

El ictus en manos del internista. Factores de riesgo cardiovascular

C. Sanclemente Ansó, A. Pedragosa Vall, E. Rovira Pujol y D. Vigil Martín
Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic. Barcelona. España.

Introducción. El objetivo del estudio era describir los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados al ictus, y su detección y control durante el episodio agudo, así como las recomendaciones al alta hospitalaria. La hipótesis era comprobar si la atención integral del internista mejoraba el cuidado de estos pacientes.

Material y método. Se revisaron historias clínicas de pacientes que habían padecido un ictus entre enero de 2002 y diciembre de 2003, recogiendo diferentes variables biológicas y clínicas.

Resultados. Obtuvimos un total de 727 pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC). De éstos, 194 (26,7%) pacientes fueron dados de alta desde el Servicio de Urgencias, y 533 necesitaron hospitalización. La etiología más frecuente fue la isquémica aterotrombótica, excepto en los pacientes menores de 45 años, que fue la indeterminada. El FRCV más prevalente fue la hipertensión arterial.

Conclusiones. La actuación sobre los FRCV durante el ingreso y en el momento del alta fue deficiente. Son necesarios programas de prevención secundaria de los FRCV en el ictus para mejorar la asistencia y la calidad de vida, y disminuir el riesgo de recidiva.

PALABRAS CLAVE: enfermedad vascular cerebral, factores de riesgo cardiovascular, hipercolesterolemia, ictus, neuroepidemiología, prevención secundaria.

Sanclemente Ansó C, Pedragosa Vall A, Rovira Pujol E, Vigil Martín D. El ictus en manos del internista. Factores de riesgo cardiovascular. *Rev Clin Esp.* 2008;208(7):339-46.

Stroke in the hands of the internist. Cardiovascular risk factors

Introduction. This study has aimed to describe cardiovascular risk factors (CVRF) associated to stroke and their detection and monitoring during the acute episode and the recommendations on hospital discharge. The hypothesis was to check if the integral care of the internist improved the care to these patients.

Material and methods. The clinical histories of patients who had suffered a stroke between January 2002 and December 2003 were reviewed, obtaining different biological and clinical variables.

Results. We obtained a total of 727 patients suffering cerebral vascular disease (CVD). Of these, 194 (26.7%) patients were discharged from the Emergency Department and 533 required hospitalization. The most frequent etiology was atherothrombotic ischemia, except in patients under 45 years in which it was the undetermined. The most prevalent CVRF was arterial hypertension.

Conclusions. Action on the CVRFs during admission and at the time of discharge was deficient. Secondary prevention programs of CVRF in stroke are required to improve care, quality of life and decrease relapse risk.

KEY WORDS: cerebral vascular disease, cardiovascular risk factors, hypercholesterolemia, stroke, neuroepidemiology, secondary prevention.

Introducción

Frecuentemente el ictus tiene más de una causa etiológica, en muchos casos se debe a múltiples factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Existen factores de riesgo modificables, sobre los cuales no podemos intervenir, como la edad, el sexo, la historia familiar o la raza, y otros modificables, susceptibles de intervención terapéutica, como la hipertensión arterial (HTA), la diabetes, el tabaquismo, la fibrilación auricular, la dislipemia,

la obesidad o el sedentarismo, de ahí la importancia de detectarlos y tratarlos precoz y correctamente.

El objetivo de este trabajo es describir los FRCV asociados al ictus, su detección durante la hospitalización, y las recomendaciones en el momento del alta, e intentar detectar los déficits de las mismas para mejorar la calidad asistencial, los pacientes han sido atendidos en su totalidad por médicos especialistas en medicina interna, que por definición ofrecen una visión y una atención integral al paciente y a su riesgo vascular. La población atendida corresponde a los pacientes ingresados por un episodio de enfermedad vascular cerebral aguda en el Hospital General de Vic, hospital de referencia de la comarca de Osona, durante un período de dos años completos.

Creemos que la información que aporta el estudio es relevante, pues detecta deficiencias en la detección y control posterior de los FRCV. Con la visión de estos

Correspondencia: C. Sanclemente Ansó.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital General de Vic.
C/ Francesc Pla, nº 1.
08500 Vic. Barcelona.

Correo electrónico: csanclemente@hgv.cat

Aceptado para su publicación el 1 de febrero de 2008.

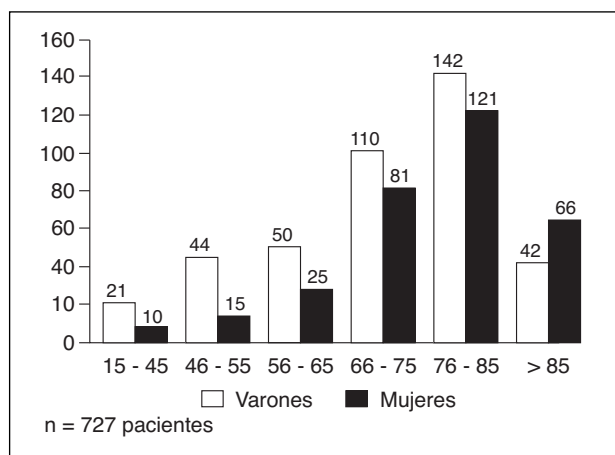


Fig. 1. Pirámide de edades, distribución del sexo.

resultados podemos mejorar la atención a estos pacientes en la fase aguda y el control posterior de los FRCV.

Material y método

Estudio descriptivo retrospectivo, en el que se revisaron las historias clínicas de todos los ictus que acudieron al hospital a lo largo de 2 años consecutivos (de enero de 2002 a diciembre de 2003). De los pacientes ingresados en medicina interna se analizaron los FRCV, así como el tratamiento de prevención secundaria pautado en el momento del alta. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, FRCV (HTA, diabetes mellitus, dislipemia y tabaquismo), antecedentes de cardiopatía isquémica, ictus, arteriopatía periférica, fibrilación auricular, otras cardiopatías, progresión neurológica y complicaciones no neurológicas durante el ingreso, secuelas neurológicas al alta, supervivencia en la fase aguda, a los 3, 6 y 12 meses, destino al alta, tratamiento y recomendaciones higiénico-dietéticas al alta. Para recoger la supervivencia a los 3, 6 y 12 meses se realizó una llamada telefónica al domicilio del paciente.

Para el diagnóstico de HTA seguimos los criterios del *VII Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*¹, para la diabetes los criterios diagnósticos de la *American Diabetes Association*², y para la dislipemia los criterios del *National Cholesterol Education Program*³. Los casos se localizaron mediante una búsqueda diagnóstica a través de la codificación diagnóstica internacional (CIM) informatizada registrada al alta hospitalaria; posteriormente se revisaron las historias clínicas confirmando el diagnóstico de ictus según los criterios clínicos, de exploración física y exploraciones complementarias. Los episodios se clasificaron según el déficit neurológico en mayor (puntuación superior a 6) y menor (puntuación inferior a 6), utilizando la escala NIHSS (la escala de ictus del *National Institute of Health*) simplificada⁴. Según la etiología utilizada en la clasificación TOAST se clasificaron en:

1) Isquémico aterotrombótico. Generalmente infartos medianos o grandes, de topografía cortical o subcortical en territorio carotídeo o vertebrobasilar, y en pacientes con algún FRCV: a) con estenosis > 50% u oclusión de la arteria extracraneal correspondiente o de la arteria intracraneal de gran calibre en ausencia de otra etiología, y b) sin estenosis, presencia de placas de ateroma o estenosis inferiores al 50% de las arterias de gran calibre en ausencia de otra etiología y en presencia de, al menos, 2 de los siguientes factores: edad superior a 50 años, HTA, diabetes, tabaquismo o hipercolesterolemia.

2) Isquémico cardioembólico. Infarto generalmente mediano o grande, habitualmente cortical, carotídeo o vertebrobasilar, con una cardiopatía embolígena demostrada, y en ausencia de otra causa.

3) Hemorrágico (hemorragia intraparenquimatosa, hematoma subdural y hemorragia subaracnoidea).

Los accidentes isquémicos transitorios (AIT) (aquellos en los que la focalidad neurológica se resolvió en menos de 24 horas) se clasificaron en isquémicos aterotrombóticos e isquémicos cardioembólicos.

Se consideraron ictus indeterminados: infarto generalmente mediano o grande, cortical o subcortical, carotídeo o vertebrobasilar, en un paciente en el cual se ha descartado un infarto aterotrombótico, lacunar, cardioembólico o inhabitual, o en el que coexisten dos o más causas posibles. También son indeterminados aquellos en los que no se llega a un diagnóstico etiológico por falta de resultados en las exploraciones complementarias.

Durante el ingreso se realizó una analítica básica, radiografía de tórax y electrocardiograma a todos los pacientes, además de otras exploraciones complementarias para completar el estudio etiológico. No se realiza una ecografía doppler de troncos supraaórticos a pacientes mayores de 80 años, pues se considera que no son candidatos a tratamiento quirúrgico en caso de hallar estenosis significativa susceptible de endarterectomía o angioplastia más *stent*. En los casos en los que no se completó el estudio etiológico durante el ingreso, éste se realizó de forma ambulatoria en las consultas externas de Neurología o de Medicina Interna del Hospital General de Vic. En estos casos se revisaron también los cursos clínicos de las diferentes visitas ambulatorias, las pruebas diagnósticas realizadas después del alta, y el manejo terapéutico del paciente, incluyendo el control de los FRCV.

Para el análisis estadístico se utilizaron las medidas de centralización y dispersión estándar. Se utilizó la prueba de ji cuadrado (con corrección con el test exacto de Fisher) para la comparación de las variables cualitativas. Para la comparación de las variables cuantitativas se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA), y la correlación de Pearson para ver el grado de asociación de algunas variables cuantitativas, mediante un paquete estadístico SPSS para Windows v 12.

Resultados

La incidencia de ictus en la comarca de Osona fue de 280,6 casos por cada 100.000 habitantes y año. En el período estudiado se atendieron en el hospital 727 pacientes, 407 (56%) varones y 320 (44%) mujeres, ingresando en el Servicio de Medicina Interna 533 (73,3%) pacientes; 194 (26,7%) fueron dados de alta desde el Servicio de Urgencias médicas, siendo enviados a su domicilio o trasladados a un hospital de nivel superior por necesitar valoración y/o tratamiento neuroquirúrgico.

La edad media global fue de 73 años, la edad de las mujeres fue superior (75 años) a la de los varones (70 años) con un valor de $p < 0,001$. Observamos que 31 (4,2%) pacientes tenían una edad inferior o igual a 45 años. De éstos, 21 (67,7%) eran varones, y 10 (32,2%) mujeres. La distribución de la edad y el sexo se muestra en la figura 1.

La edad media se distribuyó en los diferentes subtipos de ictus de forma similar, entre 71 y 73 años, excepto en el ictus de etiología indeterminada, que fue más frecuente en pacientes menores de 45 años. En el rango de edad de 35 a 45 años, hallamos mayor

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3828643>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3828643>

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