



5022-5. HEMÓLISIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE TRATADOS CON TAVI. ¿MARCADOR PRONÓSTICO DE RESULTADOS A CORTO PLAZO TRAS EL PROCEDIMIENTO?

Gloria María Heredia Campos¹, Rafael González Manzanares¹, Soledad Ojeda Pineda¹, Adriana Resúa Collazo¹, Consuelo Fernández-Avilés Irache¹, Jorge Perea Armijo¹, Isabel Pozuelo Expósito², Francisco José Hidalgo Lesmes¹, Daniel Pastor Wulf¹, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejada¹, Ana María Rodríguez Almodóvar¹, Dolores Mesa Rubio¹, Juan Antonio Moreno Gutiérrez² y Manuel Pan Álvarez-Osorio¹

¹Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España y ²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La hemólisis subclínica está presente en hasta una quinta parte de los pacientes portadores de una prótesis valvular aórtica (TAVI). No obstante, se desconoce qué porcentaje de pacientes tienen hemólisis previa al procedimiento y su implicación en los resultados inmediatos tras el procedimiento. **Objetivo:** evaluar la incidencia de hemólisis en pacientes con estenosis aórtica (EAo) grave que van a ser sometidos a TAVI y su asociación con los resultados clínicos posprocedimiento inmediatos y a 30 días. Secundariamente, examinar los factores clínicos, analíticos y ecocardiográficos asociados a la hemólisis.

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron 301 pacientes con EAo grave e indicación de TAVI. Se obtuvieron datos clínicos, analíticos y ecocardiográficos antes de TAVI (situación basal) y resultados del procedimiento y a los 30 días. La hemólisis se definió como LDH > 220 U/l y > 2 de los siguientes: hemoglobina 13,8 g/dL (hombres) o 12,4 g/dL (mujeres), haptoglobina 2% y/o presencia de esquistocitos en sangre periférica. El objetivo primario fue un compuesto de muerte, infarto agudo de miocardio, taponamiento cardíaco, embolismo, sangrado mayor, ictus, complicación vascular, complicación renal, necesidad de implante de marcapasos y descompensación de insuficiencia cardíaca a los 30 días seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 301 pacientes con EAo grave que iban a ser sometidos a TAVI, la mediana de edad fue de 80 años [RI 76-84], con un 49% de mujeres y una alta carga de comorbilidades con un 87% de hipertensión arterial, un 38% de diabetes, 55% de enfermedad renal crónica, un 26% de fibrilación auricular, un 24% de enfermedad coronaria, un 7,6% de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y un 4,7% de accidentes cerebrovasculares previos, la mayoría presentaban una clase funcional NYHA II (57%) o III (31%). Presentaron hemólisis 18 pacientes (6%). La hemólisis se asoció de forma significativa al *endpoint* primario (21 vs 44%, $p = 0,037$) (OR 3,11 (IC95% 1,15-8,01, $p = 0,002$). No encontramos diferencias en las características clínicas basales de los pacientes que presentaban o no hemólisis. Los factores predictores de hemólisis fueron el gradiente medio [47 (42-58) vs 55 (49-65), $p = 0,043$] y el grosor del septo interventricular [13 (12-15) vs 16 (13-17), $p = 0,012$].



Complicaciones a los 30 días en los grupos con y sin hemólisis.

Conclusiones: La hemólisis estuvo presente en un pequeño porcentaje (6%) de los pacientes con EAo grave que iban a ser tratados mediante TAVI, siendo más frecuente en aquellos con mayor gradiente transaórtico e hipertrofia ventricular y asociándose a peores resultados clínicos a 30 días.