

Factores predictores de detección de fibrilación auricular en ictus isquémico embólico de etiología indeterminada

María Belén Mingueza Verdejo(1), Gemma Olmedo Beltrán(1), Cristina Soriano Soriano(1), Víctor Pérez Roselló(1), Francisco Ribes Tur(1), Silvia de la Cruz Cereceda(1), Ignasi Segarra Vidal(1), Rosa Soriano Borja(1), Álvaro Martorell Cano(1), Salvador Escandell Oria(1), Paula Ferrer Comín(1), Carla Muñoz López(1), Carlos Vilar Fabra(1), Alejandro Bellver Navarro(1) y Clara Gunturiz Beltrán(1) de (1)Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de La Plana (Castellón) - España

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente y se asocia a mayor riesgo de ictus. La FA oculta explica hasta el 30% de los ictus isquémicos criptogénicos (ESUS, si se sospecha etiología embólica). Las guías recomiendan monitorización prolongada para su búsqueda (ESC 2024, indicación IB), aunque no existe consenso sobre método ni duración. En nuestro centro se ha propuesto un protocolo de monitorización basado en criterios de riesgo para optimizar la detección de FA tras ESUS (figura 1). Objetivo: Identificar los factores predictores de detección de FA en pacientes con ESUS.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional de cohortes, incluyendo 116 pacientes consecutivos ingresados por ictus criptogénico (07/2022–03/2025). Se recogieron variables clínicas, electrocardiográficas, de monitorización y de imagen. Se realizó análisis de factores predictores mediante Regresión de Cox, incluyendo variables del protocolo propuesto.

Resultados: Seguimiento mediano de 1,49 años (RIQ 1,08–1,96). El 56,9% eran varones, con edad media de 69,9±12,3 años. Presentaban cardiopatía previa 24 (20,7%), insuficiencia renal 12(10,3%), hipertensión 70(68,1%) y tabaquismo 34(29,3%). Habían tenido ictus previo 23(19,8%), 62(53,4%) con afectación de >1 región cerebral y 24(20,7%) >1 arteria culpable. En ecocardiografía: FEVI promedio 60,8±4,8%, diámetro de aurícula izquierda (AI) 37,2±5,9 mm y valvulopatía ?moderada en 9(7,9%). La monitorización mostró carga de extrasistolia supraventricular (ESV) promedio del 0,5±2,0% y 136,1±510,8 episodios de taquicardia auricular no sostenida (TANS). Se diagnosticó FA en 23(19,8%) pacientes.
En el análisis univariado fueron predictores ($p<0,05$): edad, tabaquismo, altura, CHAD2DS-VASc, diámetro AI, PSAP, valvulopatía ? moderada, FC máxima, carga ESV, número TANS y duración PR/QRS, así como variables incluidas en el protocolo (número de criterios de abajo y alto riesgo y grupo de riesgo al que pertenece el paciente).
El análisis multivariado identificó como predictores independientes: edad ($p=0,002$), diámetro AI ($p=0,011$), PSAP ($p=0,001$), FC máxima ($p=0,007$), número de TANS ($p=0,001$) y número de criterios de alto riesgo del protocolo ($p=0,011$).

Conclusiones: La edad, el diámetro AI, la PSAP, la FC máxima, el número de TANS y el número de criterios de alto riesgo del protocolo son predictores independientes de detección de FA en pacientes con diagnóstico de ESUS.

	BAJO RIESGO EMBÓLICO	RIESGO EMBÓLICO MEDIO	ALTA RIESGO EMBÓLICO
CHA2DS2-VASc	0-1	2-4	>=5
Infartos cerebrales no lacunares múltiples en varios territorios vasculares	N/A	1 solo territorio	En varios territorios, simultáneos o no
Dilatación AI	<=40	41-47	>o = 48 mm
FEVI	>55	45-55	<45
Extrasistolia SV	<1% y aislada	1-15% y / o dobletes/ tripletes	>15% aprox y / o rachas de TA > 3 latidos
Ecocontraste espontáneo en ETT	No	No o dudoso (confirmar ETE y comprobar si hay lentificación del flujo en la orejuela si persiste alta sospecha embólico), (solo casos excepcionales de alta sospecha que no cumplan otros criterios)	Presente de forma clara
ProBNP	<150	150-360 (<65 años) /500(>65 años)	>360 (<65 años) /500(>65 años)
Cardiopatía estructural	No	N/A	Si

*****Grupos de estratificación:**

GRUPO DE PROBABILIDAD INTERMEDIA BAJA: Al menos un criterio de riesgo intermedio y/o alto y hasta un criterio de riesgo alto.

GRUPO DE PROBABILIDAD INTERMEDIA ALTA: hasta dos criterios de riesgo alto +- otros criterios de riesgo intermedio.

GRUPO DE PROBABILIDAD ALTA: Al menos tres criterios de riesgo alto +- otros criterios de riesgo intermedio.

*****Asignación del método de estudio:**

A. Grupo de riesgo MEDIO-BAJO: dispositivo de monitorización externa (chaleco, Holter 15 días…) (dispositivo duración media). Si el estudio es negativo termina la monitorización.
B. Grupo de riesgo MEDIO-ALTO: dispositivo de monitorización externa (dispositivo duración media). Si el estudio es negativo → dispositivo de holter sc.
C. Grupo de riesgo ALTO: holter sc.

Análisis de factores predictores de fibrilación auricular

	Univariado			*Multivariado*		
	HR	**IC 95%**	**p**	**HR**	**IC 95%**	**p**
Parámetros Clínicos						
Sexo (varón)	1,84	0,80-4,20	0,148			
Edad	1,09	1,04-1,14	**<0,0001**	1,11	1,04-1,18	**0,002**
Tabaquismo	5,30	1,24-22,63	**0,024**			
Parámetros ecocardiográficos						
Cualquier valvulopatía >=moderada	0,26	0,10-0,70	**0,007**			
PSAP (mmHg)	1,11	1,03-1,18	**0,003**	1,14	1,06-1,23	0,001
Parámetros monitorización NUUBO						
FC máx (lpm)	1,02	1,00-1,04	**0,023**	1,03	1,01-1,05	0,007
ESV carga (%)	1,16	1,01-1,32	**0,036**			
TANS (nº)	1,00	1,00-1,00	**0,002**	1,00	1,00-1,00	0,001
Parámetros Protocolo						
CHA2DS2-VASc	1,44	1,02-2,04	**0,040**			
Infarto cerebral >1 territorio	1,05	0,45-2,44	0,905			
Diámetro AI (mm)	1,10	1,02-1,17	**0,010**	1,10	1,02-1,17	0,011
Nº criterios Bajo Riesgo	0,69	0,51-0,94	**0,018**			
Nº criterios Alto Riesgo	1,44	1,09-1,91	**0,011**	1,44	1,09-1,91	0,011
Grupo de Riesgo	1,79	1,08-2,97	**0,025**			

HR=Hazard ratio; IC=Intervalo de confianza; PSAP=Presión sistólica de arteria pulmonar estimada por ETT; FC =frecuencia cardíaca; ESV=extrasistolia supraventricualar; TANS=taquicardia auricular no sostenida; AI=Aurícula izquierda.