Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):1251

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

RV-036 - FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV) EN EL ICTUS ISQUÉMICO. IMPORTANCIA DE LA VISIÓN GLOBAL DEL INTERNISTA

P. Martínez García, D. Blanco Suárez, S. Fuente Cosío, I. Maderuelo Riesco, V. Arenas García, J. Valdés Bécares, J. Casal Álvarez, M. Gallego Villalobos

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

Resumen

Objetivos: Describir los FRCV asociados al ictus, su detección durante el episodio agudo y las recomendaciones y modificaciones al alta hospitalaria.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas de pacientes hospitalizados entre marzo y febrero de 2012 por ictus isquémico en el Servicio de Neurología, recogiendo variables biológicas y clínicas.

Resultados: Se obtuvieron un total de 50 pacientes con ictus isquémico. 26 eran mujeres (52%) y 24 hombres (24%). La edad media global fue de 75,86 ± 11,48 años. La edad de las mujeres fue superior (77 años) a la de los varones (74 años). 9 pacientes tenían una edad inferior a 65 años. La mediana de edad global fue 77,50. El ictus más frecuente fue el aterotrombótico (32%), seguido del cardioembólico (28%), indeterminado (24%), el lacunar (10%) y el inhabitual (6%). La frecuencia de los FRCV modificables fue: hipertensión arterial (HTA) 33 pacientes (66%), diabetes mellitus (DM) 22 pacientes (44%), fibrilación auricular 17 pacientes (34%), dislipidemia (DL) 15 pacientes (30%) y tabaquismo 11 pacientes (22%). Se determinó el perfil lipídico a 45 pacientes (90%), observándose DL en el 31,43% de los pacientes sin DL conocida. El valor medio de colesterol total fue 183,98 ± 61,153 mg/dl, con un colesterol HDL medio de 43,29 ± 11,88 mg/dl y un colesterol LDL de 116,57 ± 52,28 mg/dl. La media de triglicéridos fue 146,80 ± 82,69 mg/dl. En el 10% de los pacientes se detectaron niveles de presión arterial superiores a 140/90 mmHg en las primeras 24 horas de evolución. Entre los pacientes normotensos previamente, el 35,29% (n = 6) presentaron presión arterial sistólica > 140 mmHg o presión arterial diastólica > 90 mmHg. Se solicitó hemoglobina glicosilada (HbA1c) al 77,27% de los diabéticos, con cifras: 7% n = 6, 7-8% n = 5, 8-9% n = 4, > 11% n = 3. El 100% de los pacientes con HbA1c > 8% sufrieron modificación de su tratamiento. Se intensificó el tratamiento para la DL a 12 pacientes y se modificó tratamiento antihipertensivo a 3. Recibieron recomendaciones dietéticas al alta el 42% de los pacientes, de ejercicio físico 2 pacientes y se recomendó abandonar el hábito tabáquico al 45,45% de los fumadores. El déficit neurológico al ingreso según la escala NIHSS simplificada fue mayor en 22 pacientes (44%) y menor en 23 pacientes (46%. La mortalidad global fue del 30% y la recurrencia de ictus del 14,28%.

Discusión: Al igual que en otras series los pacientes son mayores, con una edad media de 75,86 años. El más prevalente entre los FRCV modificables fue la HTA. El porcentaje de chequeo de perfil lipídico fue muy bueno (90% de los pacientes); el número de determinaciones de HbA1c también fue bueno (77,27% de mediciones). Fueron adecuadas las modificaciones del tratamiento antidiabético para 7 pacientes (7

presentaban de HbA1c > 8% y los objetivos de control glucémico son variables). Sin embargo la actuación sobre la DL en el momento del alta fue menor (en 12 pacientes), la prevención secundaria para HTA escasa, y las modificaciones sobre hábitos de estilo de vida y dieta deficientes. Podría explicarse por la valoración de los FRCV de un internista al ingreso de los ictus isquémicos en Neurología, y por la carencia de una unidad de riesgo cardiovascular para mejorar la prevención secundaria al alta en estos pacientes.

Conclusiones: 1. La edad media fue 75,86 años. 2. La etiología más frecuente fue la aterotrombótica. 3. El FRCV modificable más frecuente fue la HTA. 4. Durante el ingreso se realizó un adecuado chequeo de los FRCV modificables. 5. La actuación sobre los FRCV al alta fue deficiente. 6. Es necesario un control de los FRCV después de un episodio cerebrovascular, una optimización de la prevención secundaria, la continuidad asistencial y una conexión estrecha entre profesionales.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.