



5029-5. IMPACTO DE LA INHIBICIÓN DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA TRAS IMPLANTE TRANSCATÉTER VALVULAR AÓRTICO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO RASTAVI

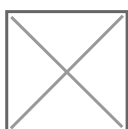
Ignacio J. Amat Santos¹, Tania Rodríguez-Gabella¹, Pablo Catalá¹, Antonio Muñoz-García², Luis Nombela-Franco³, Raquel del Valle Fernández⁴, Enrique Gutiérrez⁵, Ander Regueiro Cueva⁶, Víctor A. Jiménez-Díaz⁷, Fernando Rivero⁸, José Antonio Fernández-Díaz⁹, Kateryna Lazareva¹, Fabián Julca¹, Itziar Gómez¹ y José Alberto San Román Calvar¹, del ¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, ³Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ⁴Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), ⁵Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ⁶Hospital Clínic, Barcelona, ⁷Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), ⁸Hospital Universitario de La Princesa, Madrid y ⁹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Múltiples estudios han demostrado los beneficios del implante de prótesis aórtica transcáteter (TAVI) en pacientes con estenosis aórtica (EA), pero la presencia de fibrosis e hipertrofia miocárdica persistentes se ha relacionado con peor pronóstico. Nuestro objetivo fue explorar el potencial beneficio de los inhibidores del sistema renina-angiotensina (RASi) en los resultados clínicos y en el remodelado ventricular tras implante exitoso de TAVI.

Métodos: Se incluyeron pacientes de 10 instituciones con EA grave sometidos a TAVI entre agosto de 2007 y agosto de 2017. Todos los datos basales se registraron prospectivamente y los pacientes fueron seguidos de acuerdo a un protocolo preespecificado. Se registró la dosis y tipo de RASi prescrito y se realizó un análisis emparejado de acuerdo a la toma o no de dichos fármacos al alta.

Resultados: Se incluyeron 2.785 pacientes. Los tratados con RASi (n = 1.622) presentaron similares escalas de riesgo quirúrgico (EuroSCORE II: 4,1 [2,8-7,1] frente a 4,0 [2,7-6,5], p = 0,135) pero mayor tasa de factores de riesgo cardiovascular, enfermedad coronaria e infarto de miocardio previos. Tras ajustar por las principales diferencias basales se observó una mayor reducción de los volúmenes ventriculares y de la hipertrofia ventricular izquierda así como menor mortalidad de causa cardiovascular a 3 años de seguimiento (OR = 0,59, IC95%: 0,41-0,87, p = 0,007) en los pacientes tratados con RASi. De hecho, el uso de RASi demostró un efecto de protección cardiovascular global con tasas significativamente menores de fibrilación auricular *de novo* (23 frente a 32%, p = 0,002), eventos cerebrovasculares (1,4 frente a 5,9%, p < 0,001) y reingresos (42,8 frente a 51,9%, p = 0,017).



Curvas de supervivencia en la población ajustada. A: Mortalidad global; B: Mortalidad cardiovascular.

Conclusiones: El uso de RASi post-TAVI se asoció a menor tasa de mortalidad cardiovascular a 3 años de seguimiento y un efecto de protección cardiovascular global que podría ser parcialmente explicado por un

remodelado ventricular más favorable. Estos datos generadores de hipótesis serán verificados a través de un estudio aleatorizado (RASTAVI Study, NCT03201185).