



6120-7. ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS Y LA EFECTIVIDAD DEL HOLTER INSERTABLE PARA EL ESTUDIO DEL SÍNCOPE DENTRO DE UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA CON ENFOQUE INTERVENCIONISTA EN PACIENTES CON BLOQUEO BIFASCICULAR Y PRESENTACIÓN CARDIOGÉNICA

Torcuato Garrido-Arroquia Jurado, José Antonio Fernández Sánchez, Eva Cabrera Borrego, Pablo J. Sánchez Millán, Manuel Molina Lerma, Rosa Macías Ruíz, Miguel Álvarez López, Luis Tercedor Sánchez y Juan Jiménez Jáimez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El Holter subcutáneo implantable (HSCI) está ampliamente reconocido como la herramienta más eficaz en el estudio del síncope de origen desconocido. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad del HSCI en un centro de perfil intervencionista, en el que se aboga por el implante empírico de marcapasos en aquellos pacientes con bloqueo bifascicular, síncope de perfil cardiogénico y ausencia cardiopatía estructural con fracción de eyección conservada.

Métodos: Análisis retrospectivo unicéntrico de una cohorte de 157 pacientes sucesivos con implante de HSCI en nuestro centro por síncope entre enero-2019 y abril-2023. Se excluyeron pacientes en los que el HSCI se implantó por causas distintas a síncope y aquellos sometidos a implante de TAVI. Se clasificó el perfil de los síncope en neuromediado, mixto o cardiogénico según el criterio del cardiólogo que indica el implante. La edad media fue de 65 ± 18 años y la fracción de eyección (FEVI) media de $57 \pm 7\%$. Previo al implante de HSCI, 55 pacientes (35%) presentaban algún tipo de cardiopatía. El tiempo medio de seguimiento fue de $30,4 \pm 7,6$ meses.

Resultados: Durante el seguimiento, 29 pacientes (18,47%) requirieron implante de marcapasos (MP), de los cuales el 51,7% fue por bloqueo auriculoventricular, el 34,5% por pausa sinusal y el 13,8% por bradicardia extrema. Tanto en el estudio de tablas cruzadas como en el análisis de supervivencia los factores que se asociaron de forma estadísticamente significativa al implante de MP fueron BCRIHH (RR 3,47, IC95% 1,87-6,42, $p = 0,001$), bloqueo bifascicular (RR 2,35, IC95% 1,24-4,45, $p = 0,008$) y QRS ancho (RR 2,15, IC95% 1,13-4,09, $p = 0,02$). Asimismo, cabe destacar que en caso de que el síncope fuera catalogado por un cardiólogo como neuromediado/vasovagal, esto se asoció en el seguimiento a ausencia de eventos ni implante de MP. El tiempo medio hasta el registro del evento que sustentó la indicación de MP fue muy variable, de 269+307 días. No se observó asociación con edad, cardiopatía o número de síncope.

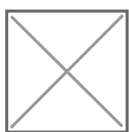
Características basales de los pacientes al implante

Características basales (n = 157)

Edad (años)	65 ± 18
Sexo femenino (n)	76 (48,4%)
HTA (n)	96 (61,1%)
Diabetes (n)	28 (17,8%)
Dislipemia (n)	61 (38,9%)
Fracción de eyección (%)	57 ± 7,02
Tamaño aurícula izquierda (mm)	36,92 ± 6,98
Fibrilación auricular preimplante (n)	18 (11,5%)
Bloqueadores beta (n)	57 (36,3%)
EEF preimplante (n)	14 (9%)
Tipo de síncope	
Cardiogénico (n)	58 (36,9%)
Mixto (n)	80 (50,9%)
Vasovagal (n)	19 (12,1%)
Cardiopatía	
No (n)	102 (65,3%)
Isquémica (n)	23 (14,8%)
Valvular (n)	9 (5,8%)
Hipertrófica (n)	6 (3,9%)

Dilatada no isquémica (n)	4 (2,6%)
Canalopatía (n)	5 (3,2%)
Arritmogénica (n)	1 (0,6%)
Otros (n)	5 (3,2%)
Tipo de QRS	
Estrecho (n)	113 (72,4%)
Ancho (n)	43 (27,6%)
Alteración conducción	
Normal (n)	96 (61,5%)
BCRD (n)	7 (4,5%)
BCRI (n)	18 (11,5%)
HBAI (n)	17 (10,9%)
HBPI (n)	0 (0%)
BCRD + HBAI (n)	16 (10,3%)
BCRD + HBPI (n)	2 (1,3%)

EEF: estudio electrofisiológico. BCRD: bloqueo completo de rama derecha. BCRI: bloqueo completo de rama izquierda.



Curvas de Kaplan-Meier para implante de marcapasos respecto tipo de síncope, bloqueo de rama izquierda, QRS > 120 ms y bloqueo bifascicular.

Conclusiones: La eficacia del HSCI en el estudio de síncope mantiene una alta tasa de diagnóstico de síncope cardiogénico en centros con actitud intervencionista. Su utilidad continúa siendo más notable en

pacientes con alteraciones de la conducción (QRS y BBF, especialmente BCRIHH). La caracterización del síncope por parte de un cardiólogo es un factor crítico para estratificar la probabilidad de eventos.