Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 983

Revista Española de Cardiología

6045-9. EVENTOS REGISTRADOS DURANTE EL SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON *HOLTER* INSERTABLE

Jesús Peña Mellado, Rosa Macías Ruíz, Luis Tercedor Sánchez y Miguel Álvarez López

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: La monitorización electrocardiográfica de larga duración mediante el empleo de *holter* insertable (HI) es una herramienta útil en la evaluación del síncope inexplicado o con sospecha de origen arrítmico, así como en la detección de arritmias asintomáticas en pacientes con alteraciones de la conducción. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la rentabilidad diagnóstica del implante de *holter* Insertable en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes de un hospital de tercer nivel con implante de *holter* Insertable entre agosto de 2014 y marzo de 2021. Se evaluaron las características basales, los eventos arrítmicos detectados en el seguimiento y la necesidad de implante de marcapasos.

Resultados: Se incluyeron 127 pacientes con HI (mediana de 67 años, 49,6% varones). La causa más frecuente de implante de HI fue el síncope inexplicado (90,6%), seguido de la monitorización tras implante de TAVI (3,9%). La mayoría de los pacientes tenían fracción de eyección de ventrículo izquierdo conservada (85,6%). 118 pacientes (92,9%) estaban en ritmo sinusal al implante y 8 (6,3%) estaban en fibrilación auricular (FA). 16 pacientes (12,6%) presentaban bloqueo aurículoventricular (BAV) de 1er grado, 2 pacientes (1,6%) habían presentado previamente BAV segundo grado Mobitz tipo I y uno (0,8%) bloqueo AV 2:1.El 13,4% de los pacientes tenían bloqueo de rama izquierda basal, el 3,1% tenía bloqueo de rama derecha (BRD),el 9,4% tenía hemibloqueo anterior izquierdo y otro 13,4% tenía BRD + hemibloqueo izquierdo. Mediana de seguimiento de 21 meses. La arritmia más frecuentemente detectada fue el BAV de 3er grado (12,1%), seguida de pausas sinusales de más de 3 segundos (8%) y la FA previamente no conocida (2,4%). Durante el seguimiento, un total de 24 pacientes (18,9%) precisaron implante de marcapasos y uno (0,8%) implante de desfibrilador automático implantable.

Características basales de la población

Característica	Pacientes incluidos (n = 127)
Sexo, nº (%)	

Hombre	63 (49,6%)
Mujer	64 (50,4%)
Edad al implante de HI, años (intervalo)	
Mediana	67 (12-88)
FRCV, nº (%)	
HTA	67 (52,8%)
DM	26 (20,5%)
Dislipemia	51 (40,2%)
Cardiopatía, nº (%)	
Sin cardiopatía	79 (62,2%)
Isquémica	19 (15%)
Valvular	16 (12,6%)
Otra (HTA, hipertrófica, idiopática o MCD genética)	13 (10,2%)
FEVI, nº (%)	
Normal (> 50%)	109 (85,8%)
Rango Intermedio (40-50%)	8 (6,3%
Reducida (40%)	10 (7,9%)
Duración media QRS (ms)	99 ± 30 ms

HI: *holter* insertable; FRCV: factores de riesgo cardiovascular;HTA: hipertensión arterial;DM: diabetes mellitus; MCD: miocardiopatía dilatada;FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo.

Arritmias detectadas durante el seguimiento.

Conclusiones: La monitorización electrocardiográfica de larga duración mediante *holter* insertable en pacientes seleccionados tiene una alta rentabilidad diagnóstica, con una elevada tasa de implante de marcapasos en el seguimiento.