



6000-41. PREVALENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA ASINTOMÁTICA EN LA MONITORIZACIÓN CONTINÚA CON HOLTER SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO CRIPTOGÉNICO. RESULTADOS A LARGO PLAZO

María Gracia Sandín Fuentes¹, Esther Rojo Martínez², Jerónimo Rubio Sanz¹, Emilio García Moran¹, M. Ruiz Pinero², J.M. Villadeamigo Romero¹, J.F. Arenillas Lara² y A. San Román Calvar¹ del ¹Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Valladolid y ²Servicio Neurología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Resumen

Introducción: Alrededor de un tercio de todos los ictus isquémicos son considerados criptogénicos a pesar de una evaluación etiológica extensa. La fibrilación auricular (FA) es una de las principales causas de ictus isquémico y es un predictor de recurrencia y peor pronóstico. Su detección hace necesario iniciar anticoagulación como medida de prevención secundaria de un nuevo evento embólico.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, de seguimiento a largo plazo de pacientes (pts) con diagnóstico definitivo de ictus criptogénicos atendidos en nuestro hospital por la Unidad de ictus. Nuestro objetivo es evaluar mediante monitorización continua con Holter subcutáneo (HSC) la presencia de FA paroxística (FAP). Se han incluido 114 pts hospitalizados entre junio 2010 y diciembre 2012 con ictus isquémico criptogénico y en los que existe una alta sospecha de mecanismo embólico en base a las características neurosonológicas o de neuroimagen. No se había detectado arteriopatía significativa en troncos supraaórticos, cardiopatía embolígena, ni FA durante el ingreso ni en Holter de 24 horas. Se les ha implantado un HSC y se ha realizado monitorización remota con transmisiones programadas mensualmente.

Resultados: La edad era de 66 ± 13 años, el 55% eran hombres. Los factores de riesgo cardiovascular eran: hipertensión arterial (57%), dislipemia (31%) y diabetes mellitus (17%). Habían presentado un evento embólico previo 14 pts (12%), tomaban antiagregantes 3 pts (27%) y ninguno recibía anticoagulación oral. El CHA2DS2-VASc score era de $2 \pm 1,7$. El tiempo de monitorización fue de 10,1 meses (IQR: 4,1-17). Se ha detectado FAP en 33 pts (29%). El tiempo transcurrido desde el implante a la detección de FAP fue de 116 días (IQR: 31-242). Los pts con FAP eran mayores (71 ± 11 vs 66 ± 13 años, $p = 0,012$) y habían presentado con más frecuencia taquicardia supraventricular autolimitada (71% vs 45%, $p = 0,016$) y extrasístoles auriculares (61% vs 38%, $p = 0,038$) en el Holter de 24 horas. En la tabla se reflejan algunas de las diferencias entre ambos grupos.

Pacientes con FA paroxística detectada frente a pacientes sin FA paroxística detectada

	FAP no detectada (n = 81)	FAP detectada (n = 33)	p

Edad	65 ± 13 años	71 ± 11 años	0,012
Sexo varón	43% (35 pts)	61% (20pts)	0,920
CHADS2DS2-VASc score	2,4 ± 1,7	2,8 ± 1,7	0,183
CHADS2DS2-VASc score ≥2	65% (52 pts)	79% (26pts)	0,149
Presencia taquicardias supraventriculares autolimitadas en Holter 24 h	45% (34 pts)	71% (20 pts)	0,016
Presencia extrasístoles supraventriculares en Holter 24 h	38% (28 pts)	61% (17 pts)	0,038
Presencia de disfunción sinusal	15% (12 pts)	27% (9pts)	0,120
Duración onda P en ECG superficie	93 ± 16 mseg	105 ± 23 mseg	0,043
Foramen oval permeable en ecocardiograma transesofágico	35% (24 pts)	21% (5 pts)	0,204

Conclusiones: El Holter subcutáneo asociado a un sistema de seguimiento remoto se muestra como una herramienta factible para optimizar la detección de FAp en pts seleccionados con ictus isquémico criptogénico en los que existe sospecha de embolismo cerebral. Los datos de Holter 24 horas pueden ser predictores de detección de FAp en la monitorización a largo plazo.