



6001-438. ELECTROCARDIOGRAMA DE SUPERFICIE Y HOLTER 24 HORAS: PREDICTORES DE DETECCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN HOLTER SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO CRIPTOGÉNICO

María de Gracia Sandín Fuentes, Jerónimo Rubio Sanz, Emilio García Morán, Fernando Malpica Cervantes, Juan Manuel Villadeamigo Romero, Ignacio Jesús Amat Santos, Carolina Hernández Luis y José Alberto San Román Calvar del ICICOR, Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Resumen

Introducción: En el accidente cerebrovascular (ACV) isquémico criptogénico se ha estimado una incidencia del 20% de fibrilación auricular paroxística (FAP) asintomática. Su identificación tiene implicaciones terapéuticas.

Objetivos: Valorar la capacidad de detección de FAP del Holter subcutáneo (HSC) en pacientes (pts) con ACV isquémico criptogénico y definir factores predictores de ésta en el ECG y Holter de 24 horas (H24).

Métodos: Se incluyeron 60 pts que habían sufrido ACV isquémico catalogado de criptogénico tras estudio completo por neurología. Se realiza ECG, H24 e implante de HSC con monitorización remota y transmisiones mensuales. En el ECG se valora: duración de la onda P, presencia de "notch auricular" y morfología en los tres ejes del espacio (fig. 1A). En el H24 se valora: presencia, frecuencia y duración de taquicardia supraventricular autolimitada (TSVP) y presencia, precocidad y relación con el ritmo basal de los extrasístoles auriculares (EA). Se define el índice de precocidad (IP) de los EA como la razón entre acoplamiento del EA y la longitud de ciclo sinusal. Los EA se clasifican en 3 tipos: sin pausa compensadora, interpolados y con pausa compensadora (fig. 1B). El HSC detecta un episodio de FAP mediante un algoritmo basado en el análisis de la irregularidad e incoherencia de los intervalos RR detectados dentro de ventanas de monitorización de 2 minutos.

Resultados: En 30 pts (50%) se informó la transmisión como FA. De ellos, 17 fueron falsos positivos. No se detectaron falsos negativos. La sensibilidad de detección de FAP del HSC fue del 100% con una especificidad del 64% (valor predictivo positivo 43%, valor predictivo negativo 100%). Son predictores de FAP estadísticamente significativos ($p < 0,05$): onda P de mayor duración (110 ± 14 mseg vs 91 ± 17 mseg), presencia de TSVP (90% vs 46%) y presencia de EA más precoces con un IP menor ($0,56 \pm 0,07$ vs $0,64 \pm 0,05$); los EA con IP menor del 0,55 (percentil 10) se observan en un 83% de los pts con FAP frente un 31% de los pts sin ella ($p = 0,03$). Se aprecia una tendencia a mayor frecuencia de EA interpolados y con pausa compensadora (87% vs 72%) y un patrón 2 de onda P (61% vs 32%) en los pts con FAP.

Conclusiones: Los datos obtenidos mediante ECG y H24 son predictores de presencia de FAP. El HSC asociado a seguimiento remoto es una herramienta factible, segura y sensible para la detección de FA asintomática en pts con ACV criptogénico.

Clasificación según morfología de la onda P. Clasificación de extrasístoles auriculares.