

Aprendendo Arritmias com o Holter



Guia Prático da Sociedade Brasileira
de Arritmias Cardíacas – SOBRAC



Fatima Dumas Cintra
Thiago da Rocha Rodrigues
Cesar José Gruppi




SOBRAC
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ARRITMIAS CARDÍACAS

 **Atheneu**

Aprendendo Arritmias com o Holter



Guia Prático da Sociedade Brasileira
de Arritmias Cardíacas – SOBRAC



SAL
SERVIÇO DE ATENDIMENTO
AO LEITOR
Tel.: 08000267753

www.atheneu.com.br



(21) 99165-6798 [Facebook.com/editoraatheneu](https://www.facebook.com/editoraatheneu) [Twitter.com/editoraatheneu](https://twitter.com/editoraatheneu) [Youtube.com/atheneueditora](https://www.youtube.com/atheneueditora)

Aprendendo Arritmias com o Holter



Guia Prático da Sociedade Brasileira
de Arritmias Cardíacas – SOBRAC

Fatima Dumas Cintra
Thiago da Rocha Rodrigues
Cesar José Gruppi



SOBRAC
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ARRITMIAS CARDÍACAS



EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123, 13º andar
Conjuntos 133 e 134
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

CAPA: FK Estudio

PRODUÇÃO EDITORIAL: MKX Editorial

**CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ**

A661

Aprendendo arritmias com o Holter : guia prático da SOBRAC / editores Fatima Dumas Cintra, Thiago da Rocha Rodrigues, Cesar José Gruppi. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2023.
24 cm.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-782-4

1. Cardiologia. 2. Arritmia - Diagnóstico. 3. Arritmia - Tratamento. I. Cintra, Fatima Dumas. II. Rodrigues, Thiago da Rocha. III. Gruppi, Cesar José.

23-86000 CDD: 616.128
CDU: 612.12-008.318



Meri Gleice Rodrigues de Souza - Bibliotecária - CRB-7/6439
06/09/2023 12/09/2023

Cintra FD, Rodrigues TR, Gruppi CJ.

Aprendendo Arritmias com o Holter – Guia Prático da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas – SOBRAC

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2024.

Fatima Dumas Cintra

Professora Livre-Docente em Cardiologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professora Adjunta da Disciplina de Clínica Médica da Unifesp. Presidente da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC).

Thiago da Rocha Rodrigues

Cardiologista pelo Ministério da Educação e Cultura e pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (MEC e SBC). Mestre em Medicina pelo Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Proficiência em Arritmia Clínica pela Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC). Membro do Serviço de Arritmia e Eletrofisiologia do Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte - MG. Coordenador de Métodos não Invasivos da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC).

Cesar José Gruppi

Professor de Cardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Doutor em Cardiologia pela FMUSP. Título de Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Proficiência em Arritmia Clínica pela Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC). Médico Chefe do Setor de Monitorização Ambulatorial do Instituto do Coração do HCFMUSP (InCor-HCFMUSP). Diretor do Centro de Diagnóstico Cardiológico e Central de Análise de Holter - São Paulo.

Acácio Fernandes Cardoso

Cardiologista com Título de Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Eletrofisiologista com Certificado de Atuação em Eletrofisiologia Cardíaca Invasiva pela Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC). Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Diretor do Serviço de Eletrocardiografia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP).

Ana Luisa Calixto Rodrigues

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Residência em Clínica Médica pelo Hospital Santa Casa de Belo Horizonte. Residência em Cardiologia pelo Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte-MG. Título de Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Especialização em Arritmia Clínica pelo Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HCFMUSP).

André Gustavo da Silva Rezende

Coordenador do Serviço de Eletrofisiologia Invasiva do Hospital Universitário PROCAPE da Universidade de Pernambuco (UPE) e do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre em Ciências da Saúde pela UFPE.

Antonio Thomaz de Andrade

Residência Médica em Cardiologia pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC). *Fellow* em Arritmologia Clínica pelo Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HCFMUSP). Título de Especialista em Cardiologia pela SBC e Título de Proficiência em Arritmologia Clínica pela SOBRAC. Médico do Ambulatório de Arritmias Cardíacas e Setor de Eletrocardiografia Ambulatorial de Messejana. Preceptor da Residência de Cardiologia do Hospital de Messejana.

Carla Almeida

Cardiologista pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Médica do Setor de Holter do DASA e Coordenadora Médica da Área de Eletrofisiologia Clínica e Invasiva do Hospital São Luiz – Unidade Jabaquara e Hospital da Criança – Rede D’Or.

Dalmo Antonio Ribeiro Moreira

Chefe da Seção de Eletrofisiologia e Arritmias Cardíacas do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC). Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Professor Pleno de Pós-Graduação do IDPC e USP. Médico do Setor de Métodos Gráficos (Eletrocardiografia Dinâmica) do Laboratório Fleury Medicina e Saúde.

Dário Celestino Sobral Filho

Professor Associado e Livre-Docente de Cardiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM-UPE). Coordenador de Pós-Graduação e Pesquisa da FCM-UPE. Mestre em Medicina Interna pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutor em Cardiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). *Fellow* do American College of Cardiology e da European Society of Cardiology. Título de Especialista em Arritmias pela Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC).

Eduardo Arrais Rocha

Professor do Mestrado em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutor em Cardiologia pela Universidade de São Paulo (USP). Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e em Arritmia e Marca-passo pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV).

Eduardo Augusto Q. A. Rocha

Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina do Centro Universitário Unichristus – Fortaleza-CE.

Eduardo Rodrigues Bento Costa

Graduação pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual de São Paulo (FMB-UNESP). Residência Médica em Cardiologia pela FMB-UNESP. Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Área de Atuação em Eletrofisiologia Clínica Invasiva pela Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC). Área de Atuação em Estimulação Cardíaca Eletrônica Implantável pelo Departamento de Estimulação Cardíaca da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (DECA-SBCCV). Diretor Médico da CardioRitmo – Clínica de Arritmias Cardíacas, São José dos Campos-SP.

Guilherme Dagostin de Carvalho

Médico Assistente da Seção Médica de Eletrofisiologia e Estimulação Cardíaca Artificial do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC). Mestre em Cardiologia pela Universidade de São Paulo/IDPC (USP-IDPC). Proficiência em Arritmia Clínica pela Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC). Especialização em Arritmia Clínica pelo Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (InCor-HCFMUSP). Especialização em Métodos Gráficos pelo InCor-HCFMUSP. Título de Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Cardiologista pelo IDPC.

Helena Nogueira Brasil

Cardiologista pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Proficiência em Arritmia Clínica pela Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC). Pós-Graduada em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Henrique Cesar de Almeida Maia

Mestrado e Doutorado em Cardiologia pela Fundação Cardiovascular São Francisco de Assis. Especialista em Eletrofisiologia pela Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC). Coordenador da Residência em Eletrofisiologia Clínica e Invasiva do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF).

Ieda Prata Costa

Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Eletrofisiologista pela Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC). Mestre em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

José Luiz Briguet Cassiolato

Docente do Colégio da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC). Diretor Médico da Cardio Dinâmica. Médico Responsável pelo Serviço de Holter do H9J São Paulo.

José Mário Baggio Jr.

Médico Especialista em Cardiologista pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e Especialista em Arritmias Cardíacas e Estimulação Cardíaca Artificial pela Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC).

Luciana Sacilotto

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Especialista em Arritmias pela Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC). Assistente do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HCFMUSP).

Luís Gustavo Belo de Moraes

Mestre em Medicina – Área de Concentração em Cardiologia pela Universidade Federal de Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Especialista em Estimulação Cardíaca Artificial pela Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas e Associação Brasileira de Arritmia, Eletrofisiologia e Estimulação Cardíaca Artificial (SOBRAC/ABEC). Médico do Serviço de Cardiologia do Setor de Arritmia Cardíaca do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ.

Maurício Pimentel

Doutor em Cardiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Médico do Serviço de Cardiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Natália Quintella Sangiorgi Olivetti

Doutoranda em Cardiologia pela Universidade de São Paulo (USP). Residência em Cardiologia pelo Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (InCor-HCFMUSP). Especialização em Arritmia Clínica pelo InCor-HCFMUSP. Residência de Clínica Médica pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ). Faculdade de Medicina na Universidade Federal Fluminense (UFF).

Olga Ferreira de Souza

Mestrado em Cardiologia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Doutorado em Cardiologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Cardiologia, Arritmia e Eletrofisiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SBC/SOBRAC). *Fellow* pela Sociedade Europeia de Cardiologia. Diretora Nacional da Cardiologia D'or – Rede D'or.

Paola Pretti Nunes Ferreira Falcochio

Médica Assistente no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HCFMUSP). Orientadora das Atividades Teórico-Práticas do Mapeamento Ambulatorial do Eletrocardiograma (Holter e Looper).

Rogério Braga Andalaft

Pediatra pelo Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (ICr-HCFMUSP) e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Cardiologista Pediátrico pelo Instituto do Coração do HCFMUSP (InCor-HCFMUSP). Cardiologista pela SBC. Especialista em Eletrofisiologia Clínica e Invasiva pela Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC) e pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC). Médico Assistente e Responsável pelo Ambulatório de Arritmias Cardíacas na Infância e nas Cardiopatias Congênitas do IDPC. Médico do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). Médico Eletrofisiologista do Hospital São Luiz – Unidade Jabaquara e Hospital da Criança. Eletrofisiologista da Maternidade Promatre Paulista. Coordenador do GEP (Grupo de Eletrofisiologia Pediátrica).

Silvio Alves Barbosa

Docente do Colégio da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC). Médico Assistente do Serviço de Holter do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HCFMUSP).

Prefácio 1

O livro *Aprendendo Arritmias com o Holter: Guia Prático da SOBRAC* tem como público-alvo médicos, residentes, cardiologistas ou outros profissionais da área da Saúde com interesse no traçado eletrocardiográfico. O principal objetivo deste guia é orientar a interpretação do exame de forma rápida e prática, sempre buscando enfatizar as condições mais comuns da prática clínica.

A ideia original foi oferecer um material complementar ao consagrado curso de Holter da SOBRAC, que já completa nove anos de história com mais de 2 mil participantes. O curso foi se modificando desde o seu lançamento em 2014 e, em 2022, foi reestruturado em uma plataforma educacional chamada COLÉGIO SOBRAC, onde é possível ao participante assistir ou rever as aulas no momento da sua maior conveniência. A partir de conhecimentos básicos da eletrofisiologia e eletrocardiografia, são compartilhados traçados comuns, mas que podem ocasionar muitas dúvidas em sua interpretação.

São 24 capítulos com inúmeros traçados cuidadosamente selecionados por profissionais experientes da nossa Sociedade e aqui compartilhados de maneira didática e ilustrativa, com a pretensão de continuar o ensino da eletrocardiografia e aprimorar os conhecimentos nesta área que, embora tenha se beneficiado enormemente do desenvolvimento tecnológico, ainda precisa da visão médica para sua melhor interpretação.

Fatima Dumas Cintra

Presidente da Sociedade Brasileira
de Arritmia Cardíaca (SOBRAC)

Os editores deste livro e grande parte de seus colaboradores somos de uma geração de médicos educados antes da explosão da internet e das tecnologias digitais. Ao contrário dos médicos mais novos, nossas bibliotecas médicas são repletas de livros, alguns empoeirados e outros nem tanto. Fomos acostumados a debruçar-nos sobre tiras de ECG munidos de compassos, régua, lápis e, principalmente, tempo. Com o auxílio do diagrama de Lewis, construíamos o raciocínio eletrofisiológico para a interpretação das arritmias cardíacas.

Hoje, com as facilidades digitais, falta-nos o compasso, a tira de ECG e o tempo. Analisamos os registros de ECG nas pequenas telas de nossos aparelhos celulares enquanto andamos pelos corredores do hospital, almoçamos ou, imprudentemente, aguardamos o sinal de trânsito fechar, quando o residente nos envia algum traçado em horário impróprio.

Este livro é um convite a todo médico, seja ele residente, clínico ou cardiologista, para que voltem a se debruçar sobre traçados de ECG, registrados a partir de gravações de Holter. Façam isso com os inúmeros e belos exemplos deste livro. Quando pertinente, elaborem seus próprios diagramas de Lewis e façam as suas próprias análises. Em seguida, confirmem a sua interpretação com a do autor do capítulo.

Descansem um pouco os olhos das telas digitais e aproveitem o conteúdo teórico dos capítulos para atualizarem o conhecimento das arritmias cardíacas com nossos autores, todos membros da nossa Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC).

Boa leitura,

Thiago da Rocha Rodrigues

Como vocês irão observar durante a leitura, este livro foi resultado do trabalho de diversos colegas, todos especialistas em arritmias cardíacas e com vasta experiência na análise e laudo de Holter. Além disso, ele é produto da nossa experiência com o Curso de Holter da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC) que, ao longo dos anos, foi evoluindo com o objetivo de transmitir aos colegas com interesse na área nosso conhecimento e experiência, sempre focados no aprendizado prático e com discussões detalhadas dos traçados de eletrocardiograma obtidos fundamentalmente em registros de Holter.

Procuramos fornecer informações teóricas para o entendimento e diagnóstico das arritmias cardíacas, informações sobre as ferramentas disponíveis nos sistemas de análise de Holter, discutir as dificuldades encontradas, apresentar critérios práticos para o diagnóstico das principais arritmias, discutir o comportamento da frequência cardíaca e das arritmias ventriculares, apresentar as principais funções e disfunções dos sistemas de estimulação cardíaca artificial. Não nos esquecemos de apresentar as metodologias emergentes e as principais ferramentas de avaliação de risco cardiovascular fornecidas pelo Holter, além de abordar as arritmias que ocorrem na idade infantil, na idade adulta, na cardiopatia chagásica e aquelas geneticamente determinadas, sem deixar de falar nas alterações da repolarização ventricular vistas durante uma gravação de Holter.

Espero que este livro traga conhecimento para os colegas que queiram iniciar o estudo das arritmias cardíacas e para aqueles já iniciados possa ser inspirador para novos avanços no seu conhecimento.

Um forte abraço e apreciem a leitura!

Cesar José Gruppi

SEÇÃO 1 – Introdução à Metodologia de Monitorização Ambulatorial da Eletrocardiografia

1. A Tecnologia do Holter, a Sistemática de sua Análise e a Exploração de seus Recursos, 3

Dário Celestino Sobral Filho
Cesar José Gruppi
Thiago da Rocha Rodrigues

2. Artefatos em Eletrocardiografia Ambulatorial, 19

José Luiz Briguet Cassiolato

3. O Estado Atual das Novas Técnicas de Monitoração Eletrocardiográfica Prolongada, 33

Cesar José Gruppi
Guilherme Dagostin de Carvalho

4. Eletrofisiologia Básica para a Compreensão das Arritmias, 65

Henrique Cesar de Almeida Maia

SEÇÃO 2 – Bradiarritmias

5. Disfunção do Nó Sinusal, 87

Antonio Thomaz de Andrade

6. Distúrbios da Condução Atrioventricular – Exercícios e Respostas Comentadas, 109

Eduardo Rodrigues Bento Costa

SEÇÃO 3 – Extrassístolia

7. Extrassístoles – Tipos e Classificações, 129

Silvio Alves Barbosa
Paola Pretti Nunes Ferreira Falcochio

8. Aberrância de Condução Intraventricular do Estímulo e Diagnóstico Diferencial com Ectopia Ventricular, 143

Silvio Alves Barbosa

9. Aprendendo Eletrofisiologia com as Extrassístoles, 151

Thiago da Rocha Rodrigues

SEÇÃO 4 – Taquiarritmias

10. Taquicardias Atriais no Holter, 169

Thiago da Rocha Rodrigues
Guilherme Dagostin de Carvalho

11. O Papel do Holter na Fibrilação e Flutter Atriais, 183

Thiago da Rocha Rodrigues
Ana Luisa Calixto Rodrigues

12. Taquicardias com QRS Estreito, 203

André Gustavo da Silva Rezende

13. Taquicardias com QRS Largo, 221

André Gustavo da Silva Rezende

SEÇÃO 5 – Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis

14. Principais Funções dos Dispositivos de Estimulação Cardíaca Artificial, 241

Luís Gustavo Belo de Moraes

15. Principais Disfunções dos Dispositivos de Estimulação Cardíaca Artificial, 255

José Mário Baggio Jr.

16. Como o Holter Pode Ajudar na Programação dos Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis, 267

Maurício Pimentel

SEÇÃO 6 – Situações Especiais

17. Variabilidade da Frequência Cardíaca, 275

Dalmo Antonio Ribeiro Moreira

18. Estratificação do Risco de Morte Súbita em Pacientes com Miocardiopatia Isquêmica e não Isquêmica através do Holter de 24 Horas, 297

Cesar José Gruppi
Acácio Fernandes Cardoso

19. Alterações da Repolarização Ventricular Vistas no Holter, 319

Thiago da Rocha Rodrigues
Olga Ferreira de Souza
Cesar Jose Grupi

20. Holter em Idosos, 341

Fatima Dumas Cintra

21. Holter em Crianças, 349

Rogério Braga Andalaft
Carla Almeida

22. A Importância do Holter na Doença de Chagas, 363

Eduardo Arrais Rocha
Helena Nogueira Brasil
Eduardo Augusto Q. A. Rocha
Ieda Prata Costa
Thiago da Rocha Rodrigues

23. O Holter nas Doenças Arritmogênicas Hereditárias, 375

Luciana Sacilotto
Ana Luisa Calixto Rodrigues
Natália Quintella Sangiorgi Olivetti

24. Variabilidade Espontânea das Arritmias Ventriculares e sua Interpretação Clínica, 399

Dalmo Antonio Ribeiro Moreira

Índice Remissivo, 409

SEÇÃO 1

Introdução à Metodologia de Monitorização Ambulatorial da Eletrocardiografia

A Tecnologia do Holter, a Sistemática de sua Análise e a Exploração de seus Recursos

Dário Celestino Sobral Filho
Cesar José Gruppi
Thiago da Rocha Rodrigues

Introdução

A tecnologia de monitorização eletrocardiográfica prolongada chamada Holter recebeu este nome em homenagem ao seu desenvolvedor, Norman Jeffery Holter.¹ As pesquisas foram iniciadas na década de 1950, inicialmente com registros da atividade elétrica cerebral. No entanto, como não houve interesse pelo método entre os neurologistas, as pesquisas foram direcionadas para a cardiologia, coincidindo com o aumento da incidência das doenças cardiovasculares, que assumiram o papel de maior causa de mortalidade nos países desenvolvidos. Na década seguinte, com o lançamento comercial do sistema em 1963, surgiram os primeiros gravadores com duração de 24 horas e registros em apenas um canal. Foram utilizadas fitas magnéticas do tipo “rolo”, que apresentavam a desvantagem de frequentemente se prenderem no sistema de rotação. Isso provocava distorções na velocidade que prejudicavam a medição da frequência cardíaca (FC) e, não raramente, paralisava o registro. Posteriormente, a utilização de fitas magnéticas do tipo cassete diminuiu, mas não evitou completamente esses problemas. Os avanços da microeletrônica e da informática nas décadas seguintes promoveram grande avanço na qualidade e precisão dos registros. Com a tecnologia digital e a utilização de minúsculos cartões de memória, houve grande redução no volume e peso dos gravadores, bem como aumento acentuado na capacidade de armazenamento de registros.¹ A evolução da internet foi fundamental para o desenvolvimento do método, permitindo a transmissão dos dados do exame a qualquer distância e em grande velocidade. Isso tornou o exame acessível aos pequenos centros urbanos, onde não existem centrais de análise com especialistas em arritmias cardíacas.

Recentemente, novas tecnologias foram incorporadas ao Holter, como dispositivos de gravação tipo “*patch*” aderidos ao corpo, *smartphones* para obtenção e transmissão de registros eletrocardiográficos, gravadores tipo loop para monitorizações

mais prolongadas (1 a 4 semanas) e dispositivos implantáveis, que podem permanecer no corpo do paciente por até 36 meses. O armazenamento dos registros “nas nuvens”, já usado em alguns sistemas, tornou a capacidade de memória praticamente inesgotável.² Portanto, esses novos dispositivos permitiram monitorizações mais prolongadas, que são úteis na investigação de sintomas mais esporádicos.

Essas transformações ao longo dos anos mudaram a elaboração do laudo, que precisou incorporar novas informações propiciadas pelo método que vão além da sua finalidade inicial de detectar arritmias e episódios de isquemia transitória (sintomática ou silenciosa). Assim, atualmente é possível avaliar o controle autonômico do coração por meio do estudo da Variabilidade de RR e da Turbulência da FC. A apneia obstrutiva do sono também pode ser detectada pela análise do comportamento da FC e do tacograma dos ciclos RR no sono utilizando-se software específico. Além dessas propriedades, a repolarização ventricular também pode ser avaliada com a medição automática do Intervalo QT. Os objetivos e potencialidades atuais das análises de Holter estão sumarizados na Tabela 1.1.²

Tabela 1.1. Objetivos e análises disponíveis no sistema de Holter.²

I	Correlação de sintomas com alterações eletrocardiográficas
II	Avaliação de isquemia miocárdica
III	Estratificação de risco de eventos cardíacos futuros Arritmias cardíacas, pré-excitação intermitente, análise de variabilidade de RR, turbulência espectral, isquemia miocárdica, micro e macroalternância de onda T, alterações de repolarização ventricular e intervalo QT.
IV	Avaliação terapêutica Resposta ao início e retirada de antiarrítmicos Resposta a ablação por cateter e cirurgias
V	Situações especiais Fibrilação atrial e síncope
VI	Avaliação de marca-passos e outros dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI)

Atualmente, a indústria de equipamentos médicos tem dirigido os seus esforços no sentido de propiciar gravadores cada vez menores e com maior capacidade de memória. Isso permite o armazenamento de monitorações mais prolongadas de até duas semanas. Esses gravadores mostraram-se tão efetivos quanto os sistemas de gravação tipo Loop, que são acionados pelo paciente na presença de sintomas. Os sistemas tipo loop, ao contrário do Holter, mantêm em sua memória apenas os trechos acionados pelo paciente e apagam automaticamente os períodos que não foram registrados. Estudo canadense mostrou resultados similares na comparação desses sistemas, embora com um custo financeiro mais elevado para o exame Holter.³

A importância da preparação adequada dos eletrodos

A Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC) publicou artigo com recomendações que destacam que a qualidade do laudo está diretamente

relacionada aos cuidados técnicos que deverão propiciar registros eletrocardiográficos de boa qualidade e livre de artefatos que prejudicam a sua análise.⁴ A pele do paciente deve ser bem preparada, com tricotomia adequada, escarificação com gaze e eliminação de oleosidade e ceratina com álcool. Os eletrodos deverão ser bem fixados com uma alça que amorteeça os movimentos do paciente. O posicionamento correto dos eletrodos deve refletir as derivações pretendidas e assegurar boa amplitude de voltagem do QRS. A contagem de batimentos, eventos de arritmias, ectopias e da própria variabilidade de RR pelo software é baseada no reconhecimento dos complexos QRS a partir de seu ponto fiducial, que é o pico da onda R. Ondas T de grandes amplitudes devem ser evitadas para não gerar erros de análise por dupla contagem de complexos. Exames com excesso de artefatos geram perda de informações, erros de classificação de QRS e aumentam o tempo de análise. Em geral, recomenda-se que as gravações tenham menos do que 5% de artefatos.⁴ Essas recomendações estão sumarizadas no Quadro 1.1.

Quadro 1.1. Requisitos para um exame de Holter de qualidade adequada⁴
A qualidade do laudo depende da técnica de registro adequada
Limpeza e tricotomia adequada da pele
Eletrodos de boa qualidade e descartáveis
Posicionamento adequado dos eletrodos
Registro em gravadores digitais
Mínimo de 18 horas de gravação incluindo vigília e sono
Mínimo de 3 canais
Máximo de 5% de artefatos

Parametrização da análise automática do Holter

O sistema de análise do Holter deve ser parametrizado, de modo que o software tenha parâmetros para a análise automática. Assim, por exemplo, usualmente define-se que as extrassístoles serão detectadas sempre que o sistema detectar uma redução do ciclo RR $\geq 20\%$ com relação ao ciclo anterior. Se após este batimento precoce o QRS for igual ao anterior, o sistema classifica como extrassístole supraventricular. Se o QRS for diferente, ele classifica como ectopia ventricular. Extrassístoles supraventriculares com aberrância de condução usualmente são classificadas como ectopias ventriculares e deverão ser corrigidas pelo examinador. Essa prematuridade de 20% pode ser previamente alterada pelo médico analisador. Por exemplo, em pacientes jovens com arritmia sinusal, pode-se aumentar este parâmetro para 30 ou 40% para se evitar a classificação errônea de batimentos sinusais como extrassístoles supraventriculares (Figura 1.1).

Outro parâmetro que deve ser definido previamente são as pausas. Usualmente a pausa é definida pelo sistema como ausência de QRS por tempo $\geq 2,0$ segundos. Esse parâmetro pode ser alterado para durações maiores ou menores de acordo com características específicas do paciente. Em portadores

de marca-passo, a definição da pausa como maior do que 1,5 segundos aumenta a sensibilidade para falhas de captura ou inibições indevidas de estímulos. Em portadores de arritmias sinusais ou de bradicardia sinusal, o aumento do parâmetro para 2,5 s pode melhorar a especificidade do achado, embora possa reduzir a sensibilidade para pausas entre 2,0 e 2,5 s. É importante, no entanto, que o termo genérico “pausa” seja definido pelo analisador, que deve dar o diagnóstico específico da sua causa. Elas podem ser causadas, por exemplo, por paradas sinusais, bloqueios sinoatriais, extrassístoles atriais bloqueadas, bloqueios atrioventriculares, fibrilação atrial (FA) com bloqueio AV avançado etc.

As alterações do segmento ST usualmente são definidas pelo sistema como infra ou supradesniveleamentos $\geq 1,0$ mm. O software mostra o gráfico contínuo do segmento ST. Quando este segmento se desvia além do que foi definido pela parametrização, ele é destacado no gráfico geralmente pela cor vermelha para chamar a atenção do examinador. Tiras de ECG desses momentos são separadas para análise e confirmação visual.

A análise das frequências cardíacas mínima, média e máxima, geralmente, é parametrizada para ser realizada a partir de medidas em blocos de 4 batimentos. Deste modo, nem sempre o registro do maior ciclo RR (medida instantânea entre 2 batimentos) coincide com o registro da FC mínima. Essa parametrização também pode ser mudada pelo analisador.

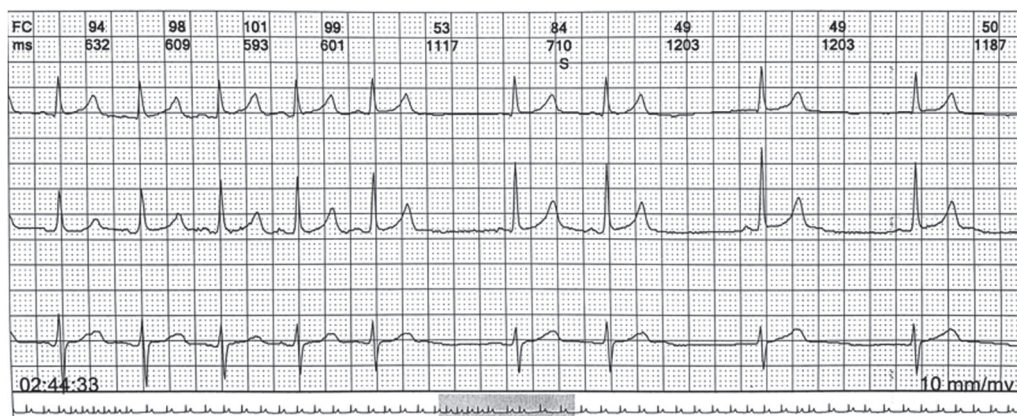


Figura 1.1. Traçado noturno de arritmia sinusal em criança de 8 anos de idade. O sistema classificou como ectopia supraventricular um batimento normal devido a precocidade do batimento $> 20\%$ com relação ao ciclo anterior. A legenda com a letra S em cima do traçado indica que o batimento normal foi considerado ectopia supraventricular. Este erro pode ser corrigido pela reclassificação individual de cada batimento ou pelo aumento da precocidade do ciclo RR na parametrização do exame. Fonte: Acervo dos autores.

A sistemática da análise

Ao se iniciar uma análise de Holter, é recomendável termos ciência de alguns dados clínicos do paciente, como idade, sexo, comorbidades principais,

medicamentos em uso, presença de dispositivo cardíaco eletrônico implantável (DCEI) e o motivo do exame. Informações relativas ao DCEI ajudam muito a interpretação do exame. Deve ser informado, por exemplo, o tipo do dispositivo (marca-passo unicameral, bicameral, desfibrilador ou ressinchronizador) e o modo de operação (DDD, DDDR, VVI, VVIR, AAI etc.). A estimulação bipolar dos marca-passos pode gerar espículas muito pequenas e difíceis de serem visualizadas. Alguns sistemas de Holter têm gravadores e softwares capazes de reconhecerem e marcarem a espícula da estimulação atrial e ventricular, o que auxilia a interpretação dos registros. A análise do diário deve ser realizada, para o conhecimento das atividades do paciente, horário do sono e sintomas apresentados. O paciente deverá acionar um botão de eventos para marcar registros de momentos especiais, como os sintomas que motivaram a indicação do exame. Em seguida, é muito útil a realização de uma inspeção geral dos gráficos de tendências de 24 horas (Figuras 1.2 a 1.4). Nesses gráficos, temos uma visão panorâmica do exame nas 24 horas no que diz respeito aos comportamentos da FC, segmento ST, intervalo QT, ectopias atriais e ventriculares, taquiarritmias, pausas, variabilidade de RR e tacogramas de ciclos RR. Esses gráficos, frequentemente, nos chamam a atenção para alterações súbitas de diversos parâmetros de análise que podem nos direcionar para diagnósticos específicos (Figura 1.5).

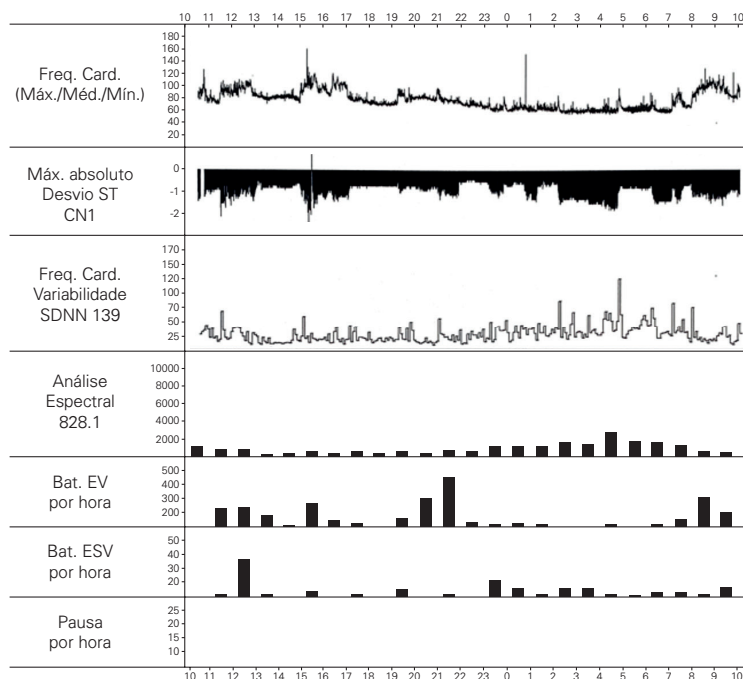


Figura 1.2. Gráficos de tendências de 24 horas da FC, segmento ST, variabilidade de RR nos domínios do tempo e da frequência, ectopias ventriculares, ectopias supraventriculares e pausas. Fonte: Acervo dos autores.

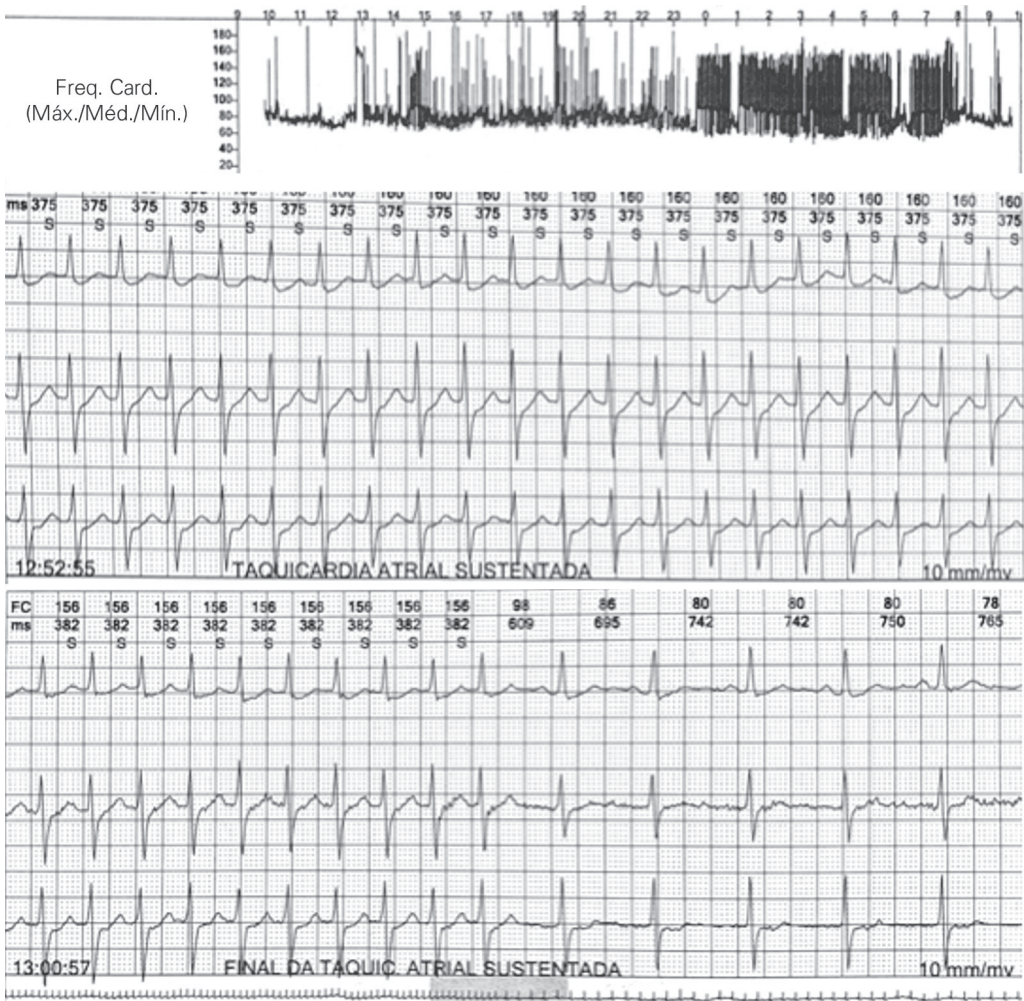


Figura 1.3. Gráfico da FC em paciente com taquicardia atrial frequente. Registros do meio e final de uma taquicardia atrial que ocorreu várias vezes nas 24 horas. O gráfico mostra inúmeras variações abruptas da FC, o que dá uma ideia do carácter quase incessante da arritmia ao longo das 24 horas. No registro eletrocardiográfico, a letra S representa a classificação supraventricular dos complexos QRS (determinada durante a edição das formas de QRS). A numeração superior representa a FC batimento a batimento. A numeração inferior representa o ciclo RR em ms. A FC instantânea é calculada dividindo-se 60.000 pelo ciclo RR em ms. Fonte: Acervo dos autores.

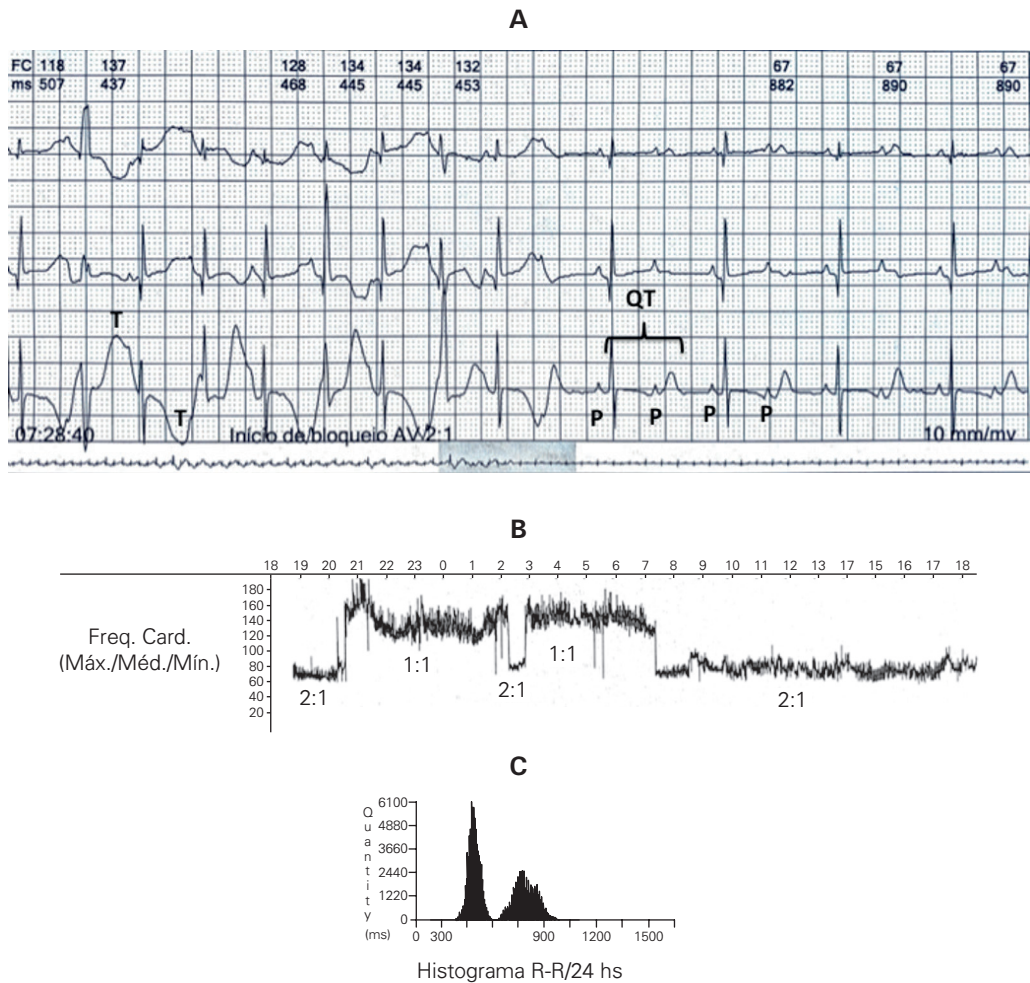


Figura 1.4. Gráfico de FC e histograma de RR em bebê recém nascido com bloqueio atrioventricular 2:1 (funcional) intermitente, devido a síndrome de QT longo congênito. O Holter foi realizado em uso de propranolol. A) Nota-se um QT exageradamente aumentado, alternância macroscópica de onda T (a letra T no traçado indica a inversão total de polaridade da onda T a cada batimento) e a transição da condução AV de 1:1 para 2:1. O bloqueio AV ocorre não por distúrbio da condução AV, mas porque a onda P incide sobre o segmento ST, ou seja, durante o período refratário absoluto do sistema de condução, que está extremamente aumentado. B) No gráfico da FC, temos uma ideia bastante precisa dos períodos e durações das conduções atrioventriculares 2:1 e 1:1. C) No histograma de RR observa-se 2 padrões distintos de variabilidade dos ciclos RR, o da esquerda correspondendo a condução 1:1 e o da direita a condução 2:1. Fonte: Acervo dos autores.

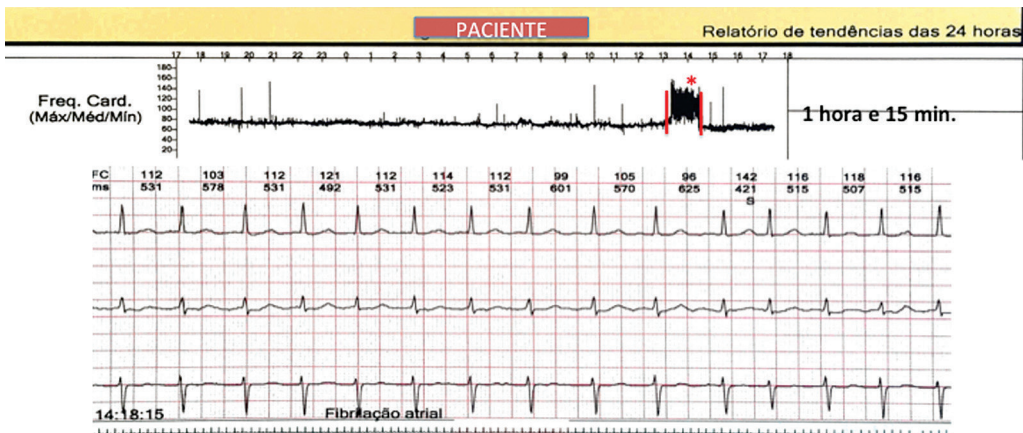


Figura 1.5. Gráfico de 24 horas da FC que mostra o momento exato do início e término da fibrilação atrial. O asterisco indica o momento da aquisição do registro abaixo. A duração da fibrilação atrial foi calculada em 1 hora e 15 minutos. Fonte: Acervo dos autores.

Uma das primeiras tarefas da análise é a edição adequada das formas de QRS (Figura 1.6) classificadas automaticamente pelo software (formas normais, supraventriculares, ventriculares e artefatos). A partir desta edição e correção das classificações inadequadas, o sistema poderá quantificar de maneira correta os eventos eletrocardiográficos ocorridos. É necessário que o médico analista esteja bem familiarizado com os princípios básicos da eletrocardiografia e atento às classificações errôneas feitas pelo sistema analisador. Erros cometidos nesta etapa resultarão em laudos com incorreções. A Figura 1.7 mostra um exemplo de classificação errônea da forma do QRS. Os complexos QRS pré-excitados (batimentos supraventriculares) foram classificados erroneamente como batimentos ventriculares (a legenda na parte superior do traçado mostra a letra V, indicando que o batimento foi classificado como ventricular). A Figura 1.8 mostra um batimento supraventricular com aberrância de condução (bloqueio de ramo direito) que foi erroneamente classificado como ventricular. Estes erros devem ser corrigidos pelo examinador na fase de edição das formas do QRS. O analisador deve conferir todas estas formas e reclassificá-las, se necessário, de acordo com a sua análise visual. Artefatos, por exemplo, são comumente classificados como ectopias ventriculares, o que também deve ser corrigido. Na maioria das vezes os erros de classificação são grosseiros e fáceis de ser detectados e corrigidos. Em algumas situações é necessário uma maior atenção e conhecimento do analista. No caso de dúvidas na análise eletrocardiográfica de 3 canais, os sistemas digitais atuais permitem a construção de registros de 12 derivações a partir de gravações com 10 eletrodos ou 5 eletrodos com derivações ortogonais (X, Y, Z). Estes registros podem ajudar a interpretação de traçados duvidosos. A remoção de artefatos é importante para se minimizar possíveis erros na quantificação de eventos. Artefatos que eventualmente sejam considerados batimentos normais

superestimam, por exemplo, o cálculo da variabilidade de RR. Artefactos considerados batimentos ectópicos aumentam a contagem das extrassístoles.

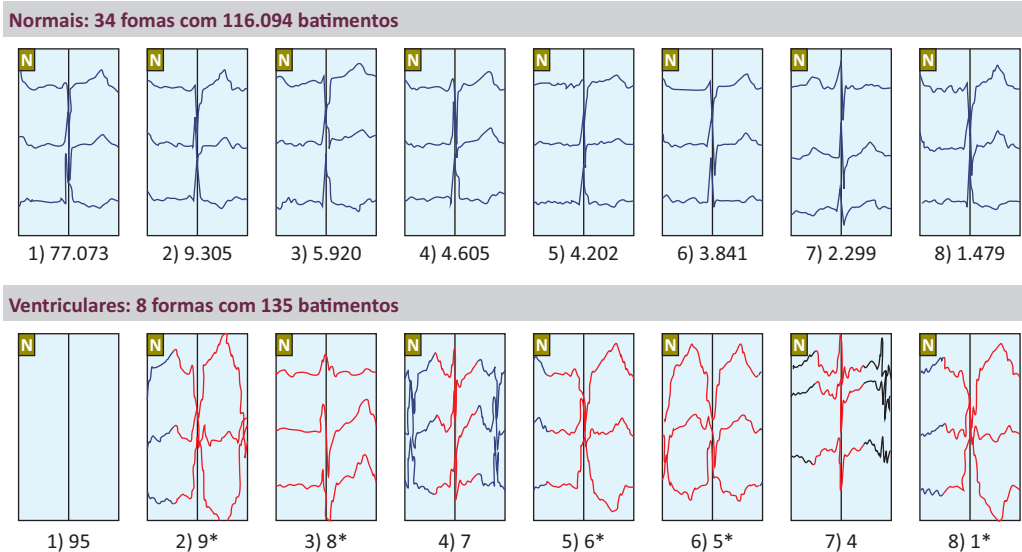


Figura 1.6. Classificação das formas de QRS pelo software do sistema de Holter. A figura mostra várias formas de QRS classificadas pelo software do sistema de análise. Em azul estão complexos QRS normais. Em vermelho estão complexos QRS considerados ectopias ventriculares. O médico analisador deverá acessar e conferir a adequação da classificação de todas elas. Neste caso, várias morfologias de ectopias ventriculares foram encontradas. Fonte: Acervo dos autores.



Figura 1.7. Batimentos com pré-excitação intermitente (WPW) classificados erroneamente como ventriculares pelo sistema analisador. Fonte: acervo dos autores.

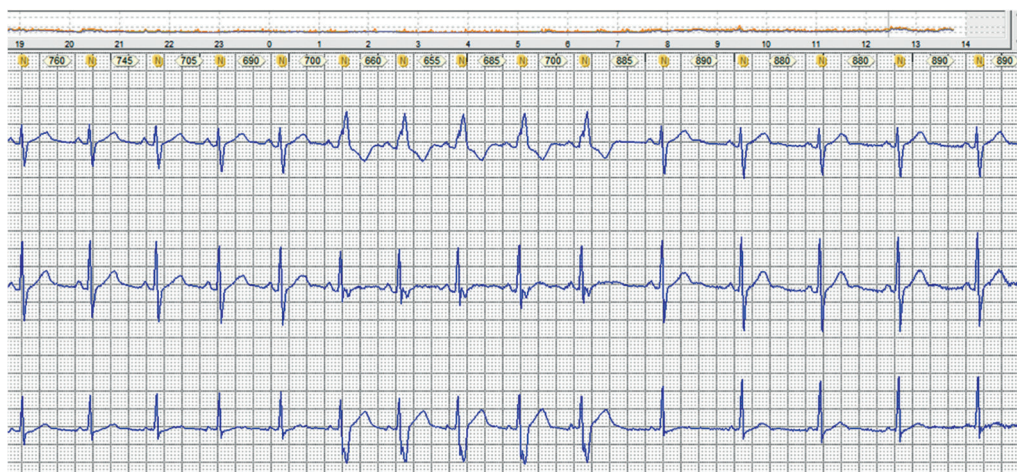


Figura 1.8. Batimentos inicialmente classificados pelo sistema analisador como ventriculares, mas foram reclassificados para sinusais com bloqueio de ramo direito pelo médico analista. Fonte: acervo dos autores.

Após a edição das formas de QRS, o sistema poderá concluir a quantificação correta de todas as alterações encontradas e fazer uma tabulação horária com um resumo abrangente delas (Figura 1.9). A análise desta tabulação permite ao analisador ter uma impressão geral do exame que inclui variações circadianas dos eventos encontrados.

A sistemática de análise deve seguir uma rotina geral de acordo com os princípios recomendados pela SOBRAC e que estão resumidos nos Quadros 1.2 e 1.3. Entretanto, a essas normas consideradas “obrigatórias”, é possível ainda acrescentar algumas informações consideradas relevantes e que irão contribuir para uma melhor interpretação do exame. Com relação à descrição do ritmo de base (ou ritmo predominante), deve-se acrescentar, tanto no ritmo sinusal quanto nos ectópicos, se prevalece bradicardia ou taquicardia e se as menores frequências cardíacas registradas ocorreram durante o sono ou vigília. No relato das pausas sinusais e dos bloqueios atrioventriculares de 2º grau tipo Wenckebach, também é preciso informar se as pausas consideradas significativas ($\geq 2,0$ s) ocorreram na vigília ou no sono. As bradicardias sinusais e bloqueios atrioventriculares de 1º grau e 2º grau Mobitz tipo I no sono são, em sua maioria, consideradas fisiológicas e sem importância clínica. Na descrição das taquiarritmias atriais é importante, sempre que possível, informar se são monomórficas ou polimórficas. Estas últimas indicam a possibilidade de uma evolução para FA e o diagnóstico diferencial entre essas duas arritmias pode ser difícil. Com relação aos distúrbios da condução atrioventricular, é preciso cuidado na distinção entre bloqueio atrioventricular total e dissociação atrioventricular, pois as condutas clínicas em cada uma delas é diferente. As arritmias ventriculares devem ser bem caracterizadas. Deve-se informar se são isoladas, pareadas ou em salvas, se ocorrem em ciclos de bi e trigeminismos, se são mo-

Hora	Total Bat.	Méd FC	Min FC	Máx FC	SDNN	Análise Espectra	Absoluto ST CN 1	Absoluto ST CN 2	Absoluto ST CN 3	VE		TV	ESV	ESV TPSV → 2.0 sec	Pausa Bige-ESV'S
										Par	VE				
9:50	759	84	76	90	61	1427.3	0	+0.3	0	+0.5	0	+0.1	36	5	0
10:00	4851	81	69	96	52	1107.3	0	-0.2	0	+0.2	0	0.0	181	19	0
11:00	4681	78	66	89	52	1384.4	0	+0.2	0	+0.4	0	+0.1	301	35	0
12:00	5682	93	64	94	82	1992.6	0	-1.0	0	-0.7	0	-0.8	157	22	0
13:00	5235	89	67	109	70	3392.7	0	-0.6	0	-0.2	0	-0.7	2997	152	0
14:00	5267	88	65	151	103	13499.3	0	0.0	0	+0.3	0	+0.1	1717	339	0
15:00	4928	82	64	122	86	5049.4	0	+0.1	0	+0.2	0	+0.2	806	130	0
16:00	5129	85	65	96	81	3773.4	0	0.0	0	+0.3	0	0.0	721	116	0
17:00	5042	84	67	95	78	5542.5	0	-0.1	0	+0.1	0	0.0	797	137	0
18:00	5230	87	65	92	97	5449.4	0	-0.1	0	+0.3	0	0.0	1433	238	0
19:00	5281	88	65	94	88	4993.1	0	0.0	0	+0.3	0	0.0	1435	238	0
20:00	5396	90	68	94	94	4957.4	0	0.0	0	+0.2	0	0.0	1463	240	0
21:00	5088	85	68	90	74	5487.0	0	0.0	0	+0.2	0	+0.1	938	151	0
22:00	5317	89	61	90	138	8396.5	0	0.0	0	+0.3	0	+0.1	2161	438	0
23:00	4800	80	60	127	105	5130.5	0	+0.1	0	+0.3	0	0.0	1238	240	0
0:00	5225	88	60	138	171	9446.9	0	0.0	0	+0.2	0	0.0	1796	375	0
1:00	5355	89	59	151	224	13779.1	0	0.0	0	+0.2	0	0.0	2351	409	0
2:00	5139	86	54	138	179	8256.7	0	0.0	0	+0.2	0	0.0	2530	523	0
3:00	5119	85	54	118	162	16278.8	0	0.0	0	+0.2	0	0.0	2273	438	0
4:00	4986	83	55	137	157	10405.8	0	0.0	0	+0.2	0	0.0	1923	365	0
5:00	4829	81	53	137	145	19105.2	0	0.0	0	+0.2	0	0.0	1789	317	0
6:00	4946	82	55	97	137	11223.2	0	0.0	0	+0.2	0	0.0	1536	282	0

Figura 1.9. Tabelação horária que inclui FC média, mínima e máxima, análise de variabilidade de RR nos domínios do tempo e da frequência, desvios de segmento ST nos 3 canais, extrassístoles ventriculares isoladas e em pares, taquicardias ventriculares, extrassístoles supraventriculares, taquicardias supraventriculares, bigeminismos e trigeminismos. Fonte: acervo dos autores.

nomórficas ou polimórficas, mais frequentes no sono ou na vigília ou se são relacionadas aos esforços. Com relação às taquicardias ventriculares, os sistemas de análise geralmente classificam como taquicardia qualquer sequência de 3 ou mais batimentos consecutivos com complexos QRS considerados ventriculares, mesmo que elas aconteçam com frequências < 100 bpm. Nesses casos, é necessário a reclassificação para ritmo idioventricular. As taquicardias ventriculares são diagnosticadas nestes casos se a FC for maior do que 100 bpm. Essa diferenciação tem significado clínico relevante. Também deve ser mencionado se os episódios de taquicardia ventricular são sustentados ou não sustentados, monomórficos ou polimórficos e se têm relação com esforço físico.

Quadro 1.2. Recomendações gerais para a emissão do laudo de Holter⁴

Determinar o ritmo cardíaco de base com a FC mínima, média e máxima
Determinar o número, a duração e a causa das pausas
Avaliar a relação das pausas com os períodos do sono e da vigília
Quantificar e qualificar as arritmias de origem atrial
Quantificar e qualificar as arritmias de origem ventricular
Avaliar a presença e o tipo de distúrbio da condução intraventricular
Avaliar a presença e o tipo de distúrbio da condução atrioventricular
Avaliar distúrbios da repolarização ventricular e duração do intervalo QT corrigido
Avaliar a análise da variabilidade de RR em pacientes em ritmo sinusal
Avaliar a correlação dos sintomas com os registros simultâneos de ECG
Avaliar a resposta do ritmo cardíaco com atividades físicas
Avaliar a influência das medicações com alterações eletrocardiográficas
Reportar a qualidade técnica da gravação

Quadro 1.3. Itens que devem ser impressos no laudo do exame.⁴

Folha de rosto com a estatística de todas as informações e o laudo
Página com a tabulação horária de todos os eventos
Gráficos da FC, segmento ST, variabilidade de RR, ectopias atriais e ventriculares, pausas e, dependendo do software, tacograma de RR.
Registrar o traçado de ECG do início e final do exame
Fornecer 2 ou 3 traçados de cada alteração eletrocardiográfica relatada no laudo
Fornecer os traçados com as FC mínima e máxima e do maior ciclo RR
Fornecer traçados condensados de arritmias prolongadas
Fornecer traçados com o início, meio e fim das taquiarritmias
Fornecer traçados realizados durante todos os sintomas relatados pelo paciente
O exame deve conter no mínimo 8 traçados de ECG

A avaliação da repolarização ventricular na pesquisa de isquemia silenciosa requer atenção especial com cuidados técnicos rigorosos que se iniciam na preparação do paciente. Deve ser realizado o registro inicial do exame com o paciente nas posições deitado, sentado e em pé. O médico que requisita o exame deve informar se a investigação de isquemia é o motivo principal da sua solicitação. A presença de fatores de risco para doença aterosclerótica coronariana deve ser informada, pois melhora a especificidade dos possíveis desníveis de segmento ST encontrados. Embora esses cuidados devam ser feitos rotineiramente, na prática eles são frequentemente negligenciados, prejudicando a sensibilidade e especificidade do exame.

O intervalo QT corrigido, a duração dos intervalos PR e QRS também devem ser informados nos laudos.

O laudo também deve mencionar os sintomas referidos no diário e sua correlação com possíveis alterações eletrocardiográficas encontradas. A pesquisa de arritmias coincidindo com os sintomas investigados é um dos principais motivos para a realização do Holter. Esse achado é pouco frequente e ocorre em apenas cerca de 15% dos exames. No entanto, essa baixa correlação não diminui a importância do exame pois o encontro de arritmias assintomáticas e a ocorrência de sintomas desacompanhados de arritmias são informações úteis na investigação clínica.

É preciso considerar também que, apesar do Holter-24 h ser considerado de boa reprodutibilidade, os registros por períodos mais prolongados (2-7 dias) frequentemente mostram resultados discrepantes, como na Figura 1.10, que mostra a estatística de arritmias ventriculares em 2 dias consecutivos com resultados muito diferentes.

A		B	
4 - Resumo Estatístico		4 - Resumo Estatístico	
Totais:	Frequência Cardíaca:	Totais:	Frequência Cardíaca:
Duração (h): 23:59	Mín: 54 bpm às 07:27:05	Duração (h): 23:57	Mín: 62 bpm às 08:48:47
Nº Total de QRS's: 115.025	Média: 81 bpm	Nº Total de QRS's: 119.653	Média: 85 bpm
Ectópicos Ventriculares: 43 (<1%)	Máx: 110 bpm às 05:39:07	Ectópicos Ventriculares: 5.450 (5%)	Máx: 124 bpm às 17:25:17
Ectópicos Supraventriculares: 7 (<1%)	F.C. >= 120 bpm não evidenciada	Ectópicos Supraventriculares: 6 (<1%)	F.C. >= 120 bpm durante 00:04:17
Artefatos (%): 2	F.C. <= 50 bpm não evidenciada	Artefatos (%): 2	F.C. <= 50 bpm não evidenciada
Arritmias Ventriculares:	Pausas	Arritmias Ventriculares:	Pausas
43 Isoladas, das quais	0 Pausas (>= 2,0 s.)	5.394 Isoladas, das quais	0 Pausas (>= 2,0 s.)
0 em 0 episódios de Bigeminismo		2.167 em 391 episódios de Bigeminismo	
0 Episódios em Pares		28 Episódios em Pares	
0 Taquicardias		0 Taquicardias	
	Depressão do ST		Depressão do ST
	C1: 0 episódios		C1: 0 episódios
	C2: 0 episódios		C2: 0 episódios
	C3: 0 episódios		C3: 0 episódios
Arritmias Supraventriculares:	Elevação do ST	Arritmias Supraventriculares:	Elevação do ST
7 Isoladas	C1: 0 episódios	6 Isoladas	C1: 0 episódios
0 Pareadas	C2: 0 episódios	0 Pareadas	C2: 0 episódios
0 Taquicardias	C3: 0 episódios	0 Taquicardias	C3: 0 episódios

Figura 1.10. Folhas de rosto com o resumo estatístico de 24 horas em 2 dias consecutivos de gravação de Holter de 48 horas. A) Registrou-se apenas 43 extrassístoles ventriculares nas primeiras 24 horas. B) No 2º dia da gravação ocorreram 5384 extrassístoles ventriculares. Fonte: acervo dos autores.

As análises da variabilidade de RR, turbulência da FC e apneia do sono são mais utilizados em pesquisa clínica e pouco usadas na prática diária. No entanto, estas ferramentas podem ser utilizadas na análise do Holter, muitas vezes fornecendo informações prognósticas relevantes. Mesmo na era atual com o tratamento moderno das cardiopatias, as análises de variabilidade de RR e turbulência da FC têm valor na estratificação do risco de morte em paciente pós infarto e com insuficiência cardíaca.² Estes tópicos serão abordados com detalhes em outros capítulos deste livro.

Limitações dos sistemas de Holter

Como toda propedêutica, o Holter tem limitações que devem ser consideradas. Em primeiro lugar, embora a duração dos registros seja prolongada, ela pode não ser suficiente para detectar sintomas esporádicos. A análise é “a posteriori”, sendo realizada alguns dias após o desenrolar dos eventos, o que pode gerar atrasos nos diagnósticos. É importante que o analisador esteja atento a possíveis achados de gravidade e risco que devem ser reportados imediatamente ao paciente e ao seu médico (Figura 1.11). As derivações eletrocardiográficas utilizadas não são exatamente iguais às derivações do ECG. Embora o analisador deva selecionar os traçados mais significativos para o laudo, há uma baixa taxa de amostragem dos registros, o que restringe informações que podem ser relevantes. A maioria dos sistemas não possuem capacidade de reconhecimento das ondas P e dependem apenas da análise do QRS. A metodologia é “passiva”, ou seja, trata-se de uma observação eletrocardiográfica espontânea e prolongada, não utilizando intervenções específicas para a deflagração de eventos. Além do mais, por melhor que tenha sido o preparo da monitorização, artefatos sempre ocorrem e podem dificultar as análises.

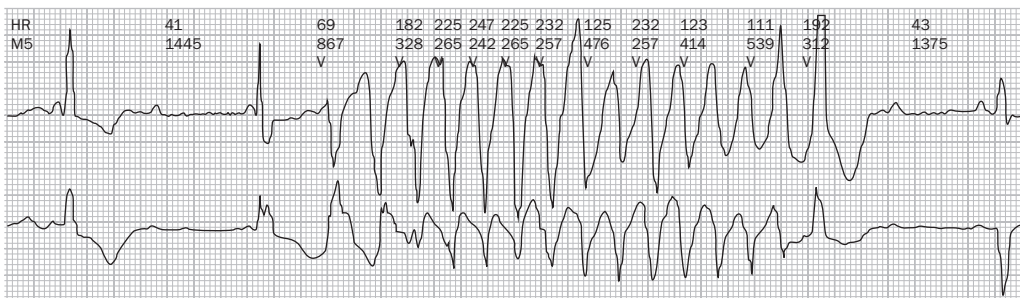


Figura 1.11. Exemplo de resultado que deve ser reportado imediatamente ao paciente e médico assistente, para se minimizar o risco da demora de entrega de exames com alterações graves. A paciente vinha sentindo tonturas e pré-síncope. O registro mostra bloqueio AV avançado, QRS largo, QT aumentado e episódios de taquicardia ventricular polimórfica com torção de pontas (Torsades de Pointes). Fonte: acervo dos autores.

Conclusões

O bom exame de Holter requer uma gravação de boa qualidade e poucos artefatos, uma edição correta das formas de QRS, registros de todos os traçados significativos de ECG detectados, determinação correta das arritmias e outros eventos, correlação dos sintomas com traçados simultâneos de ECG e a utilização de todas as ferramentas de software disponíveis. O laudo deve ser sistematizado de maneira a conter todas estas informações. Cada um destes recursos terá abordagens específicas nos demais capítulos deste livro.

Referências bibliográficas

1. Harold L. Kennedy The Evolution of Ambulatory ECG Monitoring Progress in Cardiovascular Diseases 56, 2013 127-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2013.08.005>.
2. 2017 ISHNE-HRS expert consensus statement on ambulatory ECG and external cardiac monitoring/telemetry. Steinberg JS, Varma N, Cygankiewicz I, Aziz P, Balsam P, et al. Heart Rhythm. 2017 Jul;14(7):e55-e96. doi: 10.1016/j.hrthm.2017.03.038.
3. Health Quality Ontario. Long-term continuous ambulatory ECG monitors and external cardiac loop recorders for cardiac arrhythmia: a health technology assessment. Ont Health Technol Assess Ser [Internet]. 2017 January;17(1):1-56. <http://www.hqontario.ca/evidence-to-improvecare/journal-ontario-health-technology-assessment-series>.
4. Recommendations of the Brazilian Society of Cardiac Arrhythmias for holter monitoring services. Lorga Filho A, Cintra FD, Lorga A, Grupi CJ, Pinho C, et al. J. Arq Bras Cardiol. 2013 Aug;101(2):101-5. doi: 10.5935/abc.20130164.