



EV-047 - FACTORES DE RIESGO, ETIOLOGÍA Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO (II) Y DIABETES MELLITUS (DM)

P. Martínez García, D. Blanco Suárez, S. Fuente Cosío, I. Maderuelo Riesco, R. Martínez Gutiérrez, C. Tarrazo Tarrazo, J. Garrido Sánchez, M. Gallego Villalobos

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

Resumen

Objetivos: Describir las diferencias clínicas, etiológicas y pronósticas entre pacientes diabéticos y no diabéticos que presentan un II.

Métodos: Revisión retrospectiva las historias clínicas de los pacientes ingresados por II en el Servicio de Neurología del Hospital San Agustín entre febrero y marzo de 2012. Se recogieron variables demográficas, clínicas y pronósticas.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, 22 (44%) diabéticos y 28 (56%) no diabéticos. En los diabéticos (D), la edad media fue $75,18 \pm 9,53$ años ($76,32 \pm 12,96$ años en los no diabéticos (ND)). En el grupo de D, 13 pacientes (59,09%) fueron hombres y 9 (40,9%) mujeres (39,2% hombres y 60,7% mujeres en los ND). La hipertensión arterial (HTA) fue el factor de riesgo vascular modificable (FRVM) asociado más prevalente en los 2 grupos. Un 72,72% de los D estaban diagnosticados previamente de HTA (60,71% de los ND), 27,27% de dislipidemia (DL) (28,57% en los ND), un 27,27% presentaban fibrilación auricular (FA) (25,60% de los ND) y un 18,18% eran fumadores (17,85% de los ND). Fue más frecuente entre los D que entre los ND la presencia de FRVM como la HTA (72,72% frente a 60,71%) y el tabaquismo (18,17% frente a 17,85%), no resultando estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,37$ y $p = 0,629$ respectivamente). Por el contrario, la presencia de DL y FA fue más frecuente en los ND (28,57% y 39,28% frente a 27,27% y 27,27% respectivamente), sin ser esta diferencia estadísticamente significativa. En cuanto a los pacientes no diagnosticados de DL previamente, el 25% y el 35% del grupo de los D y ND respectivamente tenían valores de colesterol total > 200 , LDL > 160 o triglicéridos > 150 durante el ingreso. El tratamiento previo con antitrombóticos era más frecuente entre los D (59,09% frente a 46,42%, diferencia no estadísticamente significativa). En relación con la etiología, se observó con mayor frecuencia ictus aterotrombótico en los D (36,36% frente a 28,57%) e ictus cardioembólico en los ND (32,14% frente a 22,72%) ($p = 0,55$ y $p = 0,46$ respectivamente). La mediana de las puntuaciones NIHSS fue 3,50 en los ND y 10,50 en los D. En el grupo de D se encontró una mortalidad del 27,27%, siendo mayor la de los ND (32,17%).

Discusión: La prevalencia de DM es alta, lo que explica la elevada proporción de pacientes con DM entre nuestros pacientes con ictus II. En consonancia con otros estudios, los pacientes D tienen mayor predisposición a padecer HTA, no obteniendo la DL el porcentaje de prevalencia esperado,

encontrándose probablemente infradiagnosticada, como refleja el alto porcentaje de pacientes de nuestro trabajo no diagnosticados de DL con perfil lipídico con alterado; no obstante, al tratarse de la fase aguda del ictus, no pueden extraerse conclusiones. El porcentaje de pacientes con DM que recibían tratamiento antitrombótico previo es algo superior comparándolo con estudios recientes. Este alto porcentaje, así como la ausencia de una diferencia clara respecto a los ND, puede explicarse por la inclusión de pacientes anticoagulados por presentar FA previa. La gravedad neurológica de los pacientes D de nuestro estudio es mayor, como refleja la mediana de NIHSS, sin embargo, existe una tendencia no significativa hacia mayor mortalidad en el grupo de no DM, a diferencia de otros estudios que no muestran diferencias o relacionan la DM con mayor gravedad, peor evolución y pronóstico.

Conclusiones: 1. La edad media de los pacientes con II es alta. 2. Existe una elevada prevalencia de DM entre los pacientes con II. 3. Los pacientes con II y DM tienen mayor predisposición a padecer HTA. 4. La etiología más frecuente del II en pacientes diabéticos es la aterotrombótica seguida de la cardioembólica. 5. Debemos ser más agresivos en cuanto a la detección, prevención y tratamiento de FRVM en este grupo de pacientes.