Casuística del ictus en menores de 50 años

Iglesias Espinosa M[1], Lea Pereira MC[2], Galván Espinosa J[3], Rodríguez Salvador MM[4], Aparicio Mota A[5], García Torrecillas JM[6].

1. Unidad de Neurología. H. U. Torrecárdenas.
2. Servicio de Medicina Interna. H. U. de Poniente.
3. Fundación FIBAO.
4. UGC Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Almería.
5. Unidad de Investigación Biomédica. H. U. Torrecárdenas.
6. Servicio de Urgencias. H. U. Torrecárdenas.

Pertenece al proyecto "Optimización de un modelo predictivo para la mortalidad en ictus isquémico a través de una cohorte de Real World Data". Convocatoria: FPS 2020- Proyectos de I+i en Atención Primaria, Chares y Hospitales Comarcales. Código del Proyecto AP-0013-2020-C1-F1

IX CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y ENVEJECIMIENTO &
VII CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Murcia, 20 y 21 de Septiembre de 2022

INTRODUCCIÓN

El ictus en el paciente joven, con una incidencia en Europa entre 5 y 15 por 100.000 personas-año (Boot, 2020), puede tener una etiopatogenia distinta a la habitual en otros grupos de edad (Noortje, 2014) en los que es una patología más frecuente. Consecuentemente, su estudio etiológico debe considerar determinadas causas específicas y su pronóstico (pronóstico funcional, letalidad, riesgo de recurrencia) podría ser diferente dependiendo, entre otros factores, de su causa así como de la propia edad del paciente (Varona, 2004). Esto, a su vez, podría tener repercusión en las medidas de prevención secundaria a adoptar tras un evento. Sin embargo, la menor incidencia en este subgrupo de pacientes hace que dispongamos de menos bibliografía al respecto (Ekker, 2019).

OBJETIVO

Describir las características (variables demográficas, comorbilidades - factores de riesgo, y diagnóstico etiológico) de los individuos menores de 50 años con ictus isquémico.

MÉTODO

Estudio transversal. Se calcularon medidas resumen (media y desviación estándar para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas en el caso de las cualitativas) de las variables contenidas en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los ingresos hospitalarios con diagnóstico de ictus isquémico no lisado - Grupo Relacionado con el Diagnóstico 14 (GRD 14) notificados al Ministerio de Sanidad de España entre los años 2008 y 2012. La nomenclatura y codificación numérica empleada tanto en los diagnósticos como en los procedimientos corresponde a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su novena edición (CIE-9)

RESULTADOS

Se obtuvieron datos de 10.236 episodios con diagnóstico de ictus isquémico no lisado, siendo el 66,9% varones. La edad media fue de 43,6 años (DE 5,6). La estancia media del ingreso fue de 7,9 días (DE 4,4), siendo reingresos 344 de los episodios (3,4%). 126 sujetos (1,2%) fallecieron en el ingreso.

El número de diagnósticos al alta fue entre 1 y 14, siendo lo más habitual que existieran 5 diagnósticos. En cuanto a las comorbilidades, estas fueron hipertensión arterial (HTA) (39,4%), dislipemia (34,0%), diabetes mellitus (14,8%), obesidad (9,3%), cardiopatías congénitas (7,5%), arritmias (5,6%), trastornos gastrointestinales (4,9%), anemia (3,9%), valvulopatías (3,4%), insuficiencia respiratoria aguda (3,3%), fibrilación auricular (3,3%), insuficiencia cardiaca (2,9%), miocardiopatías (2,3%), cardiopatía isquémica (2,1%), insuficiencia renal (1,9%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (1,5%).

En cuanto al número de procedimientos, se realizaron entre ninguno y 20. En el 89,9% de los pacientes se realizaron 7 procedimientos o menos y el 73,6% 4 o menos. Los procedimientos que más frecuentemente se realizaron fueron tomografía axial computerizada de cabeza (76,8%), imagen por resonancia magnética de cerebro y tronco cerebral (62,7%), ecografía diagnóstica del corazón (52,1%), ecografía diagnóstica de la cabeza y el cuello (47,5%), electrocardiograma (23,4%), arteriografía de las arterias cerebrales (20,7%) y radiografía de tórax (14,3%). Al 57,9% de los individuos se les realizó al menos una prueba complementaria (arteriografía de las arterias cerebrales o ecografía diagnóstica de la cabeza y el cuello) para valorar la estenosis/oclusión de grandes vasos.

En cuanto a la etiología del ictus, no es posible establecer unos resultados inequívocos pues es difícil establecer la relación de los diagnósticos CIE-9 con la clasificación diagnóstica etiológica que se emplea en la práctica clínica habitual. Hasta el 92,8% pudieron ser aterotrombóticos, asumiendo esta etiología cuando entre los diagnósticos se codificó afectación de grandes vasos (estenosis/oclusión precerebral) o trombosis de arteria cerebral. Al menos el 10,2% fueron presumiblemente cardioembólicos o, al menos, embólicos (embolia cerebral). En la tabla se presentan las frecuencias de los diagnósticos según la clasificación CIE-9.

DISCUSIÓN

Este trabajo describe las variables demográficas, las principales comorbilidades (algunas de ellas conocidos factores de riesgo de patología vascular) e intenta establecer los principales diagnósticos etiológicos del ictus isquémico en el paciente joven.

Tradicionalmente, en guías clínicas y trabajos de investigación, se ha considerado 45, 50 o 55 años como el punto de corte para estudiar las peculiaridades que podría tener la enfermedad a edades más jóvenes. Nosotros hemos optado de manera arbitraria por establecer este límite en 50 años.

Es difícil inferir la distribución de frecuencias del diagnóstico etiológico del ictus a partir del CMBD. En primer lugar, el término "infarto cerebral" de la CIE-9 incluiría los propios infartos cerebrales así como los cerebelosos y troncoencefálicos, por ser estos territorios subsidiarios de las mismas arterias que irrigan el cerebro y no clasificarse en otro epígrafe. La clasificación etiológica más frecuentemente usada en la práctica clínica es la basada en el Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) (Harold, 1992), que considera como posibles causas del ictus la aterotrombótica (es necesaria la estenosis ≥ 50% o <50% en presencia de factores de riesgo vascular), la cardioembólica (debe existir una fuente cardiaca embolígena), el infarto lacunar (infarto menor a 1,5cm en territorio de arterias perforantes), la indeterminada (ya sea por no conocerse o por coexistir más de una causa) y la inhabitual. Basándonos en esta clasificación, hemos asumido el posible origen aterotrombótico cuando existía afectación de grandes vasos o la trombosis de una arteria cerebral, si bien, sabemos que esto podría darse en otras etiologías. De la misma manera, asumimos que la principal fuente embólica del embolismo cerebral sea la cardiaca. El infarto lacunar se incluiría en el diagnóstico de *otra enfermedad cerebrovascular enfermedad cerebrovascular mal definida,* aunque entendiéndolo como la oclusión de las arterias perforantes también podría clasificarse bajo el *diagnóstico de trombosis de arteria cerebral con infarto cerebral* o de *oclusión de arteria cerebral no especificada*, suscitando cierta ambigüedad tanto en la codificación de diagnósticos como en la interpretación de nuestros resultados.

Cuando comparamos nuestros resultados con los de otros trabajos, esperaríamos encontrar una mayor proporción de ictus cardioembólicos y de ictus de causa inhabitual, pudiendo quedar un porcentaje no despreciable de ictus de etiología indeterminada si no se realiza un estudio exhaustivo (Varona, 2004). También habría que tener en cuenta que solo el 57,9% de nuestra muestra dispone de una prueba complementaria (arteriografía o ecografía doppler) que valore la estenosis/oclusión arterial, pudiendo quedar infraestimados estos diagnósticos.

Las limitaciones y fortalezas de nuestro trabajo radican fundamentalmente en el empleo de una base de datos clínico-administrativa como es el CMBD. Este ofrece un elevado tamaño muestral pero con una calidad limitada de la información, en ausencia de otras variables que podrían ser clínicamente relevantes. Una peculiaridad de este método es que no considera individuos sino episodios (ingresos hospitalarios), siendo el 3,4% de los casos reingresos, entendiendo estos como las admisiones por el mismo GRD, en este caso un nuevo ictus isquémico no lisado, antes de los 30 días del alta previa. De la misma manera, ictus más leves, con causa ya conocida o que no precisaran un tratamiento hospitalario, por ejemplo rehabilitador, podrían no ingresar y manejarse de manera ambulatoria, escapándose al registro en esta base de datos. No obstante, en España ya se ha demostrado que el CMBD podía ser un instrumento útil en la investigación de una patología con similitudes con el ictus isquémico como es el síndrome coronario agudo (Bernal, 2018).

Código	Diagnóstico CIE-9	n	%	Etiología TOAST presumible
433.01	Estenosis/oclusión de arteria basilar con infarto cerebral	53	0,5	Aterotrombótico > Cardioembólico
433.11	Estenosis/oclusión de arteria carótida con infarto cerebral	559	5,5	Aterotrombótico
433.21	Estenosis/oclusión de arteria vertebral con infarto cerebral	108	1,1	Aterotrombótico
433.31	Estenosis/oclusión de arteria precerebral múltiple y bilateral con infarto cerebral	141	1,4	Cardioembólico > Aterotrombótico
433.81	Estenosis/oclusión de otra arteria precerebral especificada con infarto cerebral	57	0,6	Aterotrombótico
433.91	Estenosis/oclusión de otra arteria precerebral no especificada con infarto cerebral	28	0,3	Aterotrombótico
434.01	Trombosis de arterial cerebral con infarto cerebral	1265	12,4	Aterotrombótico, lacunar
434.11	Embolia cerebral con infarto cerebral	1042	10,2	(Cardio)embólico
434.91	Oclusión de arteria cerebral no especificada	7266	71,0	Aterotrombótico, cardioembólico, lacunar
437.8	Otra enfermedad cerebrovascular enfermedad cerebrovascular mal definida, otros	92	0,9	Lacunar

CONCLUSIONES

1. **Conocer las peculiaridades del ictus en el paciente joven tiene interés para considerar en el diagnóstico diferencial etiológico determinadas causas específicas más frecuentes en este grupo de edad así como establecer mejor su pronóstico y medidas de prevención secundaria.**
2. **Las bases de datos clínico-administrativas como el Conjunto Mínimo Básico de Datos ofrecen elevados tamaños muestrales, siendo sus principales limitaciones la calidad de la información y la ausencia de variables que podrían ser clínicamente relevantes.**
3. **Debido a la menor incidencia de ictus en el paciente joven, la bibliografía es limitada. Son necesarios más estudios que ofrezcan resultados para este grupo de edad.**

REFERENCIAS

1. Ischaemic stroke in young adults: a global perspective. Boot E, Ekker MS, Putaala J, Kittner S, De Leeuw FE, Tuladhar AM. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2020 Apr;91(4):411-417. doi: 10.1136/jnnp-2019-322424. Epub 2020.
2. Ischaemic stroke in young adults: risk factors and long-term consequences. Maaijwee NA, Rutten-Jacobs LC, Schaapsmeerders P, van Dijk EJ, de Leeuw FE. Nat Rev Neurol. 2014 Jun;10(6):315-25. doi: 10.1038/nrneurol.2014.72. Epub 2014 Apr 29.
3. Ictus en el adulto joven. Varona JF, Guerra JM, Bermejo F. Med Clin (Barc). 2004 Jan 24;122(2):70-4. doi: 10.1016/s0025-7753(04)74145-7.
4. Global Outcome Assessment Life-long after stroke in young adults initiative-the GOAL initiative: study protocol and rationale of a multicentre retrospective individual patient data meta-analysis. Ekker MS, Jacob MA, van Dongen MME, Aarnio K, Annamalai AK, Arauz A, Arnold M, Barboza MA, Bolognese M, Brouns R, Chuluun B, Chuluunbaatar E, Dagvajantsan B, Debette S, Don A, Enzinger C, Ekizoglu E, Fandler-Höfler S, Fazekas F, Fromm A, Gattringer T, Gulli G, Hoffmann M, Hora TF, Jern C, Jood K, Kamouchi M, Kim YS, Kitazono T, Kittner SJ, Kleinig TJ, Klijn CJM, Korv J, Lee TH, Leys D, Maaijwee NAM, Martinez-Majander N, Marto JP, Mehndiratta MM, Mifsud V, Montanaro VV, Owolabi MO, Patel VB, Phillips MC, Piechowski-Jozwiak B, Pikula A, Ruiz-Sandoval JL, Sarnowski B, Schreuder FHBM, Swartz RH, Tan KS, Tanne D, Tatlisumak T, Thijs V, Tuladhar AM, Viana-Baptista M, Vibo R, Wu TY, Yesilot N, Waje-Andreassen U, Pezzini A, Putaala J, de Leeuw FE. BMJ Open. 2019 Nov 14;9(11):e031144. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031144.
5. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. Adams HP Jr, Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL, Marsh EE 3rd. Stroke. 1993 Jan;24(1):35-41. doi: 10.1161/01.str.24.1.35.
6. Datos clínicos y administrativos en la investigación de resultados del síndrome coronario agudo en España. Validez del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Bernal JL, Barrabe´ JA, Íñiguez A, Fernández-Ortiz A, Fernández-Pérez C, Bardají A, Elola JF. Rev Esp Cardiol. 2019;72(1):56-62. doi: 10.1016/j.recesp.2018.01.007.

Junta de Andalucía · Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental Alejandro Otero · Consejería de Salud y Familias · Fundación Progreso y Salud Consejería de Salud y Familias

Convocatoria FPS 2020. Expdte: AP-0013-2020-C1-F1