Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 30-31

Revista Española de Cardiología

4011-2. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL ESTUDIO ECOCARDIOGRÁFICO EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: ¿DEBEMOS MEJORAR LA SELECCIÓN DE LOS PACIENTES?

Sandra Secades González, María Martín Fernández, Cecilia Corros Vicente, Jesús María de la Hera Galarza, María Luisa Rodríguez Suárez, Francisco Torres Saura, Oliva Concepción Fernández Cimadevilla y Diego León Durán del Área del Corazón del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Resumen

Antecedentes y Objetivos: Entre un 15-30% de los accidentes cerebro vasculares (ACV) son secundarios a causas cardiovasculares. La solicitud de estudio ecocardiográfico (ET) es habitual como parte del protocolo diagnóstico. La saturación progresiva de los laboratorios de ecocardiografía hace aconsejable una valoración crítica de las peticiones. El objetivo de nuestro estudio es analizar la rentabilidad diagnóstica del ET en los pacientes con diagnóstico de ACV en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente todos los ecocardiogramas realizados durante un año en los pacientes remitidos desde el servicio de neurología con diagnóstico de ACV. Se valora la eficacia diagnóstica de la prueba y su aportación al diagnóstico etiológico de estos pacientes en función de los hallazgos ecocardiográficos mayores y menores según las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología.

Resultados: Se incluyeron un total de 405 pacientes, varones 231 (57%), con edad media 64,5 ± 14,2 y antecedentes de hipertensión arterial 43%, diabetes 27,7%, dislipemia 35,6%, fibrilación auricular 10,4%, tabaquismo 44,7% y cardiopatía previa 27,2%. Se observaron hallazgos patológicos en el electrocardiograma en el 17% de los pacientes y se detectó soplo cardiaco en el 13,1%. Se realizó ET transtorácico (ETT) en el 100% de la muestra, ETT con suero salino agitado en el 11,4% y ecocardiografía transesofágica (ETE) en el 9,6%. Para el análisis, la muestra se dividió en dos grupos: ACV de perfil embólico según neurología 29,9% (121) y ACV no embólico, el resto. Se encontraron criterios mayores en 5% (6) de los embólicos y en 0,7% (2) de los no embólicos. Se encontraron criterios menores en 29,8% (36) de los embólicos y en 10,6% (30) de los no embólicos. Como factores predictores de ACV embólico según nuestra muestra encontramos HTA (OR 1,8 IC95% (1,16- 2,82), p = 0,009), fibrilación auricular (OR 3,27 IC95% (1,7-6,2) p = 0,0001) y la cardiopatía previa (OR 2,48 IC95% (1,57-3,94) p = 0,0001).

Conclusiones: A la vista de nuestros resultados, la realización sistemática de ETT a los ACV no embólicos tiene un bajo rendimiento diagnóstico. La selección apropiada de los pacientes podría contribuir a ahorrar recursos y reduciría la práctica rutinaria de pruebas con escasa rentabilidad diagnóstica.