

“Fibrilación auricular en accidente cerebrovascular isquémico criptogénico: a cambiar la recomendación en las guías de prevención secundaria de ACV”

ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS WITH CRYPTOGENIC STROKE

Gladstone D, Spring M, Dorian P, Panzov V et al. for the EMBRACE (Event Monitor Belt for Recording Atrial Fibrillation after a Cerebral Ischemic Event) Trial Investigators and Coordinators. *N Engl J Med* 2014;370:2467-77. DOI: 10.1056/NEJMoa1311376

El grupo canadiense produce este estudio abierto aleatorizado multicéntrico comparando 1:1 a 572 pacientes (286 en cada grupo) entre junio de 2009 y Marzo de 2012, incluyeron personas ≥ 55 años (promedio edad de 73 años en cada grupo) mayoría hipertensos $\sim 29\%$ con un evento neurológico previo y sin evidencia conocida de fibrilación auricular, que presentaron un ataque cerebrovascular (ACV) o accidente isquémico transitorio (AIT) sin una causa determinada (criptogénico incluye: HOLTER cardiaco de 24hr) dentro de los últimos 6 meses. En general el CHADS2 para el evento fue en promedio de 3. El grupo de intervención recibió monitorización electrocardiográfica de 30 días disparada por la detección de arritmia de RR variable después de 30 latidos comparado con el grupo control que recibía monitorización electrocardiográfica por 24 horas. El desenlace primario de detección de FA que durara más de 30 segundos dentro de los 90 días postaleatorización fue de 16,1% en grupo intervención vs 3,2% en el control (diferencia absoluta, 12.9 puntos porcentuales; IC 95%, 8.0 a 17.6; $P < 0.001$; número necesario a tamizar de 8). En los desenlaces secundarios que incluyó anticoagulación a 90 días, hubo una diferencia a favor del grupo de intervención con 18,6% de pacientes anticoagulados vs 11,1% en el grupo control (diferencia absoluta, 7.5 puntos porcentuales; IC 95%, 1.6 to 13.3; $P = 0.01$). Concluyen los autores que la monitorización electrocardiográfica por 30 días después de ACV criptogénico permite detectar episodios de fibrilación auricular más de 5 veces y casi dobla el tratamiento con anticoagulación comparado con el manejo y seguimiento estándar. Es muy probable que la guías recientes de prevención secundaria de ACV que dan una recomendación IIa con nivel de evidencia C cambien a recomendación I NE A.

Referencia:

[DOI: 10.1056/NEJMoa1311376](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1311376)

Copyright © 2014 Massachusetts Medical Society.

EDITOR

*: Juan Karlo Urrea Zapata, MD,