



Cardiocre



128/131. - Modelo predictor de implante de marcapasos definitivo tras implante de válvula aórtica percutánea (TAVI)

E. Chueca González, L. Gheorghe, P. Fernández García, P. Sánchez Millán, J. Castillo Ortiz, P. Cabeza Láinez, R. Arana Granados, G. Calle Pérez, M. Sancho Jaldón y R. Vázquez García

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Introducción y objetivos: Diversos estudios han tratado de dilucidar factores predictivos de implante de marcapasos (MP) tras TAVI con resultados dispares. Hemos elaborado un modelo predictivo de bloqueo auriculoventricular (BAV) avanzado post TAVI con Corevalve y necesidad de MP.

Material y métodos: Se analizó una cohorte de 25 pacientes no portadores de MP tratados con TAVI Corevalve. Edad media 78 años (37-91 años), 60% mujeres. Variable de estudio: necesidad de MP por BAV avanzado a 30 días y 6 meses. Se registraron: 1) parámetros clínicos y electrocardiográficos: BAV intraprocedimiento; bloqueo de rama derecha preprocedimiento (BRDHH); bloqueo de rama izquierda (BRIHH) postprocedimiento; betabloqueantes (BB); 2) parámetros anatómicos y del procedimiento: diámetro del anillo; tamaño prótesis; relación válvula grande/anillo pequeño; implantación baja; reexpansión balón. El estudio univariado: test exacto de Fisher. Estudio multivariado: regresión logística exacta.

Resultados: A 30 días alcanzó significación estadística: implantación baja (test de Fisher exacto 0,021) y BAV intra (0,021). A 6 meses: implantación baja (0,002), BAV intra (0,002) y BRIHH (0,031). En estudio multivariado a 6 meses: implantación baja (OR 9,8; p 0,046). Se efectuó un modelo predictivo de implantación de MP a 6 meses (implantación baja, BAV intra, BRIHH y BB): pacientes con probabilidad > 76% se implantó MP en 6 meses y ninguno con probabilidad < 50%. Se determinó un punto de corte óptimo del 50% (sensibilidad 100%, especificidad 81,25%). La curva ROC del modelo presentó área de 0,9688 (error estándar 0,0229, IC95% 0,92379-1).

Conclusiones: Con el modelo predictivo desarrollado basado en parámetros clínicos, electrocardiográficos y anatómicos del procedimiento podremos predecir de forma razonable qué pacientes precisarán nuevo implante de MP y cuáles no.