



## Original

## Infartos cerebrales intrahospitalarios: datos del registro multicéntrico de pacientes con infarto cerebral ingresados en Cardiología y Cirugía Cardíaca<sup>☆</sup>

Rocío Vera<sup>a,\*</sup>, Aída Lago<sup>b</sup>, Blanca Fuentes<sup>c</sup>, Jaime Gállego<sup>d</sup>, Javier Tejada<sup>e</sup>, Ignacio Casado<sup>f</sup>, Francisco Purroy<sup>g</sup>, Pilar Delgado<sup>h</sup>, Patricia Simal<sup>i</sup>, Joan Martí-Fábregas<sup>j</sup>, José Vivancos<sup>k</sup>, Fernando Díaz-Otero<sup>l</sup>, Mar Freijo<sup>m</sup>, Exuperio Díez-Tejedor<sup>c</sup>, Antonio Gil-Núñez<sup>l</sup>, Jose Egido<sup>j</sup>, Gemma Reig<sup>k</sup>, María Luisa Calle<sup>f</sup>, María Alonso de Leciñana<sup>a</sup> y Jaime Masjuan<sup>a</sup>, en representación del Proyecto Ictus del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología

<sup>a</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid, España

<sup>b</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

<sup>c</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, Universidad Autónoma, Madrid, España

<sup>d</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España

<sup>e</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario de León, León, España

<sup>f</sup>Servicio de Neurología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

<sup>g</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España

<sup>h</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

<sup>i</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>j</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

<sup>k</sup>Servicio de Neurología, Instituto de Investigación de la Salud de La Princesa, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

<sup>l</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>m</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 10 de enero de 2011

Aceptado el 17 de febrero de 2011

On-line el 28 de mayo de 2011

## Palabras clave:

Infarto cerebral

Trombólisis

Ictus intrahospitalario

Cardiología

Cirugía Cardíaca

## RESUMEN

**Fundamento y objetivo:** Los pacientes ingresados en Cardiología y Cirugía Cardíaca tienen un riesgo importante de sufrir un infarto cerebral (IC). Analizamos las características clínicas, calidad de la atención neurológica y la evolución de los ictus intrahospitalarios (IIH) en estos servicios.

**Pacientes y método:** Registro prospectivo de IC en pacientes ingresados en Cardiología y Cirugía Cardíaca en 13 hospitales españoles durante 2008. Recogemos datos demográficos, clínicos, terapéuticos, evolutivos y de mortalidad.

**Resultados:** Registramos 73 casos. La edad media (DE) fue de 72 (11,6) años. El 75,4% de los IC fueron cardioembólicos. Como factores de riesgo para ictus destacaron: presencia de cardiopatías embolígenas (86,3%), suspensión del tratamiento antitrombótico previo (22%) y procedimientos invasivos (65,7%). La evaluación neurológica se hizo en menos de 3 horas en el 49,5% y pasadas 24 horas del IC en el 20,5%. Diez pacientes fueron tratados con trombólisis intravenosa, 8 no pudieron ser tratados por el retraso en avisar a Neurología. Entre las contraindicaciones para trombólisis destacaron la anticoagulación en rango (38%) y la cirugía reciente (33,3%). A los 3 meses, la mortalidad fue del 15% y solamente el 53,7% eran independientes. Los pacientes tratados con trombólisis tuvieron mejor evolución (87,5% de pacientes independientes,  $p = 0,04$ ).

**Conclusiones:** Los IC intrahospitalarios en Cardiología y Cirugía Cardíaca son fundamentalmente cardioembólicos y producen una gran proporción de pacientes dependientes. Los pacientes tratados con trombólisis tuvieron mejor evolución clínica. El retraso en la llamada a Neurología impidió que una proporción relevante de pacientes fueran tratados con trombólisis intravenosa.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<sup>☆</sup> Este trabajo forma parte de la Red de Investigación Cooperativa Neurovascular-RENEVAS (Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación, RD06/0026/008, RD07/0026/2003).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rovera78@hotmail.com (R. Vera).

## In-hospital ischemic strokes in patients admitted to Cardiology and Cardiac Surgery departments. Multi-centre registry

### ABSTRACT

#### Keywords:

Ischemic stroke  
Thrombolysis  
In-hospital stroke  
Cardiology  
Cardiac Surgery

**Background and objective:** Patients admitted to Cardiology and Cardiac Surgery Departments have an increased risk of ischemic stroke (IS). We analyzed clinical characteristics, quality of neurological care and mortality of in-hospital strokes (IHS) in these departments.

**Patients and method:** Prospective registry of in-hospital ISs in Cardiology and Cardiac Surgery in 13 Spanish hospitals during 2008. Demographic, clinical and therapeutic data as well as mortality and functional evolution were recorded.

**Results:** 73 patients were included. Mean age was  $72 \pm 11.6$  years. 75.4% of IS were cardioembolic. Special risk factors were presence of cardiac sources of embolism (86.3%), prior withdrawal of antithrombotic treatment (22%) and invasive procedures (65.7%). First neurological assessment was done in the first 3 hours in 49.5% and beyond 24 hours from IS onset in 20.5%. Ten patients were treated with intravenous thrombolysis, which was not possible in 8 patients because of the delay in calling the neurologist. Most frequent reasons for exclusion from thrombolytic therapy were recent major surgical procedures (33.3%) and anticoagulant therapy (38%). Three-month mortality was 15% and only 53.7% were functionally independent. Patients treated with thrombolysis had a better evolution (87.5% of independent patients,  $p = 0.04$ ).

**Conclusions:** IS in Cardiology and Cardiac Surgery are mostly cardioembolic strokes and produce a high proportion of dependent patients. Patients treated with thrombolysis had a better evolution. Delays in contacting the neurologist led to exclusion from treatment an important proportion of patients who met thrombolysis criteria.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

### Introducción

La enfermedad cerebrovascular es la segunda causa de mortalidad global y la primera en mujeres, así como la primera causa de discapacidad y dependencia en el adulto y la segunda causa de demencia en el adulto en España<sup>1-3</sup>. Diversos estudios han demostrado un aumento del riesgo de padecer un ictus entre los pacientes hospitalizados, de modo que el 5-15% de los ictus son intrahospitalarios (IIH)<sup>4,5</sup>. Entre éstos, los enfermos ingresados en los servicios de Cardiología y Cirugía Cardíaca son los que mayor incidencia de ictus presentan, constituyendo hasta el 34,4% del total de IIH, de los cuales, la gran mayoría sufren ictus isquémicos<sup>5,6</sup>. Esta especial susceptibilidad entre los pacientes cardiopatas hospitalizados puede explicarse por distintos factores, como son: la retirada de fármacos antitrombóticos durante el ingreso, la alta frecuencia de factores de riesgo vascular o los procedimientos invasivos a los que se someten, como la cirugía cardíaca o técnicas endovasculares<sup>6-8</sup>.

La trombólisis intravenosa con activador tisular del plasminógeno (tPA) en el infarto cerebral (IC) ha cambiado significativamente el pronóstico de estos pacientes<sup>9</sup> y ha demostrado ser segura y eficaz en el paciente con IIH<sup>10</sup>. Sin embargo, precisa de una ventana terapéutica limitada (4,5 horas para infartos en territorio carotídeo y 12 horas para trombosis basilar) y es más eficaz cuanto menor sea el tiempo al tratamiento. Por otro lado, las técnicas de intervencionismo neurovascular (INV) en la fase aguda del IC son una opción especialmente útil en este grupo de pacientes, entre los que hay muchos enfermos anticoagulados o posquirúrgicos que tienen contraindicada la trombólisis intravenosa<sup>11</sup>. A pesar de encontrarse ingresados y al alcance del personal sanitario, los pacientes con IIH son atendidos con retraso en numerosas ocasiones, lo que reduce con frecuencia las opciones terapéuticas, empeorando por tanto su pronóstico<sup>12</sup>. Estos retrasos se deben a diferentes motivos, como la sedación (pacientes en unidades de críticos o en el ámbito quirúrgico), los ictus del despertar o la ausencia de entrenamiento en el reconocimiento de los síntomas y signos del ictus entre el personal sanitario de referencia, así como el desconocimiento de la urgencia vital que supone un IC o de las opciones terapéuticas disponibles en la actualidad<sup>12,13</sup>.

Con este trabajo pretendemos conocer qué circunstancias influyen en que los pacientes ingresados en Cardiología y Cirugía Cardíaca presenten un IC, así como evaluar la atención neurológica que reciben y su impacto en cuanto a dependencia y mortalidad.

### Material y método

Desde el Proyecto Ictus del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología se realizó un registro prospectivo y consecutivo de pacientes que presentaron un ictus durante un ingreso hospitalario en 13 hospitales españoles entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2008<sup>6</sup>. Se incluyeron pacientes con IC, hemorragia cerebral y ataque isquémico transitorio (AIT) que estaban ingresados en cualquier servicio de los centros participantes. Se realizó este subanálisis con el objetivo concreto de estudiar las características de los pacientes que sufren un IC durante su ingreso en los servicios de Cardiología o Cirugía Cardíaca (incluyendo unidades coronarias, secciones dedicadas a cirugía cardíaca en unidades de cuidados intensivos, laboratorios de hemodinámica o electrofisiología y plantas de hospitalización). Todos los centros participantes están dotados de unidades de ictus y neurólogo de guardia y tienen amplia experiencia en el tratamiento trombolítico del IC. Los neurólogos de guardia son los especialistas de primera llamada ante la sospecha de ictus en todos los hospitales participantes y fueron los encargados de incluir a los pacientes en el registro una vez establecido el diagnóstico de IC. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de los hospitales participantes.

En todos los casos se realizaron las siguientes pruebas complementarias: hemograma, bioquímica general, hemostasia, electrocardiograma, radiografía de tórax y tomografía computarizada (TC) craneal. Posteriormente, con el fin de esclarecer el tipo etiológico del IC, se realizaron estudios ultrasonográficos carotídeo y transcraneal y ecocardiografía transtorácica en casi todos los pacientes, excluyéndose únicamente aquellos en los que la gravedad del ictus condicionase un pronóstico infausto a corto plazo. Por último, un grupo minoritario de pacientes requirió ecocardiograma transesofágico, registro Holter-electrocardiográfico, resonancia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3800011>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3800011>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)