



6033-445. EVOLUCIÓN A MEDIO Y LARGO PLAZO DEL BLOQUEO BIFASCICULAR Y PR LARGO *DE NOVO* TRAS EL IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER AUTOEXPANDIBLE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Eva Cabrera Borrego, Ricardo Rivera López, Miriam Jiménez Fernández, Vicente Alcalde Martínez, Lorena González Camacho, Joaquín Sánchez Gila, José Antonio Ramírez Hernández y Eduardo Molina Navarro, del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: Con el implante de prótesis aórtica transcatheter (TAVI) es frecuente la aparición de alteraciones de la conducción. El tratamiento de los pacientes que desarrollan bloqueo bifascicular (BBF) con bloqueo auriculoventricular de primer grado (BAV1erG) es controvertido. Nuestro objetivo es analizar la evolución y aparición de eventos en el seguimiento de pacientes que desarrollaron *de novo* esta alteración.

Métodos: Estudio prospectivo en un hospital y su área de pacientes intervenidos de TAVI que desarrollan *de novo* BBF y BAV1erG, excluyendo aquellos que requirieron implante de marcapasos (MP) en las primeras 48 horas de estancia en la Unidad Coronaria. Se recogen datos demográficos, clínicos y electrocardiográficos de pacientes consecutivos que desde mayo del 2010 ingresan para someterse a implante de TAVI. Analizamos en el seguimiento la incidencia de implante de MP, sus causas, la tasa de estimulación y las causas de mortalidad.

Resultados: Se han implantado 242 TAVI ($80,7 \pm 5,8$ años, 48,8% mujeres, 81,4% NYHA ≥ 3 , 13% CCS ≥ 3 , índice de Charlson $5,72 \pm 1,21$, puntuación STS mortalidad $5,71 \pm 4,8\%$, EuroSCORE logístico $16,56 \pm 10,54\%$). 25P (10,3%) desarrollaron BBF y BAV1erG ($78,68 \pm 6,55$ años, índice de Charlson $6,04 \pm 1,24$, puntuación STS mortalidad $6,18 \pm 5,21\%$ y seguimiento medio de $42 \pm 124,5$ meses). 22P con BCRIHH y BAV1erG (88%) y 3 con BCRDHH, hemibloqueo izquierdo y BAV1erG (12%). A10P (40%) se les implantó MP: 5 de manera profiláctica, 4 por episodios de bloqueo aurículo-ventricular completo (BAVc) en la telemetría y 1 durante el seguimiento por desarrollo de BAVc no sincopal. No hubo fallecimientos en los primeros 30 días. Murieron 10 pacientes a lo largo del seguimiento (3 en el primer año), 5 (20%) de ellos por causas cardiovasculares (4 pacientes por insuficiencia cardíaca terminal y 1 paciente por parada cardiorrespiratoria [PCR] a pesar de tener MP). Los muertes no cardiovasculares se debieron a sepsis, proceso oncológico, hemorragia intracerebral e infección respiratoria (en un caso desconocemos la causa). Ninguno de los pacientes que no han recibido MP ha sufrido síncope o PCR en el seguimiento.

Conclusiones: En los pacientes con MP, la tasa de estimulación ha sido en general baja. En aquellos de tratamiento conservador, no se ha producido mayor tasa de síncope ni de muerte súbita. No obstante, serán necesarios estudios con muestras más amplias para determinar el procedimiento más adecuado.