



# Cardiocre



## 128/125. - ¿ES FACTIBLE EL DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICAS PERCUTÁNEAS EN UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDÍACA "IN SITU"? EXPERIENCIA INICIAL

*J. Roa Garrido, J. Díaz Fernández, A. López Suárez, R. Cardenal Piris y A. Gómez Menchero*

*Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.*

### Resumen

**Introducción y objetivos:** En los diferentes documentos de consenso, el implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) se reserva para pacientes con alto riesgo quirúrgico, valorado por un equipo multidisciplinar (Heartteam). Hasta el momento no se han reportado series de TAVI en centros sin cirugía cardiaca. Nuestro objetivo es analizar la seguridad y eficacia del desarrollo de un programa de TAVI en un centro sin cirugía cardiaca in situ (valorado por Heartteam, incluidos cirujanos cardiacos de referencia).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional de 37 pacientes sometidos a TAVI (enero de 2011-enero 2014), con alto riesgo quirúrgico. Analizamos eventos según criterios VARC-2. Técnica: implante de válvula CoreValve (Medtronic), acceso femoral, cierre percutáneo mediante dispositivo Prostar (Abbott).

**Resultados:** Edad media  $79 \pm 5,7$  años, seguimiento medio de  $16,59 \pm 8,9$  meses, EuroSCORE medio fue  $4,26 \pm 3,89\%$ . Regurgitación aórtica postimplante inmediato grado  $\geq 2$  fue observada sólo en 16,7% (postdilatación 5,6%). Ningún paciente requirió repetición del procedimiento, implante de una segunda prótesis ni conversión a cirugía. Complicaciones: 3 muertes intrahospitalarias (1 shock cardiogénico, 1 muerte súbita, 1 shock séptico por neumonía nosocomial), 12 pacientes requirieron marcapasos de novo (32,4%), sangrado mayor  $n = 7$  y fallo del dispositivo de cierre en 18,9%. Seguimiento: 4 muertes (1 causa desconocida, 1 origen cardiovascular y 2 de causa no cardiovascular). Rehospitalización: 23,5% causa cardiovascular, 11,8% no cardiovascular. No se ha reportado ninguna disfunción protésica.

**Conclusiones:** El implante de TAVI en centros sin cirugía cardiaca in situ puede ser factible y seguro previa selección rigurosa del paciente y con una cuidadosa técnica de implante.