**Relatoría Grupo 7 Evidencia Científica 17-10-2022:** Dra. Adriana Mogollón (presentadora), Dr. José Martín Meléndez (relator), Dr. Diego Montero.

**Bloque de electrofisiología – Interrogante del ciclo:** ¿En pacientes sin cardiopatía estructural severa, la presencia de bloqueo avanzado de la rama izquierda del Haz de His (BARIHH), en relación a pacientes sin este hallazgo electrocardiográfico, representa un factor de riesgo para la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores?

**Estudio:** Pronóstico del bloqueo de rama izquierda del Haz de His incidental.

**Observaciones metodológicas del articulo:**

1. Estudio de naturaleza retrospectiva, lo cual puede representar riesgo de sesgo de selección.

**Observaciones clínicas del artículo:**

1. Es el primer estudio que incluye pacientes a quienes se le realizó resonancia magnética cardíaca, la cual representa el estándar de oro para la caracterización del tejido miocárdico.
2. Al analizar las características basales de los pacientes, es evidente que fueron incluidos pacientes de grupos etarios entre 50 y 70 años, hipertensos y diabéticos, por lo que se puede concluir que se trataban de pacientes con cierto grado de riesgo cardiovascular.
3. La duración del complejo QRS fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con cardioresonancia + (mayor 150 ms) lo que podría implicar un mayor riesgo de desenlaces desfavorables e incluso la indicación de estrategias electrofisiológicas como terapia de resincronización cardíaca.

**Observaciones sobre los resultados del artículo:**

1. Curvas de Kaplan-Meier: al evaluar la parte inferior de las figuras, donde se representa el periodo de seguimientos de los pacientes, resulta llamativo como se reduce de forma importante el número de pacientes durante el seguimiento, lo cual probablemente se encuentre asociado a una elevada mortalidad o a otras situaciones que no son especificadas en la prosa del artículo. Es importante resaltar, que este comportamiento fue similar incluso en los controles y que a partir del día 1000 se observa un cambio importante en el comportamiento del seguimiento.
2. Figura 2: se realiza una comparación de los desenlaces en los controles, pacientes con cardioresonancia + y con cardioresonancia -, sin embargo, no es posible determinar si estos resultados son a expensas de mortalidad o MACEs.
3. Tabla 3: se realiza un análisis del seguimiento a los 3.75 años, el cual se corresponde con los 1000 días del seguimiento. Se concluye que los resultados que se reflejan en esta tabla son los más importantes del artículo, y que a partir de ellos se deben obtener las conclusiones, ya que al evaluar los resultados a 8 años del seguimiento el número de pacientes es 0.

**Conclusiones**

1. El bloqueo de rama izquierda incidental no es necesariamente benigno. El fenotipo iLBBB CMR+ denota un subgrupo de pacientes con un riesgo relativamente alto de mortalidad total y MACE.
2. Por el contrario, el fenotipo iLBBB CMR- es un grupo de pacientes de bajo riesgo, cuya supervivencia es similar a los controles asintomáticos con ECG y RMC normales.
3. Los pacientes con un fenotipo iLBBB CMR- pueden tener una buena supervivencia a largo plazo, aunque, existe un pequeño riesgo de IC y bloqueo auriculoventricular.

**En relación a la interrogante del ciclo:** ¿En pacientes sin cardiopatía estructural severa, la presencia de bloqueo avanzado de la rama izquierda del Haz de His (BARIHH), en relación a pacientes sin este hallazgo electrocardiográfico, representa un factor de riesgo para la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores?

El estudio SI responde a la interrogante, el hallazgo incidental de BARIHH en pacientes sin cardiopatía estructural severa representa un factor de riesgo para la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores.

**Destacamos los siguientes aportes:**

* El iLBBB CRM-, se asoció con 4 veces más riesgo de muerte o MACES (hospitalización por IC o BAV ameritando MCP o RT-DAI), en comparación con el grupo control, durante un periodo de seguimiento de 8 años [HR 4.24 (IC 1.17-15.4) p= 0.028]. Este grupo incluyó HTA sistémica 39%, diabetes 7% y FEVI ligeramente reducida.
* El iLBBB CMR+, se asoció con 7 veces más riesgo de muerte, en comparación con el grupo control, durante un periodo de seguimiento de 8 años [HR 7.42 (IC 2.22-24.7) p= 0.001]. No hubo diferencias entre iLBBB CRM- y control.
* En pacientes con iLBBB, la asociación de fibrosis miocárdica y FEVI <50% mediante CRM, pueden considerarse variables dependientes para el desarrollo de mortalidad o, compuesto de mortalidad o MACES, en comparación con el grupo control, durante un periodo de seguimiento de 8 años [HR 11.2 (IC 3.22-39.1) p <0.001 y HR 9.66 (IC 2.84-32.8) p <0.001, respectivamente].
* Sugerimos que se amplíe el análisis a estudios prospectivos que permitan evaluar individualmente la relación entre iLBBBI sin cardiopatía estructural, y eventos cardiovasculares mayores, con mayor precisión sobre la evolución de los pacientes durante todo el periodo de seguimiento.

LO QUE SE COMENTÓ EL LUNES… Puedes agregar lo que consideres necesario.

**RELATORIA**

GRUPO 7 EVIDENCIA CIENTÍFICA. EXPOSITOR: DRA. ADRIANA MOGOLLON.

PROGNOSIS OF INCIDENTAL LEFT BUNDLE BRANCH BLOCK

17/10/2022

En pacientes sin cardiopatia estructural severa, la presencia de BARIHH, representa un factor de riesgo para ocurrencia de MACES?.

**Características basales**: la duración del QRS del grupo con BARIHH y CRM + fue considerablemente mayor, incluso mayor a 150 ms lo que podría tener implicaciones sobre la indicación de estrategias electrofisiológicas como implante de Resincro-DAI en este grupo de pacientes (Dr. Adelvis).

**Figura 1** – en la parte inferior de las curvas, en lo que respecta al seguimiento de los pacientes, llama la atención como se reduce de forma importante el número de pacientes durante el seguimiento, probablemente asociado a una mortalidad muy marcada o a situaciones que no se especifican en la prosa del artículo. Al final se establece que todos los pacientes murieron. Antes de los 1000 dias la mortalidad fue menor al 10%. Al ser un punto combinado no se especifica mortalidad y MACE. Llama la atención que los controles fallecieron de forma importante, a pesar de solo ser pacientes con HTA y DM. Consideran que es particular que pacientes de ese grupo etario en países de primer mundo fallecen tan rápidamente. (Dra. Raquel y Dra. Infante). POR QUE SE MURIERON? SE REALIZARON AUTOPSIAS? YA ERAN PACIENTES MUY ENFERMOS EN TODOS LOS GRUPOS?

**Figura 2** – La asociación es a expensas de mortalidad o MACE?

**DRA INFANTE:** 3.75 años se asemeja a los 1000 dias que es cuando cambia el comportamiento de las curvas. Al final de seguimiento todos están en 0 “es lo esperable”. Lo que esta en las curvas es muy distinto a lo que se plantea en la tabla del seguimiento de los 3.75 años. EN ESTE PUNTO ES REALMENTE CUANDO SE DEBE HACER EL ANALISIS EN ESTE ARTICULO EN PARTICULAR. LAS CONCLUSIONES SE DEBEN REALIZAR EN ESTE PUNTO DE 3.75 AÑOS, NO A LOS 8 AÑOS.

**DR. REINALDO ORTIZ** – Mezcla de pacientes con no fibrosis pero con FEVI reducida? No conocemos el sustrato de ese daño o esa circunstancia. Es complejo utilizar al ETT como una herramienta comparativa a la CRM para identificar los fenotipos miocárdicos, esto amerita un proceso de entrenamiento extenso.

**DR PITIA** – H-V mayor a 70 ms o los que progresan a BAV completo se ven beneficiados en la práctica clínica de estrategias electrofisiológicas.

Pregunta 4 lista de cotejo NO APLICA ya que es un estudio retrospectivo.

**DR. PITIA APORTE** – evaluar en la consulta la duración del QRS, específicamente la progresión del mismo en el tiempo. Es decir, todo paciente con BARIHH que se presente en la consulta, debe ser evaluado de forma sucesiva en lo que respecta a la duración del QRS. LA DURACION DEL QRS ES UN FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A FIBROSIS + FEVI MENOR DEL 50%.