# IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO: EXPERIENCIA DEL PRIMER AÑO EN EL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO

Velásquez Silva Claudio[1], Sanhueza Herreros Eugenio[2], Egas Revelo Gonzalo[3]

[1] Médico Residente, Unidad de Cuidados Intensivos Cardioquirúrgicos, Unidad de Medicina Cardiovascular Integrada, Hospital Las Higueras, Talcahuano.

[2] Anestesiólogo Cardiovascular, Equipo de Cardiocirugía, Unidad de Medicina Cardiovascular Integrada, Hospital Las Higueras, Talcahuano.

[3] Médico Residente, Unidad de Cuidados Intensivos Cardioquirúrgicos, Unidad de Medicina Cardiovascular Integrada, Hospital Las Higueras, Talcahuano.

**Introducción:** El implante valvular aórtico percutáneo (TAVI, por su sigla en inglés) ha tomado un rol cada vez más importante el tratamiento de pacientes con estenosis aórtica que, por su edad o por las comorbilidades que presentan, presentan un riesgo anestésico inadmisiblemente elevado para ser sometidos a esternotomía y circulación extracorpórea.

**Objetivo General:** Presentar la experiencia y consideraciones perioperatorias de los pacientes sometidos a TAVI durante primer año de funcionamiento de la UMCI del HHT, desde el 01de junio de 2011 al 01de junio de 2012.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo descriptivo de los pacientes sometidos a TAVI durante el período indicado en este centro. Se realizó seguimiento desde la fecha del procedimiento al 15 de agosto de 2012. Datos procesados en Microsoft Excel 2011 para Mac. La totalidad de las prótesis implantadas fueron del tipo CoreValve, utilizando TIVA en TCI como técnica anestésica, controlada con BIS. El monitoreo invasivo incluyó para todos los pacientes: línea arterial, sonda marcapaso transitoria, catéter venoso central de 3 lúmenes. Se realizó ecocardiografía transesofágica intraprocedimiento en todos los casos. En un paciente se utilizó NIRS.

**Resultados:** Fueron realizados 5 procedimientos en el período estudiado, con edad promedio de 74 años [62-82], siendo 2 mujeres y 3 hombres. Las comorbilidades, condiciones médicas y ecocardiográficas previal al procedimiento se presentan en la Tabla 1. Destaca que 4 de 5 pacientes fueron usuarios de MPD. 2 de 5 pacientes requirieron marcapasos posterior al implante de TAVI, siendo uno unicameral y otro tricameral (resincronizador), éste por disfunción sistólica severa. Se estratificó predicción de mortalidad con escala EuroSCORE II, siendo promedio de muestra 4,82% [1,49-12,57]. El promedio de tiempo quirúrgico fue 2 horas 16 minutos. El promedio de tiempo anestésico fue 3 horas 8 minutos. La totalidad de los pacientes fueron extubados en pabellón, no registrándose complicaciones. Sólo 1 paciente presentó delirio hiperactivo en postoperatorio, manejado satisfactoriamente con 6 horas de dexmedetomidina en infusión continua. Se ha realizado seguimiento continuo a los pacientes. Al 31 de agosto de 2012 sólo 1 había fallecido, manteniéndose el resto en control ambulatorio.

**Conclusiones:** Esta es una muestra no probabilística y, por ende, no comparable con resultados de otros grupos. Tiene por objeto dar a conocer la experiencia y el perfil de pacientes sometidos a TAVI en este centro. No obstante, pareciera ser un grupo de pacientes en general similar a otras series, salvo por los resultados de la estratificación EuroSCORE II. Las complicaciones presentadas están de acuerdo con lo descrito en la literatura. TAVI es una técnica de uso creciente en nuestro medio, con consideraciones específicas en el postoperatorio inmediato. Se presentarán nuevos datos conforme aumente la casuística.

**Tabla 1.**

| | |
|---|---|
| Usuario de MPD | Previo a TAVI: 20% (1 de 5) |
| | 1 MPD DDI-R |
| | Posterior a TAVI: 40% (2 de 5) |
| | 1 MPD WI-R |
| | 1 MPD tricameral |
| | (resincronizador) |
| | No usuarios de MPD: 40% (2 de 5) |
| Toracotomía previa | 0% |
| Promedio área válvula aórtica | 0,7 $cm^2$ |
| Gradiente peak transvalvular aórtico (promedio) | 67,4 mm Hg (53 - 88 |
| Insuficiencia mitral | 80% (4 de 5) leve |
| FEVI | 41% (17 - 63) |
| Euro SCORE II | 4,82% (1,49 - 12,57) |