Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 244

Revista Española de Cardiología

7007-2. PREDICTORES CLÍNICOS Y ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE POSITIVIDAD DEL ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO EN PACIENTES CON SÍNCOPE, TRANSTORNO DE CONDUCCIÓN Y SOSPECHA DE BRADIARRITMIA

Gerard Oristrell Santamaria, Ivo Roca Luque, Julián Rodríguez García, Jaume Francisco Pascual, Juan Gabriel Acosta Vélez, Nuria Rivas Gándara, Jordi Pérez Rodón, David García Dorado y Ángel Moya i Mitjans del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El rendimiento diagnóstico del estudio electrofisiológico (EEF) en pacientes con síncope y sospecha de bradiarritmia es variable. La correlación entre clínica, ECG y rendimiento del EEF ha sido poco estudiada. El objetivo de este estudio es evaluar los predictores clínicos y del ECG de positividad del EEF en el síncope de sospecha bradiarrítmico.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a EEF por síncope, trastorno de conducción y sospecha de bradiarritmia entre enero de 2010 y diciembre de 2014. Se recogieron las características clínicas del síncope, los hallazgos del ECG y ecocardiograma. El EEF se consideró positivo en caso de bloqueo alternante de rama, tiempo de recuperación sinusal corregido > 525 ms, bloqueo infrahisiano, HV ? 70 ms basal, o bloqueo infrahisiano o HV ? 100 ms tras administrar fármacos IC.

Resultados: 160 pacientes (66,7% hombres, edad 73,01 ± 12,87 años, nº medio de síncopes: 2,3 ± 1,9) fueron analizados. La duración media del QRS en ECG basal fue de 139,8 ± 14,9 ms (BRDHH 17,3%, bloqueo bifascicular (BB) 26,7%, bloqueo bifascicular + PR largo (BBPR) 10,7% y BRIHH 42,7%). La FEVI media fue de 56,8 ± 11,3%. El EEF fue positivo en el 31,3% de los casos. La presencia de ? 3 síncopes en los últimos 6 meses fue el único predictor clínico de EEF positivo [RR 2,4 (1,02-5,6), p = 0,04]. La ausencia de pródromos y la presencia de traumatismo secundario al síncope fueron predictores de positividad. Asimismo, una FEVI? 35% (6,6% de los casos) se asoció a EEF positivo [RR 3,7 (1,005-13,9), p = 0,03]. El trastorno de conducción se relacionó con la tasa de positividad del EEF (BRDHH aislado: 11,5%, BB: 20%, BBPR: 43,8%, BRIHH: 39,1%; p = 0,017). El binomio clínica (? 3 síncopes en 6 meses) y ECG (BRIHH o BBPR) fue un fuerte predictor de EEF positivo (ningún factor: 13,7% 1 factor: 36%, 2 factores: 66,7%; p < 0,001), independientemente de la FEVI.

Conclusiones: El rendimiento diagnóstico del EEF en el síncope y sospecha de bradiarritmia es moderado (31,3%). La frecuencia de los síncopes en los 6 meses previos al EEF junto al BRIHH o BBPR son los principales predictores positividad, incrementando el rendimiento hasta el 66,7% cuando se presentan de forma conjunta. Asimismo, la disfunción ventricular grave también resultó un predictor potente de positividad del EEF para el estudio de bradiarritmia.