



6005-87. VALOR PRONÓSTICO DEL HALLAZGO EN HOLTER ECG DE 24H DE EPISODIOS DE TAQUICARDIA VENTRICULAR NO SOSTENIDA EN PACIENTES REMITIDOS POR SÍNCOPE

Cayetana Barbeito Caamaño¹, Alberto Bouzas Mosquera¹, Gabriel Sánchez Fernández¹, Francisco Javier Broullón Molanes², M^a Dolores Martínez Ruiz¹, Juan Carlos Yáñez Wonenburger¹, Nemesio Álvarez García¹ y José Manuel Vázquez Rodríguez¹ del ¹Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña y ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: La presencia de episodios de taquicardia ventricular no sostenida (TVNS) en Holter ECG de 24h es relativamente frecuente, siendo su significado incierto en la mayoría de las ocasiones, sobre todo en pacientes sin cardiopatía estructural. Nuestro objetivo fue evaluar el valor pronóstico, definido como la mortalidad a un año, de la presencia en el Holter de 24h de episodios de TVNS en pacientes remitidos por síncope.

Métodos: Se incluyeron 6.006 pacientes consecutivos remitidos para realizar un Holter como estudio inicial de síncope de origen no aclarado, entre marzo-2000 y diciembre-2014.

Resultados: 156 pacientes (2,7%) presentaron TVNS en la monitorización. En 144 pacientes la presencia de TVNS fue el único hallazgo anormal, siendo más frecuente entre aquellos hospitalizados (63,5 frente a 36,6%; $p < 0,001$) y presentando el 64,4% de los casos una FEVI normal. Las características basales de la población se resumen en la tabla. No se observaron diferencias significativas en la presencia concomitante de otras alteraciones significativas en el Holter, como BAV de tercer grado, pausas sinusales significativas o episodios de taquicardia supraventricular en aquellos pacientes que presentaron TVNS frente aquellos que no. Sí se objetivó una mayor frecuencia de episodios de BAV de segundo grado Mobitz II (3,2 frente a 0,8%; $p = 0,002$) y taquicardia ventricular sostenida (0,6 frente a 0,02%; $p < 0,001$) en los pacientes con TVNS. En cuanto al pronóstico, en los pacientes que solo presentaron TVNS como hallazgo anormal se observó una mortalidad a 1 año significativamente superior (17,4 frente a 3,8%; $p < 0,001$), tanto si tenían una FEVI normal (14,1 frente a 3,2%; $p < 0,001$) como sino (32,4 frente a 7%; $p < 0,001$). En los pacientes con antecedente de cardiopatía isquémica, la presencia únicamente de TVNS en el Holter también se asoció a un aumento de la mortalidad a 1 año, independientemente de la FEVI (33,3 frente a 7,2%; $p = 0,02$, en pacientes con FEVI normal; 40 frente a 10%; $p = 0,034$, en aquellos con FEVI deprimida). Esta asociación entre la presencia de TVNS y mortalidad a 1 año permaneció significativa tras el ajuste por sexo, edad, disfunción VI conocida e IAM previo (OR 3,3; IC95% 2,1-5,3; $p < 0,001$).

Características basales de la población			
N = 6.006	No TVNS	TVNS	p

Sexo varón, n (%)	3.027 (51,7)	105 (67,3)	0,001
Edad (años), media \pm DE	68,1 \pm 16,8	75,4 \pm 12,2	
IAM previo, n (%)	375 (6,4)	15 (9,6)	0,1
ECG basal, n (%)			
FA	621 (10,6)	36 (23,1)	0,001
BRIHH	369 (6,3)	26 (16,7)	0,001
BRDHH	467 (8)	19 (12,2)	0,06
FEVI 35%, n (%)	137 (2,3)	7 (4,5)	0,08
Fármacos, n (%)			
Antiarrítmicos del grupo I	23 (0,4)	0	0,43
Betabloqueantes	476 (8,1)	14 (9)	0,7
Antiarrítmicos del grupo III	77 (1,3)	1 (0,6)	0,46
Calcioantagonistas no dihidropiridínicos	98 (1,7)	7 (4,5)	0,008
Digoxina	67 (1,2)	7 (4,5)	0,001
TVNS: taquicardia ventricular no sostenida. DE: desviación estándar; IAM: infarto agudo de miocardio; ECG: electrocardiograma; FA: fibrilación auricular; BRIHH: bloqueo rama izquierda haz de His; BRDHH: bloqueo rama derecha haz de His.			

Conclusiones: La presencia de TVNS por si sola en el Holter ECG de 24h en pacientes con síncope podría tratarse de un marcador de mal pronóstico, aún en ausencia de cardiopatía estructural.