



<https://www.revclinesp.es>

## EV-28. - CARACTÉRÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO DEL ICTUS CARDIOEMBÓLICO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

*M. Martín Cascón<sup>1</sup>, A. Sánchez Guirao<sup>1</sup>, A. Pinos Blanco<sup>1</sup>, J. Pagán Escribano<sup>1</sup>, M. Castejón Giménez<sup>1</sup>, R. Villaverde González<sup>2</sup>, L. Albert Lacal<sup>2</sup>, S. Martínez Vidal<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar las características clínicas del ictus cardioembólico en nuestra área sanitaria, analizar diferencias con los demás subtipos, prevalencia de factores de riesgo de cardioembolia y de la correcta profilaxis anticoagulante.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de 353 pacientes con diagnóstico al alta de ictus isquémico entre enero de 2012 y diciembre de 2013 en la Sección de Neurología del Hospital Morales Meseguer (Murcia). Se excluyeron pacientes con resolución espontánea de la clínica en menos de 24 horas y valores en la escala de NIHSS iguales a 0 en la exploración física al ingreso. Las variables recogidas fueron la edad, estancia, exitus laetalis, tipo de ictus isquémico, ausencia o presencia de fibrilación auricular (FA), anticoagulación previa y tipo de fármaco anticoagulante, CHA2DS2-VASc (en pacientes con FA) y el INR al ingreso (en pacientes anticoagulados con dicumarínicos). Utilizamos los criterios diagnósticos de la Sociedad Española de Neurología para la clasificación de los ictus isquémicos. Los datos fueron analizados con el programa SPSS 17.0 para Windows.

**Resultados:** Se analizaron 353 pacientes, de edad media  $72,0 \pm 11,7$  años y estancia  $10,57 \pm 6,2$  días. El 21,2% fueron ictus de origen cardioembólico (75 pacientes), el 35,7% de origen aterotrombótico (126), el 30,0% lacunares (106), el 12,5% de causa indeterminada (44) y el 0,6% de causa inhabitual (2). Hubo 19 exitus intrahospitalarios (9 cardioembólicos, 3 aterotrombóticos y 7 de ictus criptogénicos, sin diferencias significativas). El 25,8% del total (91 pacientes) presentaban factores de riesgo cardioembólicos, siendo la FA el más frecuente (83). La FA era conocida previamente en 48 pacientes (57,8%), de los cuales estaban anticoagulados con algún tipo de anticoagulante 26 (54,2% de los pacientes con FA conocida y 31,3% del total de FA), siendo los dicumarínicos los más frecuentes (22 pacientes). En 18 de estos 22 pacientes, el INR al ingreso estaba en rango infraterapéutico. De los pacientes no anticoagulados con FA conocida (22 casos), en 8 se reflejaba en el informe una contraindicación previa para la no anticoagulación. De los pacientes con riesgo de cardioembolia el 99% tenían un índice de CHAD2DS2-VASc  $\geq 2$ . De los 48 pacientes con FA conocida, 8 estaban tratados con dicumarínicos en rango, heparinas o nuevos anticoagulantes orales (16,7% de los pacientes con FA conocida y 9,6% de los pacientes totales con FA). Los pacientes con ictus de etiología embólica tenían una edad media de  $77,18 \pm 9,87$  años, 5,11 años más que en el resto, IC95% (4,30-9,73),  $p < 0,05$ . Existió diferencia significativa en la gravedad, con índice NIHSS de  $9,98 \pm 7,85$  puntos; 5,05 más que en el resto, IC95% (2,91-6,72),  $p < 0,05$ .

*Discusión:* El ictus isquémico en nuestro país, es una de las principales causas de años perdidos por muerte prematura y años vividos con discapacidad. Acorde con nuestra serie de casos en nuestro medio, la cardioembolia condiciona el subtipo de accidentes isquémicos cerebrales de mayor morbilidad. Destaca la gran prevalencia en nuestra área, de FA no conocida antes del ingreso (42,2%), así como de pacientes no anticoagulados con FA conocida sin clara contraindicación y los que presentan niveles farmacológicos infraterapéuticos. En estos casos la aparición de nuevos anticoagulantes orales con un menor riesgo hemorrágico y niveles terapéuticos más estables puede suponer una buena alternativa terapéutica. Nuestros datos apoyan la importancia del diagnóstico previo de la FA, así como el tratamiento anticoagulante adecuado en la prevención primaria del ictus cardioembólico.

*Conclusiones:* En nuestra serie de casos el ictus cardioembólico supuso el subtipo de mayor gravedad clínica y el que afecta a pacientes de mayor edad media. -En nuestro medio los pacientes con riesgo cardioembólico presentan un amplio porcentaje de FA no conocida. La mayoría de los pacientes con FA conocida tienen riesgo de sufrir ictus cardioembólicos al no recibir tratamiento anticoagulante o presentar rangos farmacológicos infraterapéuticos.