Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 890

Revista Española de Cardiología

6041-3. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON IMPLANTE DE MARCAPASOS COMO COMPLICACIÓN TRAS IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI)

David Gómez Martín, Isabel Ezpeleta Sobrevía, Teresa Simón Paracuellos, Belén Peiró Aventín, Elena Gambó Ruberte, Ainhoa Pérez Guerrero, Vanesa Alonso Ventura, María Cruz Ferrer Gracia, José A. Diarte de Miguel y M. del Rosario Ortas Nadal

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante de marcapasos definitivo tras TAVI es una de las complicaciones más frecuentes, asociándose a más eventos durante el seguimiento. El objetivo fue evaluar las características y el impacto a largo plazo de la necesidad de marcapasos tras TAVI en términos de eventos cardiovasculares y supervivencia en comparación con los que no lo precisaron.

Métodos: Se analizaron un total de 292 pacientes consecutivos sometidos a TAVI en la comunidad autónoma de Aragón desde enero 2012 hasta diciembre 2020 (n = 292). Se excluyeron aquellos pacientes portadores de marcapasos previo al implante de TAVI. La variable principal combinada fue mortalidad por todas las causas, infarto agudo de miocardio no mortal, accidente cerebrovascular no mortal e ingreso por insuficiencia cardiaca.

Resultados: Se incluyeron un total de 245 pacientes, 52,7% fueron mujeres con una edad media de 80,88 ± 7,46 años. 85,33% de los pacientes recibieron una prótesis autoexpandible. Un 33,1% precisaron de implante de marcapasos tras TAVI. El bloqueo auriculoventricular (AV) de tercer grado fue la indicación más frecuente (94,29%). En la figura se describen las características clínicas basales y en el seguimiento de ambos grupos. La presencia previa de bloqueo AV de primer grado y bloqueo de rama derecha fueron estadísticamente más frecuentes en el grupo de marcapasos (29,51 vs 12,59 p 0,01; 25,01 vs 7,53 p 0,01). Con una mediana de seguimiento de 21,3 (8,52-38,94) meses, no se observaron diferencias estadísticamente en el objetivo primario combinado (HR 0,83, IC95%: 0,44-1,59). Se muestran las curvas de supervivencia en la figura 2. Tampoco observamos efecto deletéreo del implante del marcapasos sobre la fracción de eyección ventricular izquierda, produciéndose una mejoría de esta en ambos grupos y sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Características basales	Total (n = 245)	Marcapasos	No marcapasos	p
Edad media (años)	80,88	80,62	81,01	0,70
Mujeres (%)	52,73	45,72	56,0	0,15

Antecedente de cirugía de recambio valvular (%)	7,81	4,21	9,43	0,18
Antecedente de cirugía de revascularización coronaria (%)	6,88	11,43	4,73	0,06
FEVI media previo a TAVI (%)	57,01	57,58	56,74	0,65
EuroSCORE II	6,02	5,43	6,30	0,22
Ritmo sinusal (%)	71,10	72,86	70,27	0,69
BRIHH (%)	14,49	11,63	15,65	0,44
BRD (%)	13,08	25,01	7,53	0,01
Bloqueo AV de primer grado (%)	17,95	29,51	12,69	0,01
Disfunción VD previo a TAVI (%)	13,66	11,94	14,49	0,62
Seguimiento				
Variación de la FEVI (pre-TAVI vs post-TAVI) (%)	+ 2,95	+ 2,78	+ 3,11	0,82
Ingreso por IC (%)	15,09	17,39	13,99	0,51
IAM no mortal (%)	0,94	0	1,4	0,32
ACV no mortal (%)	3,29	2,86	3,5	0,81
Mortalidad por todas las causas (%)	19,91	15,71	21,92	0,28
Variable principal combinada (%)	19,72	20,0	19,59	0,94

Conclusiones: En nuestra cohorte la necesidad de marcapasos tras TAVI no se asoció a eventos cardiovasculares a largo plazo ni a mortalidad por todas las causas.