Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 262

Revista Española de Cardiología

11. ANÁLISIS DE VIDA REAL DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL IMPLANTE DE LA VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA TRANSCATÉTER AUTOEXPANDIBLE ACURATE NEO

Rocío Parrilla-Linares[1], Jesús López-Muñoz[2], Elena Sola-García[2], Ricardo Francisco Rivera-López[1] y Eduardo Molina-Navarro[1]

[1]Unidad de Hemodinámica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España y[2]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El reemplazo valvular aórtico con válvula percutánea transcatéter (TAVI) se está convirtiendo en el tratamiento de elección de la estenosis aórtica grave, extendiéndose a grupos etarios y de riesgo quirúrgico cada vez menores. Nuestro objetivo fue describir y analizar la experiencia en nuestro centro con la válvula ACURATE neo, evaluando su eficacia y seguridad a corto y medio plazo.

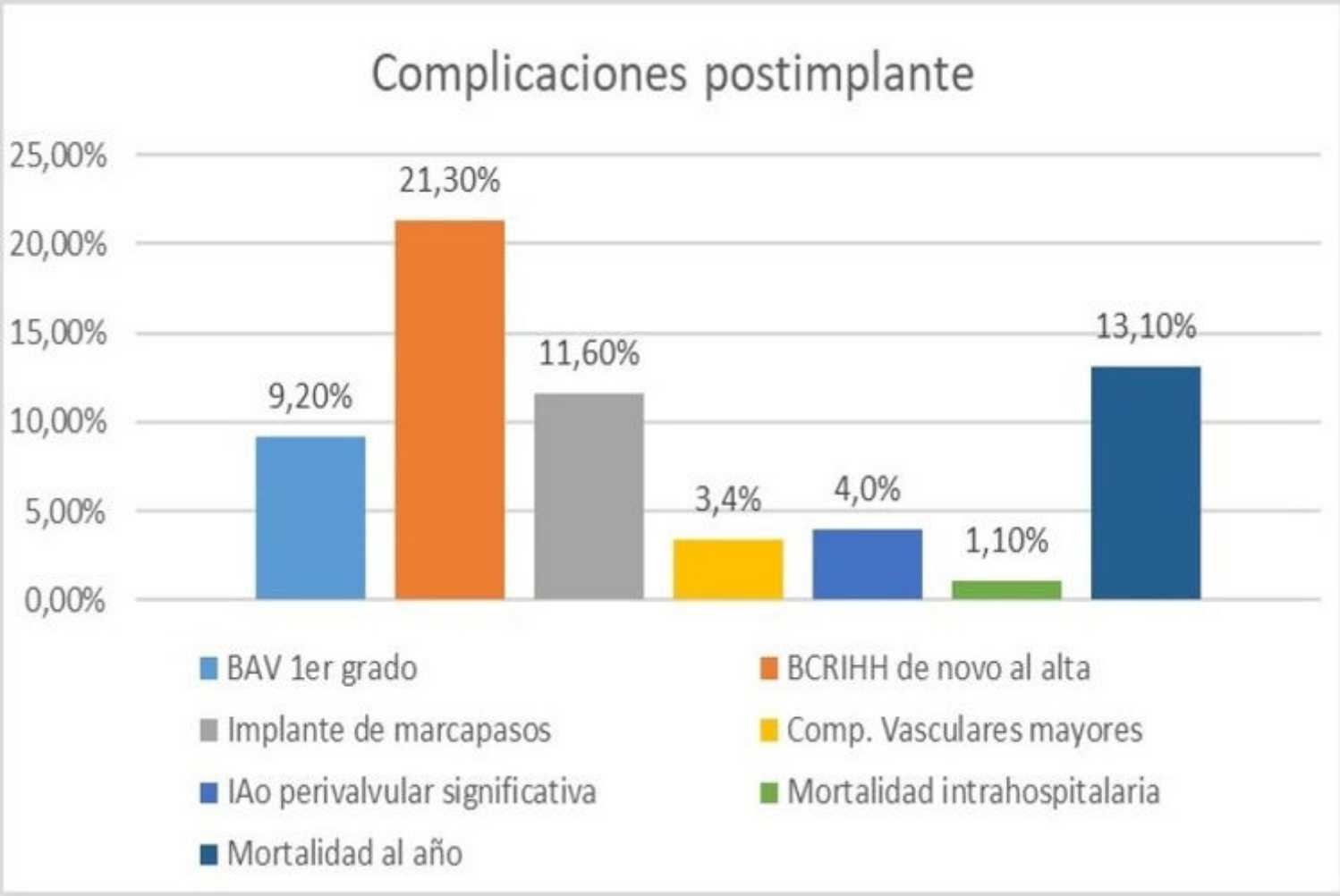
Métodos: Estudio unicéntrico prospectivo donde se analizaron 175 pacientes consecutivos con implante de TAVI ACURATE neo (119 con neo y 56 neo2) por estenosis aórtica grave con indicación de recambio valvular desde junio de 2017 hasta octubre de 2022. Para ello se evaluaron sus resultados inmediatos durante el ingreso y durante el primer año de seguimiento.

Resultados: Características basales en tabla. Hubo una tasa de éxito del 94,9%. La mortalidad hospitalaria fue del 1,1%. Hubo un 3,4%de complicaciones vasculares mayores, un 1,1% taponamiento y un 0,6% de ictus, tromboembolismo pulmonar, infarto agudo de miocardio y *shock* cardiogénico. Se presentó *leak* perivalvular significativo en un 4%. Hubo un 21,3% de bloqueo completo de rama izquierda (BCRIHH) *de novo* y el 11,6% precisó implante de marcapasos (IMP): 9% por bloqueo auriculoventricular (BAV) completo y 2,6% por bloqueo alternante de rama. Al año de seguimiento se apreció mejoría de la clase funcional (61% en NYHA III-IV antes del implante y 91% en NYHA I-II tras el mismo). La mortalidad global al año fue del 13,1%, siendo por causa cardiovascular el 10,9%. Se identificó 1 BCRIHH *de novo* y 1 endocarditis en el seguimiento. No hubo más casos de BAV avanzado que requiriese IMP ni progresión en el grado de *leak*. No se constató aumento significativo de los gradientes valvulares pico (16 ± 4 mmHg) y medio (9 ± 3 mmHg) al final del seguimiento. La incidencia de *leak* moderado-grave fue menor con la nueva ACURATE neo2 (1,8%) vs neo (5%), sin alcanzar significación estadística (p = 0,31).

Características basales	n = 175
Edad	80,5 ± 5,9
Sexo (mujer)	60% (105)

IMC (kg/m^2)	29 ± 4,8
Hipertensión arterial	88% (154)
Dislipemia	62,3% (109)
Diabetes mellitus	45,7% (80)
Arteriopatía periférica	8% (14)
Cardiopatía isquémica previa	24,6% (43)
Ictus previo	6,9% (12)
Fibrilación auricular	37,7% (66)
Portador de marcapasos	10,3% (18)
EuroSCORE II logístico (%)	3,2 ± 1,3
Clase funcional NYHA III o IV	61,1% (107)
BNP previo	316 ± 1835
FG previo (ml/min)	57 ± 21,3
BAV primer grado	12% (21)
BCRIHH previo	6,3% (11)
Bloqueo bifascicular previo (BCRDHH+HBAIHH)	3,4% (6)
FEVI basal (%)	57 ± 10

IMC: índice de masa corporal; NYHA: *New York Heart Association*; BNP: péptido natriurético cerebral; FG: filtrado glomerular; BAV: bloqueo auriculoventricular; BCRIHH: bloqueo completo de rama izquierda del haz de His; BCRDHH: bloqueo completo de rama derecha del haz de His; HBAIHH: hemibloqueo anterior del haz de His; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.



Complicaciones posimplante.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la TAVI ACURATE neo se muestra segura y eficaz, con una tasa muy baja de mortalidad y complicaciones mayores. El nuevo modelo ACURATE neo2 tiene una tasa claramente inferior de regurgitación periprotésica significativa, precisando estudios con más número de pacientes para confirmar esta apreciación.