



243 - PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO CON Y SIN FIBRILACIÓN AURICULAR *DE NOVO*. ESTUDIO COMPARATIVO

Carmen Orti Morente, Paloma Malo Rico, Alejandro Pérez González y Julio Osuna Sánchez

Hospital Comarcal de la Axarquía, Málaga, España.

Resumen

Objetivos: La FA aumenta en 1,5-3,5 veces la mortalidad, y 5 veces el riesgo de ictus. Es la causa del 20-30% de los ictus isquémicos, y el 10% de los ictus criptogénicos. Además, los ictus cardioembólicos habitualmente son más graves, y tienen altas tasas de recurrencias y discapacidad permanente. El objetivo es realizar un estudio de los pacientes que sufrieron ictus isquémico agudo durante los años 2022 y 2023, diferenciando entre aquellos que se diagnosticaron de FA *de novo* de los que no, para determinar si existen diferencias clínicas significativas entre ambos grupos.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, analítico-descriptivo, y de comparación, de variables de comorbilidad clínica entre ambos grupos. De los 338 pacientes con ictus isquémico agudo durante los dos años, excluimos 56 pacientes con FA previa, y seleccionamos los 26 pacientes diagnosticados de FA *de novo* al ingreso o durante el mismo. Se recogieron hasta 70 variables por paciente mediante el análisis de informes de alta del servicio, y revisión de historias clínicas de urgencias, previa aceptación por la Comisión de Investigación. Realizamos un estudio comparativo utilizando los estadísticos t de Student para variables continuas, y χ^2 para variables categóricas. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete IBM SPSS Statistics v25.

Resultados: No hubo diferencias entre el sexo en ambos grupos, teniendo un 59,4% de hombres en el de FA *de novo*, y un 51,3% en el otro. La edad media sí fue significativamente mayor en el grupo con FA *de novo* ($77 \pm 11,257$ años), que en el de sin FA ($70,89 \pm 11,342$ años) ($p = 0,013$). De las comorbilidades representadas en la figura 1, hubo diferencias significativas para la presencia de cardiopatía isquémica ($p = 0,031$), IC ($p = 0,022$) y EPOC ($p = 0,033$) en el grupo con FA *de novo*. La media de la escala de NIHHS a la llegada a urgencias fue más alta en el grupo con FA *de novo*: $9,16 \pm 7,057$ puntos frente a $5,7 \pm 5,67$ ($p = 0,005$); y además se activó el código ictus en mayor proporción en este mismo el grupo: un 84,6% frente a un 52,5% en el otro ($p = 0,002$). Por último, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a secuelas al alta y *exitus* entre ambos grupos, sí que tuvo un mayor número de complicaciones durante el ingreso en el grupo con FA *de novo* ($p = 0,013$); siendo la más prevalente la transformación hemorrágica. Presentándose así, una estancia media de ingreso significativamente más prolongada en el grupo con FA *de novo* ($10,69 \pm 14,435$ días), que en el contrario ($7,05 \pm 7,814$ días) ($p = 0,041$).

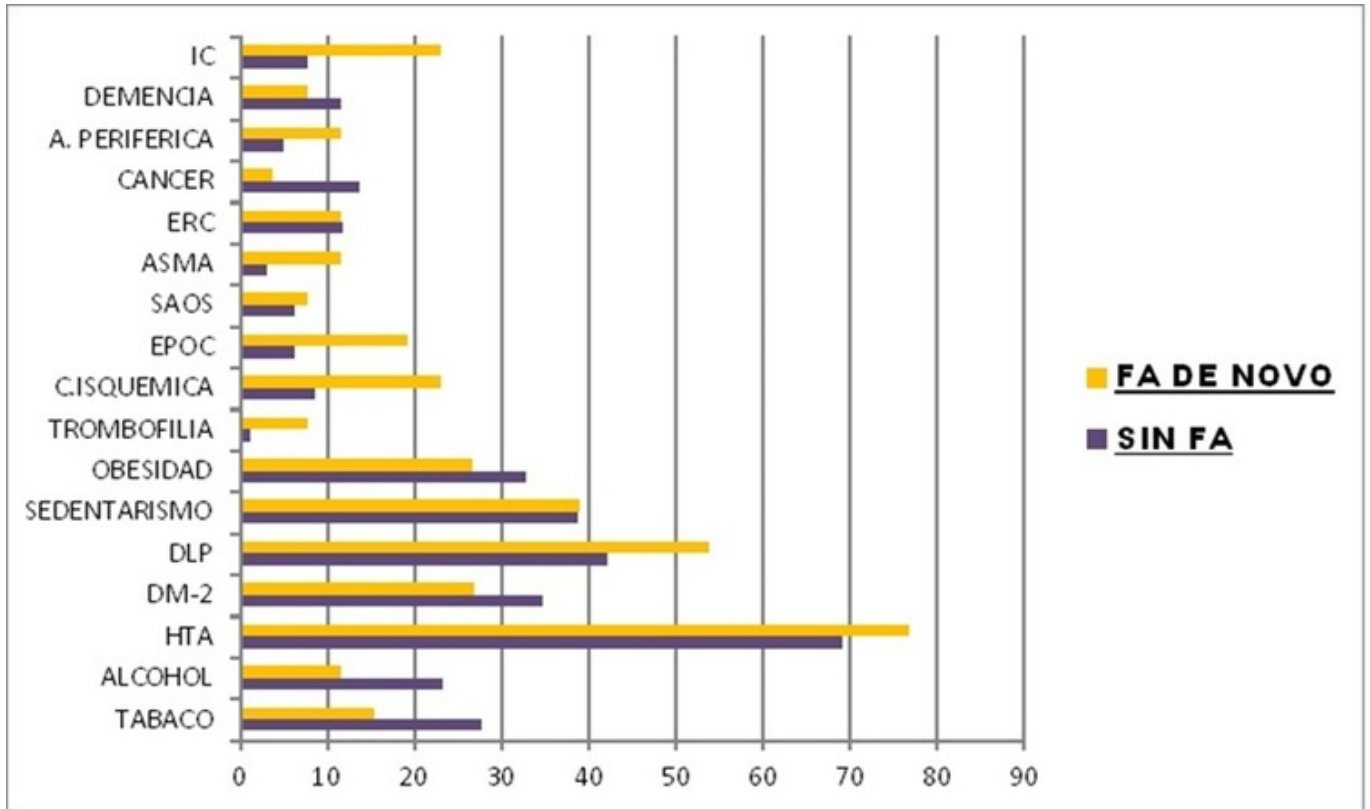


Gráfico 1: Frecuencia de comorbilidades en ambos grupos.

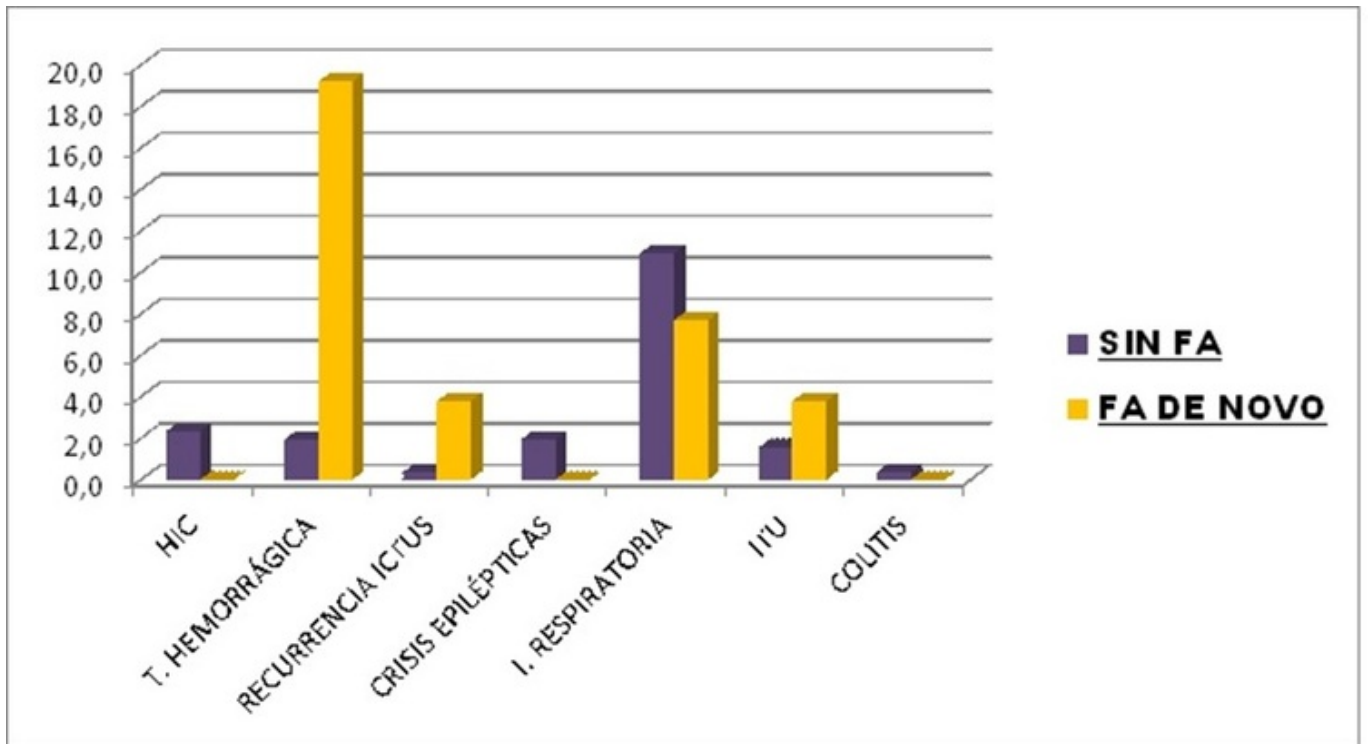


Gráfico 2: Frecuencia de complicaciones en el ingreso de ambos grupos.

Conclusiones: Existen diferencias estadísticamente significativas en nuestros pacientes con ictus isquémico agudo, dependiendo de si se diagnostican o no de FA *de novo*. Presentando una mayor edad media, mayor número de comorbilidades, una mayor gravedad a la llegada a urgencias, y más complicaciones durante el ingreso; así como una estancia media más prolongada el grupo con FA *de*

novum que el contrario.