



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

Lidia María Carrillo Mora<sup>1</sup>, José Francisco Gil Fernández<sup>2</sup>, Mario Hernández Iniesta<sup>1</sup>, Alba María García García<sup>1</sup>, Noelia Fernández Villa<sup>1</sup>, Juan Ramón Gimeno Blanes<sup>1</sup>, Beatriz Pérez Martínez<sup>3</sup>, Carmen Muñoz Esparza<sup>1</sup>, Francisca María Muñoz Franco<sup>4</sup> y María Sabater Molina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), España, <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, <sup>3</sup>Hospital Virgen del Castillo, Yecla (Murcia), España y <sup>4</sup>Hospital 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

	<b>Análisis univariado</b>	<b>Significación</b>	<b>Análisis multivariado</b>	<b>Significación</b>
--	----------------------------	----------------------	------------------------------	----------------------

**HR (IC95%)**

**MS + MSR + descarga DAI**

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

**Muertes relacionadas + Tx + Descarga DAI**

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

<b>EVs cualitativa</b>	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.