación de la insuficiencia aórtica post-IPVA. La monitorización del ECG y el marcapasos temporal varía enormemente (de nada a más de 72 horas post-IPVA) dependiendo del centro y el tipo de válvula. Mientras que la doble antiagregación es la terapia antitrombótica más frecuente post-IPVA, su duración es muy variable (1, 3 y ? 6 meses en 14, 41 y 32% de los centros). No existe consenso en la terapia antitrombótica en pacientes con fibrilación auricular [anticoagulación (AC) simple, AC + aspirina, AC + clopidogrel, triple terapia en 28, 37, 26 y 4%, respectivamente].

**Conclusiones:** Esta encuesta proporciona datos amplios de la práctica actual de IPVA a nivel mundial e identificó diferencias importantes entre centros en algunos aspectos claves del manejo pre-, durante y posprocedimiento. Esto destaca la necesidad de futuros estudios y más datos basados en evidencia científica en múltiples áreas del campo de la IPVA.