



6005-98. ESTUDIO SOBRE LA UTILIDAD DEL HOLTER DE RITMO DE 24 HORAS Y DEL HOLTER DE RITMO DE LARGA DURACIÓN EN FUNCIÓN DEL SERVICIO PETICIONARIO

José Abellán Huerta, Ignacio Gil Ortega, Verónica García Molina, Tamara Gabriela Archondo Arce, Irene Azenaia García-Escribano García, Derek Farid Dau Villareal, Leticia Jaulent Huertas y Juan Antonio Castillo Moreno del Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: La aplicación clínica diaria del holter de ritmo es diversa y no siempre apropiada. Valoramos la indicación y eficacia los holter de ritmo de 24 horas (Ht24) y de larga duración (HtLD) en función del departamento solicitante.

Métodos: Estudio transversal, observacional y unicéntrico. Todos los pacientes que se realizaron un holter de ritmo entre septiembre y noviembre del 2014 se incluyeron en el estudio. Recogimos variables demográficas, patología previa, indicación del estudio, resultados e implicaciones del mismo en el manejo del paciente.

Resultados: Se incluyeron 291 pacientes. El 75,6% fueron Ht24 y el 24,4% HtLD. La edad media fue $63,2 \pm 14,25$ años. Fueron varones el 49,1%. Presentaron cardiopatía previa el 51,7%. El ratio de holter y sus indicaciones en función del servicio peticionario se muestran en la tabla. Fueron sintomáticos el 54,3% de los HtLD y el 10% de los Ht24 ($p < 0,01$). Con HtLD se detectó, en comparación con Ht24, mayor ratio de taquicardia supraventricular (TSV) (15,7% frente a 0,9%; $p < 0,01$), de taquicardia ventricular (4,3% frente a 1,8%; $p < 0,01$), más FA *de novo* (5,7% frente a 2,3%; $p < 0,01$) y más tasa de bradicardia (14,3% frente a 6,8%; $p < 0,01$). El HtLD derivó en estudio electrofisiológico (EEF) más frecuentemente que el Ht24 (4,3% frente a 0,9%; $p < 0,01$). Una mayor tasa de pacientes fueron dados de alta tras Ht24 que tras HtLD (25,9% frente a 14,3%, $p = 0,02$). Los holter pedidos por la unidad de electrofisiología presentaron, frente a los pedidos por el resto del servicio de cardiología, mayor ratio de TSV (9% frente a 1,6%, $p < 0,01$), de bradicardia relevante (12,6% frente a 7,8%; $p = 0,01$) e implicaron EEF con más frecuencia (3,6% frente a 0,8%; $p < 0,01$). Una mayor tasa de pacientes fueron dados de alta tras un estudio pedido por el servicio de Cardiología (15,2% frente a 25,2%; $p < 0,01$). Los holter pedidos por neurología encontraron patología en baja proporción (3% TSV, 3% bradicardia), e implicaron menos tasa de cambio farmacológico que los pedidos por Cardiología (15,2% frente a 25,2%; $p < 0,01$). No se registró ninguna FA *de novo* en los estudios pedidos por Neurología.

Proporción de holter pedidos e indicaciones por departamento

	Cardiólogo general (n = 131; 45%)	Unidad Electrofisiología (n = 111; 38,1%)	Neurología (n = 33; 11,3%)

Presíncope o mareo	9 (7%)	8 (7,2%)	0 (0%)
Síncope	18 (14%)	1 (0,9%)	3 (9,1%)
Palpitaciones	29 (22,5%)	36 (32,4%)	0 (0%)
Control de frecuencia en fibrilación auricular/ <i>flutter</i>	27 (21%)	12 (10,8%)	0 (0%)
Miocardopatía	12 (9,3%)	6 (5,4%)	0 (0%)
<i>Screening</i> fibrilación auricular	16 (12,4%)	18 (16,2%)	1 (3%)
Cuantificación extrasistolia ventricular	12 (9,3%)	10 (9%)	0 (0%)
Control posablación	1 (0,8%)	8 (7,2%)	0 (0%)
Ictus	0 (0%)	0 (0%)	27 (81,8%)
Otros	3 (2,4%)	6 (5,4%)	2 (6%)
No indicación	2 (1,6%)	6 (5,4%)	0 (0%)

Conclusiones: En nuestro trabajo, aunque el HtLD frente al Ht24, y los estudios pedidos por la unidad de electrofisiología presentaron mayor eficacia diagnóstica y mayor implicación clínica, las diferencias parecen clínicamente irrelevantes. Los estudios pedidos por neurología presentaron una baja rentabilidad diagnóstica y terapéutica.