Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 45

Revista Española de Cardiología

5000-3. MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON SÍNCOPE Y BLOQUEO DE RAMA SOMETIDOS A ESTRATEGIA DE ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO

Antonio Briatore[1], Eloy Domínguez Mafé[2], Josep Navarro Manchón[1], Juan Miguel Sánchez Gómez[1], Patricia Palau Sampío[2], Joana Melero Lloret[1], Andreia Simoes Monteiro Valente[1], Alexandre Sanchís Herrero[1], Bruno Ventura Pérez[1] y Alejandro Bellver Navarro [1], del [1]Hospital General Universitario de Castellón, Servicio de Cardiología, Unidad de Electrofisiología y Arritmias, Castellón y[2] Hospital General Universitario de Castellón, Servicio de Cardiología, Unidad de Electrofisiología y Arritmias, Universitat Jaume I, Castellón.

Resumen

Introducción y objetivos: Hay limitada evidencia acerca de la mortalidad a largo plazo en pacientes con síncope no filiado y bloqueo de rama (BR) cuya estrategia de tratamiento [marcapasos (MP) frente a monitorización prolongada con registrador de eventos implantable (REI)] se ha basado en el resultado del estudio electrofisiológico (EEF). El objetivo del estudio fue analizar la mortalidad total de la estrategia de EEF para guiar la necesidad de implante de MP en pacientes con síncope no filiado y BR.

Métodos: Estudio retrospectivo y unicéntrico que incluyó a todos aquellos pacientes remitidos para EEF por síncope no filiado con FEVI > 35% y BR. El protocolo de estudio consistió en la realización de un EEF completo previo a la toma de decisión terapéutica: en caso de EEF patológico, se indicó el implante de MP, y si este no era demostrativo de la causa del síncope, se implantó REI.

Resultados: Se incluyó a 171 pacientes, edad (media ± DE) 74,6 ± 9 años. Características ECG: ritmo sinusal (95%), PR ? 200 ms (46%), BCRDHH + HBA (42,7%), BCRIHH (35,7%), BCRDHH (16,4%), BCRDHH + HBP (2,3%) y BR inespecífico (2,9%). Características ecocardiográficas: FEVI (media ± DE) de 62,5 ± 8%, alteraciones de la contractilidad (8%) y sin cardiopatía estructural significativa (56,7%). Características EEF: HV basal (media ± DE) de 67 ± 16 ms. EEF diagnóstico de la causa del síncope en el 62% de los pacientes (incluyendo 2 TPSV y una TV). Se implantaron un total de 104 MP (60,8%) y 65 REI (38%). Durante el seguimiento con REI, 25 pacientes precisaron un implante de MP (38,5%). Tras una mediana de seguimiento (RIC) de 44 meses (19-72) del total de la población se observó una mortalidad del 16,4% [28 pacientes, incluidas 21 muertes no cardiovasculares (CV), 4 de causa CV y 3 de etiología desconocida]. La supervivencia libre de eventos (mortalidad) en las curvas de Kaplan-Meier estratificado por actitud terapéutica (implante de MP por EEF diagnóstico frente a implante de MP por REI diagnóstico frente a no implante de MP tras EEF y REI no diagnósticos) no demostró diferencias en la mortalidad por cualquier causa (figura).

Curva de Kaplan-Meier. Mortalidad total en función de la estrategia diagnóstico-terapéutica secuencial guiada por EEF.

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes con síncope no filiado en la evaluación inicial y que fueron sometidos a EEF e implante de MP o REI en función de sus resultados, no existen diferencias de mortalidad por cualquier causa a largo plazo, todo ello indicativo de la seguridad de la estrategia diagnóstica empleada.