



## 6001-678. EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON MARCAPASOS DEFINITIVO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

Miguel Puentes Chiachío, Soledad Ojeda Pineda, Francisco Mazuelos Bellido, María Luisa Peña Peña, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejada, Manuel Pan Álvarez-Ossorio, Alfonso Medina Fernández-Aceytuno y José Suárez de Lezo Cruz-Conde del Servicio de Cardiología del Hospital Reina Sofía, Córdoba y Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

### Resumen

**Introducción:** La implantación de válvula aórtica percutánea (TAVI) puede inducir defectos severos de la conducción auriculoventricular en un 20-30% de los pacientes. La estimulación permanente del ventrículo derecho (VD) afecta al remodelado del ventrículo izquierdo (VI) así como a la evolución clínica de estos pacientes. Analizamos la influencia de la estimulación permanente del VD en la evolución clínica de pacientes tras TAVI.

**Métodos:** De abril de 2008 y diciembre de 2011, 153 pacientes con estenosis aórtica grave se trataron con prótesis CoreValve. 5 pacientes con marcapasos previo fueron excluidos del análisis; 120 pacientes (81%) no desarrollaron defectos significativos de la conducción (grupo 1), y 28 (19%) presentaron bloqueo AV completo en las primeras 72 horas tras el procedimiento por lo que se les implantó un marcapasos definitivo (grupo 2). El seguimiento fue de  $16 \pm 12$  meses. Se definieron eventos mayores la muerte por cualquier causa, el ictus y el reingreso por insuficiencia cardíaca congestiva (ICC).

**Resultados:** La edad media fue  $78 \pm 5$  años. No hubo diferencias entre los grupos en los datos clínicos basales, hemodinámicos ni angiográficos. Los varones (27% vs 13%;  $p = 0,05$ ) y aquellos con bloqueo de rama derecha previo (66% vs 11%;  $p = 0,05$ ) necesitaron marcapasos permanente con mayor frecuencia. Ambos grupos recibieron tratamiento similar, sin diferencias respecto al tamaño de válvula, profundidad en el tracto de salida del VI o necesidad de posdilatación. El procedimiento fue exitoso en 107 pacientes (89%) en el grupo 1 y en 25 pacientes (89%) en el grupo 2 ( $p = ns$ ). Hubo 9 muertes intrahospitalarias (7,5%) en el grupo 1, vs 2 (7,1%) en el grupo 2 ( $p = ns$ ). Hubo 8 muertes en el seguimiento (7%) en el grupo 1 vs 4 (15%) en el grupo 2 ( $p = ns$ ). La incidencia de ictus fue 3,3% (4 pacientes) en el grupo 1 vs 3,6% (1 paciente) en el grupo 2 ( $p = ns$ ). La tasa de reingresos por ICC fue 5,8% (7 pacientes) en el grupo 1 vs 10,7% (3 pacientes) en el grupo 2 ( $p = ns$ ). La supervivencia libre de eventos mayores a 2 años fue 69% en el grupo 1 vs 63% en el grupo 2 ( $p = ns$ ).

**Conclusiones:** A pesar de los efectos adversos que la estimulación permanente de VD tiene sobre el remodelado del VI, la evolución clínica de estos pacientes es similar a la de aquellos que mantienen intacta la conducción AV tras la TAVI.