



5012-10. RENTABILIDAD DEL ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO EN BRI TRAS IMPLANTE DE TAVI

Sara Lozano Jiménez¹, Juan Francisco Oteo Domínguez¹, Carlos Arellano Serrano¹, Víctor Castro Urda¹, Jorge Baena Herrera¹, Jorge Toquero Ramos¹, Javier López Pais², Arturo García Touchard¹, José Antonio Fernández Díaz¹, Susana Mingo Santos¹, María del Trigo Espinosa¹, Vanessa Moñivas Palomero¹, Marta Cobo Marcos¹, Francisco Javier Goicolea Ruigómez¹ y Javier Segovia Cubero¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid). ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: El estudio electrofisiológico (EEF) con medición del intervalo HV permite guiar la toma de decisiones en bloqueo de rama izquierda (BRI) tras implante de TAVI; se ha sugerido el implante de marcapasos (MP) cuando es > 65 ms. Nuestro objetivo es valorar la sensibilidad y especificidad de dicho valor en base a la necesidad de estimulación ventricular (VP) y dependencia de MP a largo plazo.

Métodos: Se incluyeron 262 pacientes a los que se realizó implante de TAVI de Junio 2009-Diciembre 2019. Mediana de seguimiento: 72 meses (RIQ 26-120). El tipo de prótesis fue: Sapiens 63%, Portico 27,2%; Corevalve 6,8% y Lotus 3%. Precizaron valvuloplastia 31,2% y postdilatación 18,8%. Se realizó EEF a aquellos con BRI no reversible en primeras 72-96 h. Se realizaron curvas ROC y test de correlación. Se implantó MP según recomendaciones de guías. Durante el seguimiento, se valoró el porcentaje de necesidad de VP, considerándose significativo si > 40%. Se definió como dependencia, la ausencia de ritmo intrínseco de al menos 30 lpm al desactivar MP.

Resultados: En la figura pueden apreciarse las características basales de nuestra muestra. 19 pacientes (7,2%) presentaban previamente BRI (media duración QRS 123 ms, DE 26,9). Tras el implante de TAVI, en dichos pacientes se documentó ensanchamiento del QRS hasta una media de 135,4 ms (DE 27,8) no estadísticamente significativo ($p = 0,37$). 35 pacientes (13,3%) desarrollaron BRI de novo. Se observó resolución del mismo en 24 de ellos (68%). Pudo realizarse EEF en 20 (57%). La mediana de valores de HV fue 57 ms (RIC 50-75). En 9 pacientes (un 45% de los EEF), el HV fue > 65 ms, implantándose MP. En función de necesidad de VP en el seguimiento se establecen S, E y valores predictivos de dicho punto. Un 33% de estos pacientes mostraron pacing significativo durante el seguimiento. La mediana de pacing fue de 45 (rango: 12), no siendo ninguno dependiente. Ningún paciente con HV 65 ms, necesitó MP a largo plazo.

Rentabilidad punto de corte HV en 65 ms

Sensibilidad (S)	Especificidad (E)	Valor predictivo positivo (VPP)	Valor predictivo negativo (VPN)	Área bajo la curva ROC
------------------	-------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------------

0,36 (IC: 0,12-0,60)

1 0,58 0,33 1

Error estándar
0,125



Conclusiones: Un HV 65 ms establece una seguridad completa de no necesitar MP en el seguimiento. Solo un tercio de aquellos > 65 ms a los que se les implantó MP tuvieron necesidad de pacing > 40%. Lo que replantea la necesidad de revisar el punto de corte del HV para establecer la indicación de MP.