

Cuando el problema no es la válvula: las demoras asistenciales como determinantes de la atención en estenosis aórtica grave

When the Problem Isn't the Valve: Delays in Care as Determinants of Access to Treatment in Severe Aortic Stenosis

CARLOS SZTEJFMAN¹ 

La historia reciente del tratamiento de la estenosis aórtica grave ha estado marcada por avances tecnológicos extraordinarios. La expansión del implante valvular aórtico transcathéter (TAVI) modificó de manera profunda el abordaje de una enfermedad que, durante décadas, estuvo limitada a la cirugía convencional y al manejo paliativo de pacientes considerados inoperables. Los resultados clínicos obtenidos en diferentes escenarios de riesgo quirúrgico consolidaron al TAVI como una terapia eficaz, segura y cada vez más accesible.

Sin embargo, a medida que se ha logrado optimizar el procedimiento, surge una pregunta menos visible pero igualmente trascendente: ¿qué ocurre entre el momento en que se toma la decisión terapéutica y el día en que el paciente finalmente recibe la válvula?

La pregunta rara vez ocupa un lugar central en los congresos o en las publicaciones científicas. Habitualmente se analizan tasas de éxito, complicaciones vasculares, necesidad de marcapasos o mortalidad, mientras que los procesos administrativos, las autorizaciones, la coordinación institucional y las dificultades logísticas permanecen en un segundo plano. No obstante, para muchos pacientes, estas variables terminan siendo tan determinantes como la propia técnica del procedimiento.

El trabajo presentado por Chiminela y colaboradores (1) aporta una perspectiva particularmente valiosa al abordar precisamente este aspecto poco explorado de la atención cardiovascular. A través de la experiencia multicéntrica de tres instituciones argentinas, los autores describen de manera sistemática los tiempos que transcurren entre distintas etapas del proceso diagnóstico-terapéutico y la realización efectiva del TAVI. Sus hallazgos muestran que las demoras pueden extenderse durante varios meses desde el contacto con el especialista y hasta el día del implante, reflejando la complejidad administrativa y organizativa que caracte-

riza a numerosos sistemas sanitarios de nuestra región; demoras estas que pueden no ser inocuas.

Quizás el aspecto más relevante del estudio no sea únicamente la magnitud de las demoras observadas, sino la demostración de que estas pueden reducirse significativamente mediante intervenciones organizativas relativamente simples. La implementación de circuitos asistenciales más estructurados, como la designación de un día fijo semanal para los procedimientos, la conformación de un equipo estable y dedicado, la asignación de un responsable único del programa y el seguimiento personalizado de cada paciente se asoció con una reducción sustancial de los tiempos de espera.

Este hallazgo posee una enorme trascendencia práctica. En un contexto sanitario frecuentemente condicionado por limitaciones presupuestarias, resulta tentador asumir que toda mejora en los resultados depende de la incorporación de nuevas tecnologías o de mayores recursos económicos. Sin embargo, la experiencia presentada demuestra que la optimización de los procesos puede generar beneficios relevantes incluso sin modificaciones significativas de la infraestructura disponible.

Esta conclusión encuentra un sólido respaldo en la evidencia internacional. Hewitson y colaboradores demostraron que la implementación de una vía de derivación con evaluación local y completa del paciente en un centro no quirúrgico, en lugar del modelo tradicional centrado en el centro terciario, redujo el tiempo medio desde la derivación hasta el TAVI de 126 a 32 días ($p < 0,001$), y elevó la tasa de aceptación para el procedimiento del 49,5 % al 97,8 %. (2) La clave de esa transformación no residió en nuevas tecnologías sino en la reorganización del flujo asistencial: *triage* directo por cardiólogos especializados, protocolización de los estudios complementarios a nivel local y coordinación estrecha con el equipo del centro de referencia. Si

REV ARGENT CARDIOL 2026;94:181-182. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i3.21020>

VER ARTÍCULO RELACIONADO: Rev Argent Cardiol 2026;94:189-195. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i3.21003>



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

©Revista Argentina de Cardiología

¹Hospital Central de Pilar. Pilar Buenos Aires

bien el contexto del *National Health Service* (NHS) británico difiere sustancialmente del sistema sanitario argentino, la lección organizacional es plenamente trasladable: las barreras que más demoran el acceso al TAVI no son técnicas sino sistémicas, y su corrección está al alcance de cualquier institución con voluntad de reorganización.

La discusión adquiere una importancia adicional cuando se considera la historia natural de la estenosis aórtica grave sintomática. Diversos estudios han demostrado que la demora en la resolución terapéutica puede asociarse con deterioro clínico progresivo, hospitalizaciones recurrentes e incluso muerte antes de la intervención. El dato internacional más contundente en este sentido proviene del contexto del NHS: en 2019 se registraron 299 muertes en pacientes en lista de espera para TAVI en el Reino Unido, lo que –extrapolado al total de centros– equivaldría a más de 500 muertes potencialmente evitables. (2) En este contexto, los tiempos de espera dejan de ser una mera variable administrativa para transformarse en un verdadero indicador de calidad asistencial.

Otro aspecto destacable del trabajo de Chiminela y colaboradores es que pone en evidencia una realidad compartida por numerosos centros latinoamericanos. Las dificultades relacionadas con autorizaciones, financiamiento, provisión de dispositivos y coordinación interinstitucional representan desafíos cotidianos que rara vez son cuantificados de manera objetiva. La generación de evidencia local resulta fundamental para comprender la magnitud del problema y diseñar estrategias adaptadas a las particularidades de cada sistema de salud.

Más allá de sus limitaciones metodológicas inherentes a su diseño retrospectivo, al número de centros participantes y a la población predominantemente cubierta por financiadores estatales, este estudio abre una línea de investigación de enorme interés para la cardiología estructural contemporánea. Así como existen indicadores estandarizados para evaluar la calidad técnica de los procedimientos, probablemente haya llegado el momento de desarrollar métricas específicas que permitan medir y comparar la eficiencia de los circuitos asistenciales que conducen al TAVI. Su incorporación a los registros nacionales o regionales podría transformarse en una herramienta de política sanitaria de primer orden. Cabe señalar que desde la realización de este estudio los tiempos de aceptación para la provisión de válvulas han disminuido de manera considerable, lo que representa un avance significativo en el acceso oportuno al tratamiento.

La pregunta que emerge naturalmente es si, ante la imposibilidad de eliminar por completo las demoras, es posible al menos gestionarlas con mayor inteligencia.

En ese sentido, una contribución reciente de Miranda y colaboradores apunta precisamente en esa dirección.(3) A partir de una cohorte poblacional de más de 13 000 pacientes en lista de espera para TAVI en Ontario, Canadá, los autores desarrollaron y validaron el Canadian TAVI Triage Tool (CAN3T), una herramienta de estratificación de riesgo que estima la probabilidad individual de muerte, hospitalización o TAVI urgente durante la espera, y recomienda un tiempo máximo de espera personalizado para cada paciente. En esa cohorte, más del 33% de los pacientes en lista sufrieron al menos una hospitalización y el 4,5% falleció antes de recibir el procedimiento. El CAN3T no pretende reemplazar la reorganización de los circuitos asistenciales, sino complementarla: una vez reducidos los tiempos con medidas organizacionales, herramientas como esta permiten priorizar a quienes menos pueden permitirse esperar. Es el paso lógico que sigue al diagnóstico que ofrece el trabajo de Chiminela y colaboradores.

En definitiva, el trabajo efectuado por nuestros colegas, que muestra una parte de la realidad argentina nos recuerda una enseñanza fundamental: en medicina cardiovascular moderna, la excelencia no depende únicamente de la tecnología disponible ni de la pericia técnica de los operadores. También depende de la capacidad de los sistemas de salud para garantizar que el paciente adecuado reciba el tratamiento adecuado en el momento adecuado.

En ocasiones, la distancia más difícil de recorrer no es la que separa el ventrículo izquierdo de la aorta, sino la que existe entre una indicación médica correctamente establecida y la llegada efectiva de la válvula al paciente que la necesita.

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara que no tiene conflicto de intereses.

(Véase formulario de conflicto de intereses del autor en la Web).

BIBLIOGRAFÍA

1. Chiminela F, Martín B, Jubany G, Fernández C, Artunduaga G, Paliza Sequeiros J, y cols. Análisis de las demoras administrativas y financieras en el proceso hacia el implante valvular aórtico transcáter: experiencia del mundo real en Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2026;94:189-95. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i3.21003>
2. Hewitson LJ, Cadiz S, Al-Sayed S, Fellows S, Amin A, Asimakopoulos G, et al. Time to TAVI: streamlining the pathway to treatment. *Open Heart* 2023;10:e002170. <https://doi.org/10.1136/openhrt-2022-002170>
3. Miranda RN, Qiu F, Manoragavan 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:e033768. <https://doi.org/10.1161/JAHA.123.033768>