



6024-341. RENTABILIDAD CLÍNICA DE LA ECOCARDIOGRAFÍA EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO

Eduardo Pérez Contreras, Germán Migone, Marina Guasch Jiménez, David Viladés Medel, Chi-Hion Li, Rubén Leta Petracca, Joan Martí Fàbregas y Francesc Carreras Costa, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Las últimas guías de práctica clínica indican que el uso rutinario de la ecocardiografía en el accidente cerebrovascular isquémico (ACVI) no es coste-efectivo. El objetivo de nuestro estudio es describir el aporte del ecocardiograma transtorácico (ETT) y transesofágico (ETE) durante el ingreso hospitalario en el tratamiento clínico del ACVI.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente 250 casos consecutivos de ictus isquémico o AIT ingresados durante el 2017, en búsqueda de factores predisponentes y hallazgos ecocardiográficos de riesgo alto (HERA) y bajo (HERB) de ACVI cardioembólico.

Resultados: Las características demográficas de la muestra fueron: edad $75,3 \pm 12,9$ años, sexo femenino 50,4%, HTA 74%, DLP 54,8%, DM 29,2%, fumadores 36,4%, CI 20,8%, ACVI previo 24,4% y FA/flutter 50%; con una estancia de $10,38 \pm 8,1$ días y mortalidad intrahospitalaria del 6,8%. La prevalencia de factores predisponentes para ACVI fueron: arteriopatía carotídea $> 50\%$ del 11,2%, aneurisma VI 0,8%, dilatación VI 1,6% y valvulopatía mitroaórtica 10,8% (0,008% reumáticos). Respecto al tratamiento previo, 34,8% usaban antiagregantes, 6% NACO y 45% cumarínicos (INR promedio al ingreso de 1,94). Con el fin de descartar cardioembolia, se realizó un ETT al 53,6% ($n = 134$) complementado con ETE (por criterio del neurólogo o edad 60 años) en el 21,6% ($n = 29$), administrándose solución salina agitada endovenosa para descartar FOP al 17,9% ($n = 24$). Durante el ingreso, se observaron en el 5,9% ($n = 8$) los siguientes HERA: cardiomiopatía dilatada ($n = 3$, ETT), valvulopatía reumática ($n = 1$, ETT), trombo VI ($n = 1$, ETT), trombo en prótesis valvular ($n = 1$, ETT), endocarditis trombótica no bacteriana ($n = 1$, ETE) y fibroelastoma mitral ($n = 1$, ETE). En el 24,4% de los ETT ($n = 61$) se encontraron los siguientes HERB: calcificación anular mitral 18% ($n = 45$), FOP 3,6% ($n = 9$), aneurisma del septo interatrial 2% ($n = 5$), aneurisma VI 1,6% ($n = 4$) y ecocontraste espontáneo 0,8% ($n = 2$). De los 29 ETE, 20 (68,9%) tuvieron hallazgos no visualizados por ETT: 7 FOP, 2 masas y 11 placas aórticas.

Conclusiones: En nuestra institución, la detección de HERA para ACVI por ETT es pobre y de baja rentabilidad. El rendimiento del ETE es superior al del ETT en el estudio del ACVI de etiología no aclarada en pacientes seleccionados de acuerdo al juicio clínico del neurólogo o menores de 60 años.