

En cualquier caso, los resultados del estudio comentado indican que el tratamiento antihipertensivo es un pilar esencial en el manejo integral de los pacientes con DM2. Por otra parte, sugieren que el control intensivo de la glucemia no es beneficioso en pacientes con el perfil que se incluyeron en el estudio, apoyando la importancia de individualizar los objetivos de HbA1c, en función de la edad, del tiempo de evolución de la DM2 y de las complicaciones macro

y microvasculares establecidas presentes en cada paciente.

V. Katchan

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Correo electrónico: [valeriekatchan@yahoo.com](mailto:valeriekatchan@yahoo.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.01.002>

## La detección de fibrilación auricular subyacente en pacientes con ictus criptogénico

Gladstone DJ, Spring M, Dorian P, Panzov V, Thorpe KE, Math M, et al. for the EMBRACE Investigators and Coordinators. Atrial fibrillation in patients with cryptogenic stroke. *N Engl J Med.* 2014;370:2467-2477.

**Antecedentes:** La fibrilación auricular (FA) es una de las principales causas prevenibles de ictus recurrente. Sin embargo, la FA paroxística es a menudo asintomática y es probable que pase desapercibida durante la asistencia rutinaria de pacientes con ictus isquémico o con accidente isquémico transitorio (AIT).

**Métodos:** Se estudió a 572 pacientes mayores de 54 años de edad, sin FA conocida, que durante los 6 meses previos habían tenido un ictus isquémico o un AIT, considerados criptogénicos tras efectuar pruebas estandarizadas, entre las que se incluía monitorización electrocardiográfica de 24 h. Fueron randomizados a ser sometidos a monitorización electrocardiográfica ambulatoria no invasiva durante 30 días o a monitorización convencional de 24 h. La medición principal fue la detección de episodios de FA de duración  $\geq 30$  s durante los 90 días posteriores a la randomización. Las mediciones secundarias fueron los episodios de fibrilación auricular de duración  $\geq 2,5$  min y la instauración de tratamiento anticoagulante a los 90 días.

**Resultados:** Se detectó FA de duración  $\geq 30$  s en 45 de 280 pacientes (16,1%) en el grupo de intervención, frente a 9 de 277 (3,2%) en el grupo control (diferencia absoluta [RRA], 12,9 puntos porcentuales; intervalo de confianza al 95% [IC95%] 8,0-7,6;  $p < 0,001$ ; número necesario a cribar 8). Se detectó FA  $\geq 2,5$  min en 28 de 284 pacientes (9,9%) en el grupo de intervención, frente a 7 de 277 (2,5%) en el grupo control (RRA 7,4; IC95% 3,4-11,3;  $p < 0,001$ ). A los 90 días, el tratamiento con anticoagulación oral había sido prescrito a más pacientes en el grupo de intervención que en el grupo placebo (52/280 pacientes [18,6%] frente a 31/279 [11,1%]; RRA 7,5; IC95% 1,6-3,3;  $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** La detección de FA paroxística fue frecuente en pacientes  $\geq 55$  años de edad con ictus isquémico criptogénico. La monitorización electrocardiográfica

ambulatoria durante 30 días incrementó la detección de FA, así como la instauración de tratamiento anticoagulante.

Sanna T, Diener HC, Passman RS, Di Lazzaro V, Bernstein RA, Morillo CA, et al. for the CRYSTAL AF Investigators. Cryptogenic stroke and underlying atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2014;370:2478-2486.

**Antecedentes:** Tras un ictus isquémico se recomienda que para descartar la fibrilación auricular (FA) se realice monitorización electrocardiográfica de al menos 24 h. Sin embargo, aún no se ha establecido ni la duración ni el tipo de monitorización más efectiva. La causa del ictus isquémico permanece indeterminada a pesar de una evaluación diagnóstica completa en el 20-40% de los casos. Este estudio analiza si la monitorización a largo plazo con un monitor cardíaco insertable (MCI) es más efectivo que el seguimiento convencional en la detección de FA en pacientes con ictus criptogénicos.

**Métodos:** Estudio controlado y randomizado en el que se incluyó a 441 pacientes  $\geq 40$  años de edad en quienes no se había evidenciado FA tras 24 h de monitorización electrocardiográfica dentro de los 90 días después del ictus. La medición principal fue el tiempo transcurrido hasta la primera detección de FA de duración  $\geq 30$  s en un plazo de 6 meses. Entre las mediciones secundarias figuraba el tiempo transcurrido hasta la primera detección de FA en un plazo de 12 meses.

**Resultados:** A los 6 meses se había detectado FA en el 8,9% de los pacientes en el grupo MCI (19 pacientes) frente al 1,4% de pacientes en el grupo control (3 pacientes) (*hazard ratio* [HR] 6,4; intervalo de confianza al 95% [IC95%] 1,9-21,7;  $p < 0,001$ ). A los 12 meses, se había detectado FA en el 12,4% de los pacientes en el grupo MCI (29 pacientes) frente al 2,0% de los pacientes en el grupo control (4 pacientes) (HR 7,3; IC95% 2,6-20,8;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Tras un ictus isquémico la monitorización electrocardiográfica con MCI detectó más episodios de FA que el seguimiento convencional.

## Comentario

La fibrilación auricular (FA) es una causa frecuente de ictus isquémico. El tratamiento anticoagulante es muy eficaz a la hora de prevenir estos eventos. En la actualidad, la causa de un número importante de accidentes cerebrovasculares isquémicos permanece sin identificar, incluso tras un estudio

diagnóstico exhaustivo. Se sospecha que gran parte de ellos son debidos a episodios asintomáticos de FA paroxística que no son detectados por la monitorización electrocardiográfica estándar, de 24 h.

En los 2 artículos comentados se estableció la hipótesis de que una monitorización más prolongada del ritmo cardíaco podría detectar episodios de FA paroxística que pasarían desapercibidos en la práctica rutinaria y a la monitorización rutinaria de 24 h. En ambos se comparó un grupo en el que se hizo un seguimiento con monitorización electrocardiográfica prolongada, durante 30 días en el primer ensayo y 6 meses en el segundo, frente a otro al que solo se sometió a monitorización electrocardiográfica de 24 h. Ambos estudios demostraron que la monitorización electrocardiográfica prolongada detecta un porcentaje apreciablemente más elevado de pacientes con FA y que este número se incrementa en paralelo con la duración del período de monitorización. Además, la detección de FA condujo a cambios en el tratamiento de los pacientes, pasando de tratamiento antiagregante a anticoagulante en muchos de ellos; lo que previsiblemente influya de forma favorable en su pronóstico.

Estas observaciones sugieren que en el manejo de pacientes con ictus etiquetados, tras una evaluación estándar inicial, como «criptogénicos» podría ser recomendable efectuar monitorización electrocardiográfica prolongada, durante al menos 4 semanas.

## Alta prevalencia de hipertensión enmascarada no controlada en pacientes con hipertensión tratada

Banegas JR, Ruilope LM, De la Sierra A, De la Cruz JJ, Gorostidi M, Segura J, et al. High prevalence of masked uncontrolled hypertension in people with treated hypertension. Eur Heart J. 2014;35:3304-3312.

**Introducción:** Hay poca información sobre la calidad del control de la presión arterial (PA) durante la vida diaria normal. En concreto, se desconoce la prevalencia real de hipertensión enmascarada no controlada (HENC) en pacientes en tratamiento, aparentemente bien controlados. La HENC en pacientes sin tratamiento previo se asocia a un alto riesgo de futuros eventos cardiovasculares. Este estudio pretende definir en la práctica clínica la prevalencia y características de HENC en pacientes hipertensos tratados con PA aparentemente bien controlada según los objetivos terapéuticos usuales.

**Método y resultados:** Se analizaron los datos del Registro de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) de la Sociedad Española de Hipertensión. Se identificaron los pacientes con PA tratada y controlada según las guías clínicas actuales (PA medida en consulta < 140/90). Se diagnosticó HENC si, a pesar del aparente buen control según las mediciones efectuadas en consulta, la media de 24 h de la MAPA permanecía elevada (PA sistólica 24 h  $\geq$  130 mmHg

Algunos interrogantes esperan respuestas más concluyentes:

- ¿Cuál es el peso real de la FA paroxística asintomática en la aparición de accidentes cerebrovasculares isquémicos en pacientes que tienen otros factores de riesgo para el desarrollo de eventos cerebrovasculares? y, por tanto,
- ¿En qué pacientes es necesario iniciar terapia anticoagulante en lugar de antiagregación plaquetaria?
- ¿Debería realizarse monitorización prolongada en todos los pacientes o solo en aquellos con criterios de alto riesgo de padecer FA?
- ¿Durante cuánto tiempo debería prolongarse la monitorización?
- ¿Qué método de registro electrocardiográfico resulta más adecuado en términos de coste-efectividad?

Para responder a estas preguntas deberemos esperar a futuros estudios.

B. Gutiérrez Sancerni

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La

Paz, Madrid, España

Correo electrónico: [belen.sancerni@gmail.com](mailto:belen.sancerni@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.01.001>

y/o PA diastólica  $\geq$  80 mmHg). De los 62.788 pacientes con hipertensión tratada, se identificaron 14.840 que estaban controlados de acuerdo con las guías, de los cuales 4.608 (31,1%) tenían HENC (edad media: 59,4 años, 59,7% varones). La prevalencia de HENC fue significativamente mayor en varones, pacientes con PA medida en consulta normal-alta (130-9/80-9), y en pacientes con riesgo cardiovascular más elevado (tabaquismo, diabetes, obesidad). La HENC se correlacionó con un pobre control de la PA nocturna (24,3% de HENC nocturna frente al 12,9% de HENC diurna,  $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** La prevalencia de HENC en pacientes con hipertensión tratada y bien controlada en las mediciones en consulta es alta. La monitorización en consulta resulta insuficiente para optimizar el control de la PA porque muchos pacientes tienen elevación nocturna. Estos hallazgos sugieren que la MAPA debería ser más utilizada para confirmar el control de la PA, especialmente en grupos de alto riesgo y/o aquellos con cifras de PA normal-alta en la medición en consulta.

## Comentario

La hipertensión enmascarada define a los pacientes con PA normal en consulta pero elevada fuera de esta, ya sea determinada por la MAPA o mediante automedida de la PA (AMPA) en domicilio. La mayoría de los estudios sobre hipertensión enmascarada se han centrado en pacientes *naïve*, antes de ser diagnosticados y de recibir tratamiento. Muchos de estos estudios se basan en mediciones con AMPA o MAPA efectuadas únicamente durante el día. Algunos estudios