



5020-8. INICIO DE UN PROGRAMA DE IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA EN UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDIACA. ¿DEBEMOS DESTERRAR DE UNA VEZ ESTA LIMITACIÓN?

Raquel Pimienta González, Alejandro Quijada Fumero, Ana Laynez Carnicero, Marcos Farráis Villalba, Javier Lorenzo González, Alejandro Iriarte Plasencia, Juan Manuel Llanos Gómez, Martín Caicoya Boto, Gabriela Noemí González Chiale, Cristina López Ferraz, Luca Vannini, Ángel López Castillo y Julio Salvador Hernández Afonso

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Resumen

Introducción y objetivos: A pesar de los resultados que avalan el implante de TAVI en centros sin servicio de Cirugía Cardíaca, a día de hoy comenzar un programa de TAVI en hospitales con estas características continúa presentando multitud de obstáculos. Planteamos que el implante en centros sin Cirugía no aumenta el riesgo para el paciente.

Métodos: Presentamos los resultados de un registro prospectivo de los 100 primeros implantes de TAVI en un centro sin disponibilidad Cirugía Cardíaca *in situ* para conversión a cirugía emergente entre abril de 2022 y enero de 2024. La distancia hasta el Servicio de Cirugía Cardíaca es de 3 km.

Resultados: Entre las características basales de los pacientes cabe destacar que el 50% fueron varones y tenían una edad media de $82,4 \pm 5,3$ años. La puntuación STS fue de $4,3 \pm 5,1\%$ y del EuroSCORE II de $4,38 \pm 5,1\%$. La indicación principal del implante fue: edad > 75 años en el 96% y alto riesgo quirúrgico en pacientes 75 años en el 4%. Se realizaron 24 procedimientos proctorizados. El acceso fue transfemoral percutáneo en el 95% de los pacientes y quirúrgico en el 5% de ellos (2% femoral y 3% axilar). El segundo acceso fue radial en el 98%. El procedimiento fue técnicamente exitoso en el 100% de los casos. Se implantaron válvulas autoexpandibles (87% Evolut ProPlus; 13% Acurate Neo 2). El implante se realizó en un 98% sobre válvula nativa y dos procedimientos sobre prótesis biológica degenerada. La incidencia de complicaciones vasculares mayores fue del 4%. Un paciente presentó un ictus a las 24 horas. La necesidad de implante de marcapasos definitivo fue del 12,48%. La regurgitación aórtica moderada o grave residual tan solo ocurrió en dos pacientes. Ningún paciente falleció durante el procedimiento. No se produjeron roturas del anillo, complicaciones aórticas, oclusión coronaria o embolismos del dispositivo que requirieran cirugía cardíaca urgente. La mortalidad global intrahospitalaria, a los 6 meses y al año fue respectivamente del 1%, 1,01% y 1,02%. Un 10% de los pacientes requirió un ingreso de causa cardiovascular en el primer año. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 2 (1-19) días.

Resultados de los 100 primeros implantes	
Válvula nativa (n, %)	98 (98)

Valve in valve (n, %)	2 (2)
Predilatación (n, %)	88 (88)
Posdilatación (n, %)	22 (22)
Prótesis (n, %)	Evolut: 87 (87)
Acurate Neo: 13 (13)	
Complicación acceso vascular (n, %)	4 (4)
Ictus (n, %)	1 (1)
Gradiente post > 20 mmHg (n, %)	0 (0)
Insuficiencia aórtica > grado II (n, %)	2 (2)
Implante de marcapasos en 30 días (n, %)	11 (12,48)
Estancia hospitalaria (ME)	2 (1-19)
Mortalidad cardiovascular (n, %)	30 días: 0 (0)
6 meses: 0 (0)	
1 año: 0 (0)	
Mortalidad por cualquier causa (n, %)	30 días: 1 (1)
6 meses: 1 (1,01)	
1 año: 1 (1,02)	
Reingreso de causa cardiovascular	1 año: 10 (10)

Conclusiones: Los resultados del procedimiento TAVI en nuestro registro son similares a las series publicadas. El implante en centros sin Cirugía Cardíaca no parece aumentar el riesgo del paciente, por lo que creemos que esta limitación debe eliminarse de forma definitiva.