

3 min de lectura

NÚMERO 3 DE 52 Semana 3

Estenosis aórtica severa y fractura de cadera: el dilema que no espera

¿Opera la válvula primero o la cadera?

Dr. Henry De Las Salas

Especialista **Cardiología Geriátrica · UNAM**

[@dr.delassalas](#)

Dir. GT Cardiogeriatría **SIAC**

Prof. Aux. **UDD**

Geriatra **Clínica Alemana Chile**

Autor en **Libro Cardiogeriatría SIAC**



EA severa + fractura de cadera: ¿cuándo operar? / El dilema que no espera: ¿operar primero?

• CASO DE LA SEMANA

Mujer de 84 años. Fractura de cadera tras caída. EA severa conocida (gradiente medio 52 mmHg), fragilidad severa (CFS 6), HTA y ERC estadio 3 (TFGe 42 mL/min). Asintomática hasta la caída. El traumatólogo quiere operar mañana. El cardiólogo pide esperar. La familia no entiende.

¿Operamos la cadera ya con monitorización, o la válvula primero?

→ La respuesta está en las claves 2, 3 y 4.

• CLAVES CLÍNICAS

- EA severa: mortalidad a 30 días 12–14% en fractura de cadera — 3 a 4 veces mayor que sin EA. A 1 año la mortalidad alcanza el 50% (Keswani 2016; Rostagno 2019)
- Estratifica por síntomas Y severidad valvular antes de decidir: asintomático sin alto riesgo → cirugía ortopédica con monitorización. Sintomático o EA extrema ($V_{max} > 5$ m/s, gradiente > 60 mmHg) → intervención valvular primero
- TAVI minimista transfemoral: estrategia de elección: sedación consciente, alta en 24–72 h, permite cirugía de cadera en la misma hospitalización. Alta precoz en 80% de pacientes de alto riesgo (Vancouver 3M TAVR — JACC 2019)
- Valvuloplastia aórtica con balón (BAV): puente, no solución: reestenosis hasta 80% a 6 meses, sin beneficio en supervivencia a largo plazo. Sólo como puente a TAVI/SAVR. Contraindicada en insuficiencia aórtica significativa
- Retrasar la cirugía de cadera > 4 días multiplica mortalidad 2.5x: el objetivo del equipo multidisciplinario es reducir el tiempo a cirugía — no eliminarlo (Moran et al. 2005 — JBJS)

Control de ritmo precoz en FA + IC: ablación con catéter en FA + ICFe reduce mortalidad 47% y reingresos por IC 44% — incluso en mayores con multimorbilidad (CASTLE-AF — NEJM 2018)



PERLA CLÍNICA

"En EA severa y fractura de cadera, el mayor riesgo no es operar — es la parálisis por decisión."

— Terré et al., JACC Advances 2024

• ESTUDIO EN 1 MINUTO

| Terré et al. 2024 · JACC Advances · State-of-the-Art Review

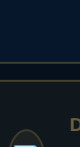
Revisión sistemática de todas las estrategias (BAV, SAVR, TAVI, cirugía directa) en EA severa y fractura de cadera aguda. Propone protocolo tiempo-dependiente multidisciplinario con TAVI minimista transfemoral en pacientes seleccionados. Tiempo objetivo a cirugía de cadera: menos de 36 horas desde el TAVI.

Traducción práctica: forma el equipo antes de que llegue este paciente — traumatología, cardiología intervencionista, anestesia y geriatría. El protocolo se monta antes del caso, no durante.

• LA EVIDENCIA

- Terré et al. 2024 — JACC Advances (EA severa y fractura de cadera)
 - Keswani et al. 2016 — Injury (EA y outcomes en fractura de cadera)
 - Wood et al. 2019 — JACC Intv (Vancouver 3M TAVR Study)
 - Moran et al. 2005 — J Bone Joint Surg (tiempo a cirugía)
- Marrouche et al. 2018 — NEJM (CASTLE-AF, ablación en FA + IC)

COMPARTE AHORA



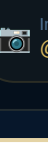
Un colega con este paciente lo necesita hoy. Reenvía — puede cambiar una decisión clínica.



DESCARGA EL NEWSLETTER COMPLETO

www.drdelassalas.com

Gratis · Para médicos · Sin registro



PRÓXIMAMENTE

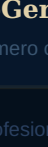
Este caso llega al podcast y canal de YouTube.

[@dr.delassalas](#)



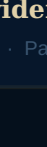
Canal principal

WhatsApp



Podcast

DIVULGER



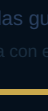
YouTube

[@dr.delassalas](#)



Instagram & TikTok

[@dr.delassalas](#)



Sitio web

drdelassalas.com



ÚNETE AL CANAL

Escanea y accede al canal de WhatsApp

CardioGeriatría con evidencia

Nuevo número cada lunes · Gratis · Para médicos