



6114-12. SEGURIDAD DEL ALTA PRECOZ TRAS IMPLANTE DE TAVI CON VÁLVULAS AUTOEXPANDIBLES

Marta Herrero Brocal¹, Carlos López-Menchero Ortiz de Salazar², Adriana Lloret Rubio², José Carlos López², Lucía de la Hoz Marañón², Daniel Martínez López², Carlos Yago Riquelme², María Alcalá Belmonte², Inmaculada Vidal Planelles², Fernando Torres Mezcuá¹, José Valencia Martín², Francisco Torres Saura², Javier Pineda Rocamora², Juan Gabriel Martínez Martínez² y Juan Miguel Ruiz Nodar²

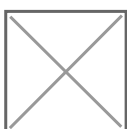
¹Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España y² Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los trastornos de conducción *de novo* son el principal factor limitante para el alta precoz tras implante de válvula aórtica transcatóter (TAVI). Se ha descrito una mayor tasa de implante de marcapasos (MCP) con válvulas autoexpandibles (TAE) con respecto a las balón expandibles (TBE), lo que supone una menor probabilidad de alta precoz en este grupo. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la seguridad del alta precoz (? 48 horas) en pacientes tratados con TAE frente a los TBE en el corto plazo.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y consecutivo de todos los pacientes tratados con TAVI en nuestro hospital en el año 2023. Se analizaron características basales en ambas poblaciones, tasa de marcapasos tras el implante, estancia hospitalaria y complicaciones en el primer mes.

Resultados: Del total de 306 pacientes, 195 fueron TAE (63,7%) y 111 TBE (36,3%). Respecto a las características basales destaca en las TAE más mujeres (52,3 vs 36,9%; p 0,010). No hubo diferencia en edad, antecedentes y factores de riesgo cardiovasculares. Los pacientes tratados con TAE tenían más MCP previo (14,9 vs 0,9%; p 0,001), menos bloqueo de rama derecha (BRD) (8,7 vs 23,4%; p 0,001) y sin diferencias en la presencia de bloqueo de rama izquierda (BRI) (9,2 vs 9,0%; p 0,948). La población TAE tenía un anillo valvular más pequeño ($418,12 \pm 105,75$ vs $460,09 \pm 89,79$ mm²; p 0,001) y menos calcificado (Agatston $847,75 \pm 632,05$ vs $1156,85 \pm 1361,98$ UA; p 0,032). Tras el procedimiento, se objetiva una posición de implante más profunda ($5,53 \pm 1,66$ vs $4,06 \pm 1,43$ mm; p 0,001) sin que ello conlleve una mayor tasa de BRI de nueva aparición (21,1 vs 20,0%; p 0,828), ni una mayor tasa de implante de MCP (12,0 vs 10,9%; p 0,772). Más pacientes tratados con TAE fueron dados de alta precoz (76,8 vs 66,4%; p 0,049) aunque sin diferencias en la estancia media hospitalaria ($2,4 \pm 2,7$ vs $3,2 \pm 4,8$; p 0,76). El grupo TAE presentó menores gradientes residuales al alta (gradiente medio $9,22 \pm 5,10$ vs $11,89 \pm 4,70$; p 0,001) aunque con una mayor tasa de insuficiencia aórtica residual (23,4 vs 10,8%; p 0,007), sin diferencias en grado moderado-grave (4,4 vs 0,0%; p 0,476). En el seguimiento al mes, no hubo diferencias en la tasa de implante de MCP tras el alta (2,1 vs 2,1%; p 0,978), ni en la mortalidad por todas las causas (0,5 vs 0,0%; p 0,448).



Eventos hospitalarios y al mes del seguimiento según el tipo de válvula implantada.

Conclusiones: Una selección adecuada permite una estrategia de alta precoz segura en pacientes tratados con válvulas autoexpandibles. Las complicaciones graves y tasa de necesidad de marcapasos tras el alta, fue muy baja y similar a los pacientes tratados con válvulas balón expandibles.