Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):302

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EV-017 - ANTICOAGULACIÓN TRAS UN ICTUS. ¿NOS ESTAMOS QUEDANDO CORTOS?

E. Gutiérrez Cortizo[1], J. Fernández Soto[1], B. Merelo Ruiz[1], J. Arrabal Díaz[1], E. Sánchez Ruiz-Granados[1], E. Durán Ferreras[2], F. Caballero Granado[1] y M. Romero Jiménez[1]

[1]UGC Medicina Interna; [2]UGC Neurología. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva.

Resumen

Objetivos: La fibrilación auricular (FA) es una de las principales causas de ictus cardioembólico, con una importante morbimortalidad, asociando mayor grado de incapacitación y peor pronóstico que los ictus no cardioembólicos. En numerosos estudios se ha demostrado que la anticoagulación en pacientes con FA disminuye la probabilidad de padecer un ictus. Los accidentes isquémicos transitorios (AIT) son episodios que pueden preceder a un nuevo evento isquémico más importante, algunos de ellos cardioembólicos y no siempre evidentes tras la realización de una anamnesis completa, exploración física y ECG basal. Por ello, hacer un estudio exhaustivo de la causa del AIT nos puede ayudar a proporcionar un mejor tratamiento a estos pacientes, si en ellos se diagnostica una FA oculta en estudios de holter. En estudios publicados se conoce que la incidencia de FA oculta en holter de ritmo de 24h es aproximadamente del 2%, aumentando ésta hasta cerca del 6% si el registro se prolonga a 72h. Nuestro objetivo es valorar el cambio de actitud terapéutica tras la realización de pruebas cardiológicas de forma sistemática (ecocardiografía y holter de ritmo) tras evento isquémico cerebral (ictus o AIT).

Material y métodos: Se han seleccionado todos los pacientes que ingresaron en el Servicio de Neurología del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva desde el 1 de enero de 2016 al 1 de abril de 2017 con diagnóstico de ictus o AIT a los cuales se les había realizado holter de ritmo de 24h. Además a estos pacientes se les realizó también ecocardiografía transtorácica. Se han recogido el perfil de ictus, diagnóstico de FA oculta y tratamiento al alta (anticoagulación vs antiagregación).

Resultados: Un total de 158 pacientes ingresaron por evento isquémico cerebral en nuestro periodo de estudio. Se obtuvieron un total de 25 pacientes (15,8%) con FA oculta en holter de 24h. De todos los pacientes con evento isquémico cerebral: 80 (65%) presentaron ictus hemisférico; 32 (26%) presentaron AIT; y 10 (8,1%) ictus lacunar. De los pacientes diagnosticados de FA oculta, 6 pacientes (24%) presentaron AIT y 19 (76%) presentaron ictus hemisférico. De los 25 pacientes con diagnóstico de FA oculta no recibieron tratamiento anticoagulante al alta 2 de ellos, por no tener indicación o por las comorbilidades del paciente. 8 pacientes sin diagnóstico de FA oculta recibieron tratamiento anticoagulante al alta: 3 por fracción de eyección severamente deprimida y 5 pacientes por perfil cardioembólico del ictus.

Conclusiones: Con nuestro estudio podemos concluir que la realización del holter de ritmo de 24h de forma sistemática: Ayudó a filiar la etiología cardioembólica en un 15,8% de los casos. Conllevó un

cambio de actitud terapéutica en el 14,5% de los pacientes atendidos. Resulta beneficioso sobre todo en los casos de AIT en los que el inicio de anticoagulación ayudaría a prevenir un ictus cardioembólico futuro, disminuyendo así la morbimortalidad.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.