



## 6018-596. MORTALIDAD ASOCIADA AL SÍNCOPE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE FUNCIÓN SISTÓLICA DEPRIMIDA O PRESERVADA

Domingo Andrés Pascual Figal<sup>1</sup>, Iris Garrido Bravo<sup>1</sup>, Juan Delgado Jiménez<sup>2</sup>, José Ramón González Juanatey<sup>3</sup>, Fernando Worner Diz<sup>4</sup>, Alfredo Bardají Ruiz<sup>5</sup>, Rafael Vázquez García<sup>6</sup> y Juan Cinca Cuscollola<sup>7</sup> del <sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, <sup>3</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, <sup>4</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lérida, <sup>5</sup>Hospital Universitario de Tarragona, <sup>6</sup>Hospital Puerta del Mar, Cádiz y <sup>7</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** La presencia de síncope en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica (IC) y FEVI deprimida se considera un factor de riesgo, que afecta a las decisiones terapéuticas. Su valor en pacientes con FEVI preservada no ha sido aclarado.

**Objetivos:** Analizar la mortalidad asociada al síncope y si tiene un valor diferencial en pacientes con FEVI deprimida respecto a FEVI preservada.

**Métodos:** Se estudiaron 2.254 pacientes (70% varones, edad  $66 \pm 12$  años, FEVI media  $35 \pm 14\%$ ) incluidos en la Red de Investigación de Insuficiencia Cardiaca (REDINSCOR). La presencia de síncope se registro a la inclusión de los pacientes, que fueron seguidos durante una mediana de 21 meses (cuartiles 11 y 32 meses). Se definió FEVI deprimida como  $< 50\%$  ( $n = 1877$ ) y preservada como  $\geq 50\%$  ( $n = 377$ ). La mortalidad y su tipo fue codificada por un comité independiente.

**Resultados:** Un total de 233 (10,0%) pacientes presentaban antecedentes de síncope; 10,1% de pacientes con FEVI deprimida y 10,0% de pacientes con FEVI preservada ( $p = 0,9$ ). En la población global, la supervivencia durante el seguimiento fue significativamente menor en los pacientes con síncope (log rank  $< 0,001$ , a 2 años: 67% vs 82%). Entre los 233 pacientes con síncope, un total de 67 (29%) fallecieron y la mayoría, 72%, de estas muertes fueron de causa cardiaca (20,7%). El exceso de mortalidad asociado a los pacientes con síncope frente a pacientes sin síncope se debió a una mayor tasa de mortalidad cardiaca por IC (20,7% vs 13,4%,  $p < 0,001$ ), pero no por muerte súbita (4,7% vs 3,6%,  $p = 0,2$ ). En el análisis multivariado de Cox, en pacientes con FEVI deprimida el síncope se asoció a un mayor riesgo de mortalidad total (HR 1,4 (1,17-1,74),  $p = 0,001$ ) y cardiaca (HR 1,4 (1,09-1,79),  $p = 0,007$ ); al igual que en pacientes con FEVI preservada ( $n = 3734$ , en los que los riesgos relativos fueron mayores tanto para mortalidad total (HR 2,014 (1,32-3,06),  $p = 0,001$ ) como cardiaca (HR 2,4 (1,5-3,9),  $p = 0,001$ ). No hubo diferencias en el tipo de mortalidad, súbita o no súbita, entre pacientes con síncope y FEVI deprimida vs preservada.

**Conclusiones:** La presencia de síncope se asocia a un mayor riesgo de mortalidad, a expensas sobre todo de causa cardiaca, IC, pero no súbita. Su prevalencia es similar en pacientes con FEVI deprimida y preservada y en ambos se asocia a un peor pronóstico siendo el riesgo asociado más elevado cuando ocurre en pacientes con FEVI preservada.