

Análisis de las demoras administrativas y financieras en el proceso hacia el implante valvular aórtico transcatóter: experiencia del mundo real en Argentina

Analysis of Administrative and Financial Delays in the Process Leading to Transcatheter Aortic Valve Implantation: Real-World Experience in Argentina

FERNANDO CHIMINELA^{1,2,3}, BETIANA MARTÍN^{1,2}, GUILLERMO JUBANY^{1,2,3}, CLAUDIA FERNÁNDEZ², GERSON ARTUNDUAGA^{2,3}, JOSÉ PALIZA SEQUEIROS², CRISTIAN M. GARMENDIA⁴ MTSAC

RESUMEN

Introducción: La estenosis aórtica (EA) grave constituye una de las valvulopatías más prevalentes a nivel global. El implante valvular aórtico transcatóter (TAVI) se ha consolidado como una alternativa terapéutica eficaz y segura en distintos perfiles de riesgo quirúrgico. Sin embargo, las diferencias en el acceso al procedimiento y las demoras entre la decisión terapéutica y el implante varían sustancialmente según los sistemas de salud.

Objetivo: Analizar los tiempos asistenciales entre etapas clave del proceso diagnóstico-terapéutico y el TAVI en la práctica clínica real de tres centros médicos argentinos, comparando dos periodos definidos por una reorganización institucional de procesos médicos administrativos, con el fin de identificar oportunidades de optimización organizacional.

Material y métodos: Se realizó un estudio multicéntrico observacional de cohorte retrospectivo, que incluyó 71 pacientes consecutivos con EA grave sintomática sometidos a TAVI entre enero de 2022 y agosto de 2025. Se evaluaron tres intervalos asistenciales: primer contacto con el médico hemodinamista (PC)-implante, tomografía computarizada (TC)-implante y solicitud de válvula-implante. Los intervalos se presentan como mediana y rango intercuartílico (RIC). Las diferencias entre periodos se analizaron mediante la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: La mediana global de los intervalos fue de 165 días (RIC 118-258) para PC-implante, 145 días (RIC 98-216) para TC-implante y 67 días (RIC 45-112) para solicitud-implante. Tras la reorganización institucional (noviembre de 2024), se observó una reducción significativa en los tres intervalos analizados ($p < 0,001$), con medianas de 138, 117 y 56 días, respectivamente.

Conclusiones: Se observaron demoras sustanciales en el proceso pre-TAVI dentro del ámbito sanitario argentino, con una reducción sustancial tras la implementación de medidas organizacionales. La optimización de la coordinación interinstitucional y administrativa constituye una estrategia clave para mejorar la eficiencia asistencial.

Palabras clave: Estenosis aórtica - Implante valvular aórtico transcatóter - Eficiencia organizacional

ABSTRACT

Background: Severe aortic stenosis (AS) is one of the most prevalent valvular heart diseases worldwide. Transcatheter aortic valve implantation (TAVI) has become an effective and safe therapeutic alternative across different surgical risk profiles. However, differences in access to the procedure and delays between the therapeutic decision and implantation vary substantially across healthcare systems.

Objective: The aim of this study was to analyze the procedural timelines between key stages of the diagnostic-therapeutic process and TAVI implantation in the real-world clinical practice of three Argentine centers, comparing two periods defined by institutional reorganization, in order to identify opportunities for organizational optimization.

REV ARGENT CARDIOL 2026;94:189-195. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i3.21003>

Ver artículo relacionado: Rev Argent Cardiol 2026;94:181-182. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i3.21020>

Recibido: 25/10/2025 - Aceptado: 01/02/2026

Dirección para correspondencia: Fernando Chiminela. Correo electrónico: fernandochiminela@yahoo.com.ar



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Servicio de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista. Hospital General de Agudos Carlos G. Durand, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

² Servicio de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista. Clínica Modelo Lanús, Ciudad de Lanús, Provincia de Buenos Aires, Argentina

³ Servicio de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista. Instituto de Medicina Cardiovascular del Oeste, Clínica Modelo Los Cedros San Justo, Buenos Aires, Argentina.

⁴ Servicio de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Methods: A multicenter, observational, retrospective cohort study was conducted including 71 consecutive patients with symptomatic severe aortic stenosis (AS) who underwent TAVI between January 2022 and August 2025. Three procedural intervals were evaluated: first contact (FC) with an interventional cardiologist-implantation, computed tomography (CT)-implantation, and valve request-implantation. The intervals are presented as the median and interquartile range (IQR). Differences between periods were analyzed using the Mann-Whitney U test.

Results: The overall median intervals were 165 days (IQR 118–258) for FC-implantation, 145 days (IQR 98–216) for CT-implantation, and 67 days (IQR 45–112) for valve request-implantation. After institutional reorganization (November 2024), a significant reduction was observed in all three intervals ($p < 0.001$), with new medians of 138, 117, and 56 days, respectively.

Conclusions: Substantial delays were identified in the pre-TAVI process within the Argentine healthcare system, with a marked reduction following the implementation of organizational measures. Optimizing interinstitutional and administrative coordination emerges as a key strategy to improve procedural efficiency.

Key words: Aortic Valve Stenosis - Transcatheter Aortic Valve Replacement - Organizational Efficiency

INTRODUCCIÓN

La estenosis valvular aórtica (EA) es una de las valvulopatías de más alta prevalencia a nivel global, aún mayor en el subgrupo de pacientes añosos, vinculada a elevada carga de comorbilidades y a una evolución clínica ominosa de no recibir un tratamiento oportuno y precoz. (1,2) En las últimas décadas, el implante valvular aórtico transcáteter (TAVI, por sus siglas en inglés) se ha consolidado como una de las principales estrategias de abordaje terapéutico para pacientes portadores de EA grave sintomática, abarcando distintos rangos etarios y subgrupos de riesgo quirúrgico. (3-5) Su adopción se ha expandido de manera sostenida, respaldada por evidencia robusta que demuestra su eficacia y seguridad en comparación con la cirugía de reemplazo valvular quirúrgico convencional.

Sin embargo, pese a su creciente implementación, se han documentado diferencias sustanciales entre diferentes regiones y sistemas de salud en términos de acceso al procedimiento, dificultades de financiamiento y demoras entre la decisión terapéutica y la realización efectiva del implante. (6,7) En este contexto, resulta de particular relevancia para nuestra región analizar de manera detallada la duración de las distintas etapas del proceso que posibilita la realización de un TAVI, con el propósito de identificar oportunidades de optimización que permitan mejorar la eficiencia del sistema y los resultados clínicos de los pacientes.

El objetivo del presente estudio fue analizar los tiempos asistenciales entre etapas clave del proceso diagnóstico-terapéutico y el TAVI en la práctica clínica real de tres centros de Argentina, comparando dos períodos de tiempo definidos a partir de una fecha de inflexión, con el propósito de identificar posibles mejoras organizacionales y de eficiencia asistencial.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio multicéntrico observacional de cohorte retrospectivo que incluyó para el análisis pacientes consecutivos portadores de una EA grave sintomática sometidos a TAVI durante el periodo comprendido entre enero de 2022 y agosto de 2025.

Se relevaron variables demográficas (edad, sexo), asistenciales (centro, cobertura sanitaria), procedimentales (tipo de prótesis implantada, necesidad de revascularización coronaria o valvuloplastia previa, uso de marcapasos, ecocardiografía transesofágica, eventos intraprocedimiento) y clínicas (complicaciones clínicas periprocedimiento y mortalidad en un seguimiento a 30 días).

Los tiempos asistenciales de interés se definieron de manera prospectiva y se analizaron como intervalos en días entre:

- Primer contacto (PC) médico hemodinamista → implante.
- Tomografía computarizada (TC) → implante.
- Solicitud de válvula → implante.

Estas métricas reflejan la secuencia diagnóstica y administrativa del proceso pre-TAVI, en línea con la caracterización de “tiempos de espera” utilizada en estudios internacionales. (7)

Análisis estadístico

Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC) de acuerdo con las características de su distribución. La normalidad de las variables se evaluó mediante inspección gráfica y la prueba de Shapiro-Wilk. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Para el análisis comparativo de los tiempos asistenciales, se definieron dos períodos según la fecha de corte 1 de noviembre de 2024, correspondiente a una reorganización institucional de los circuitos asistenciales médico-administrativos de los centros involucrados. Las diferencias entre períodos se evaluaron mediante la prueba *t* de Welch para medias independientes, dada la posible heterogeneidad de varianzas entre grupos. En caso de distribuciones no normales, se verificó la robustez de los resultados mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Los datos se analizaron con un enfoque exploratorio; no se aplicaron correcciones por comparaciones múltiples. Todos los contrastes fueron bilaterales, y se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó utilizando un software estadístico estándar para investigación biomédica (*Stata*[®], versión BE, StataCorp, College Station, TX, EE. UU.).

Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo conforme a los principios de la Declaración de Helsinki, (8) y fue aprobado por los comités de ética institucionales de los centros participantes. Dado el carácter retrospectivo y la utilización de datos anonimizados, se eximió el consentimiento informado individual.

RESULTADOS

Se incluyeron para el análisis un total de 71 pacientes sometidos a un TAVI durante el periodo comprendido entre enero de 2022 y agosto de 2025. La edad promedio de la población muestral fue de $80,9 \pm 5,2$ años, con predominio de sexo femenino. En términos de los financiadores del procedimiento, la cobertura sanitaria correspondió en su mayoría al Programa de Atención Médica Integral (PAMI), mientras que el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) representó solo una minoría cercana al 1 % de los casos. (Tabla 1)

En relación con las tecnologías utilizadas para el TAVI, las prótesis valvulares mayormente implantadas fueron Evolut R/PRO (Medtronic Inc., Minneapolis, MN, EE. UU.), seguidas de Sapien 3 (Edwards Lifesciences LLC, Irvine, CA, EE. UU.), ACURATE neo2 (Boston Scientific Corporation, Marlborough, MA, EE. UU.) y Myval (Meril Life Sciences Pvt. Ltd., Vapi, Gujarat, India), respectivamente. (Tabla 2)

Ninguna solicitud de válvula fue rechazada por el financiador, aunque en algunos casos, la cantidad de documentación respaldatoria para la provisión del insumo fue mayor que para el resto de los pacientes.

La evaluación preoperatoria fue completa en todos los pacientes, incluyendo electrocardiograma, ecocardiograma transtorácico, cinecoronariografía, TC con protocolo para TAVI y *scores* de riesgo quirúrgico convencionales.

Tabla 1. Características basales de la población en estudio

Variable*	n=71
Edad, años	80,9 \pm 5,2
Sexo masculino	44 (62,4)
IMC, kg/m ²	26,8 \pm 3,4
Hipertensión arterial	59 (83,3)
Dislipidemia	37 (52,6)
Diabetes mellitus	23 (32,1)
Tabaquismo	11 (15,9)
Enfermedad renal crónica	9 (13,3)
Enfermedad vascular periférica	8 (11,7)
Fibrilación auricular	16 (23,2)
Cáncer	6 (8,1)
EPOC	10 (14,7)
Marcapasos previo	2 (3,1)
FEV1, %	57 \pm 9
Financiador	
PAMI	70 (98,6)
IOMA	1 (1,4)
Otro	0 (0)

* Datos expresados en media \pm desvío estándar o valor absoluto (porcentaje). EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEV1: fracción de eyección ventricular izquierda; IMC: índice de masa corporal; IOMA: Instituto de Obra Médico Asistencial; PAMI: Programa de Atención Médica Integral

Tabla 2. Tipo de prótesis valvular implantada y eventos clínicos adversos periprocedimiento

Variable*	n = 71
Tipo de prótesis implantada	
Evolut R/PRO	51 (71,8)
Sapien 3	17 (23,9)
ACURATE neo2	2 (2,8)
Myval	1 (1,4)
ATC previa al TAVI	18 (25,3)
Valvuloplastia aórtica con balón	3 (2,8)
Implante de marcapasos definitivo	3 (4,2)
Eventos clínicos adversos intraprocedimiento	3 (4,2)
Eventos postimplante inmediato (antes del alta)	5 (7,0)
Eventos a mediano plazo post-alta	2 (4,2)
Mortalidad global a 30 días	3 (4,2)

* Datos expresados como valor absoluto (porcentaje).

ATC: angioplastia transluminal coronaria; TAVI: implante valvular aórtico transcateéter.

Procedimientos y eventos clínicos adversos

En términos de los procedimientos de intervencionismo cardiovascular realizados durante la preparación pre-TAVI, un cuarto de los pacientes requirió una angioplastia transluminal coronaria (ATC) previa al TAVI, mientras que en una proporción cercana al 4 % se realizó una valvuloplastia aórtica con balón (VAB) como puente al procedimiento terapéutico destino. Del total de pacientes incluidos, solo dos tenían antecedentes de implante de un marcapasos definitivo, mientras que tres requirieron un marcapasos definitivo posimplante.

En relación con los eventos clínicos adversos intraprocedimiento, solo se registraron en tres pacientes, en dos de ellos el requerimiento de implante de marcapasos de urgencia y en uno insuficiencia cardíaca congestiva. En el posimplante inmediato se observaron complicaciones en cinco pacientes: un marcapasos urgente, una complicación de acceso vascular, dos óbitos y un caso de colecistitis aguda no vinculada al TAVI. A mediano plazo, dos pacientes presentaron eventos clínicos (una insuficiencia cardíaca congestiva y una endocarditis infecciosa de válvula nativa con desenlace fatal). Se observó una mortalidad global del 4,2% en un seguimiento de 30 días desde el procedimiento índice.

Análisis de tiempos asistenciales

Respecto de las demoras en cada uno de los tiempos asistenciales analizados, la mediana del tiempo entre el primer contacto con un médico hemodinamista y el implante de TAVI fue de 165 días (RIC 118-258); la mediana del intervalo entre la TC y el implante fue de 145 días (RIC 98-216), y la mediana del tiempo desde la solicitud de la válvula hasta el implante presentó una mediana de 67 días (RIC 45-112).

Al comparar los períodos definidos por la fecha de corte 1 de noviembre de 2024, correspondiente a una reorganización institucional de los circuitos médico-administrativos, se observó una reducción significativa en los tres intervalos analizados. Entre las medidas concretas implementadas en el marco de esta reorganización se destacan la designación de un día fijo semanal destinado exclusivamente a los TAVI; la conformación de un equipo estable y dedicado, integrado siempre por los mismos médicos, técnicos y enfermeros del servicio; la designación de un responsable único para la gestión estructural del programa, evitando la rotación de responsabilidades entre distintos profesionales; la personalización del seguimiento de cada paciente mediante comunicación directa vía WhatsApp con el responsable del equipo de patología estructural; y el aprendizaje sistemático de los procesos administrativos de los financiadores, con el fin de comprender su lógica interna y optimizar la gestión de las solicitudes de autorización.

De este modo, antes de la fecha preestablecida como punto de inflexión, las medianas fueron de 338 días (RIC 220-512) para el intervalo primer contacto-implante, 320 días (RIC 185-455) para TC-implante, y 131 días (RIC 78-205) para solicitud-implante.

Por contraparte, en el período posterior, estas se redujeron a 138 días (RIC 110-180), 117 días (RIC 88-165) y 56 días (RIC 39-82), respectivamente, evidenciando una diferencia estadísticamente significativa en todos los casos ($p < 0,001$ para los tres intervalos). (Figura 1)

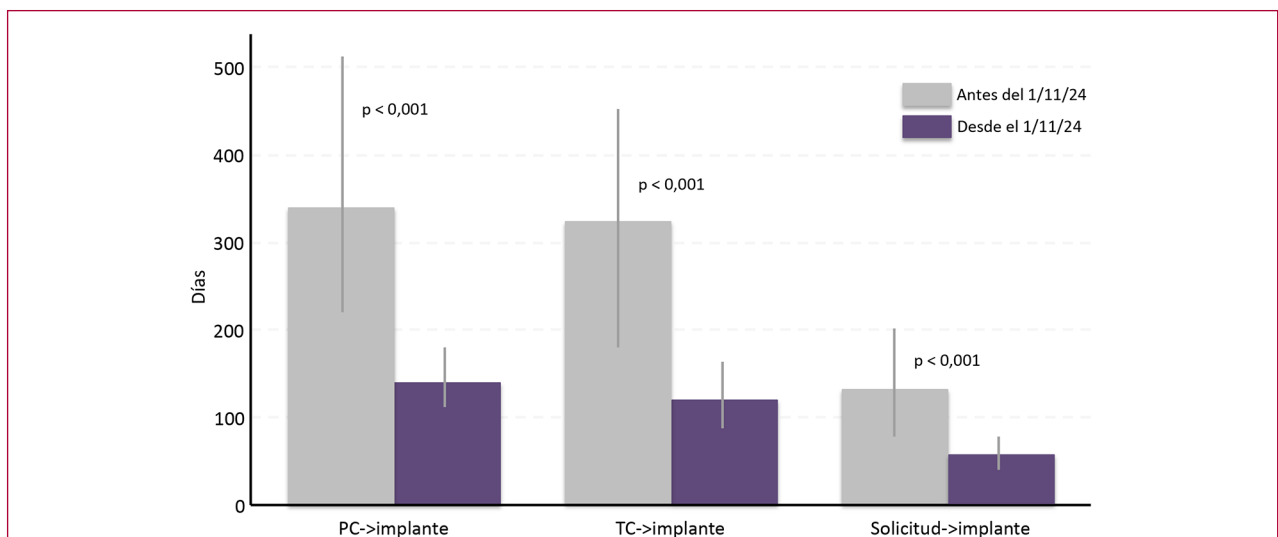
DISCUSIÓN

De acuerdo con nuestro conocimiento, este trabajo constituye el primer análisis multicéntrico realizado en Argentina que evalúa de manera sistemática los tiempos asistenciales del proceso diagnóstico-terapéutico previo a la realización de un TAVI en el ámbito sanitario argentino. Nuestros hallazgos evidencian que las demoras entre las distintas etapas del circuito asistencial son considerables y que, tras la implementación de una reorganización institucional de los flujos administrativos y clínicos, se logró una reducción significativa y sostenida de los tiempos hasta el procedimiento.

Estos resultados son coherentes con reportes internacionales que señalan que los tiempos de espera prolongados entre la decisión terapéutica y el implante constituyen un desafío creciente en la práctica real del TAVI, en particular en sistemas de salud con limitaciones de cobertura o financiamiento parcialmente estatal. (7-9) Estudios recientes demostraron que los factores socioeconómicos y estructurales de los sistemas sanitarios influyen de manera directa en el acceso y en los plazos de realización del procedimiento, generando desigualdades entre regiones y tipos de cobertura. (10,13) En este sentido, los datos de nuestra cohorte confirman que las barreras logísticas y administrativas pueden constituir un determinante mayor de las demoras, incluso en contextos con experiencia consolidada en intervencionismo estructural.

La marcada disminución observada en los intervalos PC-implante, TC-implante y solicitud de

Fig. 1. Análisis de los intervalos de tiempo preespecificados previos al TAVI, y diferencias en relación con la fecha de inflexión



PC: primer contacto médico; TC: tomografía computarizada
 Datos expresados como mediana (rango intrcuartilico)

válvula-implante posterior a la reorganización institucional sugiere que la optimización de los procesos internos puede tener un impacto inmediato sobre la eficiencia asistencial. En particular, la coordinación más estrecha entre los equipos clínicos, administrativos y los financiadores (principalmente PAMI e IOMA) permitió acortar significativamente las etapas de autorización, provisión y programación del procedimiento. Este hallazgo subraya la importancia de las estrategias de gestión sanitaria integradas, que no requieren necesariamente inversiones tecnológicas adicionales, sino una mejora en la articulación interinstitucional y en la definición de responsabilidades operativas. (14)

Este conjunto de estrategias, de bajo costo y alta efectividad, pone de manifiesto que la reorganización institucional centrada en las personas y los procesos puede ser tan o más impactante que la incorporación de nuevas tecnologías.

Por otro lado, el estudio aporta información valiosa sobre la realidad del acceso al TAVI en el sector sanitario argentino, donde la dependencia de los mecanismos de cobertura estatal y la burocracia administrativa suelen condicionar los tiempos de resolución terapéutica. En este contexto, la identificación de los puntos críticos del proceso, desde la indicación inicial hasta la disponibilidad efectiva de la prótesis valvular, puede orientar políticas sanitarias dirigidas a acelerar el acceso equitativo a terapias de alta complejidad.

El proceso que transcurre desde la decisión terapéutica de realizar un TAVI hasta la concreción del implante atraviesa múltiples etapas de alta complejidad administrativa, lo que en numerosas ocasiones se traduce en demoras prolongadas. En este sentido, se ha demostrado que la presencia de una figura coordinadora que lidere el programa de TAVI a nivel institucional puede asociarse con una mayor eficiencia organizacional, una reducción significativa de los tiempos asistenciales y mejores indicadores de satisfacción por parte de los pacientes, quienes además podrían beneficiarse de un seguimiento más estructurado durante el período post procedimiento. (15)

Si bien el presente trabajo no tuvo como objetivo evaluar el impacto clínico de las demoras asistenciales en las diferentes etapas del proceso, diversos estudios han sugerido que tiempos prolongados de espera pueden asociarse a una mayor morbimortalidad, tanto por progresión de la EA como por descompensación de comorbilidades durante el período pre procedimiento. (16) Dentro de la cohorte analizada, cinco pacientes con EA grave que habían iniciado el proceso de evaluación para TAVI presentaron eventos adversos durante el período de demora: uno sufrió un accidente cerebrovascular discapacitante, dos fallecieron por causa cardiovascular y dos interrumpieron el proceso administrativo antes de su finalización. Por lo antedicho, la reducción de los plazos observada en nuestra cohorte podría tener

implicancias clínicas favorables, que merecen ser exploradas en futuros estudios prospectivos. Vale resaltar que en la cohorte analizada se registró el uso de la VAB como estrategia puente al TAVI en una minoría de los casos. Su implementación, en algunos de estos pacientes, fue consecuencia directa de las prolongadas demoras administrativas, lo que constituye en sí mismo una limitación del sistema, considerando que la VAB conlleva riesgos procedimentales conocidos y ofrece un beneficio clínico transitorio, por lo que su uso como puente forzado por demoras evitables resulta inapropiado y debe ser descrito como una manifestación de la disfunción del circuito asistencial. A nivel internacional, su indicación se encuentra restringida a situaciones clínicas específicas y no como recurso habitual ante demoras administrativas. (17-20)

Las causas que podrían explicar estas demoras observadas son multifactoriales. Entre ellas se incluyen derivaciones que llegan con estudios complementarios incompletos o insuficientes para la toma de decisión terapéutica, demoras en la asignación de turnos ambulatorios y en la obtención de autorizaciones administrativas, dependencia de cuidadores en pacientes frágiles, así como barreras socioeconómicas y logísticas relacionadas con los traslados y las distancias geográficas. Asimismo, los cuellos de botella dentro del centro, propios de unidades no exclusivamente dedicadas al TAVI, se ven acentuados por la disponibilidad limitada de recursos, como un único angiógrafo, y por la necesidad de coordinar la presencia simultánea de equipos de anestesiología y cirugía vascular para la ejecución del procedimiento.

Finalmente, los hallazgos aquí presentados refuerzan la necesidad de desarrollar indicadores de calidad específicos para el proceso pre-TAVI, que permitan monitorear de forma continua los tiempos de acceso y facilitar comparaciones entre instituciones. La incorporación de estos indicadores a los registros nacionales o regionales de TAVI podría constituir una herramienta clave para promover la eficiencia, equidad y transparencia en el acceso a este tratamiento dentro del sistema de salud argentino y latinoamericano.

LIMITACIONES

El presente estudio presenta una serie de limitaciones que deben ser tenidas en consideración al momento de interpretar los resultados obtenidos. En primer lugar, se trata de un análisis de cohorte retrospectivo, basado en una muestra relativamente pequeña y circunscrita a tres centros asistenciales del Área Metropolitana de Buenos Aires, lo que podría limitar la extrapolación de los hallazgos a otros contextos institucionales o regiones del país con distinta infraestructura sanitaria.

En segundo término, la totalidad de los pacientes incluidos corresponde a centros asistenciales públi-

cos y de medicina social, con cobertura mayoritaria de PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) e IOMA (Instituto de Obra Médico Asistencial). Esta característica poblacional constituye una limitación relevante para la generalización de los hallazgos: los tiempos asistenciales descriptos reflejan la dinámica específica de estos financiadores, cuya burocracia administrativa y exigencias de documentación para la autorización y provisión del dispositivo difieren sustancialmente de la de los seguros privados o de medicina prepaga. En Argentina, es probable que en centros con predominio de cobertura privada los intervalos entre la decisión terapéutica y el implante sean significativamente menores, dado que los circuitos de aprobación suelen ser más ágiles y menos documentalmente exigentes. Por otra parte, si bien el predominio de PAMI en la cohorte refleja fielmente la realidad epidemiológica de la EA grave en Argentina, enfermedad predominante del adulto mayor con cobertura estatal, sería deseable contrastar estos resultados con series provenientes de centros con mayor diversidad de esquemas de cobertura, a fin de delimitar con mayor precisión el peso relativo de los factores administrativos dependientes del financiador versus los factores institucionales propios de cada centro.

Finalmente, el estudio no fue diseñado para evaluar el impacto clínico directo de las demoras asistenciales sobre los resultados post-TAVI, por lo que los hallazgos deben interpretarse principalmente como una evaluación organizacional y de eficiencia del sistema más que como un análisis de desenlaces clínicos adversos.

Pese a estas limitaciones, el presente estudio aporta información novedosa y representativa de la práctica clínica real en el ámbito sanitario argentino, identificando oportunidades concretas de mejora en la gestión del proceso preprocedimiento.

CONCLUSIONES

Este estudio observacional de pacientes pertenecientes a nuestra región demostró que los tiempos asistenciales previos al procedimiento de TAVI presentan una notable variabilidad, con demoras significativas entre las distintas etapas del proceso. La implementación de una reorganización institucional de los circuitos asistenciales, establecida a partir de noviembre de 2024, se asoció con una reducción sustancial y estadísticamente significativa en los tres intervalos analizados lo que sugiere una mejora progresiva en la eficiencia operativa y administrativa de los centros participantes.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses. (Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la Web).

BIBLIOGRAFIA

1. Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, Gottdiener JS, Scott CG, Enriquez-Sarano M et al. Burden of valvular heart diseases: a population-based study. *Lancet* 2006;368:1005–11. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69208-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69208-8)
2. Ambrosy AP, Go AS, Leong TK, Garcia EA, Chang AJ, Slade JJ, et al. Temporal trends in the prevalence and severity of aortic stenosis within a contemporary and diverse community-based cohort. *Int J Cardiol* 2023;384:107–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2023.04.047>
3. Leon MB, Smith CR, Mack M, Miller DC, Moses JW, Svensson LG, et al. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. *N Engl J Med* 2010;363:1597–607. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1008232>
4. Leon MB, Smith CR, Mack MJ, Makkar RR, Svensson LG, Kodali SK, et al. Transcatheter or Surgical Aortic-Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients. *N Engl J Med* 2016;374:1609–20. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1514616>
5. Mack MJ, Leon MB, Thourani VH, Makkar R, Kodali SK, Russo M, et al. Transcatheter Aortic-Valve Replacement with a Balloon-Expandable Valve in Low-Risk Patients. *N Engl J Med* 2019;380:1695–705. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1814052>
6. Aktaa S, Ali N, Ludman PF, Goodwin AT, Hildick-Smith D, Kharbanda RK, et al. Geographical Inequality in Access to Aortic Valve Intervention in England: A Report from the UK Transcatheter Aortic Valve Implantation Registry and National Adult Cardiac Surgery Audit. *Interv Cardiol* 2024;19. <https://doi.org/10.15420/icr.2024.19>
7. Zaheer A, Qiu F, Manoragavan R, Sud M, Mamas MA, Wijesundera HC, et al. Impact of Neighborhood Social Deprivation on Delays to Access for Transcatheter Aortic Valve Replacement: Wait-Times and Clinical Consequences. *J Am Heart Assoc* 2024;13:32450. <https://doi.org/10.1161/JAHA.123.032450>
8. Hewitson LJ, Cadiz S, Al-Sayed S, Fellows S, Amin A, Asimakopoulou G, et al. Time to TAVI: streamlining the pathway to treatment. *Open Heart* 2023;10:e002170. <https://doi.org/10.1136/openhrt-2022-002170>
9. Miranda RN, Qiu F, Manoregavan R, Austin PC, Naimark DMJ, Fremes SE, et al. Transcatheter Aortic Valve Implantation Wait-Time Management: Derivation and Validation of the Canadian TAVI Triage Tool (CAN3T). *J Am Heart Assoc* 2024;13(5):e033768. <https://doi.org/10.1161/JAHA.123.033768>
10. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013;310:2191–2194. doi:10.1001/jama.2013.281053
11. Wong B, Armstrong G, El-Jack S, To A. A Decade of Transcatheter Aortic Valve Implantation in New Zealand: Growth and Inequalities. *Heart Lung Circ* 2021;30:540–6. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2020.08.025>
12. Farwati M, Saad AM, Jain V, Ahuja KR, Bansal A, Gad MM, et al. Impact of Economic Status on Utilization and Outcomes of Transcatheter Aortic Valve Implantation and Mitraclip. *Am J Car*
13. Zhou J, Nanayakkara S, Johnston R, Gardner E, Min Htun N, Palmer S, et al. Association of socioeconomic status with clinical characteristics, care quality and outcomes in patients undergoing transcatheter aortic valve implantation. *Int J Cardiol Heart Vasc* 2024;55:101561. <https://doi.org/10.1016/j.ijcha.2024.101561>
14. Aktaa S, Ali N, Ludman PF, Curzen N, Goodwin AT, Hildick-Smith D, et al. Geographical Inequality in Access to Aortic Valve Intervention in England: A Report from the UK Transcatheter Aortic Valve Implantation Registry and National Adult Cardiac Surgery Audit. *Interv Cardiol* 2024;19:e15. <https://doi.org/10.15420/icr.2024.19>
15. Hewitson LJ, Cadiz S, Al-Sayed S, Fellows S, Amin A, Asimakopoulou G et al. Time to TAVI: streamlining the pathway to treatme, nt. *Open Heart* 2023;10(2). <https://doi.org/10.1136/openhrt-2022-002170>
16. Bohmann K, Burgdorf C, Zeus T, Joner M, Alvarez H, Berning KL, et al. The COORDINATE Pilot Study: Impact of a Transcatheter

Aortic Valve Coordinator Program on Hospital and Patient Outcomes. *J Clin Med* 2022;11(5). <https://doi.org/10.3390/jcm11051205>

17. Elbaz-Greener G, Masih S, Fang J, Ko DT, Lauck SB, Webb JG, et al. Temporal Trends and Clinical Consequences of Wait Times for Transcatheter Aortic Valve Replacement. *Circulation* 2018;138:483–93. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.033432>

18. Nwaejike N, Mills K, Stables R, Field M. Balloon aortic valvuloplasty as a bridge to aortic valve surgery for severe aortic stenosis. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2015;20(3):429–35. <https://doi.org/10.1093/icvts/ivv398>

19. Writing Committee Members; Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd, Gentile F, et al. 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2021;77:450-500. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.035>

20. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, Milojevic M, Baldus S, Bauersachs J, et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J* 2022;43:561–632. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab395>