



6030-176. PROBABILIDAD DE NECESITAR ESTIMULACIÓN CARDIACA PERMANENTE TRAS IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER

José Miguel Rojo Pérez, Clara Nuevo Gallardo, Andrea Alonso Campana, Natalia Torrijos López, Ramón Rubí Matamoros, Eugenio Picazo Feu, Javier Corral Macías, Ana Belén Merón Pino, Miguel Ángel Vallejo Ruiz, Javier Pérez Cervera, Reyes González Fernández, Ginés Martínez Cáceres, Antonio Chacón Piñero, José Ramón López Mínguez y Juan Manuel Nogales Asensio

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El reemplazo valvular aórtico percutáneo (TAVI) se ha generalizado en el tratamiento de la estenosis aórtica grave. Aunque la incidencia de complicaciones peri-procedimiento se ha reducido drásticamente, el desarrollo de trastornos de la conducción con necesidad de marcapasos definitivo (MPD) sigue siendo el talón de Aquiles de la TAVI. Nuestro objetivo fue identificar las variables basales que se asociaban a esta complicación.

Métodos: Analizamos 569 pacientes sometidos de forma consecutiva a implante exitoso de TAVI en nuestro centro en el periodo comprendido entre 2013 y 2024, excluyendo aquellos pacientes con MPD previo y aquellos fallecidos por complicaciones peri-procedimiento.

Resultados: La media de edad fue $80,53 \pm 5,40$ años siendo el 54,8% mujeres. En 207 pacientes (36,4%) se implantó una prótesis autoexpandible. Como principales trastornos de la conducción previos al procedimiento encontramos: fibrilación auricular (39%), bloqueo auriculoventricular de primer grado (7,7%), bloqueo completo de rama izquierda, BRI (9,7%) y bloqueo completo de rama derecha, BRD (8,3%). Tras la TAVI, 187 p (32,9%) presentaron BRI de nueva aparición, siendo transitorio (desaparición en los primeros 30 días tras el implante) en 109 p (19,2%). En 96 pacientes (16,9%) hubo que implantar MPD por trastornos avanzados de la conducción peri-procedimiento (30 días), en 8 pacientes (1,4%) de forma temprana (entre 30 días y un año) y en 17 pacientes (3%) de forma tardía (más allá del año). La incidencia de MPD periprocedimiento fue mayor en el caso de prótesis autoexpandible (25,1 vs 12,2%; $p = 0,001$). En el análisis multivariante las variables que se asociaron de forma independiente a mayor incidencia de MPD fueron: edad (OR: 1,07; IC95%: 1,02 a 1,12; $p = 0,005$), BRD previo (OR: 5,20; IC95%: 2,70 a 10,03; $p = 0,001$), prótesis autoexpandible (OR: 2,28; IC95%: 1,42 a 3,66; $p = 0,001$), tamaño grande de la prótesis (OR: 3,31; IC95%: 1,63 a 6,72; $p = 0,001$) y tamaño mediano (OR: 2,33; IC95%: 1,25 a 4,33; $p = 0,007$), con respecto al pequeño. La probabilidad de MPD según el modelo predictivo construido con estas variables se muestra en la tabla.

Probabilidad en tanto por ciento de necesitar MPD tras implante de TAVI

BRD previo	Tipo prótesis	Tamaño	70 años	75 años	80 años	85 años	90 años
No BRD	Balón expandible	Pequeño	2,6	3,6	5,0	6,9	9,6
Autoexpandible	5,7		7,8	10,8	14,6	19,4	
Balón expandible	Mediano	5,8	8,0	11,0	14,8	19,8	
Autoexpandible		12,3	16,6	21,9	28,4	36,0	
Balón expandible	Grande	8,0	11,0	14,9	19,8	25,9	
Autoexpandible		16,6	22,0	28,5	36,1	44,4	
BRD	Balón expandible	Pequeño	12,1	16,3	21,6	28,0	35,5
Autoexpandible	23,8		30,7	38,5	47,0	55,6	
Balón expandible	Mediano	24,2	31,1	39,0	47,5	56,1	
Autoexpandible		42,2	50,8	59,3	67,3	74,5	
Balón expandible	Grande	31,3	39,1	47,6	56,3	64,5	
Autoexpandible		50,9	59,5	67,5	74,6	80,6	

BRD: bloqueo
completo de rama
derecha.

Conclusiones: La aparición de nuevos trastornos de la conducción y la necesidad de MPD tras el implante de TAVI son frecuentes. La edad, existencia previa de BRD, implantar una válvula autoexpandible así como el mayor tamaño de la prótesis son las variables predictoras independientes de necesidad de MPD posimplante.