

Seguridad y rentabilidad del holter insertable en función de la estrategia de implante (urgencias o ambulatorio) en pacientes que acuden por síncope a urgencias

Alejandro Nistal Juárez(1), Eusebio García-Izquierdo Jaén(2), Gloria Hermón Ramírez(2), Daniel García Rodríguez(2), Diego Jiménez Sánchez(2), Víctor Castro Urda(2), Jorge Enrique Toquero Ramos(2), Chinh Pham Trung(2), Melodie María Segura Domínguez(1), Gabriela Uriarte Zavala(1), Ana Muñoz Serna(1), Basilio Angulo Lara(1), David Pujol Pocull(1), Javier Segovia Cubero(1) y Ignacio Fernández Lozano(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España y (2)Unidad de Electrofisiología y Arritmias. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España

Introducción: El implante de un Holter insertable (HI) representa una opción atractiva para completar la valoración temprana de pacientes que acuden a Urgencias por síncope de origen inexplicado. No está claro cuál es el momento idóneo del implante. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la seguridad y rentabilidad diagnóstica del implante del HI en estos pacientes en función del momento del implante.

Métodos: Análisis observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes valorados en Urgencias (2020-2024) por síncope inexplicado que recibieron HI para completar estudio. Se compararon dos grupos: pacientes en los que se implantó el HI en la visita a Urgencias (grupo URG, n=36) y pacientes en los que se implantó el HI de manera ambulatoria (grupo AMB, n=36). Se analizaron variables clínicas, electrocardiográficas y analíticas. El seguimiento se realizó mediante monitorización remota y visitas presenciales. Se consideró evento arrítmico (EA) accionable aquél con implicaciones terapéuticas.

Resultados: Las características basales de ambos grupos fueron similares. La mediana de tiempo desde la visita a Urgencias hasta el implante fue de 34 días RIC (18-75) en el grupo AMB, registrando un único evento adverso en forma de síncope antes del implante.
Durante una mediana de seguimiento de 37 meses en el grupo AMB, y 26 meses en el grupo URG, se registraron 24 y 19 EAs, respectivamente. Los EAs accionables fueron más frecuentes en el grupo AMB (47% vs 25%, p=0.05). El 45% y el 33% de los EAs accionables se acompañaron de síncope, respectivamente. En ambos grupos, la mayoría de eventos fueron bradiarrítmicos (76% y 56% respectivamente) y la principal acción llevada a cabo fue el implante de marcapasos (82% y 67%).
Hubo una tendencia no significativa al menor tiempo hasta el evento en el grupo ambulatorio en el análisis de supervivencia (p=0.063), aunque sesgado por el tiempo desde la indicación hasta el implante del HI.

Conclusiones: El implante de HI de manera ambulatoria en pacientes que acuden por síncope a Urgencias resulta una estrategia segura que no compromete la rentabilidad diagnóstica. Nuestro análisis sugiere que el tiempo hasta

el diagnóstico de EA accionable es menor cuando el implante del HI se realiza de manera ambulatoria. Los EA detectados, tuvieron implicaciones terapéuticas en gran parte de los pacientes en ambos grupos, siendo muchos de ellos incidentales sin correlación con síncope.

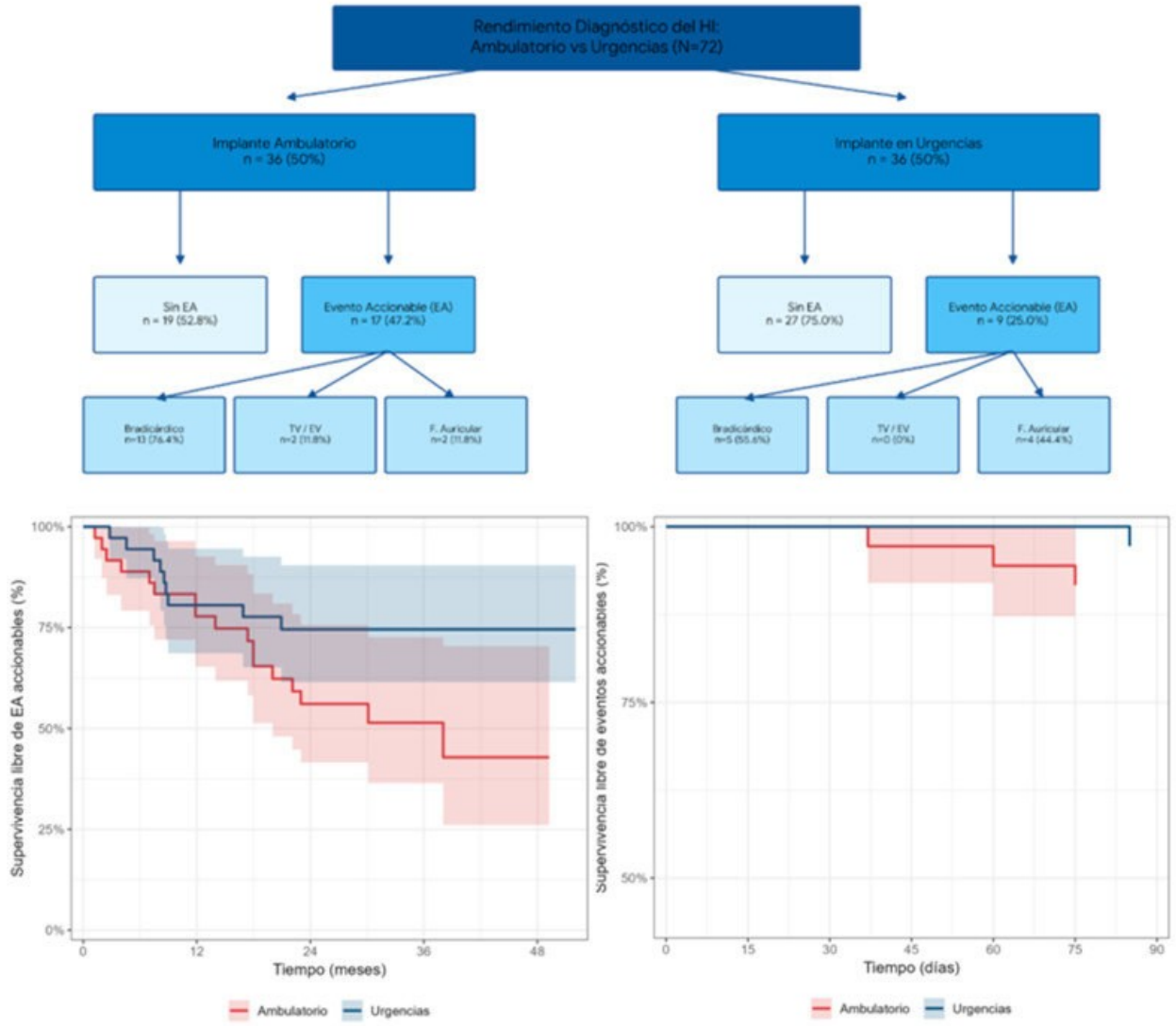


Tabla 1. Características basales, analíticas y electrocardiográficas en función del implante ambulatorio o en Urgencias

Variable	Ambulatorio (n=36)	Urgencias (n=36)	p-valor
Edad (años)	80 (72-86)	78 (68-85)	0.660
Varón	75%	58.3%	0.134
Hipertensión Arterial	75%	61.1 %	0.206
Dislipemia	47.2%	50 %	0.814
Diabetes Mellitus	19.4%	22.2%	0.772
Síncope previo	56.6%	30.6%	0.086
No tabaquismo	25 %	30.5%	0.385
FEVI (%)	60 (58-64)	59.5 (56-63)	0.114
Cardiopatía	47.2%	52.8%	0.349
Antecedente de FA	25%	19.4%	0.571
ECG Normal	30.6%	30.6%	1
Trastorno de Conducción	44.4%	47.2%	0.813
Puntuación CSRS (RIC)	2 (1,3)	3 (1,4)	0.251
TAS (mmHg)	133.9 ± 23.5	147.7 ± 24.9	**0.03**
NT-proBNP (pg/mL)	457 (204-1441)	159 (67-717)	0.256
Troponina I hs (ng/L)	8 (3-15)	10.5 (6-18)	0.356
Intervalo PR (ms)	187 (150-203)	169.5 (148-196)	0.445
Anchura QRS (ms)	100 (86-137)	107 (90-130)	0.928
QTc (ms)	428.1 ± 35.8	437.4 ± 38.6	0.421

Valores expresados como mediana [RIC] o media ± desviación estándar en función de la normalidad o n (%). p por χ^2 para variables categóricas y U de Mann-Whitney para variables continuas que no siguen una distribución normal y t de Student para las que siguen una distribución normal. FEVI: Fracción de Eyección del ventrículo izquierdo. CSRS: Canadian Syncope Risk Score. RIC: rango intercuartílico. QTc: intervalo QT corregido.