

Tasa de complicaciones mayores con necesidad de manejo quirúrgico en una cohorte de pacientes sometidos a TAVI en un centro sin cirugía cardíaca

Beatriz Jiménez Rubio(1), Ignacio Sánchez Pérez(1), Laura Esteban Lucía(1), Alfonso Freites Esteves(1), Alejandro Jara Navarro(2), Loreto María Peco Campos(3), Alba López Calles(1), Marta Andrés Sierra(1), Laura Montesinos Vinader(1), Emilio Blanco López(1), Pablo Soto Martín(1), Carlos Sánchez Sánchez(1), Cinthya Nuez Cuartango(1), Natalia Manzaneque Morales(1) y Jesús Piqueras Flores(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real - España, (2)Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real - España y (3)Servicio de Geriatría. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real - España

Introducción: La válvula aórtica transcatéter (TAVI) se ha convertido en una alternativa a la cirugía en un perfil determinado de pacientes. Nuestro objetivo fue presentar los resultados en cuanto complicaciones quirúrgicas en nuestro centro, donde no disponemos de servicio de cirugía cardíaca.

Métodos: Se evaluaron sistemáticamente 278 pacientes (edad 82,15 ± 5,6 años, 50,4% varones) sometidos a implante de TAVI entre 2016 y 2025. Se recopilaron variables “pre” y “peri”-procedimiento, complicaciones (VARC-3) y mortalidad intrahospitalaria

Resultados: Se implantaron 278 válvulas autoexpandibles, todas mediante acceso percutáneo femoral. Un 58% precisó predilatación, en un 16,8% se realizó postdilatación. La duración media del ingreso fue de 8,65±5,49 días (3,13 días en UCI).
El 48,7% de los pacientes presentó alguna complicación VARC-3, en su mayoría complicaciones menores sin necesidad de cirugía cardiaca. Las más frecuentes fueron de origen vascular (29,1%), destacando el pseudoaneurisma y el hematoma superficial.
Las complicaciones quirúrgicas fueron poco frecuentes (2,15%, 6 casos), presentando una alta tasa de mortalidad inmediata en la mayoría de los casos: rotura del anillo aórtico (0,72%, 2 casos), disección/rotura aórtica (0,72%) y perforación ventricular (0,72%).
La mortalidad intrahospitalaria fue del 5,4% de los casos (15 pacientes), de los cuales 10 ocurrieron intraprocedimiento: 2 por rotura del anillo, 2 por disección/rotura de raíz aórtica, 3 por rotura femoral, 2 por disociación AV y 1 por taponamiento (sin causa aclarada).
Finalmente, se realizó una regresión logística ajustada para determinar los factores asociados a la aparición de complicaciones VARC-3. El modelo destaca que el gradiente aórtico medio incrementa notablemente las probabilidades de complicación (OR:1,02; p=0,045).

Conclusiones: En nuestra experiencia, la tasa de complicaciones quirúrgicas con necesidad de cirugía cardiaca es

baja (2,15%, 6 casos en 10 años) y difícilmente abordable. Estos resultados apoyan la factibilidad del implante de TAVI en centros sin cirugía cardíaca “in situ”, siempre que se realice una selección rigurosa de los pacientes y se cuente con protocolos para el manejo de estas complicaciones. El gradiente aórtico medio basal destaca como factor predictor independiente de complicaciones VARC-3.