

Estudio descriptivo de la enfermedad isquémica cerebrovascular: zona del poniente almeriense

DESCRIPTIVE STUDY OF THE CEREBROVASCULAR ISCHEMIC DISEASE IN THE WESTERN AREA OF ALMERIA

J. V. Gómez González (1), Blas Gil Extremera (2)

1) Hospital de Poniente El Ejido, Almería.

2) Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Resumen

Objetivos: Analizar las características etiológicas, clínicoevolutivas y terapéuticas de la enfermedad cerebrovascular (ECV) aguda isquémica en el Poniente Almeriense.

Pacientes y Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Período: junio 2005 junio 2006. Ámbito: Hospital de Poniente. Almería. Casuística: Pacientes ingresados en Medicina Interna con diagnóstico de ictus isquémico. Metodología: revisión de historias clínicas con variables sociodemográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas. Método estadístico: análisis descriptivo de variables mediante paquete SPSS.V 10.1.

Resultados: Revisamos 243 pacientes, ingresaron 172 (70.7%). Tiempo evolutivo inferior a 6 horas 40.6% ; edad media: 73 años; 50% varones. 94% autóctonos, 6% inmigrantes. 72% hipertensos, 35% ictus previo. Síntoma más común disartria (59%). A todos se les realizó TAC craneal antes de las 6 horas y antiagregación antes de las 48 horas. El 30% recibieron rehabilitación precoz y 12% fallecieron en las primeras semanas.

Conclusiones: Características clínico-epidemiológicas similares a literatura nacional e internacional; si bien, hay una menor incidencia de enfermedad cerebrovascular y tiempo evolutivo mayor a la media nacional.

Palabras clave: ictus, epidemiología, prevención

Abstract

Objectives: To analyze the etiology, clinical evolutive and therapeutic features in ischemic cerebrovascular disease at the western region of Almería (Spain).

Patients and methods: Design: a transversal study. Period of the study: June 2005 –June 2006. Setting-up: Hospital de Poniente, Almería. Subjects: Inpatients at the Department of Internal Medicine with the diagnosis of ischemic stroke. Measurements: After reviewing clinical records and complimentary tests, a descriptive analysis of sociodemographic, clinical, diagnostic and therapeutic. Statistical analysis: A descriptive analysis of all variables was performed by the software SPSS.V 10.1.

Results: 243 patients with acute cerebrovascular disease were evaluated, and 172 (70,8%) remain inpatients at the Internal Medicine Department. Mean time-course for symptoms was < 6h in 40.6% cases; mean age was 73 years old and 50% were men. Ninety-four percent were autochthonous and only 6% were immigrants. Previous history revealed that 72% individuals had high blood pressure levels and 35% a previous stroke. The most frequent symptom observed was dysarthria (59%). All patients were evaluated by a cranial CT scan before 6 h and antiagregant therapy was administered in the first 48 h. Thirty percent of cases received early rehabilitation and 12% died in the first week during their stay at the hospital.

Conclusions: Epidemiologic features of cerebrovascular disease (CVD) were comparable to those described in the national and international literature, although in our cases there is a lower incidence of CVD and duration of disease, until contact with the health system, higher than the national average.

Key words: Stroke, epidemiology, prevention

1. Introducción

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es la alteración aguda del encéfalo provocada de forma transitoria ó permanente a través de un mecanismo isquémico ó hemorrágico, estableciéndose una terminología y clasificación, en función de diversas circunstancias que definen su naturaleza(1). Son términos comunes los de enfermedad cerebrovascular asintomática, ictus isquémico transitorio, ictus isquémico ó infarto cerebral, infarto cerebral estable, ictus en evolución y déficit neurológico isquémico reversible. Merecen reseñarse también los términos de hemorragia cerebral; isquemia cerebral global focal (ictus isquémico transitorio e infarto cerebral); hemorragia cerebral: -intracerebral, subaracnoidea o intraventricular-; y hematoma subdural o extradural.

El análisis epidemiológico ha establecido una cuantificación del riesgo por diversos factores/marcadores, cuya presencia pueden favorecer una mayor incidencia de ECV (2). Entre estos factores de riesgo hay que destacar: la edad, sexo, hipertensión y enfermedades cardíacas previas.

En España, el ictus representa la primera causa de muerte en la mujer y la segunda de muerte global, tras la cardiopatía isquémica; así mismo, es el principal responsable de discapacidad grave en el adulto seguido de demencia (3). En Europa el coste medio por paciente y año fue de casi 5.400 euros; si bien, hay que añadir otros costes sociales más importantes, tal vez, que los estrictamente sanitarios, derivados de la discapacidad, rehabilitación y necesidad de cuidados(4).

La prevención primaria mediante el control de los factores de riesgo modificables es una de las medidas mas eficaces para disminuir la incidencia y prevalencia de la ECV(5). Especial importancia adquiere el diagnóstico precoz de la ECV aguda, por el hecho de aprovechar la "ventana" terapéutica (3-6 horas iniciales) durante el período de penumbra isquémica(6),(7), reduciéndose así las secuelas funcionales y el elevado impacto socioeconómico que el ictus representa(8),(9).

El objetivo de nuestro estudio es conocer las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de la ECV aguda isquémica en la zona del Poniente Almeriense, dado que se trata de una zona con un perfil poblacional

peculiar: predominio de jóvenes y presencia pujante de inmigrantes de otros países.

2. Pacientes y métodos

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal de incidencia.

Período de reclutamiento: junio de 2005 hasta junio de 2006.

Ámbito del estudio: Hospital del Poniente. El Ejido. Almería.

Sujetos: Respecto de una población de referencia de 250.000 habitantes de la zona de poniente almeriense, se estudiaron 172 pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna diagnosticados de ictus isquémico.

Criterios de inclusión/exclusión: Se desestimaron todos aquellos que mostraban ictus isquémico transitorio (duración menor de 24 horas y no ingresados) y los episodios hemorrágicos (que son trasladados al centro de referencia para su valoración por el servicio de Neurocirugía).

Metodología: revisión de las historias clínicas y pruebas complementarias, tomándose datos de filiación, variables sociodemográficas (edad, sexo, nacionalidad), clínicas (antecedentes patológicos, ictus previos, síntomas manifestados y tiempo de evolución), diagnósticas (analítica, E.C.G. y pruebas de imagen), terapéuticas (antiagregación, rehabilitación) y de pronóstico (comorbilidad, recuperación funcional, éxitus) de todos y cada uno de los casos estudiados.

Método estadístico: análisis descriptivo de todas las variables cuantitativas (media, mediana, desviación típica, máximo y mínimo) y cualitativas (frecuencias absolutas y relativas) mediante el programa SPSS. V10.1.

3. Resultados

Se evaluaron 243 pacientes con ictus cerebrovascular agudo atendidos en el Área de Cuidados Críticos y Urgencias (1% de la población), quedando ingresados en la Unidad de Medicina Interna por ECV isquémica (déficit neurológico de duración superior a 24 horas y generado por mecanismo isquémico)

172 pacientes (70.78%); El tiempo medio de evolución sintomática fue menor de 6 horas (ventana terapéutica) en 69 pacientes (40.6%), la edad media de 73 años con desviación estándar de ± 11.19 y un rango recogido entre 18 y 99 años; 86 (50%) eran varones y 162 (94%) autóctonos. Ciento veinticuatro (72%) presentaban hipertensión como factor de riesgo más frecuente y 61 (35%) presentaban antecedentes de ictus previo.

4. Discusión

El plazo terapéutico apropiado para un paciente de ictus, de menos 6 horas de evolución, ofrece un grado de cumplimiento en la población española alrededor del 50% de los casos ingresados(10). No obstante es menor en nuestra zona, sólo el 40% estaban dentro de la "ventana terapéutica". Se observa en la serie una distribución homogénea respecto a hombres y mujeres,

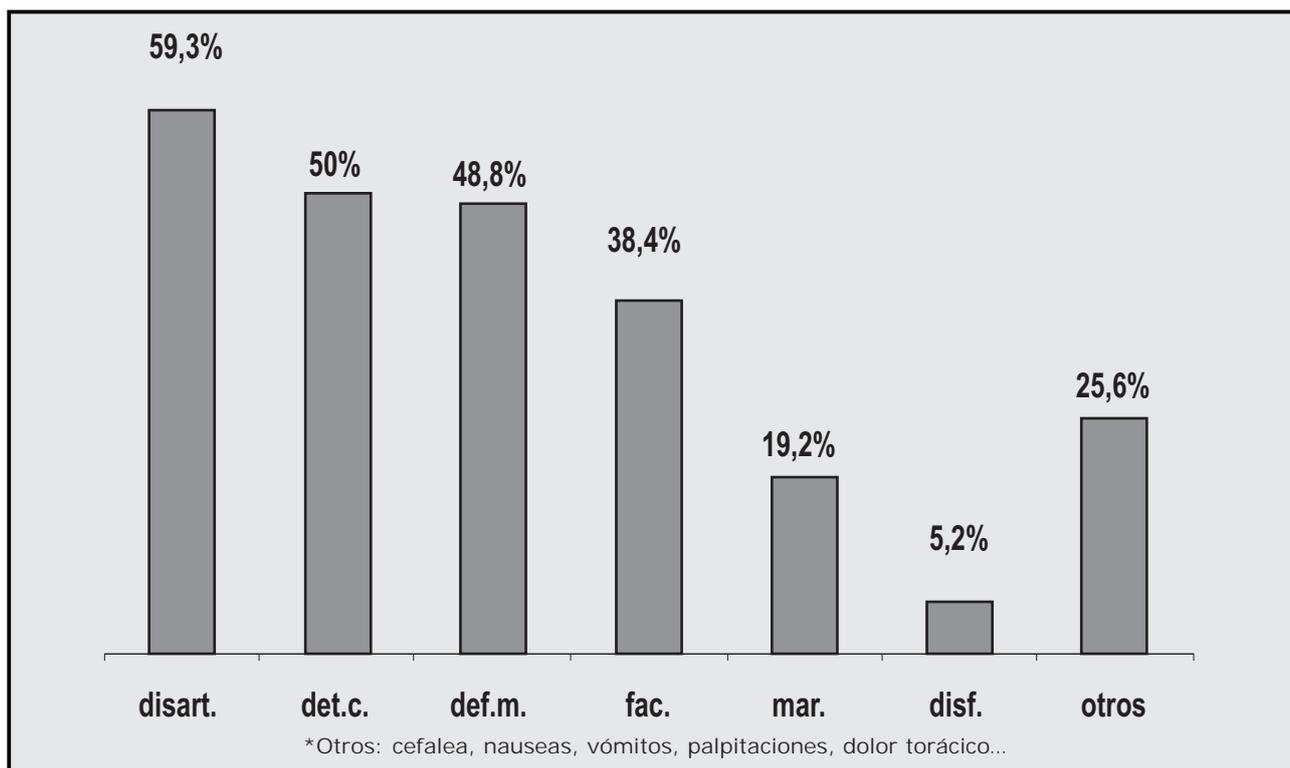


Figura 1. Manifestaciones clínicas que presentan los pacientes ingresados con ECV isquémica aguda: Disartria, deterioro cognitivo, déficit motor, parálisis facial, mareo y disfagia.

Un elevado número (59%) presentaron disartria (Figura 1). A todos se les realizó TAC craneal antes de las 6 horas y se les administró medicación antiagregante antes de las 48 horas. En 52 casos (30%) se aplicó rehabilitación precoz y 22 (12%) fallecieron en un periodo inferior a 4 semanas de evolución, principalmente por presencia de comorbilidad. La incidencia estimada de ictus en la zona del Poniente Almeriense (98/100.000 habitantes/año) es menor de la reflejada en la literatura científica (250-500/100.000 habitantes/año)(3), hecho atribuible (sabiendo que la edad avanzada es un factor de riesgo exponencial afectando a la gran mayoría de ictus a personas mayores de 65 años) a la presencia de una importante población joven en nuestro entorno dedicada a la agricultura.

hecho que no coincide con la literatura científica, al presuponer mayor incidencia en los hombres. Este hallazgo podría explicarse por el elevado número de jóvenes varones inmigrantes, desplazando el peso esta patología hacia la población de mujeres seniles autóctonas. En cuanto a la edad, es conocido que el riesgo aumenta con ésta, tanto en hombres como en mujeres, como resultado del progresivo aumento de la aterosclerosis.

Entre los factores de riesgo de mayor relevancia y avalados por numerosos estudios destaca la hipertensión, junto a diabetes, dislipemia, arritmias, tabaco, alcohol y obesidad (2). La calidad de vida previa al proceso, así como los antecedentes de ictus previos condicionan

la actitud terapéutica y posterior evolución, tal y como queda reflejado en otros estudios (3),(11),(12). En nuestra casuística se ha observado un cortejo sintomático similar al descrito por otros autores (13).

La realización de TAC craneal antes de las 6 horas desde su ingreso en urgencias, se hace de manera sistemática en nuestra Unidad, dando así cumplimiento a esta norma de calidad (14). Igual sucede con la antiagregación a todo paciente ingresado, antes de las 48 horas de evolución. La rehabilitación precoz aplicada a nuestros casos (30.2%) es algo menor que la indicada en la literatura científica (40%); aunque tal vez se deba a no estar adecuadamente documentada en el historial clínico. La recuperación funcional tras el ictus es similar a estudios previos (43.6% con recuperación parcial); en cuanto a la mortalidad asociada la cifra alcanza el 12.8% (15).

En conclusión, si bien las características epidemiológicas de la ECV en nuestra zona son similares a las descritas en la literatura nacional e internacional, se hace destacar la menor incidencia en el Poniente Almeriense y un tiempo de evolución sintomática hasta consultar con el sistema sanitario, mayor que el registrado en la media nacional. Las limitaciones del estudio estriban, por un lado, en la comparación de los ictus isquémicos y hemorragias respectivamente; así como la no valoración de otros factores de riesgo como dislipemia y diabetes.

Referencias

1. Ay H, Furic KL, Singhal A, Smith WS, Sorensen AG, Koroshetz WJ. An evidence-based causative classification system for acute ischemic stroke. *Ann Neurol* 2005; 58:688-697
2. San Clemente Ansó C, Pedregosa Vall A, Rovira Pujol E. El ictus en manos del internista. Factores de riesgo cardiovascular. *Rev Clin Esp* 2008; 208:339-346
3. Arboix A. Registros de enfermedades vasculares cerebrales. *Med Clin (Barc)* 2008; 130:623-625
4. Epstein D, Mason A, Manca A. The hospital cost of care for stroke in nine European countries. *Health Econ* 2008; 17:S21-S31
5. Rigau Comas D, Álvarez-Sabin J, Gil Núñez A. Guía de práctica clínica sobre prevención primaria y secundaria del ictus. *Med Clin (Barc)* 2009; 133:754-762
6. Castillo J. Fisiopatología de la isquemia cerebral. *Rev Neurol* 2000; 30:459-464

7. Bose A, Henkes H, Allike K, et al. Penumbra Phase 1 Stroke Trial Investigator. The Penumbra System: a mechanical device for the treatment of acute stroke due to thromboembolism. *AJNR An J Neuroradiol* 2008; 29:1409-1413

8. Hervás A, Cabasés J, Forcén T. Coste del cuidado informal del ictus en una población general no institucionalizada. *Gac Sanit* 2007; 21:444-445

9. Fuentes B, Díez Tejedor E. Stroke unit: a cost-effective care need. *Neurología* 2008; 22:456-466

10. Alvarez-Sabin J, Molina CA, Abilleira S, Montaner J, Garcia Alfranca F, Jiménez Fábrega X y cols. Impacto de la activación del Código ictus en la eficacia del tratamiento trombolítico. *Med Clin (Barc)* 2003; 120:47-51

11. Lloyd-Hones D, Adams R, Carnethon M, et al. Heart disease and stroke statistics 2009 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2009; 119:480-486

12. Xavier Ustrell-Roig, Joaquín Serena-Leal. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. *Rev Esp Cardiol* 2007; 60:753-769

13. Vila N. Síndromes Neurovasculares. En: Castillo J, editor. *Ictus. Plan de formación en neurología*. Madrid: Ergon; 2000.p.23-31

14. Alvarez Sabin J, Mostacero E, Molina C, Moltó JM. Guía para la utilización de los métodos y técnicas diagnósticas en el ictus. *Neurología* 2002; 17 (Suppl 3):13-29

15. Murie-Fernández M, Irimia P, Martínez-Vila E, Meller John Meller M, Teasel R. Neurorrehabilitación tras el ictus. *Neurología* 2010; 25:189-196

AGRADECIMIENTOS

Al personal del Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias, Unidad de Medicina Interna, Unidad de Archivos, Unidad de informática, al Dr. López Escámez.