Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 220

Revista Española de Cardiología

6007-38. HOLTER IMPLANTABLE EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL: RESULTADOS DEL REGISTRO REVEAL ESPAÑA

Francisco Javier Lacunza Ruiz, Ángel Moya i Mitjans, Gonzalo Barón Esquivias, Jesús Daniel Martínez Alday, Ricardo Ruiz Granell, Juan Leal del Ojo González, Natalie García Heil y Arcadio García Alberola del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), Hospital General Universitario Vall d´Hebron, Barcelona y Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El holter implantable (HI) puede ser de utilidad en el estudio de pacientes (pts) con cardiopatía estructural (CE) que presenten síncope o palpitaciones, potencialmente relacionadas con arritmias. Por sus características especiales hay pocos datos en este subgrupo de pts. Objetivo: Evaluar las indicaciones y la eficacia diagnóstica del HI en pts con CE.

Métodos: Se diseñó un registro nacional de pts a los que se les implantó un HI por motivos clínicos entre abril'2006 y diciembre'2008. Participaron 41 centros. Se rellenó un formulario específico con los datos clínicos y ECG, motivo del implante, eventos durante el seguimiento, diagnóstico final y tratamiento de cada pte. Se completó el seguimiento cuando ocurría un evento o al año del implante. Se analizan los datos de los pts con CE.

Resultados: Se incluyeron 228 pts con CE (165 hombres (71%); 68 ± 13 años), de los cuales 19 se perdieron durante el seguimiento (8,3%). De los 209 restantes, 107 (51%) tuvieron un total de 122 eventos, obteniendo un diagnóstico final en 64 pts (31%). Las características clínicas se recogen en la tabla. El tiempo medio hasta el diagnóstico fue de 201 ± 145 días. En 59 pts (28%) una arritmia recogida por el HI se consideró diagnóstica. El diagnóstico más frecuente fue sincope por bradicardia (58%), seguido de síncope neuromediado (19%) y síncope por taquicardia (15%, 7 pts con TV). Diez pts fallecieron durante el seguimiento (4,8%) pero solo en un caso la causa de la muerte pudo ser registrada. 62 pts (30%) recibieron un tratamiento específico basado en la información recogida por el dispositivo (36 marcapasos, 7 DAIs, 6 fármacos, 2 ablaciones). No se hallaron diferencias en la tasa de diagnósticos independientemente del sexo, causa de implante o presencia de bloqueo de rama. No obstante, en los pts con FEVI < 55% la tasa de diagnósticos fue significativamente mayor (38% vs 24%; $p < 0,05$).

Conclusiones: La principal indicación para el implante de HI en este grupo de pts es el síncope recurrente. No obstante hasta en un 30% de casos la indicación es otra. El diagnóstico final se obtiene en un tercio de los pts, basándose principalmente en las arritmias recogidas por el dispositivo, permitiendo un tratamiento específico eficaz en la mayoría de ellos. El síncope secundario a bradicardia es el diagnóstico más frecuente. Los pts con FEVI inferior al 55% presentaron una tasa de diagnósticos superior.