

## Sesiones científicas del Grupo de Enfermedades Cerebrovasculares (GECV)

Directores: J. Gállego y E. Martínez-Vila.

### Ictus criptogénico. Interacción corazón-cerebro.

Jueves 17 Septiembre - 16:30 - 19:00 h - Salón de Actos CHN

Organiza: [Navarrabiomed – FMS](#) y Complejo Hospitalario de Navarra.

Colabora: [Nuubo](#)

El ictus es un problema sanitario, social y económico de enorme impacto, que representa la tercera causa de muerte y la primera de invalidez adulta en Europa. En España se estima que hay unos 120.000 nuevos ictus cada año, siendo la primera causa de discapacidad, la segunda causa de demencia y la primera causa de epilepsia en el adulto. Un 10-15% de pacientes fallecen a los 30 días pero un 50% sobrevive con secuelas discapacitantes, lo que implica un enorme gasto sanitario. Por ello se realizan enormes esfuerzos en su prevención primaria y secundaria.

El 85% de los ictus son isquémicos, es decir, infartos cerebrales o ataques isquémicos transitorios (AIT), que pueden tener hasta cinco etiologías distintas: cardioembólicos, aterotrombóticos, lacunares, de causa inhabitual y de causa indeterminada o criptogénicos. Tras un ictus isquémico se realizan pruebas para diagnosticar su causa, ya que las terapias de prevención secundaria difieren según las etiologías. Por ejemplo, el tratamiento más eficaz para prevenir el cardioembolismo es la anticoagulación.

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en la práctica clínica habitual, y la hospitalización asociada a la FA supone un tercio de todos los ingresos por arritmia cardiaca. Es un importante problema de salud pública que implica un gran gasto para los sistemas de salud, con un coste anual estimado para pacientes con ictus y FA no valvular de 11.799 € por pacientes, y un coste total estimado por FA cercano a los 10.000 millones de € en la Unión Europea en 2014.

La FA es un conocido factor de riesgo para el ictus isquémico, incrementando su riesgo en cuatro o cinco veces. De hecho, el acontecimiento de un ictus isquémico es la principal consecuencia adversa de la FA, y en algunos casos es su primera manifestación clínica. La FA es identificada como la causa de ictus en el estudio inicial en el 10-20% de todos ellos. Sin embargo, si se realizan estudios de monitorización para aumentar su detección, sobre todo en los casos de FA paroxística (FAP), llegan a detectarse hasta un 11% más. El mecanismo por el cual la FA causa infartos cerebrales es un mecanismo cardioembólico, a través de la embolización cerebral de un trombo formado en la aurícula izquierda.

Los ictus cardioembólicos por FA son más graves, con mayor morbimortalidad y peor evolución que los debidos a otras causas. El tratamiento preventivo con anticoagulación no solo disminuye el riesgo de recurrencia, sino que también reduce

[www.idisna.es](http://www.idisna.es)

la gravedad y el riesgo de muerte si se produce un nuevo infarto cerebral. De hecho, el riesgo de cardioembolia precoz es del 12% en pacientes que han sufrido un ictus isquémico cardioembólico y no siguen tratamiento preventivo, aunque este riesgo puede reducirse al 3- 5% cuando el paciente es anticoagulado de manera precoz. La FA es un factor modificable clave en la prevención secundaria del ictus isquémico por lo que es necesario su diagnóstico temprano en los pacientes que han sufrido un infarto cerebral o AIT.

Cada año un considerable número de pacientes con ictus son dados de alta sin saber su etiología del ictus que habían padecido tras un estudio diagnóstico completo. En estos pacientes, no se puede llevar a cabo un tratamiento preventivo de ictus adecuado al desconocer su causa y se realiza una prevención secundaria empírica con antiagregantes. Se trata de una población a riesgo de presentar otro ictus con el coste social y económico que conlleva, al tratarse de la segunda causa de discapacidad a largo plazo en nuestro país.

En la mayoría de estos casos, subyace la arritmia conocida como fibrilación auricular (FA) que es una arritmia cardíaca común en población de edad avanzada y la causa más frecuente de ictus de origen cardioembólico. El riesgo de ictus en pacientes con FA aumenta con la edad y es hasta cinco veces superior en comparación con personas que no tengan la arritmia. El envejecimiento progresivo de la población hará que aumente la prevalencia de ictus por esta causa puesto que la edad junto a otros factores de riesgo vascular incrementan significativamente el riesgo de padecer FA. Por ello, cuando un paciente presenta un ictus isquémico o un accidente isquémico transitorio existe la probabilidad de que el origen sea una FA no detectada y en estos casos el diagnóstico de FA es esencial puesto que el tratamiento anticoagulante es superior al tratamiento antiagregante en la prevención de ictus por esta causa. Sin embargo, este diagnóstico puede ser un reto en caso de que la FA sea paroxística, puesto que según los estudios realizados se demuestra que únicamente en el 2-5% de los casos la arritmia se detecta con estudio holter de 24 horas.

La tasa de detección de FA aumenta considerablemente cuando aumenta el tiempo de monitorización electrocardiográfica, por lo que se hace necesario realizar monitorizaciones prolongadas para la detección de esta arritmia. Pero la monitorización prolongada a todos los pacientes con ictus isquémico indeterminado es un proceso costoso y de baja rentabilidad si no se seleccionan los pacientes a monitorizar según criterios clínicos. La monitorización electrocardiográfica prolongada en el ictus indeterminado está asociada a un incremento en el número de diagnósticos de FA comparado con la monitorización holter 24 horas convencional. Se detecta una FAP no previamente conocida en aproximadamente el 11% de los pacientes hospitalizados por un infarto cerebral o un AIT, que es muy variable según las técnicas diagnósticas empleadas. Sin embargo, un porcentaje adicional, que llega al 10-12% de los ictus criptogénicos, puede permanecer con una FAP oculta y ser dado de alta sin que haya realizado el adecuado tratamiento preventivo de cardioembolia.

Se han descrito previamente marcadores biológicos sanguíneos (biomarcadores) asociados al ictus isquémico y en concreto al ictus isquémico cardioembólico. Mediante la determinación de estos biomarcadores en la fase hiperaguda del ictus, se puede catalogar con mayor probabilidad cual es la etiología del proceso y en tal caso focalizar las pruebas diagnósticas durante el ingreso según cual sea la

[www.idisna.es](http://www.idisna.es)

sospecha diagnóstica en cada caso. Niveles elevados de BNP y dímero D han demostrado tener una buena especificidad para determinar ictus embólico, sin embargo su sensibilidad es mejorable, por lo que requiere de otras pruebas diagnósticas.

En esta reunión contaremos con expertos en el campo de la Cardiología y Neurología. Son verdaderos expertos mundiales en este campo y lo acreditan con sus numerosas aportaciones científicas en las principales revistas científicas y en participaciones en eventos y reuniones nacionales e internacionales:

- Dr. Joan Montaner. Neurología. Neurovascular Research Laboratory. Hospital Vall Hebron, Barcelona. Instituto de Biomedicina Sevilla.
- Dr. Angel Moya. Unidad de Arritmias Hospital Vall de Hebrón, Barcelona. residente de la Sección de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología
- Dr. Jaime Masjuán. Unidad de Ictus. Neurología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Organizan:



Colabora:



[www.idisna.es](http://www.idisna.es)