



6019-97. USO Y VALOR PRONÓSTICO DEL HOLTER-ECG EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA

Lidia María Carrillo Mora¹, José Francisco Gil Fernández², Mario Hernández Iniesta¹, Alba María García García¹, Noelia Fernández Villa¹, Juan Ramón Gimeno Blanes¹, Beatriz Pérez Martínez³, Carmen Muñoz Esparza¹, Francisca María Muñoz Franco⁴ y María Sabater Molina¹

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), España, ²Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ³Hospital Virgen del Castillo, Yecla (Murcia), España y ⁴Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca de la Cruz (Murcia), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El 40% de los pacientes con miocardiopatía dilatada (MCD) presentan muerte súbita (MS). La estratificación del riesgo en esta patología se basa en la función sistólica del ventrículo izquierdo (FEVI) y en la definición de varios genotipos de riesgo, pero continúa siendo compleja en los pacientes sin estas características. El Holter se ha incluido como clase I de recomendación en las nuevas guías europeas de práctica clínica de 2023. Nuestro objetivo fue evaluar el uso del Holter y su utilidad pronóstica en la MCD.

Métodos: 501 pacientes consecutivos (edad $50,0 \pm 18,0$ años; 67,3% hombres) con MCD evaluados en una unidad de referencia fueron incluidos entre los años 2005 y 2023. Todos los probandos tenían estudio genético realizado y los familiares en caso de este ser positivo. La FEVI media fue de $35,7 \pm 12,8\%$. El motivo de diagnóstico fue 67,7% síntomas, 14,8% *screening* familiar, 10,4% casual, 1,2% MS resucitada. El estudio genético fue positivo en 38,1% (31,4% titina, 29,8% sarcoméricos motores, 11,0% citoesqueleto, 6,8% desmosómicos, 3,1% nucleares y 17,8% otros).

Resultados: Se realizó un Holter en 310 (61,9%) pacientes, los cuales fueron más jóvenes ($48,5 \pm 17,8$ años vs $52,3 \pm 18,2$ años, $p = 0,03$), más familiares (29,4 vs 16,8%, $p = 0,01$), con FEVI más elevada ($39,3 \pm 12,3$ vs $29,8 \pm 11,4\%$, $p = 0,01$) y menos sintomáticos (clase NYHA I-II, 74,6 vs 43,1%, $p = 0,01$). Hubo 23,9% pacientes que tuvieron extrasistolia ventricular (EV) frecuente ($> 2.000/24h$) y 19,4% taquicardia ventricular no sostenida (TVNS) sostenida en el Holter. La TVNS y la EV frecuente se asoció a una mayor edad, peor clase funcional y peor FEVI. La EV frecuente fue más habitual en los pacientes con TVNS ($55,7$ vs $16,4\%$, $p = 0,01$). La presencia de TVNS, la EV frecuente, la edad y la FEVI se asociaron estadísticamente al desarrollo de MS o equivalente en el seguimiento (HR 5,06 IC95% 2,43 \pm 10,53, $p = 0,01$; 4,56 IC95% 2,16 \pm 9,61, $p = 0,01$; 1,02 IC95% 1,01 \pm 1,05, $p = 0,05$; 0,96 IC95% 0,93 \pm 0,98, $p = 0,01$ respectivamente, seguimiento medio de $50,5 \pm 54,9$ meses). En el multivariado la la TVNS fue el único predictor independiente de MS o equivalente.

Análisis univariado y multivariado de los factores de riesgo asociados a eventos potencialmente fatales en el seguimiento

	Análisis univariado	Significación	Análisis multivariado	Significación
--	---------------------	---------------	-----------------------	---------------

HR (IC95%)

MS + MSR + descarga DAI

Sexo	0,821 (0,217-3,104)	0,771		
Edad primera visita	1,03 (0,99-1,07)	0,054		
FEVI%	0,98 (0,94-1,03)	0,431		
TVNS	4,00 (1,21-13,24)	0,023		
EVs cualitativa	1,58 (1,07-2,31)	0,021	1,58 (1,07-2,31)**	0,021
EVs frecuentes	3,05 (0,86-10,83)	0,084		

Muertes relacionadas + Tx + Descarga DAI

Sexo	1,09 (0,51-2,35)	0,826		
Edad primera visita	1,04 (1,02-1,06)	0,001	1,02 (1,01-1,05)	0,045
FEVI%	0,96 (0,93-0,98)	0,001		
TVNS	5,06 (2,43-10,53)	0,001	2,53 (1,06-6,06)*	0,037
			2,63 (1,13-6,13)**	0,025

EVs cualitativa	1,60 (1,27-2,02)	0,001	1,29 (1,01-1,67)**	0,047
EVs frecuentes	4,56 (2,16-9,61)	0,001		

*El modelo incluye únicamente 'EVs frecuentes' (dicotómica, 0 = EVs ausentes o poco frecuentes, 1 = EVs moderada o alta frecuencia en Holter de 24h) y se excluyen la variable 'EVs Cualitativa'. **El modelo incluye únicamente 'EVs cualitativa' (cinco valores, 0 = No EVs, 1 = Escasa frecuencia, 2 = Baja frecuencia, 3 = Moderada frecuencia, 4 = Alta frecuencia de EVs en Holter de 24h) y se excluye la variable 'EVs frecuentes'. HR: *hazard ratio*; IC: intervalo de confianza; MS: muerte súbita; MSR: muerte súbita resucitada; DAI: desfibrilador automático implantable; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; TVNS: taquicardia ventricular no sostenida; EV: extrasistolia ventricular; Tx: trasplante cardiaco.

Conclusiones: El Holter es un test infrautilizado en la estratificación de riesgo de MS en la MCD. El perfil de pacientes en los que se solicita es el familiar joven menos sintomático y con mejor FEVI. La presencia de TVNS y EV frecuente se asocian a un pronóstico desfavorable.