

5005-5. ¿EXISTEN DIFERENCIAS POR SEXO EN PACIENTES CON SÍNCOPE Y BLOQUEO DE RAMA?

Montse Bach Oller, Jaume Francisco Pascual, Nuria Rivas Gándara, Manel Maymi Ballesteros, Clara Badia Molins, Jordi Pérez Rodón, Begoña Benito Villabriga, Alba Santos Ortega, Ivo Roca Luque, Javier Cantalapiedra Romero, Jenson Maldonado, Gerard Oristrell Santamaría, Antonia Sambola Ayala, Ángel Moya Mitjans e Ignacio Ferreira González

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años se ha realizado un esfuerzo sustancial para mejorar la comprensión de las diferencias de género en las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, ningún estudio ha examinado las diferencias entre mujeres y varones que presentan síncope y bloqueo de rama. El objetivo de este trabajo fue determinar si existen diferencias específicas por sexo en las características y resultados del síncope en pacientes con bloqueo de rama.

Métodos: Estudio de cohorte realizado entre enero de 2008 y febrero de 2021 en un hospital de tercer nivel centro de referencia en síncope. Se incluyeron pacientes con bloqueo de rama y síncope de origen desconocido tras la evaluación inicial, sin indicación directa de DAI. Los pacientes fueron manejados de acuerdo con las guías actuales de la ESC. A todos los pacientes se les realizó un estudio electrofisiológico (EEF) y en caso de no ser diagnóstico se implantó un registrador de bucle implantable (ILR).

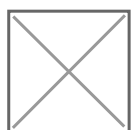
Resultados: Se incluyeron 443 pacientes, con una edad media de 73,9 años (DE 15,9), con 165 pacientes de sexo femenino (37,2%). El seguimiento medio fue de 4,0 años (DE 2,9). Los pacientes varones presentaban una mayor prevalencia de diabetes y cardiopatía isquémica. El bloqueo de rama izquierda (BRIHH) fue más prevalente en el sexo femenino y el bloqueo de rama derecha (BRDHH) en el sexo masculino (tabla). El rendimiento diagnóstico del EEF e ILR fue 43,0% y 41,8% respectivamente en mujeres y 48,2% y 45,3% en varones, siendo las diferencias no significativas. Sin embargo, el intervalo HV basal en el EEF fue significativamente más corto en el sexo femenino, 59,5 ms (DE 11,5) respecto a 63,3 ms (DE 15,3) ($p = 0,007$) (fig. A). En los análisis multivariados, el sexo femenino se asoció con un riesgo significativamente menor de bloqueo AV (fig. B) y con una menor necesidad de implantación de marcapasos al año (HR 0,72; IC95% 0,53-0,98) (fig. C). No se encontraron diferencias significativas entre sexos en la tasa de recurrencia de síncope, pero sí se observó una mayor mortalidad en el sexo masculino (28,8 vs 18,8%; $p = 0,019$).

Características basales de la muestra

Variable	Todos los pacientes (n = 443)	Mujeres (n = 165)	Varones (n = 278)	p
----------	----------------------------------	-------------------	-------------------	---

Edad (años)	73,9 (± 15,9)	74,2 (± 17,6)	73,7 (± 14,8)	0,125
Hipertensión	348 (78,6%)	125 (75,8%)	223 (80,2%)	0,269
Diabetes	153 (34,5%)	42 (25,5%)	111 (39,9%)	0,002
Dislipidemia	266 (60,1%)	98 (59,4%)	168 (60,4%)	0,829
C. isquémica	94 (21,2%)	22 (13,3%)	72 (25,9%)	0,002
FEVI (%)	55,8% (± 10,0)	55,8 (± 10,3)	55,8 (± 9,9)	0,982
Síncope recurrente	235 (53,1%)	81 (49,1%)	154 (55,4%)	0,199
Fibrilación auricular	78 (17,8%)	29 (17,6%)	49 (17,9%)	0,935
Bloqueo AV 1º	152 (40,2%)	48 (34,3%)	104 (43,7%)	0,072
BRIHH	167 (37,9%)	90 (55,2%)	77 (27,7%)	0,001
BRDHH	259 (58,6%)	68 (41,5%)	191 (68,7%)	0,001
BRDHH + HBA	159 (35,9%)	43 (26,1%)	116 (41,7%)	0,001
BRDHH aislado	50 (11,7%)	16 (10,2%)	34 (12,6%)	0,449
Duración QRS (ms)	143,1 (± 16,5)	142,9 (± 15,3)	143,3 (± 17,2)	0,827
QRS > 150 ms	159 (36,0%)	59 (36,0%)	100 (36,0%)	0,999

FEVI: fracción eyección ventrículo izquierdo; Bloqueo AV: bloqueo auriculoventricular; BRIHH: bloqueo rama izquierda del haz de His; BRDHH: bloqueo rama derecha del haz de His; HBA: hemibloqueo anterior izquierdo.



Representación gráfica de los resultados del estudio.

Conclusiones: Las mujeres con síncope y bloqueo de rama tienen un riesgo menor de bloqueo AV y una menor necesidad de implantación de marcapasos al año de seguimiento. Debe evitarse una estrategia de implantación directa de marcapasos, especialmente en mujeres.