



Cardiocre



214/4 - Holter implantable como herramienta diagnóstica. Análisis de nuestro medio

M. Herruzo Rojas¹, I. Noval Morillas¹, T. Bretones del Pino¹, M.A. Martín Toro², M. Fernández García¹, R. del Pozo Contreras¹, L. Gutiérrez Alonso¹, R.M. Fernández Rivero³, L.R. Cano Calabria³ y R.E. Vázquez García⁴

¹Médico Residente de Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ²Médico Residente de Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén. ³FEA Cardiología; ⁴Jefe del Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Introducción y objetivos: El síncope o palpitations no filiado es una patología relativamente frecuente. El Holter insertable es una herramienta diagnóstica en estos pacientes en caso de nuevos episodios. Objetivo: analizar causas de implante de Holter insertable, su utilidad y necesidad de otros procedimientos invasivos.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 29 pacientes con Holter insertable en nuestra unidad de arritmias. Análisis de frecuencias, absolutas y relativas, de las variables cualitativas y el cálculo de media y desviación típica de las variables cuantitativas.

Resultados: Se analizaron 29 pacientes (15 varones, con edad media 56 ± 14 años), seguimiento medio de 20 ± 14 meses. Las causas del implante resultaron síncope-presíncope (26 casos, 90%) y palpitations (3 casos, 10%) no documentados previamente. El 96,6% se sometió a estudio electrofisiológico de conducción e inducción de arritmias previamente al implante, que resultó negativo. Durante el seguimiento, se evidenció taquicardia en el 38% de los implantes, y ningún caso de bradicardia o bloqueo. El 66,7% de los pacientes con taquicardia en el Holter presentó fibrilación auricular paroxística, siendo la taquicardia sinusal, TPSV y extrasistolia ventricular el 8,3%, un caso cada una. Todos pacientes con palpitations se sometieron a EEF y ninguno tuvo trastornos del ritmo en su seguimiento. No se observaron complicaciones tras el implante.

Conclusiones: El Holter implantable sería una opción en pacientes con síncope-presíncope o palpitations con EEF negativo y que continúan sintomáticos, con mínima tasa de complicaciones. La FA paroxística no diagnosticada es lo más frecuente en estos pacientes durante el seguimiento. El EEF y conducción negativo descarta la necesidad de marcapasos definitivo a corto-medio plazo.