



6016-182. ESTIMULACIÓN VENTRICULAR EN PACIENTES CON IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO TRAS RECAMBIO DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER: UN PROBLEMA SIN RESOLVER

Yván Rafael Persia Paulino, Marcel Almendarez Lacayo, Javier Cuevas Pérez, Rodrigo Fernández Asensio, Antonio Adeba García, María Vigil-Escalera Díaz, Rut Álvarez Velasco, Noemi Barja González, Alejandro Junco Vicente, Miguel Soroa Ortuño, Javier Martínez Díaz, David Ledesma Olóriz, Andrea Aparicio Gavilanes, Pablo Avanzas Fernández y César Morís de la Tassa

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes que son sometidos al implante de una válvula aórtica transcáteter (TAVI) pueden desarrollar bloqueo auriculoventricular de alto grado (BAV). Esta alteración en la conducción es más frecuente en pacientes que ya presentan trastornos en la conducción intraventricular previo al implante y con el uso de prótesis autoexpandibles. A pesar de que la necesidad de implante de marcapasos (MCP) es una complicación muy descrita, poco se conoce sobre el porcentaje de estimulación ventricular (EV), y en esencia la dependencia de este, a corto y largo plazo. El objetivo del estudio fue analizar el porcentaje de estimulación ventricular a corto y largo plazo en pacientes que desarrollan BAV con necesidad de MCP tras el implante de TAVI.

Métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes que requirieron implante de MCP previo al alta hospitalaria por BAV persistente tras el implante de TAVI, en un hospital terciario durante el período comprendido entre diciembre 2007 y noviembre 2019. Se interrogaron los dispositivos mediante visita presencial al mes y al año del implante para conocer el porcentaje de EV posterior al implante.

Resultados: De un total de 639 pacientes intervenidos para implante de TAVI en el período establecido, se realizó implante de MCP por BAV persistente en el 11,89% (n = 76). De estos, 85% (n = 65) realizaron la revisión al mes y 68% (n = 52) la revisión de 1 año (pérdidas de seguimiento en tabla y figura), convirtiéndose en la muestra para análisis. Los tipos de MCP implantados fueron VVI, VDD, DDD y RCT, correspondientes a 30% (n = 23), 46% (n = 35), 23% (n = 17) y 1% (n = 1), respectivamente. Los pacientes que presentaban una EV mayor al 75% fue de 66% (n = 43) al mes y de un 61% (n = 32) a un año, mientras que los pacientes que tenían una EV 25% fue de 25% (n = 16) al mes y del 19% (n = 10) a un año.

Distribución de frecuencias según el porcentaje de EV a los 30 días del implante

Porcentaje de estimulación en primera visita (30 días)	Número pacientes
24,99%	16

25-49,99%	3
50-74,99%	3
> 75%	43
No realizaron primer seguimiento	11
Total	76

De los 11 pacientes que no realizaron el primer seguimiento, 7 por muerte intrahospitalaria posterior al implante y 4 por MCP no interrogado en la visita.



Distribución de frecuencias del porcentaje de EV al año del implante del MCP. 24 pacientes no realizaron el seguimiento al año: 18 por exitus (7 intrahospitalario, 11 previo al año) y 6 por no tener un año con el MCP al momento del análisis.

Conclusiones: La necesidad de MCP posterior al implante de TAVI fue de 12% (n = 76), lo que es equiparable con los resultados publicados a la fecha. Los pacientes que son sometidos a implante de MCP tras TAVI, tienen una gran variabilidad en el porcentaje de EV, siendo esta inferior a un 25% en hasta 1/4 de los pacientes al mes y 1/5 al año. Estos resultados nos deben animar a intentar identificar datos de buen pronóstico para recuperación de ritmo propio previo al implante de MCP y de esta manera evitar procedimientos invasivos y costes adicionales.