



## En 10 preguntas

**Dr. Jorge Palazuelos** Responsable de la Unidad de Cardiología Intervencionista del Hospital Universitario La Luz (Grupo Quirónsalud), en Madrid

# «La técnica mayoritaria frente a las patologías aórticas es la percutánea»

María Bariego. MADRID

### 1. ¿En qué casos es necesario implantar un transcáteter de válvula aórtica?

En aquellos pacientes con estenosis aórtica severa esta debe ser tratada por sus implicaciones clínicas y pronósticas. Hoy, el abordaje más frecuente es el que se realiza vía percutánea mediante catéter.

### 2. ¿Qué tasa de mortalidad tiene el tratamiento de la estenosis aórtica?

Depende de varias cuestiones. En primer lugar, de las comorbilidades del paciente: edad avanzada, diabetes mellitus, insuficiencia renal, enfermedades cardiovasculares previas, ictus previo, etc. En segundo lugar, de la enfermedad valvular: del estadio y de la existencia de otras patologías cardíacas. Existen varios índices (scores) que aglutinan muchas de estas variables para tener una idea aproximada previa del riesgo existente. En los comienzos de este abordaje, los pacientes

remitidos a tratamiento percutáneo eran los desestimados para cirugía cardíaca y los de muy alto riesgo quirúrgico. Veinte años después, los resultados de los estudios y la experiencia acumulada han avalado esta técnica como la de elección en la mayoría de los pacientes, con resultados incluso similares a los de la cirugía cardíaca convencional en pacientes de bajo riesgo. Se considera bajo riesgo de mortalidad si este es inferior al 2%, riesgo moderado entre el 2 y el 5% y riesgo elevado si es mayor al 5%.

### 3. ¿Para qué otras patologías puede emplearse?

El desarrollo de esta tecnología para la patología valvular aórtica ha permitido extenderla al tratamiento de otras enfermedades valvulares. Los pacientes con patología mitral y, más recientemente, tricúspida, son cada vez más frecuentemente sometidos a tratamientos percutáneos.

### 4. ¿Qué porcentaje de pacientes pueden ser operados?

El tratamiento de esta enfermedad ha sufrido una revolución histórica. En menos de una década, la técnica percutánea (TAVI) ha pasado de reservarse solo para pacientes inoperables a convertirse en la opción mayoritaria. Hoy, entre el 12% y el 30% de los pacientes con estenosis aórtica severa que requieren una intervención son sometidos a cirugía convencional.

### 5. En el Hospital La Luz han implantado el primer implante de una válvula mitral por vía percutánea en una paciente de 82 años con una prótesis degenerada por estenosis. Cuénteme.



**Si el paciente tiene autonomía, la TAVI puede realizarse sin que la edad sea un factor limitante»**

### 6. ¿Cómo se encuentra?

Hoy realiza una vida absolutamente normal e independiente.

### 7. ¿Qué fue lo más difícil?

El desafío más notable de la inter-

vencción fue revisar las pruebas y planificarla: tipo y forma de la nueva prótesis, interacción con la previa, compromiso de otras estructuras adyacentes, etcétera.

### 8. Pero, ¿por algún motivo?

Especialmente porque el tipo de prótesis biológica degenerada de la paciente apenas sería visible durante el proceso percutáneo, ya que esos materiales no son radioopacos. Una vez decidimos la vía de abordaje y la prótesis percutánea a usar, realizamos una simulación y reconstrucción por ordenador para valorar todo ello.

### 9. La implantación percutánea de la válvula TAVI permite ampliar los pacientes candidatos a ser operados, ¿no?

Efectivamente, antes de la llegada de la TAVI, aproximadamente entre el 30% y el 40% de los pacientes con estenosis aórtica severa sintomática eran rechazados para cirugía abierta debido a su avanzada edad, fragilidad o comorbilidades. A este grupo de pacientes se le condenaba a un tratamiento médico puramente paliativo. Gracias a la TAVI, prácticamente el 100% de esos pacientes considerados inoperables son ahora candidatos a recibir un implante percutáneo. Su impacto puede dividirse en dos conceptos. Por un lado, el rescate de pacientes inoperables, lo que permitió ampliar de forma significativa el número de intervenciones al incorporar a enfermos que antes no tenían alternativa terapéutica. Por otro, la llegada de una técnica mínimamente invasiva favoreció que se diagnosticara y derivara a muchos más pacientes ancianos que antes ni siquiera entraban en listas de espera. Así pues, lejos de reducir el número de pacientes tratados, la TAVI ha conseguido aumentarlo.

### 10. La edad ya no es un límite.

Exacto. En la actualidad, la edad cronológica ha dejado de ser un límite para el tratamiento de la estenosis aórtica severa, y el riesgo quirúrgico tradicional ya no determina por sí solo quién puede ser intervenido. Hoy se evalúa principalmente la fragilidad biológica del paciente y su grado de autonomía. Antes, cumplir 80 u 85 años significaba en muchos casos quedar excluido de la cirugía. Hoy, pacientes octogenarios y nonagenarios se benefician con frecuencia de estos procedimientos. Más que la edad, valoramos aspectos como la capacidad funcional y la existencia de deterioro cognitivo severo. Si el paciente mantiene una calidad de vida aceptable y autonomía, la TAVI puede realizarse sin que la edad sea un factor limitante.



DAVID JAR