



5010-9. PREDICTORES DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON ICTUS CRIPTOGÉNICO Y MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA AMBULATORIA PROLONGADA. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO DECRYPTORING

Alberto Vera Sainz¹, Alberto Cecconi¹, Pablo Martínez Vives¹, Álvaro Ximénez Carrillo², Clara Aguirre², Carmen Ramos², Amparo Benedicto Buendía¹, Guillermo Diego Nieto¹, Lourdes Domínguez Arganda¹, Beatriz López Melgar¹, Antonio Manuel Rojas González¹, Álvaro Gamarra¹, José Vivancos², Luis Jesús Jiménez Borreguero¹ y Fernando Alfonso¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Neurología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los ictus criptogénicos (ICr) representan un 30% de los ictus y en un tercio de los casos se identifica fibrilación auricular (FA) como causa subyacente. Se han descrito predictores de FA en pacientes con ICr, pero basados en estudios retrospectivos y con monitorización máxima de 72 h. Para superar estas limitaciones hemos diseñado el estudio prospectivo Decryptoring cuyo objetivo es la creación de un modelo predictor de FA en pacientes con ICr.

Métodos: Desde abril de 2019 se incluyeron 41 pacientes consecutivos con un ICr y edad > 60 años. En el ingreso se realizó ecocardiograma transtorácico con volumen 3D y strain auricular izquierdo (AI) y se recogieron variables clínicas y analíticas. Se monitorizó con Holter ambulatorio de 15 días a todos los pacientes. Se clasificó a los pacientes según la detección o no de FA. Para comparar variables cualitativas se empleó el test de Fisher. Para variables cuantitativas según normalidad se emplearon test paramétricos o no paramétricos. Se categorizaron las variables cuantitativas estadísticamente significativas según curvas ROC y se realizó regresión logística univariable.

Resultados: Se detectó FA en 9 pacientes (22%). En cuanto a los factores incluidos en la escala CHA₂DS₂VASC los pacientes con FA eran mayores ($75,9 \pm 8$ vs $81,9 \pm 4,3$ años, $p = 0,041$) sin encontrarse diferencias en los otros componentes de la escala en ambos grupos. No hubo diferencias en la troponina T. El NTproBNP fue mayor en el grupo con FA (350 ± 586 pg/ml vs 1.084 ± 1.416 pg/ml, $p = 0,018$). En cuanto al strain AI los pacientes con FA presentaron strain reservorio ($25,5 \pm 8,2$ vs $17,4 \pm 4,3\%$; $p = 0,006$) y strain conducto ($12 \pm 5,2$ vs $7,2 \pm 1,5\%$; $p = 0,01$) más bajo que los pacientes sin FA. No hubo diferencias en el strain contractilidad ni en otras variables ecocardiográficas. El riesgo de desarrollar FA fue mayor en los pacientes con NTproBNP > 165 pg/ml (OR 11,33 [IC95% 1,248-102,9] $p = 0,031$), strain reservorio 19,1% (OR 7,667 [IC95% 1,470-39,99] $p = 0,016$) y strain conducto 9,1% (OR 7,77 [IC95% 1,342-45,09] $p = 0,022$) (tabla).

No FA (n = 32)	FA (n = 9)	p
----------------	------------	---

Variables cualitativas (%) (test de Fisher)

Sexo femenino	15 (47%)	4 (44%)	p = 1
HTA	17 (53%)	8 (89%)	p = 0,066
DM	7 (22%)	2 (22%)	p = 1
DL	21 (66%)	5 (56%)	p = 0,7

Variables cuantitativas (media \pm desviación estándar) (t Student o U Mann-Whitney)

Edad (años)	75,9 \pm 8	81,9 \pm 4,3	p = 0,041
TNT (ng/L)	18,6 \pm 14,1	22,6 \pm 18,7	p = 0,63
NTPROBNP (pg/ml)	350 \pm 586	1084 \pm 1416	p = 0,018
Volumen AI indexado por superficie corporal (ml/m ²)	30 \pm 11,8	33,8 \pm 9,8	p = 0,35
Volumen diastólico AI 3D (ml)	60,8 \pm 26,5	60,7 \pm 20,2	p = 0,98
FE AI (%)	45 \pm 16,7	45 \pm 12,8	p = 1
Strain AI reservorio (%)	25,5 \pm 8,2	17,4 \pm 4,3	p = 0,006
Strain AI conducto (%)	12 \pm 5,2	7,2 \pm 1,5	p = 0,01
Strain AI contractilidad (%)	13,5 \pm 5,3	10,2 \pm 3,9	p = 0,099

Regresión logística univariable

NTPROBNP > 165 pg/ml	12 (41%)	8 (89%)	OR 11,33 [IC95% 1,248-102,9] p = 0,031
----------------------	----------	---------	--

Strain AI r 19,1%	6 (20%)	6 (67%)	OR 7,667 [IC95% 1,470-39,99] p = 0,016
Strain AI cd 9,1%	9 (31%)	7 (78%)	OR 7,77 [IC95% 1,342-45,09] p = 0,022

FA: fibrilación auricular; HTA: hipertensión arterial; DM: Diabetes mellitus; DL: dislipemia; TnT: troponina T AI: aurícula izquierda.

Conclusiones: Este estudio prospectivo, con análisis exhaustivo de variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas, demuestra que el NTproBNP alto y el strain AI reservorio y conducto bajos se asocian a la aparición de FA en pacientes con ICr y monitorización prolongada.