

68

IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN LOS 30 DÍAS POSIMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER

Maria Noel Robaina¹, Ignacio Batista¹, Diego Cataldo¹, Pablo Vázquez¹, Juan Ignacio Mayol¹, Carlos García-Martínez¹, Luis Vidal¹, Ramón Scola¹, Hugo Piñeyro¹, Tomás Dieste¹, Gustavo Vignolo¹, Jorge Mayol¹

1. Centro Cardiológico Americano, Sanatorio Americano.

Introducción: el implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) se ha establecido como una alternativa en el tratamiento de la EAo severa sintomática. El implante de marcapaso definitivo (iMPD) es una de las complicaciones más frecuentes, se reporta entre un 3,4 al 25,9%. Varios son los factores predictores descritos.

Objetivo: cuantificar la tasa de iMPD pos-TAVI, analizando indicación, factores predisponentes y sobrevida a corto y mediano plazo.

Método: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y unicéntrico de cohorte de pacientes sometidos a TAVI entre marzo de 2010 y diciembre de 2022. Se evaluó el número de implante de MPD, indicación, factores predisponentes y sobrevida. Se comparó con los pacientes que no requirieron MPD. Se obtuvo consentimiento informado. Variables cualitativas: n y %, continuas: media y desvío estándar (DS). Normalidad: Kolmogorov-Smirnov. Se estudió asociación con Chi2 y OR IC95%. Diferencia entre variables continuas: T de Student muestras independientes. Cálculo de sobrevidas: prueba Kaplan-Meier y test de Breslow. Se presenta análisis uni- y multivariado. Nivel de significación: 0,05. Software estadístico: STATA v,17,0.

Resultados: se realizaron 249 TAVI, de las cuales 230 no tenían MPD previo y 34 requirieron iMPD dentro de los 30 días posteriores (14,8%). Las variables que se asociaron con el iMPD fueron antecedentes de cardiopatía isquémica (p = 0,042), valvuloplastia previa (p = 0,011), válvulas autoexpandibles (p = 0,05), profundidad del implante (profundidad respecto a valva no coronariana (p = 0,04), profundidad respecto a valva coronariana izquierda (p = 0,012), prótesis de primera generación (p = 0,013). El PR previo resultó significativamente mayor en el grupo MPD (p = 0,014) y el bloqueo completo de rama derecha previo se asoció al iMPD (p = 0,005) (tabla 1). No se observó asociación de las medidas del septum membranoso, del score de calcio valvular ni de la proyección utilizada para el implante de prótesis autoexpandibles (técnica *cusp overlap vs. cusp alignment*) con iMPD. En el análisis multivariado las variables asociadas a iMPD fueron antecedente de cardiopatía isquémica (OR 1,73, IC 1,10-24,07), profundidad del implante (coeficiente beta 1,921, IC 1,431 - 1,972) y duración PR previo (coeficiente beta 1,913, IC 1,379 - 2,049). La indicación MPD fue BAV completo (BAVC) 61% (21), bloqueo trifascicular 26,5% (9), bloqueo alterante de rama 8,8% (3) y alargamiento del PR 2,9% (1). El promedio de internación para MPD fue de 4,1±0,4 días sin diferencia significativa respecto al grupo sin MPD (3,8 ± 0,1 días) (p = 0,322). La sobrevida en ambos grupos a los 30 días (grupo MPD 97,1 ± 2,9% vs. grupo no MPD 98,0 ± 1,0%), al año (grupo MPD 85,3 ± 6,1% vs. grupo no MPD 90,1 ± 2,2%) y a los 6,6 años (grupo MPD 54,4 ± 12,4% vs grupo no MPD 78,4 ± 4,5%), no presentó diferencia significativa (p = 0,184) (figura 1).

Tabla 1. Variables asociadas con la necesidad de implante de mPD

	grupo MPD	grupo no MPD	p
cardiopatía isquémica, n(%)	18(52,9)	68(34,7)	0,042
valvuloplastia aórtica previa, n(%)	3(8,8)	1(0,5)	0,011
prótesis autoexpandibles	28(82,4)	128(65,3)	0,05
profundidad de implante (mm)			
valva no coronariana	5,1±0,5	4,0±0,2	0,04
valva coronariana izquierda	5,8±0,6	4,4±0,2	0,012
prótesis de 1a generación	5(14,7)	6(3,1)	0,012
PR pevio, mseg	174,8±5,6	151,5±3,8	0,014
BCRD	7(20,6)	10(5,1)	0,005

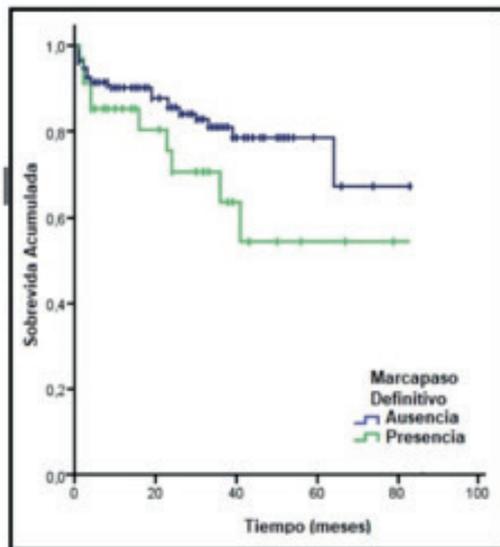


Figura 1. Curvas de supervivencia para ambos grupos a 80 meses de seguimiento.

Conclusiones: la tasa de implante de MPD fue de 14,8%. El principal motivo de implante fue el BAVC. Las variables asociadas en forma independiente al implante de MPD son el antecedente de cardiopatía isquémica, la profundidad del implante y la duración del intervalo PR previo. No hubo diferencia significativa sobre la supervivencia.