

Utilidad del holter insertable en pacientes que acuden por síncope a urgencias en función de la presencia de trastornos de conducción

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), Melodie María Segura Domínguez(2), Chinh Pham Trung(2), Luis Blanco Tapia(1), Alberto Sánchez Arjona(1), Noelia Mora Buitrago(1), Samuel Renedo Martínez(1), Javier Segovia Cubero(1) y Ignacio Fernández Lozano(2) de (1)Servicio de Cardiología y (2)Unidad de Electrofisiología y Arritmias. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España

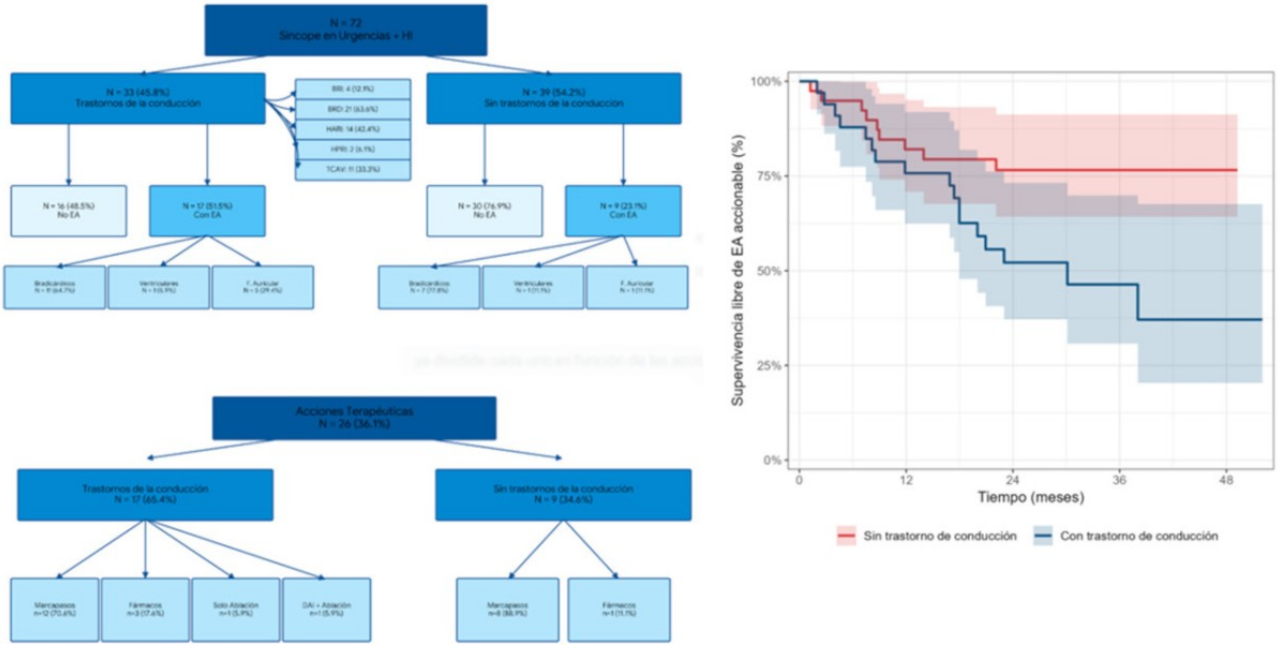
Introducción: El Holter insertable (HI) tiene una rentabilidad diagnóstica alta en pacientes con síncopes recurrentes e inexplicados, representando una opción atractiva para completar la valoración temprana de estos pacientes tras el alta de Urgencias. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la rentabilidad diagnóstica del HI y acciones terapéuticas derivadas en función de la presencia de trastornos de conducción (TC).

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 con TC (grupo TC, n=33) y pacientes sin TC (grupo no-TC, n=39). Se consideraron trastornos de conducción la presencia de bloqueos de rama izquierda o derecha, hemibloqueos de rama izquierda y trastornos de la conducción aurículo-ventricular (PR > 200 ms o bloqueo > 1er grado). Se analizaron variables clínicas, electrocardiográficas y analíticas. El seguimiento se realizó mediante monitorización remota y visitas presenciales. Se consideró evento arrítmico accionable (EAA), aquél con implicaciones terapéuticas.

Resultados: Los pacientes del grupo TC eran más añosos, tenían mayor prevalencia de hipertensión arterial, mayor Canadian Syncope Risk Score e intervalos QT corregidos mayores.
La mediana de seguimiento fue de 28.3 meses RIC (18.9-41.5) en el grupo sin TC y de 20.9 meses RIC (12.1-30.1) en el grupo con TC (p=0.055).
Los EAAs fueron más frecuentes en el grupo TC (52% vs 23%, p=0.015), con un odds ratio de 3.5 (1.3-9.7) y con una diferencia significativa en las curvas de supervivencia hasta evento. Las bradiarritmias predominaron en ambos grupos (65% en TC y 78% en no-TC). Los EAAs fueron mayoritariamente incidentales (sin correlación con síncope) en ambos grupos (58% y 60%, respectivamente). De manera global, la acción terapéutica más frecuente fue el implante de marcapasos (MP): 36% del grupo TC y el 21% del grupo no-TC precisaron un marcapasos.

Conclusiones: El implante de HI en pacientes valorados en Urgencias por síncope inexplicado resulta especialmente útil en presencia de TC, con mayor probabilidad de registrar un EAA, incluso en ausencia de recurrencia de síncope. Teniendo en cuenta que la existencia de TC asociada a síncope motiva en ocasiones el implante directo de MP, es

importante remarcar que el HI evitó el implante en casi dos tercios de estos pacientes.



Características basales del paciente, clasificación de síncope, parámetros electrocardiográficos y analíticos y tiempos de seguimiento en función de la presencia de trastornos de conducción.

Variable	Sin Trastorno (n=39)	Con Trastorno (n=33)	p-valor
Edad (años) (RIC)	74 (63.5-82)	78 (82-89)	< 0.001
Varón (%)	65.0%	68.8%	0.737
HTA (%)	57.5%	81.2%	0.032
Dislipemia (%)	45.0%	53.1%	0.493
Diabetes (%)	15.0%	28.1%	0.173
Síncope previo (%)	42.5%	43.7%	0.53
Cardiopatía (%)	53.8%	43.8%	0.397
Antecedente FA (%)	17.5%	28.1%	0.281
FEVI (%)(RIC)	61 (58–65)	59 (57-63)	0.104
FC (lpm)	73.6 ± 18	72.2 ± 18.9	0.752
TAS (mmHg)	143.6± 24.2	137.4±25.8	0.299
TAD (mmHg)	78.9±12.5	72.2±15.4	0.050
QTc (ms)	445.6 ± 33.8	467.7 ± 28.6	0.004
Creatinina (mg/ dl) (RIC)	0.97 (0.80-1.1)	0.9 (0.75-1.29)	0.941
NT-proBNP (pg/ ml) (RIC)	208.5 (69-756.5)	353 (173.5-1027)	0.512
Troponina I (ng/l) (RIC)	10 (4.5-12)	12 (3-25)	0.521
CSRS (RIC)	2 (0-3)	3 (2-5)	0.006
Tiempo mediano de seguimiento (meses) (RIC)	28.3 (18.9-41.5)	20.9 (12.1-30.1)	0.055

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.