



G-057 - 'LOCURA ES HACER SIEMPRE LO MISMO Y ESPERAR RESULTADOS DIFERENTES', LA RENTABILIDAD DEL HOLTER DE 24H EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

J. García Pedro¹, L. Navarro Peiró¹, S. Pintos Martínez¹, A. Valdivia Pérez², P. Olcina Lloret¹, M. Gómez Rubio¹, L. Grigorita¹, P. Martín Rico¹

¹Medicina Interna, ²Medicina Preventiva. Hospital de Denia. Dénia (Alicante).

Resumen

Objetivos: Se trata de un análisis descriptivo de pacientes hospitalizados en un servicio de Medicina Interna a los que se solicita un Holter, con el objetivo principal de valorar la rentabilidad de realizar este test durante la hospitalización.

Material y métodos: La población son todos los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del hospital de Dénia, a los que se les realiza Holter entre el 1/5/16 y el 16/6/16 (41 pacientes). Realizamos un análisis descriptivo con las siguientes variables: Características basales de la población: edad, sexo, dislipemia, hipertensión arterial, tabaquismo, DM 2, enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica. Tratamientos: alfabloqueantes/diuréticos/antidepresivos tricíclicos/2 o más de estos. Juicio diagnóstico al ingreso: AIT/ictus/síncope/fibrilación auricular/otros. Hallazgos en Holter: normal/fibrilación auricular/bloqueo aurículo-ventricular/otras arritmias. Juicio clínico al alta: AIT/ictus/síncope/fibrilación auricular/bloqueo aurículo-ventricular/otra arritmia/otros. Valoramos: 1. En cuántos pacientes en los que la indicación fue enfermedad cerebrovascular aguda se halló arritmia embolígena. 2. En cuántos pacientes en los que la indicación fue síncope se encontró un bloqueo aurículo-ventricular u otra alteración que justificase la clínica. 3. En cuántos el resultado del Holter modificó el diagnóstico al alta y por tanto el manejo.

Resultados: Diagnósticos al ingreso: En cuanto a los diagnósticos relevantes, por ser los que nos ocupan, en el 24% de los pacientes el diagnóstico al ingreso era síncope (10), en el 54% ictus (22), y en el 7% accidente isquémico transitorio (3). Hallazgos en ictus y en síncope: Del total de pacientes que ingresaron por ictus (25 casos incluyendo los accidentes isquémicos transitorios) sólo en 5 de ellos el holter fue patológico, de los cuales en 4 se encontró fibrilación auricular, aunque en uno de los casos ya era conocida, y en el quinto caso se objetivó extrasistolia ventricular frecuente con bigeminismo, por lo que, finalmente, sólo en 3 casos de los 25 ictus, el resultado del holter modificó la actitud. Del total de pacientes que ingresaron por síncope, sólo en uno se encontró una alteración que lo justificara (bloqueo aurículo-ventricular tipo Wenckebach). 3. Hallazgos en holter: En el 83% (34) el resultado del Holter fue normal y no modificó en diagnóstico de ingreso. En el 12% (5) se encontró fibrilación auricular, una de ellas ya conocida. En el 2,4% (un paciente) se encontró un bloqueo aurículo-ventricular tipo Wenckebach que condicionó implante de marcapasos. En el 2,4%

(un paciente) se hallaron extrasístoles ventriculares frecuentes con bigeminismo, lo cual no modificó la actitud.

Discusión: Existe mucha controversia en las guías de práctica clínica acerca de en qué casos de ictus se debe investigar una causa cardíaca mediante ecocardiograma, y más aún mediante holter. Deben realizarse en pacientes en los que no está clara la etiología del ictus, y sobre todo en pacientes jóvenes, pero en nuestro medio apreciamos que se realizan en la mayoría de pacientes. Por otro lado, existe una nueva corriente que se denomina "Right care", en la que uno de los pilares es "no hacer lo que no hay que hacer", y es en esta línea hacia la que se enfoca nuestro trabajo. Una de las limitaciones es el escaso número de pacientes, pero consideramos que una vez que ampliemos la muestra podríamos demostrar que el número de holter a realizar para encontrar un resultado patológico no apoya su realización durante la hospitalización.

Conclusiones: Parece que el NNT del holter para encontrar un resultado patológico (arritmia embolígena o un bloqueo que indique la necesidad de implante de un marcapasos), es alto. No parece coste-efectivo (salvo casos seleccionados) prolongar un ingreso para la realización de dicha prueba.