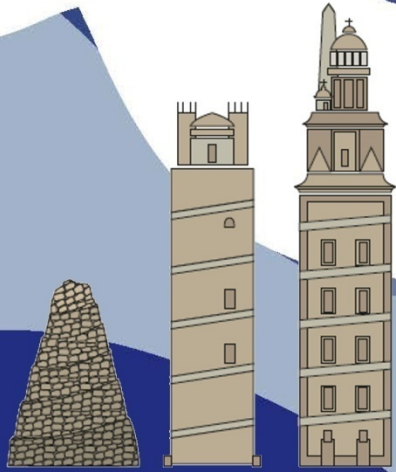


36°
CONGRESO
semFYC



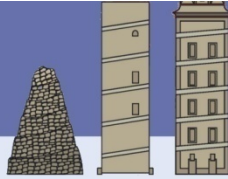
El ictus hemorrágico como condicionante de salud en el paciente con fragilidad y cronicidad.

Resultados del Registro Ebrictus.

**González-Henares, MA; Clua-Espuny JL; Ricardo
Manuel Paim; Panisello-Tafalla A; Queralt-Tomas M LL;
Ripolles-Vicente R; Lucas-Noll, J; Gil-Guillen VF.**

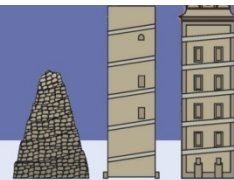
A CORUÑA
PALEXCO
del 9 al 11 de junio
de 2016





Introducción

- ✓ El envejecimiento demográfico se asocia a una mayor prevalencia de comorbilidades, polimedicación y fragilidad con un gran impacto potencial sobre su probabilidad de supervivencia y autonomía funcional tras un episodio de hemorragia intracerebral (ECH).
- ✓ Los datos muestran una variabilidad en la que algunos aportan un descenso^{3,4}, y otros no objetivan cambios^{5,6} o bien un aumento de su incidencia^{7,8}.
- ✓ Si bien se ha producido una notable transformación en la composición demográfica caracterizada por un envejecimiento asociado a patologías crónicas y polimedicación especialmente por encima de los 65 años, son escasos los estudios acerca de la epidemiología, el impacto asistencial, la morbimortalidad asociada y las discapacidades resultantes tras enfermedad cerebrovascular hemorrágica (ECH)



Objetivos/principales

1. Conocer la epidemiología poblacional de la EHC
2. Identificar los factores de riesgo asociados a mortalidad y discapacidad en los pacientes con criterios de Paciente Crónico Complejo (PCC) según los criterios *International Association of Gerontology and Geriatrics*.
3. Elaborar una tabla para la medición del riesgo de sufrir una hemorragia intracerebral en el abordaje del Paciente Crónico Complejo.



Material y Metodología

Estudio inicialmente observacional, retrospectivo y multicéntrico de casos consecutivos de primer episodio de hemorragia intracerebral entre 01/04/2006 y 30/06/2015.

Las variables incluidas fueron: *Información Socio demográfica, Clínica, Prescripción, INR Control*, grado de incapacidad residual; y *Estado vital*. Se calcula la mortalidad, discapacidad, y densidad de incidencia asociada a los factores de riesgo con modelo de Cox.



Material y Metodología

Una segunda fase de validación de los factores de riesgo asociados en los pacientes registrados como PCC de forma anonimizada. Estratificación por riesgo. Selección aleatorizada de muestra de pacientes de bajo riesgo (<P30) y alto riesgo (>P80). Investigación de marcadores biológicos.

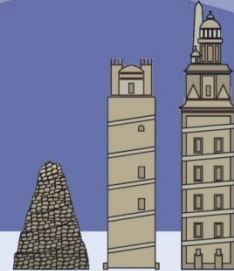
En una tercera fase se realizará el seguimiento longitudinal y prospectivo de los episodios de ECH hasta un periodo de cinco años.



Resultados

Disponemos de los resultados de la primera fase del estudio

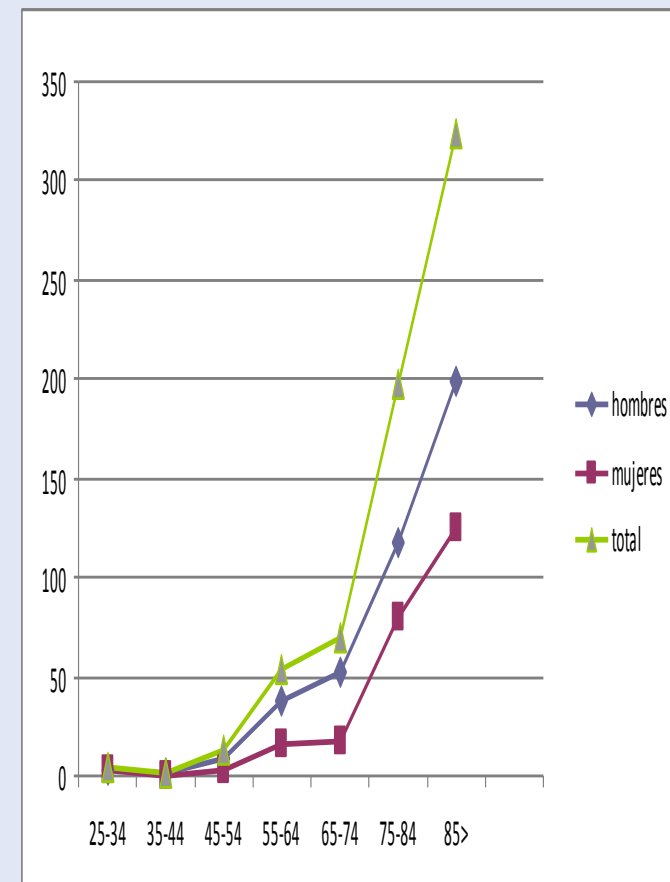
- ✓ Fueron incluidos 240 (143H 97M) casos (40.4%M, 59,6%H).
- ✓ La tasa estandarizada para población mundial $7,3/10^5/\text{año}$, y $18,4/10^5/\text{año}$ para la europea. Aunque se ha producido un incremento en el porcentaje relativo de ECH en relación al total cerebrovascular, la incidencia a lo largo del periodo presenta una evolución mantenida.
- ✓ El 43,7% de los casos ocurrieron >80 años. Las mujeres tienen una edad media superior ($77,12 \pm 12.47$ vs $73,3 \pm 12.4$, $p 0.022$).
- ✓ El sexo “mujer” tiene OR 0,35 [IC95% 0,19-0,63].
- ✓ Los factores de riesgo fueron similares en ambos sexos aunque los hombres tuvieron una prevalencia significativamente mayor de tabaquismo ($<0,001$), alcoholismo ($p 0.002$), hepatopatía crónica ($p 0.028$), e insuficiencia renal crónica ($p 0.007$) que las mujeres.
- ✓ Las mujeres tuvieron una prevalencia significativamente mayor de prescripción antidepresivos ($p <0.001$) y anti-inflamatorios ($p 0.040$), pero menor de hipouricemiantes ($p 0.006$).
- ✓ La severidad del episodio (NIHSS H 8.3 ± 7.3 vs M 8.7 ± 6.8 , ($p 0.816$) no fue significativamente diferente pero la estancia hospitalaria ($p 0.030$) fue mayor en las mujeres



Resultados

Disponemos de los resultados de la primera fase del estudio

Factor Exposición	OR (IC95%)
Edad ≥75 años	9,6 [7,4-12,4]
Enolismo	5,1 [2,8-9,4]
Antidepresivos (IRS)	3,7 [2,1-6,4]
Sexo masculino	2,8 [1,5-5,05]
Hipertensión arterial	2,2 [1,2-4,3]
Poli medicación (≥10)	2,2 [1,2-4,0]
Antiagregantes	1,81 [1,01-3,26]
Tabaquismo activo	1,79 [0,87-3,68]
Tiempo Rango Terapéutico (TTR)<60%	1,82 [0,83-21,68]
Tratamiento anticoagulante (TAO)	1,47 [0,58-3,70]
Diabetes mellitus tipo 2	1,02 [0,53-1,94]





Resultados. Mortalidad

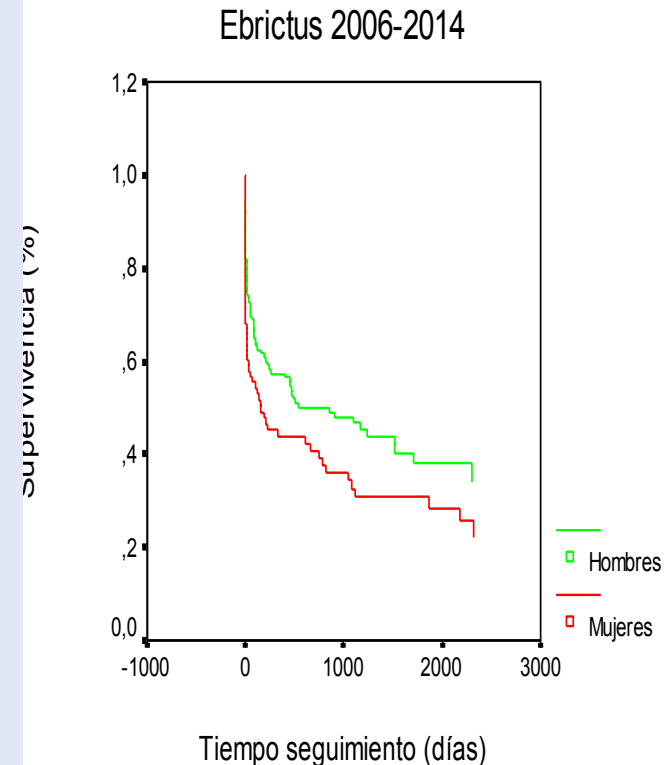
✓ Se produjeron un total de 139 muertes [59,36%), (M 67,04%, H 54,2%).

✓ La probabilidad de supervivencia es inferior en las mujeres a los 28 días, 3 meses, 1 año y 5 años.

✓ Se identifican como factores pronóstico de mortalidad: la edad (OR 1,18 [IC95% 1,07-1,29] por año, $p < 0,001$), el tratamiento anticoagulante (OR 4,65 [IC95% 1,10-19,6], $p 0,036$), la presencia de polimedicación (OR 1,08 [IC95% 1,03-1,13], $p 0,001$) y el tratamiento con antidepresivos ISR (OR 9,71 IC95% [1,23-76,68], $p 0,031$).

✓ La densidad de incidencia de mortalidad muestra las estatinas como factor protector [0,54, IC95% 0,36-0,80].

Figura 5. Curva supervivencia según sexo





Factores de riesgo asociados a mortalidad: densidad de incidencia entre los pacientes expuestos.

Factor	Densidad Incidencia mortalidad en los expuestos 100 personas/año (IC95%)	Ratio incidencia expuestos/no-expuestos (IC95%)	p
≥ 75 años	57,0 (46,5-69,1)	3,36 (2,30-4,9)	< 0,001
Polimedicación			
≥ 5	58,6 (36,7-88,8)	1,80 (1,14-2,85)	0,009
≥ 10	57,7 (45,2-72,6)	2,38 (1,70-3,32)	< 0,001
Tratamiento anticoagulante	65,6 (45,4-91,7)	2,16 (1,47-3,2)	<0,001
Tratamiento Inhibidores recaptación de Serotonina (ISR)	63,4 (42,7-90,5)	2,04 (1,36-3,06)	<0,001
Tratamiento con Estatinas	23,3 (16,1-32,6)	0,54 (0,36-0,8)	<0,001



Resultados. Discapacidad

- ✓ La puntuación media por escala Barthel después del episodio es inferior en las mujeres ($72,3 \pm 29,7$ vs $82,0 \pm 23,3$) así como por Rankin ($3,1 \pm 1,4$ vs $2,6 \pm 1,5$), con una diferencia significativa en el porcentaje de pacientes con Rankin $mRS \leq 2$ [H50% vs M10%, $p < 0,001$] y Barthel ≤ 60 [H28.5% vs M41.1% $p 0,045$].
- ✓ En la regresión múltiple, la edad, discapacidad previa y sexo mujer fueron predictores independientes de un mal pronóstico funcional al alta.



Conclusiones

- ✓ A partir de los 75 años, el riesgo de ECH se definiría por la interacción de las comorbilidades y la decisión de introducir tratamientos, la edad y el sexo. Existe una mayor afectación por discapacidad en las mujeres.
- ✓ En relación a los ictus isquémicos, los hemorrágicos ocurren en edades más avanzadas ($p = 0,002$), producen mayor discapacidad, tienen menor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular pero mayor de fibrilación auricular y tratamiento anticoagulante ($p < 0,001$).
- ✓ Consideramos necesario incluir el estado cognitivo, la autonomía para las actividades de la vida diaria y el riesgo social como covariables de riesgo para la ECH.

36°
CONGRESO
semFYC

A CORUÑA

PALEXCO

Del 9 al 11 de junio de 2016

