



6000-28. SEGURIDAD DEL HOLTER IMPLANTABLE Y EL ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO EN EL SÍNCOPE DE ORIGEN DESCONOCIDO

Ignacio Mosquera Pérez, Manuel López Pérez, Enrique Ricoy Martínez, Luisa Pérez Álvarez, María G. Crespo Leiro y Alfonso Castro Beiras del Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: El holter implantable en el diagnóstico del síncope de origen desconocido (SOD) implica una actitud de inhibición terapéutica hasta la recurrencia de la sintomatología por una causa desconocida potencialmente mortal, espera que puede ser evitada mediante la realización de un estudio electrofisiológico inicial. El objetivo del presente trabajo fue comparar la seguridad de dos estrategias: implante directo de holter implantable (HId) o estudio electrofisiológico inicial (EEFi) seguido de implante de holter implantable en caso de negatividad.

Métodos: Estudio observacional de cohortes ambispectivo que incluyó a todos los pacientes consecutivos estudiados por SOD en nuestra Unidad entre 2003 y 2012 mediante EEF o HI que tenían algún criterio de sospecha de causa cardíaca o arrítmica y ausencia de indicación de implante de DAI. Se recogieron variables basales, del procedimiento y del seguimiento. Se realizaron análisis univariados y multivariados mediante técnicas basadas en puntuación de propensión para comparar la mortalidad por cualquier causa, de causa cardíaca y de causa arrítmica-muerte súbita de ambas estrategias.

Resultados: Se incluyeron 174 pacientes (EEFi: 75; HId: 99). Se obtuvo un diagnóstico final en 65 pacientes del grupo HId (65,7%) y en 38 pacientes del grupo EEFi (51,4%: 25 diagnósticos mediante EEF y 13 mediante HI; $p = 0,034$). En el grupo EEFi hubo 15 exitus y 1 PCR rescatada durante un seguimiento de 1.929 ± 942 días, mientras que en el grupo HId hubo 17 exitus durante un seguimiento de 1.083 ± 639 días (tasa anual no ajustada: 4,2% y 5,8%, respectivamente; $p = 0,096$). La mortalidad por cualquier causa ajustada fue similar en ambos grupos (HR: 1,03; $p = 0,971$); tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad de causa cardíaca (HR: 5,4; $p = 0,071$) y de causa arrítmica o muerte súbita ($< 2\%$ anual en ambos grupos; HR: 4,39; $p = 0,221$).

Conclusiones: En pacientes con SOD de posible causa cardíaca o arrítmica sin disfunción ventricular grave una estrategia de HId consigue más diagnósticos que una de EEFi sin comprometer la seguridad de los pacientes.