

REPÚBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA  
“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

**Factores de riesgo asociados a Enfermedades  
Cerebrovasculares en el adulto mayor.**

**Autora:** Dra. Noralquis González Peña.

Policlínica General Integral Docente “Dr. Mario Hernández Pedraza”.

Florencia, Ciego de Ávila

2017

REPÚBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA  
“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

## **Factores de riesgo asociados a Enfermedades Cerebrovasculares en el adulto mayor.**

**Autora:** Dra. Dra. Noralquis González Peña..

Aspirante a Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

**Tutora:** Dr. Alberto González Guevara.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor auxiliar.

Tesis para optar por el título de Especialista de 1er Grado en  
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila  
2017

## **RESUMEN.**

Se realizó una investigación sobre los Factores de Riesgo en las Enfermedades Cerebrovasculares en el Consultorio 27 del Consejo Popular de Orlando González del Municipio Majagua con un diseño observacional, analítico retrospectivo de casos y controles con el objetivo de determinar la existencia de asociación de dichos factores de riesgo clínico-epidemiológicos con la incidencia y prevalencia de enfermedades cerebrovasculares. El universo de estudio estuvo constituido por el total de pacientes mayores de 60 años de edad con una cifra de 112 pacientes dispensarizados en el Consultorio 27. Se efectuaron visitas periódicas para la actualización de datos y recopilación de información mediante el uso de encuestas. El grupo de estudio (muestra) estuvo conformado por 16 pacientes que se encuentran dispensarizados con alguna enfermedad cerebrovascular y los pacientes a los que se les hizo el diagnóstico durante el estudio. La selección de los controles se realizó por pareamiento 1-1, donde se seleccionó 1 paciente expuesto a factores de riesgo cerebrovascular y que no haya desarrollado la enfermedad (grupo control), por cada paciente del grupo de estudio. Finalizado el estudio, el autor concluyó que los factores de riesgo están enteramente relacionados con la aparición de la enfermedad además de estar relacionados con la evolución del cuadro cuando hay cambios en el estilo de vida, el autor recomienda continuar con este estudio y si es posible extenderlo a otras áreas de salud.

**INDICE.**

**Introducción.....**

**Objetivos.....**

**Marco Teórico.....**

**Material y Método.....**

**Análisis y Discusión de los Resultados.....**

**Conclusiones.....**

**Recomendaciones.....**

**Referencias Bibliográficas.....**

**Anexos.....**

## INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Cerebrovasculares constituyen un grupo de enfermedades, las cuales involucran invariablemente a los vasos sanguíneos encargados de la irrigación del sistema nervioso (SN). Sus consecuencias son la isquemia y el infarto (85 al 90% del total de los casos), las hemorragias intracraneales (10-15%). Dentro de las patologías consideradas se encuentran las congénitas y las adquiridas, formando así un amplio espectro de posibilidades en ambos grupos. El Accidente cerebro-vascular (ACV) o ictus, que incluye al Infarto cerebral, la hemorragia intraparenquimatosa y la hemorragia subaracnoidea, es una emergencia médica, ya que sólo el tratamiento médico-quirúrgico agresivo puede minimizar las consecuencias, a veces catastróficas, de la enfermedad. Hace más de 2,400 años el padre de la medicina, Hipócrates, reconoció y describió el accidente cerebro-vascular como el "inicio repentino de parálisis", en algunas ocasiones se utilizaba como tratamiento las trepanaciones y el uso de sanguijuelas para eliminar las causas. Hasta hace poco, la medicina moderna ha podido hacer muy poco por esta condición, hoy en día, algunas de las personas que sufren un accidente cerebro-vascular pueden salir del mismo sin incapacidad o con muy pocas incapacidades, si reciben tratamiento con prontitud. En tiempos antiguos el accidente cerebro-vascular se conocía como apoplejía, un término general que los médicos aplicaban a cualquier persona afectada repentinamente por parálisis<sup>(1)</sup>

Actualmente, en el ámbito mundial, las Enfermedades Cerebro-vasculares (ECV) constituyen uno de los problemas de salud más importantes, en 1990, la enfermedad cerebro-vascular fue la segunda causa de muerte a nivel mundial, cobrando las vidas de más de 4,3 millones de personas, actualmente la cifra de muertes por ECV supera los 5 millones anuales, lo que equivale a 1 de cada 10 fallecidos. Las Enfermedades Cerebro-vasculares ocupan el tercer lugar como causa de muerte en el mundo occidental, después de la cardiopatía isquémica y el cáncer, y la segunda causa de invalidez en personas adultas y se espera que continúe siéndolo para el año 2020. De acuerdo con el género y estadísticamente, los hombres son los más propensos de ser aquejados por este tipo de enfermedades, pero a medida que pasan los años de vida, se igualan las cifras, siendo muy común que las mujeres a partir del climaterio y la

menopausia, padezcan dicha enfermedad sobre todo cuando han perdido el factor protector estrogénico<sup>(2)</sup>

Durante más de 20 años, la Enfermedad Cerebro-vascular ha sido la tercera causa de muerte y es la causa más importante de discapacidad en los Estados Unidos. Para la salud pública, las siguientes son prioridades en la prevención de episodios cerebro-vasculares, tal como enumera *HealthyPeople 2010*: prevención del riesgo, detección y tratamiento de los factores de riesgo; identificación y tratamiento temprano de una enfermedad cerebro-vascular. El *National Cholesterol Education Program's (NCEP) Adult Treatment Panel III (ATP III)* ha emitido sendas recomendaciones diseñadas para identificar más personas asintomáticas y en apariencia libres de enfermedad cerebro-vascular pero que posean un riesgo suficientemente alto de sufrir algún episodio en el futuro que pueda justificar esfuerzos más intensivos por reducir el riesgo. Dentro de estas recomendaciones se encuentran los factores de riesgo específicos, entre ellos, el colesterol total, el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y el colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL), los que se utilizan comúnmente en los algoritmos de predicción del riesgo.<sup>3</sup>

En el caso específico de Ecuador, las cifras no se separan del resto del mundo, siendo igualmente la segunda causa de muerte e invalidación en pacientes mayores de 65 años, casi siempre asociado a enfermedades de base tan comunes en los países en vías de desarrollo como la Diabetes Mellitus, la Dislipidemia y la Hipertensión Arterial, otra de las causas fundamentales ha sido un aumento del consumo de alimentos ricos en grasa animal, sal, leche y alimentos procesados con una declinación de frutas, vegetales y cereales. Este cambio dietético en la región ha sido la causa del aumento de personas que sufren de la obesidad y sedentarismo, además del consumo de sustancias tóxicas, sean drogas legales o ilegales y medicamentos como los anticonceptivos orales, indudablemente, el consumo de cigarrillo es uno de los hábitos tóxicos más letales a largo plazo, dicho hábito al estar relacionado con innumerables químicos se transforma en un productor de un sinfín de enfermedades sobre todo las del sistema cardiovascular y respiratorio, el tabaquismo ha proliferado en los últimos años alarmantemente en mi país,

pese a las acciones realizadas por el ministerio de salud pública. A modo general no existen estudios concluyentes dedicados al tema, pero algunas organizaciones encaminadas a la reducción para los hábitos tóxicos en la población y a la implementación de un entorno más saludable, han empezado campañas de información basados en estudios que indican que una persona es hasta 50 veces más susceptible a padecer un accidente cerebro-vascular cuando presenta una enfermedad de base o un factor de riesgo, además de que el estado, en los últimos 3 años empezó a implementar la atención primaria de salud como reforma de ley, la cual es importante para la prevención y para conocer a todos los grupos poblacionales y su morbilidad.

En Cuba las Enfermedades Cerebro-vasculares predominan en las edades medias y avanzadas de la vida y ocupan la tercera causa de muerte. Afecta alrededor de un 5 % de la población mayor de 65 años y representa entre el 9 y 10 % del total de fallecidos, ocurriendo más del 90% de los muertos en las personas de 50 años y más. Entre los que sobreviven, el 50 % o más quedan con algunas secuelas, las cuales como se citó anteriormente están vinculadas con el área cerebral afectada, la extensión de la lesión y si existen o no factores de riesgo y enfermedades concomitantes.<sup>(3)</sup>En el Municipio Florencia de la Provincia de Ciego de Ávila, en el año 2014, se tuvo una sola incidencia, con una prevalencia de 112 casos reportados. En el caso específico del Consejo Popular de Guadalupe, en referencia de la prevalencia se reportaron 42 casos, asociando al alto consumo de alimentos ricos en grasas de origen animal, los hábitos tóxicos y el sedentarismo de algunos grupos poblacionales, sobre todo los grupos de riesgo como son los adultos mayores, en el consultorio 11 mientras se realizaba la investigación se reportó una incidencia, correspondiente a la estadística del Municipio entero.<sup>(4)</sup>

En cuanto a los factores de riesgo principales para padecer Enfermedades Cerebro-vasculares tenemos al tabaquismo que según la OMS existen en el mundo más de 2.100 millones de fumadores (2012), lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexos el 47 % de los hombres y un 11 % de las mujeres en este rango de edad consumen una media de 14 cigarrillos/día, lo que supone un total de 5,827 billones de cigarrillos al año. El 74 % de todos los cigarrillos se consumen en países de

bajo-medio nivel de ingresos (hay que tener en cuenta que la mayor parte de la población mundial vive en países de bajo-medio nivel de ingresos). Tanto para hombres como para mujeres, el segmento de edad en la que fuma mayor proporción es el comprendido entre 30 y 49 años. Las mayores prevalencias mundiales se encuentran en Vietnam, Chile, parte de África y República Dominicana en hombres (73, 68 y 66 %, respectivamente), mientras que Dinamarca y Noruega la presentan en la población femenina (37 y 36 % respectivamente). Por su elevado volumen poblacional, China, India y la Rusia son las que agrupan la mayor parte de fumadores del mundo<sup>(5)</sup>

En la Unión Europea existe una reducción progresiva del consumo, se mantiene la mayor prevalencia en hombres que en mujeres, excepto en Suecia, donde el consumo es algo mayor en mujeres (22% hombres, 24% mujeres). La mayor proporción de fumadores se encuentra en los países mediterráneos. La prevalencia en España a todas las edades (2003) es del 36 % de la población. Las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la primera causa de muerte en la sociedad occidental. Los dos componentes más importantes son las enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad isquémica del corazón o enfermedad coronaria. En el continente americano tenemos que la cifra de fumadores aumenta en las grandes ciudades, mientras que en zonas rurales las cifras se han mantenido estables, pero, por las nuevas políticas de cada gobierno, y la fuerte restricción antitabáquica en los últimos años, podemos ver que las cifras en adultos fumadores aumentan, mientras que los jóvenes disminuye la incidencia muchas veces apoyado por el precio del cigarrillo, la restricción en las ventas o por los espacios libres de humo, según datos de la OPS sugieren que por cada 100 Latinoamericanos mayores de 18 años, 9 son fumadores<sup>(6)</sup>

En el caso específico de Cuba la prevalencia de fumadores en la década de los 90 fue en aumento, en 1995 el consumo per cápita fue de 1395 cigarrillos, con un aumento de 205 unidades en relación con el año anterior. Pese a que en Cuba, con el triunfo de la Revolución, se redujo abismalmente la propaganda y publicidad de las tabacaleras, al ser un país netamente productor de tabaco, el consumo no ha mermado, según un estudio nacional realizado por el Programa

para la prevención y el control de tabaquismo en Cuba, en el 2011 el consumo per cápita llegó a la cifra de 1820 cigarrillos entre los fumadores, y la edad de debut en este hábito fue a los 15 años de edad, con un consumo 10% mayor en la población masculina. Las cifras de fumadores en la Provincia de Ciego de Ávila es muy alta sobre todo en las zonas rurales, donde por cultura, los adultos jóvenes y mayores tienen un consumo regular de 3 tabacos al día y por lo menos 20 cigarrillos, según el gusto del consumidor y relacionado a la profesión que realiza, por el hecho de que la provincia no es considerada como gran productora, como es el caso de Provincias como Holguín o La Habana, donde la cifra de fumadores aumenta por la cantidad de población.<sup>(7)</sup>

Con respecto al consumo de café tenemos que el consumo excesivo de café (más de 4 tazas al día) perjudica a la salud. Así lo refleja y comprueba un estudio de la FDA; otros estudios norteamericanos y europeos también avalan esto. Un conocido efecto del café, es su acción contraria al sueño (si el café no es descafeinado y contiene cafeína), aunque el posible insomnio puede evitarse si se realiza un consumo moderado de café y si se evita el mismo después de la tarde (en cuanto la intención sea dormir de noche; de otro modo, para evitar el insomnio provocado por la cafeína siempre conviene evitar el consumo de café al menos unas cuatro horas antes de intentar ir a dormir). Varios estudios han encontrado relaciones entre el consumo de café y varios padecimientos, desde la diabetes y las enfermedades cardiovasculares hasta el cáncer y la cirrosis. Los estudios son contradictorios en cuanto a los beneficios para la salud que supone el consumo de café, y se extraen resultados similares en cuanto a los efectos negativos del consumo. Además, a menudo no está claro si esos riesgos o beneficios están ligados a la cafeína o bien a otras sustancias químicas presentes en el café.<sup>(8)</sup>

Según un estudio realizado por la afamada la International Coffee Organization, a nivel mundial los países que consumen más café per cápita son los países Nórdicos, como es el caso de Finlandia, Suecia y Dinamarca, pero a comparación con un estudio acerca de las Enfermedades Cerebro-vasculares vemos que los niveles de padecimiento de esa enfermedad son inferiores correlativamente con el consumo de café, según dichas cifras, se consumen alrededor de 15 kg de café al año, mientras que en otros países como Canadá

donde se consume alrededor de 6 kg al año y su índice de pacientes con Enfermedades Cerebro-vasculares es un 5% superior que los países Nórdicos.<sup>(6)</sup> A nivel de América tenemos que Brasil es el mayor consumidor y productor de café, por detrás tenemos a Colombia con una inexorable calidad, y luego le sigue Cuba, cabe recalcar que en estos tres países, el consumo de café, más que un vicio, forma parte de su cultura,

En el caso particular de Cuba tenemos que la población promedio, consume 5kg de café al año, pero es importante saber que este hábito, en su mayoría suele ir acompañado de otras conductas como el tabaquismo, lo cual incrementa el riesgo de padecer cualquier tipo de enfermedad, en especial las correspondientes al sistema cardiovascular

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, este estudio tiene como finalidad darle solución al siguiente **problema de investigación**: ¿Cuáles son los factores de riesgo principales asociados a la incidencia y prevalencia de las Enfermedades Cerebro-vasculares en el Consultorio 11 del poblado de Guadalupe del municipio de Florencia.

## **OBJETIVO GENERAL**

-Identificar los principales factores de riesgo, hábitos dietéticos y enfermedades asociados a ECV en pacientes del Consultorio 11 de Florencia.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar la muestra según las variables socio-demográficas.
- Identificar la asociación de las variables clínico-epidemiológicas con la aparición de las Enfermedades Cerebro-vasculares.
- Relacionar los factores de riesgo y la aparición de las Enfermedades

### **HIPOTESIS:**

Si se identifican los factores de riesgo asociados a la incidencia y la prevalencia de Enfermedades Cerebro-vasculares en el Consultorio 11 Consejo Popular Guadalupe del municipio Florencia, se puede contribuir a la disminución de la incidencia de dichas enfermedades

### **MARCO TEÓRICO**

Como definición tenemos que los accidentes cerebro-vasculares son afecciones que resultan de la pérdida funcional transitoria o permanente de una parte cualquiera del SNC ubicada en la cavidad craneal generalmente de instalación súbita, causada por la oclusión trombótica o embólica, o por la ruptura de una arteria encefálica. Representa el problema neurológico grave más frecuente y constituye la tercera causa de mortalidad. A medida que el nivel y la esperanza de vida aumentan en los países en desarrollo, una mayor parte de la población alcanza una edad en la que estos accidentes se hacen más frecuentes.<sup>(9)</sup>

Existen numerosas clasificaciones acerca de las Enfermedades Cerebro-vasculares, pero por motivos de vanguardia y al ser la más aceptada a nivel mundial, incluyendo Cuba y su prestigioso Programa de Enfermedades Cerebro-vasculares se decide utilizar la elaborada por la NINDS (*National Institute of Neurological Disorders and Stroke*), además de explicar brevemente cada punto específico de la clasificación para su mejor entendimiento, según la clasificación tenemos a la Asintomática, la Disfunción cerebral focal subdividida en Ataque transitorio de isquemia, que se clasifica según la ubicación anatómica de la lesión, e Ictus, donde tenemos a la Hemorragia Cerebral, hemorragia subaracnoidea, Hemorragia Intracraneal por malformaciones arteriovenosas y el infarto cerebral.<sup>(10)</sup>

A continuación se expone el diagnóstico, cuadro clínico, exámenes complementarios y el tratamiento de las Enfermedades Cerebro-vasculares más características y frecuentes en nuestro medio. En la Disfunción Cerebral Focal tenemos clasificados a los procesos patológicos que se manifiestan en el paciente según la zona cerebral afectada, además de su etiología. Es importante tener en cuenta que el tratamiento, la evolución y las posibles secuelas van a estar dadas por un diagnóstico acertado y rápido para que así la calidad de vida del paciente no se vea afectada y en el caso de que existan efectos colaterales sean lo más benignos posibles. En el caso del Ataque Transitorio de Isquemia tenemos que se define como una disfunción focal de la circulación cerebral o retiniana cuya duración clínica es menor de 24 horas, aunque habitualmente duran menos de 15 minutos. Se produce por la falta de aporte sanguíneo a una parte del cerebro, de forma transitoria, desapareciendo

los síntomas, por definición, antes de 24 horas, generalmente antes de 1 hora. Durante un ATI, la interrupción temporal del suministro sanguíneo a un área del cerebro ocasiona una reducción breve y repentina en la función cerebral. La pérdida de circulación de sangre al cerebro puede ser causada por diversas causas entre las cuales tenemos el estrechamiento de un vaso sanguíneo, la coagulación de sangre dentro de una arteria del cerebro, el desplazamiento de un coágulo hacia el cerebro desde otro sitio del cuerpo, casi siempre perteneciente al corazón, las enfermedades de la sangre, cáncer y otras, la inflamación de los vasos sanguíneos o la lesión de los mismos, los niveles altos de glucosa en la sangre, que no permiten la oxigenación del cerebro. En un ATI, el flujo de sangre sólo se bloquea temporalmente, por ejemplo, un coágulo sanguíneo puede disolverse y permitir que la sangre fluya de nuevo de manera normal.<sup>(11)</sup>

Casi una tercera parte de las personas con diagnóstico de ATI presentan posteriormente un accidente cerebro-vascular. Sin embargo, alrededor de un 80 o 90% de las personas que presentan accidente cerebro-vascular secundario a la aterosclerosis tuvieron episodios ATI antes de presentarse dicho accidente. Aproximadamente, una tercera parte de las personas que sufren un ATI, presentarán otro ATI, mientras que una tercera parte presentan sólo un episodio de esta condición. La edad en que se inicia varía, pero la incidencia aumenta significativamente después de los 50 años. El ATI es más común en los hombres y en afrodescendientes. Entre las causas menos comunes de ATI se encuentran trastornos sanguíneos (incluyendo policitemia, anemia drepanocítica y síndromes de hiperviscosidad, en los que la sangre es muy espesa), espasmos de las arterias pequeñas en el cerebro, anomalías de los vasos sanguíneos causados por trastornos como displasia fibromuscular, inflamación de las arterias (arteritis, poliarteritis, angitis granulomatosa), lupus eritematoso sistémico y sífilis. La hipotensión (presión sanguínea baja) puede precipitar los síntomas en individuos con una lesión vascular preexistente. Otros riesgos de ATI incluyen presión sanguínea alta (hipertensión), enfermedad cardíaca, jaquecas, tabaquismo, diabetes mellitus y edad avanzada.<sup>(12)</sup>

Es difícil conocer la incidencia real del ATI ya que, por su resolución completa en pocos minutos, muchos pacientes no consultan por ello. Se estima que oscila entre 35 y 100 casos por 100.000 habitantes y año, con un leve predominio en varones y un fuerte incremento por encima de los 65 años.

Este tipo de accidente cerebro-vascular a su vez se subdivide según su localización más frecuente, de esto depende la sintomatología y la afectación que tendrá el paciente, lo cual nos puede facilitar el diagnóstico, a continuación se expone:

Tenemos que el sistema anterior o carotideo es responsable de irrigar los lóbulos frontales, parietales y la cara externa de los temporales y quiasma óptico, retina, putámen, núcleo caudado, brazo anterior de la capsula interna y las cuatro quintas partes anteriores del cuerpo caloso, por este hecho, las afectaciones que puede presentar el paciente van a estar ligadas a la localización, en este caso tenemos al Síndrome de insuficiencia de la Carótida, el cual produce hemiparesia o monoparesia y trastornos sensitivos en un hemicuerpo o solo en un segmento de este, los trastornos afásicos o disártricos son frecuente, con parálisis facial central o sin ella. Son muy características, pero poco comunes, la ceguera monocular transitoria y la hemianopsia. Pueden presentarse estados confusionales y convulsiones localizadas o generalizadas. La ausencia o disminución de los latidos arteriales de la carótida en el cuello y de la arteria temporal superficial, apoyan el diagnóstico de estenosis de la carótida. Si se auscultan soplos en el trayecto del vaso, especialmente en el sitio de bifurcación de la carótida primitiva en el cuello o en la mastoides, las posibilidades aumentan.

En el caso del sistema posterior o vertebrobasilar, el cual irriga el tálamo, núcleo subtalamico, núcleo rojo, tallo cerebral, cerebelo, porción retrolenticular de la capsula interna, cara inferior de los lóbulos temporales y los occipitales. Por esta razón las alteraciones en el paciente son caracterizadas principalmente por el vértigo que en muchas ocasiones constituye la única molestia que aqueja al paciente con este síndrome. Los trastornos visuales adoptan casi siempre el tipo de diplopía. La Hemianopsia es a veces localizada en cuadrante, además presenta otros signos cerebelosos como son la disfagia, disartria y nistagmo vertical, los trastornos de la motilidad y la sensibilidad son

por lo común idénticos a los del síndrome de insuficiencia carotídea. Cuando se produce cuadriparesia o paraparesia, o cuando los trastornos hemilaterales alternan de un lado al otro lado en las distintas crisis el origen vertebrobasilar es casi seguro, en el caso de que la hemiplejia sea cruzada, entonces se puede aseverar dicho origen.<sup>(13)</sup>

Es importante señalar que existen rasgos comunes en ambos síndromes como es la instauración nocturna en un 90% de los casos, razón por la cual ni el paciente ni los familiares lo perciben, en diversas ocasiones los síntomas pueden ser tan leves que ni el paciente ni los familiares le dan valor, por lo que el médico debe valerse de sus armas fundamentales que son el interrogatorio y el examen físico. Existen además muchos síntomas aislados que pueden confundir el diagnóstico como tenemos a las alteraciones del nivel de consciencia, los estados confusionales, la amnesia, crisis motoras tónicas o clónicas, vértigo aislado, disfagia, incontinencia esfinteriana. Existen ciertos casos en que tenemos un síndrome mixto con características más específicas como la cefalea, parestesias, náuseas, vómitos, pérdida de la atención, pérdida de memoria, disgrafia, movimientos involuntarios. En ciertas ocasiones tenemos una Localización Incierta, esto sucede en ocasiones en las cuales la sintomatología del paciente es muy diversa y no se puede esclarecer una localización real a menos que se tenga a disposición diversos métodos diagnósticos más especializados como los imagenológicos especiales, este diagnóstico es el más común en una primera instancia.

En cuanto a la valoración y el diagnóstico de un ATI, ha de sustentarse en la anamnesis del paciente y en su exploración general y neurológica, con especial atención al sistema cardiovascular. En algunos casos, la exploración apoyará la sospecha diagnóstica al encontrar un soplo carotídeo congruente con la clínica, la presencia de émbolos fibrino-plaquetarios o de colesterol en el fondo de ojo, datos semiológicos de cardiopatía embolígena o asimetría de pulsos radiales que sugiera el poco frecuente síndrome de robo de la subclavia.<sup>(14)</sup>

En el caso del Ictus tenemos que se define como un proceso establecido, con una instauración violenta y que puede presentar un empeoramiento progresivo o una evolución lenta, regularmente se lo divide en Hemorrágico e Isquémico.

En cuanto a los AVE Hemorrágicos tenemos a la hemorragia intraparenquimatosa constituye la primera causa de muerte por hemorragias cerebrales, aproximadamente un 16% de los pacientes fallecen indiferentemente del tratamiento. La hipertensión arterial es la principal causa predisponente en el 80% de los casos. Otros trastornos asociados son una malformación arteriovenosa cerebral, los tumores, la diátesis hemorrágica y la angiopatía amiloide cerebral.<sup>(15)</sup>

La vasculopatía hipertensiva afecta el putámen en un 50-60%, el tálamo, la protuberancia y los hemisferios cerebelosos. Esta hipertensión prolongada produce esclerosis arteriolar en las arteriolas que penetran estos sitios en el cerebro. Se desarrollan luego pequeñas aneurismas por debilitamiento y dilatación segmentaria que predisponen a la rotura del vaso. La evolución clínica depende del tamaño y localización de la lesión. En pacientes mayores de 70 años, el 10% de las hemorragias cerebrales se debe a la presencia de amiloide en las arterias cerebrales. La hemorragia que se aprecia en la periferia de los hemisferios cerebrales se llama hemorragia intracerebral lobular, mientras que si aparece en otras estructuras cerebrales como el cerebelo o el tálamo, se llama hemorragia intracerebral profunda. La hemorragia puede provenir de una anomalía en el vaso sanguíneo en cuestión (aneurisma, angioma, aterosclerosis), o asociada a hipertensión arterial, coagulopatías, tumores e infartos hemorrágicos, este último es la razón más frecuente. Ciertas anomalías congénitas pueden también ocasionar una hemorragia intracraneal, tales como las fístulas arteriovenosas o teleangiectasias.<sup>(16)</sup>

Otro tipo de AVE muy común es la Hemorragia Subaracnoidea, que se define como la irrupción súbita de sangre en el espacio licuoral subaracnoideo craneal o espinal, ocasionando un florido síndrome meníngeo de instauración brusca. La HSA representa del 5% al 11% de todos los accidentes cerebrovasculares agudos, siendo causante de hasta un 10% de las muertes súbitas extrahospitalarias. La primera referencia histórica parece deberse a Wiseman, quien en 1696 describió un caso necrópsico de HSA secundaria a la ruptura de un aneurisma cerebral, aunque no tuvo una entidad propia hasta 1819, cuando Serres describió su cuadro clínico y la individualizó del resto de los ictus

cerebrales. En 1923 Symmonds la clasifica en primaria cuando el sangrado tiene lugar directamente en el espacio subaracnoideo como consecuencia de la ruptura de una estructura vascular en su interior, y secundaria cuando la sangre pasa al espacio subaracnoideo procedente del espacio subdural o de una hemorragia intraparenquimatosa que se abre al propio espacio subaracnoideo o al sistema ventricular.<sup>(17)</sup>

En cuanto a los AVE Isquémicos tenemos al Infarto Cerebral causado por un proceso de isquemia, durante el cual muere parte de la masa encefálica debido al fallo en la irrigación sanguínea. La causa de la isquemia es la oclusión del sistema arterial cerebral debido a aterotrombosis o a un embolismo. Suele aparecer en personas de edad avanzada y asociado a factores de riesgo incluyendo previos isquemias transitorias. Los principales factores de riesgo para la aparición de un infarto cerebral son la hipertensión arterial, los trastornos lipídicos y el tabaquismo. En este tema se engloban las trombosis, embolias y los infartos lacunares, los cuales por su similitud etiológica se procede a tratar lo más importante en estos diagnósticos. El comienzo de este tipo de ictus es generalmente brusco, en algunos casos de infarto cerebral aterotrombótico, el curso de la clínica puede ser progresivo “en escalera”, siendo así que un ictus progresivo o en evolución es aquel en el que empeora progresivamente el déficit neurológico. En general, las características clínicas del infarto cerebral son el resultado de su localización topográfica y de su extensión, las cuales dependerán a su vez del territorio vascular afecto y del grado de circulación colateral de suplencia que se haya podido establecer. Al igual que es frecuente la existencia de oclusiones trombóticas asintomáticas de la arteria carótida interna, fundamentalmente gracias a la suplencia realizada por el polígono de Willis, también son habituales los infartos cerebrales asintomáticos, llamados “silentes” éstos suelen ser de pequeño tamaño y localización subcortical profunda, bien lacunares o por embolismo cardíaco.<sup>(18)</sup>

Aproximadamente el 80% de los ictus isquémicos afectan a la circulación anterior, y el 20% restante al territorio vertebrobasilar. Los datos clínicos que sugieren isquemia en territorio carotídeo son la ceguera monocular homolateral, la hemianopsia homónima contralateral, la paresia contralateral,

las parestesias o el déficit sensitivo en la cara, mano, brazo o pierna, la afasia, la disartria, o cualquier combinación de estos síntomas. La isquemia vertebrobasilar puede provocar déficit visual binocular, vértigo, ataxia, déficit motor o sensitivo bilateral, unilateral o alternante, disartria, disfagia, diplopía, o cualquier combinación de estos síntomas. Las secuelas son muy frecuentes, entre las que tenemos la invalidez, la debilidad, la parálisis, los trastornos del equilibrio, problemas de lenguaje, trastornos en la memoria de corto o de largo plazo, disfagia, incontinencia esfinteriana, todo esto acompañado a ciertos grados de trastornos psíquicos, tales como la ansiedad y la depresión<sup>(19)</sup>

Es necesario establecer un diagnóstico preciso en cada caso antes de plantearse las medidas terapéuticas que, de cualquier manera, deben ser individualizadas, realizando este proceso diagnóstico y terapéutico con la máxima rapidez para lograr limitar en lo posible la lesión cerebral. Globalmente, la mortalidad a los 30 días de un primer ictus es algo mayor del 20%, la recuperación funcional del paciente depende de numerosas variables incluyendo la edad, el déficit neurológico inicial, las enfermedades intercurrentes, los factores psicosociales y el nivel educativo del enfermo.

Las secuelas del ictus no sólo van a consistir en el déficit neurológico focal residual, sino que también incluyen el deterioro cognitivo, la depresión y las posibles crisis epilépticas postisquémicas que se presentan sobre todo cuando el infarto ha sido cortical además, hay que tener en cuenta el riesgo de recurrencia del ictus, que es del 13% al año y del 30% a los 5 años, 9 veces mayor que el riesgo de ictus entre la población general. Ocurre con mayor frecuencia en los pacientes con hiperglucemia durante las primeras 48 horas de evolución, en los hipertensos que requieren tratamiento médico al alta y en los pacientes con etilismo crónico<sup>(20)</sup>

Para pasar a los Factores de Riesgo, es necesario saber conceptos, desde el punto de vista epidemiológico un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad, no son necesariamente las causas, sólo sucede que están íntimamente asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad

medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

En el caso específico de las Enfermedades Cerebro-vasculares no es la excepción y tiene una distribución similar al concepto básico, en general, los factores de riesgo en estos procesos patológicos, o factores de riesgo de ictus, son similares a los de los procesos ateroscleróticos. Por definición, las personas que presentan cualquiera de estos factores sufren una mayor incidencia de Enfermedades Cerebro-vasculares que la población general, es decir, tienen una mayor probabilidad de padecerlas. La importancia de un determinado factor de riesgo se valora cuantificando, mediante estudios de epidemiología analítica, el riesgo relativo y el riesgo atribuible que origina. El riesgo relativo es la relación de la frecuencia de Enfermedad Cerebro-vascular en los sujetos portadores de un determinado factor de riesgo sobre la de los sujetos que no lo tienen. El riesgo atribuible tiene en cuenta a la vez el riesgo relativo y la prevalencia del factor de riesgo en la población, lo cual nos permite valorar la proporción de casos debidos a este factor y apreciar así el impacto que tendrá su supresión sobre la incidencia de la Enfermedad Cerebro-vascular.

Tradicionalmente, los factores de riesgo vascular se han clasificado en dos grandes grupos al igual que en un sinnúmero de enfermedades: los no modificables, llamados también marcadores de riesgo, y los modificables.

No hay que olvidar que los diferentes factores de riesgo interactúan entre sí de forma aditiva, incrementando por ejemplo la importancia de un factor de riesgo modificable cuando aparece en personas que ya poseen un factor de riesgo no modificable. En la investigación realizada nos basamos en los factores modificables, ya que se procuró escoger a pacientes con similitud de características en cuanto a factores no modificables para que los datos sean más equitativos y fehacientes, pero es necesario abordar generalidades importantes sobre las dos clasificaciones de los factores de riesgo.

**Factores de Riesgo No Modificables:** La edad avanzada es el factor de riesgo más importante, ya que se ha demostrado, en las personas mayores de 55 años, que cada década aumenta el doble la incidencia de ictus., sobre todo

cuando existe el antecedente genético de primera y segunda línea. En cuanto al sexo, las Enfermedades Cerebro-vasculares son más frecuentes en varones que en mujeres, especialmente cuando su causa es la arteriosclerosis, pero a medida que avanza la edad, las cifras se hacen menos distantes, en general, la incidencia de accidentes Cerebro-vasculares es aproximadamente un 19 % mayor en los hombres que en las mujeres, pero a partir de la menopausia la diferencia entre porcentual se ubica en un 3% de diferencia entre sexo masculino y femenino, todo esto atribuible al déficit en el factor protector estrogénico. Según Raza o Etnia, los afrodescendientes, los americanos hispanos y los japoneses y chinos presentan una mayor incidencia de ictus. Por otro lado, factores de riesgo bien establecidos como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus son más frecuentes entre los sujetos de raza negra.

**Factores de Riesgo Modificables:** La correcta identificación de estos factores de riesgo es lo que nos permite realizar una eficaz prevención primaria de la enfermedad cerebrovascular.<sup>(21)</sup>

En el caso de las enfermedades crónicas tenemos a la Hipertensión Arterial que es con excepción de la edad, el factor de riesgo más importante tanto para el infarto cerebral como para la hemorragia intracerebral. Incrementa de 2 a 4 veces el riesgo de ictus, y su control reduce el riesgo y disminuye la incidencia de la enfermedad cerebrovascular aguda en un 38% al 42%<sup>3,11</sup>. Se ha demostrado que el incremento del riesgo cardiovascular afecta no sólo a la población considerada hipertensa (con presiones arteriales mayores de 140/90 mmHg), sino también a los sujetos con hipertensión sistólica aislada o presión arterial normal-alta, con cifras sistólicas de 130 a 139 mmHg, diastólicas de 85 a 89 mmHg, o ambas.<sup>(22)</sup>

En el caso de la Fibrilación Auricular y demás arritmias, el riesgo aumenta con la edad; así, en la población menor de 65 años es del 0,25% al 0,4%, mientras que en mayores de 75 años es mayor del 11%. Es un poderoso factor de riesgo de ictus, especialmente en las personas mayores de 70 años; en general incrementa hasta 5 veces el riesgo de presentarlo. La incidencia anual de ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) es del 4,9% al 5,7%; en estos casos, la anticoagulación es una eficaz medida de prevención primaria

que disminuye el riesgo relativo de ictus isquémico en un 65%. Los factores que aumentan el riesgo embolígeno de la FANV son la edad mayor de 65 años, la dilatación de la aurícula izquierda, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca congestiva y la presencia de diabetes.<sup>(23)</sup>

Otra enfermedad importante es la Diabetes Mellitus, la cual incrementa el riesgo de ictus unas 3 veces, sobre todo en mujeres. Puede aumentar también el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, especialmente hipertensión arterial. El control adecuado de la diabetes disminuye estos riesgos.

Dentro de los factores de riesgo modificables, tenemos a los hábitos tóxicos, en especial el tabaquismo, está demostrado que la mortalidad por enfermedades vasculares aumenta en los fumadores. El tabaco multiplica por cuatro la probabilidad de padecer una enfermedad coronaria o cerebrovascular. Entre las múltiples sustancias del humo del cigarrillo, las que presentan un mayor efecto adverso son la nicotina y el monóxido de carbono (CO).<sup>(24)</sup>

Otro factor de riesgo importante es el alcoholismo, cuya influencia varía con el tipo de población; en general, constituye más un factor de riesgo de hemorragia que de una enfermedad cerebrovascular nata. Se han comentado ampliamente las posibles manifestaciones psicopatológicas consecuencia del alcohol. A continuación se expondrá de forma somera la patología orgánica derivada del consumo de alcohol. A nivel de la mucosa bucal los estados de hipovitaminosis frecuentes en el alcohólico pueden generar queilosis, rágades bucales y estomatitis. También es frecuente la hipertrofia parotídea bilateral, existiendo una mayor incidencia de cáncer orofaríngeo. A nivel esofágico se produce desde inflamación al denominado síndrome de Mallory-Weiss caracterizado por la aparición de hematemesis tras vómitos por roturas de las venas de la submucosa de la unión gastroesofágica. Otras complicaciones esofágicas incluyen la rotura del esófago inferior (síndrome de Boerhave), la metaplasia de la mucosa en la porción distal (síndrome de Barrett) o los tumores de esófago. Otras complicaciones digestivas incluyen: gastritis, úlcera gastroduodenal, pancreatitis, hepatitis, cirrosis alcohólica, esteatosis hepática y hepatocarcinoma. En el sistema cardiovascular, se produce un aumento de la prevalencia de la hipertensión arterial así como miocardiopatía dilatada. Las alteraciones hematológicas también son frecuentes en los alcohólicos. En la

serie roja se observa macrocitosis y anemias megaloblásticas por déficit de vitamina B12 y ácido fólico. Se produce también neutropenia y plaquetopenia por efecto directo del etanol o por hiperesplenismo. A nivel del sistema nervioso central, además de las complicaciones mencionadas previamente con manifestaciones psíquicas, puede producirse atrofia cortical y cerebelosa, neuritis óptica retrobulbar y mielinosis central pontina<sup>(25)</sup>

## **MÉTODO**

**Clasificación de la investigación:** Investigación Desarrollo.

Se realizó una investigación con un diseño observacional analítico retrospectivo de casos y controles con el objetivo de identificar la existencia de asociación de algunos factores de riesgo clínico-epidemiológicos con la incidencia y prevalencia de enfermedades cerebrovasculares en el Consultorio 11 del Consejo Popular de Guadalupe del municipio Florencia en el periodo comprendido de Abril de 2014 a Marzo de 2015.

El universo de estudio estuvo constituido por 112 pacientes mayores de 60 años, dispensarizados en el consultorio 27. Se efectuaron visitas periódicas para la actualización de datos y recopilación de información mediante el uso de encuestas. El grupo de estudio (muestra) estuvo conformado por 16 pacientes que se encuentran dispensarizados con alguna Enfermedad Cerebro-vascular y los pacientes a los que se les hizo el diagnóstico durante el estudio.

La selección de los controles se realizó por pareamiento 1-1, donde se seleccionó 1 paciente expuesto a factores de riesgo cerebrovascular y que no haya desarrollado la enfermedad (grupo control), por cada paciente del grupo de estudio (caso). Los pacientes pertenecientes al grupo control reunieron características similares en cuanto a la edad, sexo, raza, lugar de procedencia.

Para la selección de la muestra del estudio se tendrán en cuenta los criterios de inclusión relacionados a continuación.

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes de 60 años y más, con algún factor de riesgo, residentes permanentes en el área de salud.
- Personas capaces de leer y responder una encuesta solos, además de que han firmado el consentimiento informado.

**Criterios de exclusión:**

- Personas con trastornos mentales, o con grave incapacidad para responder solos.
- Residentes del Área que se encuentran fuera de la misma en el momento del estudio.

**Criterios de salida:**

- Abandono por decisión propia.

**VARIABLES**

VARIABLES	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN	INDICADOR
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenina	Según su género	Número y porcentaje Según sexo.
Edad	Cuantitativa Discreta	60 años o más	En dependencia de la edad en la cual se presentó el cuadro.	Número y porcentaje según la edad.
Color de Piel	Cualitativa Nominal Dicotómica	Blanco Negro Mestizo	Según la raza o etnia de procedencia.	Número y porcentaje según la raza.
Hábitos Tóxicos	Cualitativa Nominal Dicotómica	Alcohol, tabaco, café	Según el consumo de sustancias nocivas para la salud	Número y porcentaje según la categoría perteneciente
Hábitos Dietéticos	Cualitativa Nominal Dicotómica	-Adecuado -Inadecuado	Según si el paciente excede con los requerimientos diarios de grasa, sal y azúcares procesados	Número y porcentaje según la categoría perteneciente

Actividad física	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No	Según si el paciente realiza por lo menos una hora diaria de ejercicio	Número y porcentaje según la categoría perteneciente
Tipo de ACV	Cualitativa Nominal Dicotómica	-ATI -Tromboembolia -Hemorrágico	Según el Accidente cerebrovascular presentado por el paciente	Número y porcentaje según la categoría perteneciente
Estado Nutricional	Cualitativa Nominal Dicotómica	-Bajo peso <18,49 - Normo peso 18,5-24,49 -Sobre peso 25-29,99 -Obeso ≥30,0	Según el Índice de masa corporal (m <sup>2</sup> /Kg)	Número y porcentaje según la categoría perteneciente
Enfermedades Crónicas asociadas	Cualitativa Nominal Dicotómica	-Diabetes Mellitus- -Hipertensión- -Arritmias-	Según las enfermedades que padece el paciente	Número y porcentaje según la categoría perteneciente
Accidente cerebrovascular anterior	Cualitativa Nominal Dicotómica	-Sí- -No-	Según si ha padecido episodios anteriores	Número y porcentaje según la categoría perteneciente
Ocupación	Cualitativa Nominal Dicotómica	-Obrero -Oficina -Campesino -Ama de casa	Según el trabajo que ejerce	Número y porcentaje según la categoría perteneciente

**Aspectos éticos:**

Al trabajar con seres humanos, el consentimiento informado es un proceder de obligado cumplimiento. Todas las personas que participaron en el estudio, fueron informados previamente de forma oral y escrita sobre los objetivos del mismo, para lo cual se les presento un modelo de consentimiento informado. Se cumplieron con todas las consideraciones éticas establecidas para estudios de este tipo ya que los datos obtenidos solo fueron utilizados con fines científicos. Cada paciente fue libre de elegir su participación en la investigación y manifestó su aceptación de forma verbal y escrita. La integridad de los datos obtenidos en el presente estudio fueron respetados en la publicación, así como la confiabilidad de la información obtenida, se respetó y conservó en todo momento la ética hacia los pacientes y sus familiares, conforme a los principios éticos para toda investigación médica en humanos.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Factores de riesgo asociados a Enfermedades Cerebro-vasculares en el Consultorio 11 en Guadalupe

Tabla 1 Distribución según el sexo

Sexo	Grupo de Estudio		Grupo de Control	
	No.	%	No.	%
Masculino	13	81,25	13	81,25
Femenino	3	18,75	3	18,75
Total	16	100	16	100

La tabla 1 representa la distribución según el sexo para padecer Enfermedades Cerebro-vasculares, en el estudio, se aprecia que el sexo masculino tiene una mayor probabilidad de padecer dicha enfermedad con un 81,25%, contra un 18,75% del sexo femenino, de la misma manera observamos que el grupo control presenta los mismos porcentajes ya que el estudio se lo realizó de tal manera para que sea lo más parejo posible en cuanto a las características generales. Este estudio concuerda con datos de la OMS los cuales indican que el sexo masculino tiene alrededor de un 50% más de probabilidades de padecer Enfermedades Cerebro-vasculares, aunque pasada la menopausia femenina las cifras se igualan ligeramente por la pérdida del factor de protección estrogénico por parte de la mujer.<sup>26</sup>

De la misma manera este estudio concuerda con otro realizado por el Dr. Héctor Morales en ciudad de La Habana, que de la misma manera donde el 80% del total de los pacientes de muestra era masculino, en comparación del 20% femenino.<sup>(27)</sup>

Por lo general, los pacientes de sexo masculino están expuestos a una gran cantidad de enfermedades, muchas de las cuales se desconoce su origen, pero la asociación a este género es indudable con respecto a las estadísticas, en el caso específico de las enfermedades cardiovasculares en general, el hombre es más susceptible por diversas razones, desde causas fisiológicas, hasta el trabajo al que el hombre generalmente está expuesto, al estilo de vida que por lo general puede llevar, los hábitos tóxicos que puede mantener, los factores hormonales, que hasta cierto punto pueden elevar los niveles de stress en el paciente.

Por estas razones, el autor considera que el sexo si es un factor predisponente, sobre todo cuando está asociado a otros factores de riesgo, se define que el hombre por naturaleza tiene más riesgo a padecer de un sin número de enfermedades, casi siempre relacionado con su estilo de vida en su juventud, además de que si estuvo en constante actividad y que a medida que pasa la edad esta actividad disminuye y el organismo se empieza a comportar de una manera distinta, es responsabilidad del médico de familia realizar acciones en su comunidad para informar a la población acerca de ciertos riesgos o las enfermedades a las que más propensos son, según grupos específicos.

Tabla 2 Distribución de los pacientes de la muestra según la edad de aparición de la Enfermedad Cerebro-vascular

Grupos de Edad	Grupos de Estudio		Grupo de Control	
	No.	%	No.	%
De 60 a 64	5	31,25	6	37,5
De 65 a 69	4	25	4	25
De 70 a 74	4	25	3	18.75
De 75 y más	3	18.75	3	18.75
Total	16	100%	16	100%

La Tabla 2 representa la distribución de los pacientes de la muestra según la edad de aparición de la Enfermedad Cerebro-vascular, se observa que el grupo de edad entre 60 y 64 años, es el que presenta el mayor riesgo de presentar ECV con un 31,25% pero en realidad no se encuentra muy separado de los demás grupos, teniendo a los grupos de 65 a 69 y el de 70 a 74 años con un 25% y el grupo de mayor edad con un 18,75%, esto nos demuestra, que en esta área de salud, el grupo más susceptible es el que va de 60 a 64 años. Este estudio concuerda las cifras pertenecientes al Programa Nacional de Enfermedades Cerebro-vasculares de Cuba, que indica que el grupo etario más expuesto es el que se encuentra entre los 55 y 65 años de edad, esto se debe a que en dicho rango de edad aparecen grandes cambios fisiológicos en los pacientes, dando cabida a un gran grupo de enfermedades, entre ellas la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, etc.<sup>(28)</sup> pero todo siempre está condicionado por otros factores, ya sean genéticos o sociales, como se muestra en el grupo de control, los cuales no desarrollaron la enfermedad teniendo factores de riesgo similares. Este estudio también concuerda con la revisión realizada por el Dr. Rodrigo Gil de Castro de la Universidad Complutense de Madrid, quien asegura que las edades con más riesgo de

padecer enfermedades cerebrovasculares son las comprendidas entre 60 y 70, él atribuye esto a que los pacientes no suelen reconocer los síntomas de la enfermedad y que al ser la edad anterior a la jubilación, los pacientes se descuidan y no le hacen caso a ningún síntoma<sup>(29)</sup>

El autor de la investigación considera que la edad es un factor predisponente para padecer la enfermedad, sobre todo al estar ligado con otros factores de riesgo, por esta razón, debemos guiar a los pacientes desde que son jóvenes para evitar que cuando lleguen a una edad avanzada, aparezcan una serie de enfermedades que ciertamente pueden cambiar toda la manera de vivir del paciente, sabemos que si una persona realiza por lo menos una hora de ejercicio sistemático al día, duerme un promedio de 7 horas al día, se alimenta con poca cantidad de carbohidratos, prefiriendo proteínas y vegetales, bebe moderadamente y no fuma, puede vivir por lo menos 10 años más que una persona que no toma esas recomendaciones, nuestra labor como médicos familiares está basada en informar, para así tener una población más sana y con menos riesgo, demostrando así que el médico de familia es el eje fundamental del sistema de salud aplicando la medicina preventiva a favor de toda la sociedad en general.

Tabla 3 Distribución de pacientes según el color de piel y la incidencia de Enfermedades Cerebrovasculares

Color de la piel	Grupos de estudio		Grupos de control	
	No.	%	No.	%
Blanca	14	87,5	13	81,25
Negra	2	12,5	2	12,5
Mestiza			1	6,25
Total	16	100	16	100

En la Tabla 3 se puede observar que existe un predominio del color de la piel blanco con un porcentaje de 87,5% sobre los pacientes con color de piel negra con un 12,5%, según un estudio realizado por la Dra. Evelyn Alonso Llerena, los pacientes de piel negra presentan un 15% más de probabilidades de padecer enfermedades cardiacas y cerebrovasculares, atribuido en diversas ocasiones a ciertas alteraciones proteicas y al riesgo añadido de la drepanocitosis.<sup>30</sup> En una revisión realizada por el Dr. Rodrigo Gil de Castro se puede encontrar que el color de la piel es un factor de riesgo no modificable reconocido y que los pacientes con piel negra tienen entre el 20 y 25% más de probabilidades de padecer una enfermedad cerebrovascular.<sup>(31)</sup> De cierta manera se pensaría que esta investigación se va en contra de todos los estudios a los cuales el autor ha podido acceder y hasta podría parecer un hecho contradictorio, pero todo esto se explica de una manera sencilla, puesto que la población que se encuentra asentada en la zona donde se realizó el estudio, es mayoritariamente de piel blanca con un 93% del total y existen pocas familias de piel negra con un 5%, por lo que esta investigación no concuerda con los estudios consultados

El autor de esta investigación considera que el color de piel en general es un factor de riesgo no modificable muy importante en la aparición de las Enfermedades Cerebrovasculares, pero aplicado al área de estudio no,

Es de suma importancia para el Médico de familia realizar pesquisas en grupos de población específicos para evitar el impacto de ciertas enfermedades, manteniendo un control sobre los grupos de riesgo, en poblaciones como en la que se realizó el estudio, es menester realizar acciones directamente en familias ya que al ser una comunidad pequeña, la mayoría de la población está ligada genéticamente y la migración desde otros lugares es casi nula.

Tabla 4 Distribución según la ocupación de los pacientes

Ocupación	Grupo de Estudio		Grupo de Control	
	No.	%	No.	%
Obrero	2	12,5	1	6,25
Intelectual	1	6,25	2	12,5
Campesino	10	62,5	11	68,75
Ama de Casa	3	18,75	2	12,5
Total	16	100	16	100

En la tabla 4 se representa la relación entre la ocupación de los pacientes, claramente se observa que los pacientes de origen campesino ubicados en el grupo de estudio son la gran mayoría con un 62,5%, mientras que los pacientes de origen intelectual sería el menor porcentaje de afectados con un 6,25%. Esto se debe a que la zona donde se realizó el estudio es rural y sus habitantes en su mayoría son de origen campesino, pese a que existen otros orígenes como el Obrero con un 12,5% y las amas de casa con un 18,75%, se puede interpretar de que las enfermedades cerebrovasculares se pueden dar en distintos niveles de la sociedad sin distinción, pero en este caso por las condiciones socioculturales, existe predilección por una ocupación.

Según la revista española de Neurocirugía, se dice que las enfermedades cerebrovasculares, son más frecuentes en pacientes de origen urbano, por la mayor predisposición al stress y al estilo de vida agitado y exigente que actualmente se vive en las ciudades, pero esto no concuerda con la realidad cubana y en especial con la realidad realizada en este estudio, donde sobresale la gente de las áreas rurales.<sup>(32)</sup>

El autor considera que debido al modo de vida del campesino, las posibles condiciones desfavorables de trabajo, su renuente comportamiento con respecto a las enfermedades y la poca asistencia a los centros de salud, ya sea por el nivel cultural, tabú o miedo, se convierte en un grupo susceptible a padecer este tipo de enfermedades, convirtiéndose así en pacientes de riesgo y el médico de familia tiene la obligación de mostrarse abierto e inspirar la confianza suficiente para poder garantizar el apoyo a este grupo específico de pacientes.

Tabla 5 Relación entre los Hábitos tóxicos y las Enfermedades cerebrovasculares

Hábitos Tóxicos	Grupo de estudio		Grupo de control	
	No.	%	No.	%
Tabaco/Cigarrillos	12	75	8	50
Alcohol	8	50	4	25
Café	15	93,75	12	75

En la Tabla 5 se representa la relación entre los hábitos tóxicos más comunes entre la población y la aparición de las Enfermedades Cerebrovasculares, en ambos grupos el consumo de tabaco es una constante y es predominante, pero se puede observar que en el grupo de estudio tenemos que el 75% de los pacientes es fumador, a comparación del 50% del grupo de control, por lo tanto en autor llega a la conclusión de que el hábito de fumar está totalmente ligado a la aparición de las Enfermedades Cerebrovasculares, esto coincide con la literatura consultada sobre el estudio realizado por el Dr. Héctor Morales, donde llegó a la misma conclusión, exponiendo que el hecho de fumar una media de 5 cigarrillos diarios expone al paciente a padecer la enfermedad 20 veces más que un paciente que no fuma<sup>(33)</sup>

Con respecto al consumo de alcohol, tenemos que el 50% de los pacientes presenta una ingestión crónica la cual se encuentra estrechamente relacionada con la aparición de las enfermedades cerebrovasculares, según datos recogidos por el Dr. Miguel Ángel Blanco, el consumo diario de bebidas alcohólicas de alta graduación, aumentan en un 10% el riesgo de padecer un ictus, en el caso de esta investigación vemos que el riesgo aumento un 25% a diferencia del grupo de control<sup>(34)</sup>

El autor considera que los datos concuerdan con los del Dr. Blanco y existe una gran probabilidad de que el etilismo crónico sea causa suficiente para padecer de Ictus.

En tanto al consumo de café, se observa que no existe mucha diferencia estadística entre ambos grupos, por lo que el autor considera que para que el consumo de café sea un factor de riesgo real, tiene que estar asociado a otro factor de riesgo o a un abuso en el consumo, dicha conclusión concuerda con datos de la International Coffee Organization, la cual indica que el consumo de 5ml de café al día, sin estar relacionado a otro hábito, no es causa suficiente para padecer enfermedades cardiovasculares<sup>(35)</sup>

Cabe recalcar que esta tabla no muestra que los pacientes que tienen hábitos tóxicos casi siempre tienen más de uno, por lo tanto es casi imposible separar a uno del otro, por lo que este es un punto en el cual trabajar para que la población disminuya estos hábitos y consecuentemente, el riesgo a padecer de cualquier patología.

Tabla 6 Distribución según los Hábitos Alimenticios

Hábitos Alimenticios	Grupo de Estudio		Grupo de Control	
	No.	%	No.	%
Adecuado	5	31,25	10	62,5
No adecuado	11	68,75	6	37,5

En la tabla 6 observamos que las cifras en ambos grupos no están muy alejadas las unas de las otras, podemos observar que el 31,25% de la población del grupo de estudio, tiene una dieta adecuada, contra un 68,75% los cuales representan a los pacientes con una alimentación inadecuada, como parámetros, el autor tomo el consumo de sal, grasa de origen animal y carbohidratos en exceso para poder plantear si los hábitos dietéticos son adecuados o no, por esta razón, tenemos que los pacientes pertenecientes del grupo de estudio mantienen un consumo elevado de alimentos estrechamente ligados a la enfermedad cerebrovascular. El consumo de estos alimentos, antes de presentar la enfermedad cerebrovascular era elevado, lo que nos hace llegar a la conclusión que el cambio de hábitos alimenticios se realizó a raíz del Ictus, y en el caso del grupo control, muchas veces por falta de información o por cuestión cultural no se ha realizado un cambio de conducta, según la literatura básica, el consumo de sal favorece a la aparición de trastornos cardiovasculares en especial la Hipertensión Arterial, de la misma manera el consumo de las grasas poliinsaturadas las cuales se asocian a las dislipidemias y demás trastornos que pueden desencadenar un sin número de enfermedades en especial las relacionadas con vasos, por otra parte el consumo de azúcares refinados y demás hidratos de carbono se relaciona con la aparición de la Diabetes Mellitus II.<sup>(36)</sup>

El factor dietético tiene gran importancia, no solo en las Enfermedades Cerebro-vasculares, sino en la aparición de muchas otras, pero siempre depende del paciente y del afán que tenga para curarse, se dificulta mucho en mantener la dieta de los pacientes, muchas veces por la falta de accesibilidad a ciertos alimentos sanos, en el caso de los vegetales, pese a ser una comunidad de campo, en diversas ocasiones no se encuentran o tienen un precio elevado a comparación del salario percibido, por lo que el 50% de los pacientes abandona las dietas, de igual forma sucede con en aceite de origen vegetal y la población termina regresando al consumo de manteca de origen porcino, por esta razón el autor considera que pese a ofrecer opciones para la alimentación de los pacientes, este proceso necesita mayor apoyo de las autoridades comunitarias y demás dirigentes, para poder priorizar a ciertos sectores de la sociedad y con campañas masivas para elevar el conocimiento de la población y ofrecer alternativas dietéticas más saludables.

Tabla 7 Relación entre el nivel de actividad física que presentan los pacientes y las Enfermedades Cerebro-vasculares

Actividad Física	Grupo de estudio		Grupo de control	
	No.	%	No.	%
Sí	7	43,75	9	56,25
No	9	56,25	7	43,75
Total	16	100	16	100

La tabla 7 representa el nivel de actividad física que el paciente realiza, se puede apreciar que en ambos grupos los pacientes son mayoritariamente sedentarios, pero tenemos que el grupo de estudio presenta un 43,75% de paciente que realizan actividad física a comparación del grupo control, en el cual el 56,25% realizan actividad física habitual, esto concuerda con los estudios realizados por la Federación Médica Ecuatoriana la cual define al sedentarismo como la carencia de actividad física fuerte como el deporte, lo que por lo general pone al organismo humano en situación vulnerable ante enfermedades especialmente cardíacas, se presenta con mayor frecuencia en la vida moderna urbana, en sociedades altamente tecnificadas en donde todo está pensado para evitar grandes esfuerzos físicos, en las clases altas y en los círculos intelectuales en donde las personas se dedican más a actividades cerebrales, el sedentarismo puede aumentar en hasta un 10% el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares u obesidad, con estas cifras, el autor considera que el sedentarismo es un factor de riesgo importante relacionado con la aparición de Enfermedades Cerebro-vasculares, en el caso del universo de estudio debemos tomar en cuenta que la población está por encima de los 60 años de edad y su capacidad física no es la misma que antes, pero gracias a la Revolución tenemos programas para incorporar a las actividades al adulto mayor mediante los círculos de abuelos y ejercicios matutinos los cuales

mantienen activos, pero como reflejan las tablas, solo el 43,75% del grupo de estudio mantiene un ejercicio físico sistemático habitual, lo que nos demuestra que esto es un factor en el que hay que hacer hincapié para así poder mantener estable la salud de los adultos mayores que viene siendo junto a los niños, un grupo extremadamente susceptible a diversos procesos patológicos.<sup>(37)</sup>

El autor considera que el hecho de realizar actividad física o no influye en la aparición de ciertas enfermedades, por esta razón el médico de familia es el encargado de guiar a su población para que exista un cambio en el estilo de vida de los pacientes, informando que de acorde a la edad y el tipo constitucional de cada individuo existen una serie de ejercicios los cuales la persona puede realizar, además que al trabajar en conjunto con la gente encargada de los círculos de abuelos se puede crear muchos cambios en las pacientes y así tener una población más sana.

Tabla 8 Distribución según el estado nutricional de los pacientes

Estado Nutricional	Grupo de Estudio		Grupo de Control	
	No.	%	No.	%
Bajo Peso				
Peso adecuado	4	25	9	56,25
Sobre Peso	10	62,5	6	37,5
Obeso	2	12,5	1	6,25
Total	16	100	16	100

En la tabla 8 se representa la relación entre el estado nutricional de los pacientes, se observa que no existe bajo peso en el grupo de estudio y el grupo control, en el caso de los pacientes peso adecuado se observa que existe un porcentaje mayor de pacientes en el grupo de control con un 56,25% mientras que en el grupo de estudio tenemos un 25%, en el caso de los pacientes con sobre peso, tenemos que la cifra es mayor en el grupo de estudio, con un porcentaje de 62,5% contra un 37,5% del grupo de control. En el caso de los pacientes obesos, las cifras disminuyen en ambos grupos, el autor asocia esto con la consecuente pérdida de tejido adiposo en los pacientes pertenecientes a la tercera edad. Esto concuerda con los estudios realizados en el Municipio La Lisa de La Habana por el Dr. Héctor Morales, donde se encontró que las ECV son más comunes en pacientes que presentan sobre peso u obesidad con un porcentaje del 25% en comparación con los pacientes que presentan un peso adecuado, esto se debe a que el paciente que presenta un peso superior al adecuado, puede cursar con otros trastornos como las hipercolesterolemia y la hipertrigliceridemia lo cual aumenta el riesgo.<sup>(38)</sup>

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) se define como obesidad cuando el IMC o índice de masa corporal es igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>.

También se considera signo de obesidad un perímetro abdominal aumentado en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88 cm.

El IMC no tiene en cuenta las diferencias entre el tejido adiposo y el tejido magro; tampoco distingue entre las diferentes formas de adiposidad, algunas de las cuales pueden estar asociadas de forma más estrecha con el riesgo cardiovascular. El mejor conocimiento de la biología del tejido adiposo ha mostrado que la obesidad central (obesidad tipo masculina o tipo manzana) tiene una vinculación con la enfermedad cardiovascular, que sólo con el IMC. La circunferencia de cintura absoluta (>102 cm en hombres y >88 cm en mujeres) o el índice cintura-cadera (>0,9 para hombres y >0,85 para mujeres) son usados como medidas de obesidad central. En un cohorte de casi 15.000 sujetos del estudio National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III, la circunferencias cintura explicó significativamente mejor que el IMC, los factores de riesgo para la salud relacionados con la obesidad cuando el síndrome metabólico fue tomado como medida<sup>(39)</sup>

El autor de la investigación considera que se cumple con lo planteado y que un IMC por encima de 25 kg/m<sup>2</sup> se toma como un riesgo considerable para padecer una Enfermedad Cerebro-vascular.

Tabla 9 Distribución según las enfermedades crónicas asociadas

Enfermedades Asociadas	Grupo de Estudio		Grupo de Control	
	No.	%	No.	%
HTA	15	93,75	6	37,5
Diabetes Mellitus II	4	25	2	12,5
Arritmia Cardíaca	2	12,5	1	6,25

En la tabla 9 se representa la relación entre las enfermedades asociadas, donde se puede apreciar que la Hipertensión Arteriales un riesgo importante en la aparición de las ECV, tenemos que en el grupo de estudio el 93,75% padecían previamente esta enfermedad a comparación de la Diabetes Mellitus II con un 25% y las Arritmias Cardíacas con un 12,5%, además en el grupo de control se observa que la Hipertensión Arterial aparece en un 37,5% siendo una enfermedad presente en gran parte de la población. Al tener a casi la totalidad de la muestra padeciendo HTA podemos concluir que se transforma en un factor de riesgo común, coincidiendo con los estudios realizados por el Dr. Luis Eduardo Pedroso en ciudad de La Habana, donde pudo constatar que en un grupo control de 20 pacientes con ECV, el 90% de los pacientes padece de Hipertensión Arterial.<sup>(40)</sup>

El autor de la investigación considera que se cumple con lo planteado, las enfermedades crónicas asociadas son un riesgo comprobado para la aparición de los ACV, en especial las tres enunciadas en este estudio, con una mención especial a la Hipertensión Arterial, pero igualmente como se puede observar en la tabla, más de un paciente padece más de una enfermedad, por lo que se puede hablar acerca de la asociación de dos factores de riesgo.

Tabla 10 Distribución de pacientes según el tipo de Accidente Cerebrovascular

Tipo de ACV	Grupo de Estudio		Grupo de Control	
	No.	%	No.	%
ATI	12	75		
Trombosis/Embolia	4	25		
Hemorrágico				
Total	16	100		

En la tabla 10 se representa la relación entre los tipos de accidente cerebrovascular que sufrieron los pacientes, podemos observar que no existe recogido el antecedente de ningún ACV Hemorrágico, pero se puede apreciar que existe una predominación del Ataque Transitorio de Isquemia con un 75% de los pacientes, mientras que los aquejados de una Trombosis o Embolia, confirmados con exámenes imagenológicos corresponden a un 25%, esto concuerda con la literatura investigada, donde se menciona que más del 50% de los Accidentes Cerebrovasculares son Isquemias transitorias y que en muchas ocasiones su diagnóstico es desestimado por el personal de salud o por el mismo paciente, ya que los síntomas son muy leves o casi imperceptibles y que luego en una recurrencia o cuando el paciente padece otra enfermedad cerebrovascular, con un buen interrogatorio se llega a la conclusión de que el ATI fue un aviso de que un proceso mórbido grave estaba por venir.<sup>(41)</sup>

Por esta razón es fundamental informar a la población acerca de los síntomas y de los riesgos de padecer este tipo de enfermedades y que al más leve cambio en la conducta del paciente o síntoma, se debe acudir al médico y tomar una conducta adecuada ya que esto facilita el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado para así evitar secuelas o recaídas. Con respecto a los AVC

Hemorrágicos, gracias al sistema de salud cubano se puede detectar a tiempo cualquier síntoma que pueda guiarnos a un diagnóstico, pero como es conocido, en muchas ocasiones se dificulta mucho diagnosticar este tipo de casos ya que suelen presentar una instauración súbita que pone en peligro la vida del paciente en minutos y donde su tratamiento es netamente quirúrgico.

Tabla 11 Relación entre si el paciente presento un Accidente Cerebrovascular anterior

ACV Anterior	Grupo de Estudio		Grupo de Estudio	
	No.	%	No.	%
Sí	1	6,25		
No	15	93,75	16	100
Total	16	100	16	100

En la tabla 11 se representa la relación entre si el paciente presentó un accidente Cerebrovascular anterior o no, podemos observar que solamente el 6,25% correspondiente a 1 paciente, presento el antecedente, mientras que la mayoría tuvo un evento único, el autor considera que esto se debe a que la mayoría de los pacientes del grupo de estudio padeció de un ATI, el cual por definición es el AVE de mejor pronóstico y que se puede cambiar la actitud y el estilo de vida del paciente afecto, se puede controlar la recurrencia o no de este, o en ciertos casos la aparición de otro tipo de trastorno como pueden ser los tromboembolismos. De cierta manera, este estudio concuerda con las cifras de la American Heart Association de 2011, que de 100 pacientes estudiados que presentaron un accidente cerebrovascular, el 80% había padecido un ATI en años anteriores y no había presentado recurrencias, mientras que el 20% presentó Infartos lacunares o tromboembolias, a punto de partida de un ATI anteriormente padecido.<sup>(42)</sup>

La importancia de diagnosticar un trastorno cerebrovascular a tiempo es sumamente fundamental para la valoración del caso y para actuar directamente sobre la enfermedad para evitar así las temidas secuelas o recurrencias, es trabajo principal del médico de familia la prevención de cualquier enfermedad en la que sea posible, ya que con esto se mejora la calidad de vida del paciente y de la sociedad en general.

## CONCLUSIONES

- En el presente estudio predominó la aparición de las ECV en el sexo masculino.
- En el estudio observamos que el adulto mayor presenta una probabilidad mayor de padecer ECV
- Se concluyó que el color de la piel es un factor asociado a las enfermedades cerebrovasculares pero en el área donde se realizó el estudio observamos que el color de piel predominante es el blanco, por lo que el estudio difiere de otros realizados.
- En el estudio se pudo apreciar el impacto de los hábitos tóxicos en los pacientes, observando que el hecho de consumir café, tabaco o alcohol, representa un riesgo para padecer la enfermedad en los pacientes de estudio.
- El presente estudio demuestra que el consumo de alimentos como la sal, las azúcares refinadas y las grasas, predisponen a la aparición de un sin número de enfermedades, en especial las cardio y cerebrovasculares.
- En el estudio se pudo observar que el sedentarismo es un factor predisponente para padecer un ACV.
- El presente estudio abordó acerca de las variables socio-demográficas ligadas a la aparición de las enfermedades cerebrovasculares, tomando en cuenta que el entorno al que se expone un paciente puede incidir en la enfermedad y su posterior recuperación.

## **RECOMENDACIONES**

Extender este estudio a todos los consultorios del municipio, para poder así reducir los factores de riesgo para padecer Enfermedades Cerebro-vasculares y por ende la incidencia de casos, de esta manera mantener una población más sana y libre de secuelas invalidantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Burn J, Warlow C. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. Lancet 2011;337:1521-6.
2. Uribe, Carlos Santiago; Abraham Arana Chacón y Pablo Lorenzana Pombo (2012). Neurología. Informa Health Care. ISBN 1420061704. <http://books.google.co.ve/books?id=8TP-8wlky4wC>.
3. Blečić, S; Bogousslavsky, J. National Cholesterol Education Program. 2012; 25(140)
4. Zuaznabar, Buergo, Miguel Ángel, Programa Nacional de Prevención y control de las enfermedades cerebrovasculares, p.7
5. Rowshan, Arthur, El método para dejar de fumar. Editorial Planeta. ISBN: 9788408068310
6. Programa Nacional para el control y prevención del Tabaquismo en Cuba
7. Anuario provincial de enfermedades crónicas no transmisibles
8. Escohotado, Antonio (2012), International Coffee Organization, Consumidores de café por país.
9. Fernández, Rodero, Luis, Accidentes cerebrovasculares. Concepto y realidades, Revista Española de Neurología, Espasa 2015; 205(8): 39-42.

10. Zuaznabar, Buergo, Miguel Angel, Programa Nacional de Prevención y control de las enfermedades cerebrovasculares, p.12
11. Roca, Goderich, Reinaldo, Temas de medicina interna, tomo 2, p.383, ed. Ciencias Médicas 2011
12. Fernandez, Rodero, Luis, Accidentes cerebrovasculares. Concepto y realidades, Revista Española de Neurología, Espasa 2015; 205(8): 7
13. Siesjo, BK. Pathophysiology and treatment of focal cerebral ischemia. Part II: Mechanisms of damage and treatment. JNeurosurg 2012;77:337-54.
14. Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Burn J, Warlow C. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. Lancet 2011;434-438
15. A Working Group on Emergency Brain Resuscitation. Emergency brain resuscitation. Ann Intern Med 2015;122:622-7.
16. Fernandez, Rodero, Luis, Accidentes cerebrovasculares. Concepto y realidades, Revista Española de Neurología, Espasa 2015; 205(8):
17. Symmonds, JP, Furie KL. Carotid Endarterectomy Revisited. N Engl J Med 2010;342:1693-700.
18. Marcano Torres, Myriam: «Neuroprotección en enfermedad cerebrovascular», artículo en la revista Gac. Méd. Caracas. vol. 112, n.º 1, págs. 3-13, abril de 2014. ISSN 0367-4762.
19. Manual Merck. Sección 6: Trastornos del cerebro y del sistema nervioso
20. Esunge PM (octubre 2011). «From blood pressure to hypertension: the history of research». J. R. Soc. Med. 84 (10): PMID 1744849

- 21.** Marcano Torres, Myriam: «Neuroprotección en enfermedad cerebrovascular», artículo en la revista Gac. Méd. Caracas. vol. 112, n.º 1, pág. 1, abril de 2014. ISSN 0367-4762.
- 22.** Fernandez, Rodero, Luis, Accidentes cerebrovasculares. Concepto y realidades, Revista Española de Neurología, Espasa 2015; 205(8):
- 23.** Wolf PA, Dawber TR, Thomas HE Jr, Kannel WB. (2008). «Epidemiologic assessment of chronic atrial fibrillation and risk of stroke: the Framingham study.» Neurology 28 (10): PMID 570666.
- 24.** Rowshan, Arthur, El método para dejar de fumar. Editorial Planeta. ISBN: 9788408068310
- 25.** Alcoholismo. Texto publicado por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (MedlinePlus) y los Institutos Nacionales de Salud de EEUU. //www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000944.htm
- 26.** [www.oms.org/español/cronicdesease/ischemicictus](http://www.oms.org/español/cronicdesease/ischemicictus)
- 27.** Morales, González, Héctor, Definición de factores de riesgo en el superviviente del Ictus, Rev. Neurología de Cuba, 2012
- 28.** Zuaznabar, Buergo, Miguel Angel, Programa Nacional de Prevención y control de las enfermedades cerebrovasculares, p.29
- 29.** Gil de Castro, Rodrigo. Isquemia transitoria: Evolución y secuelas. Revisión médica. Madrid 2011
- 30.** Alonso, Llerena Evelyn, TTR Medicina General Integral, Factores de riesgo asociados a la recurrencia del ictus isquémico en pacientes del PPU Cristóbal Labra, 2010

- 31.** Gil de Castro, Rodrigo. Isquemia transitoria: Evolución y secuelas. Revisión médica. Madrid 2011
- 32.** Rodríguez, Carlos, Estrés: La enfermedad del nuevo siglo. art. Revista española de Neurocirugía, 2010
- 33.** Morales, González, Héctor, Definición de factores de riesgo en el superviviente del Ictus, Rev. Neurología de Cuba, 2012
- 34.** Blanco, Aspiazu, Miguel Ángel, Morales González, La propedéutica clínica y el aprendizaje de la clínica cerebro vascular. RevhabanCiencMéd, Mar 2011, Vol.8, No.1, P.0-0. ISSN 1729-519X.
- 35.** Escohotado, Antonio, International Coffee Organization, Consumo saludable de café, 2012
- 36.** Roca, Goderich, Reinaldo, Temas de medicina interna, tomo 2, p.389, ed. Ciencias Médicas 2011
- 37.** Palacios, González, Luis Alfredo, El deporte en la cardiología, Federación Médica Ecuatoriana, ed. SalEc, 2015
- 38.** Morales, González HA, Blanco- Aspiazu MA, Morales-Morales EJ. Definición y control de factores de riesgo en el superviviente a un ictus [carta]. RevNeurol 2012; 54: 192.
- 39.** [www.oms.org/español/cronicdesease/obesidad](http://www.oms.org/español/cronicdesease/obesidad)
- 40.** Pedroso, Luis, Hipertensión asociada a las Enfermedades Cerebrovasculares, Revista Habanera de Ciencias Médicas 2010:9(2) 211-18.

**41.** Uribe, Carlos Santiago; Abraham Arana Chacón y Pablo Lorenzana Pombo (2010). Neurología. Informa Health Care. ISBN 1420061704. <http://books.google.co.ve/books?id=8TP-8wlky4wC>.

**42.** American Heart Association, Interphysician agreement in the diagnosis of subtypes of acute ischemic stroke. Neurology, 2010, 23.43

**ANEXOS**

**Modelo de consentimiento informado del paciente para formar parte de la investigación.**

Yo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tutor legal del paciente perteneciente al CMF No \_\_\_\_\_ del municipio Florencia, he sido informada por el Dra. Noralquis González , sobre los siguientes aspectos de la investigación:

Se trata de un estudio sobre los factores de riesgo en las enfermedades cerebrovasculares, para lo cual se requerirá mi cooperación brindando informaciones necesarias para un mejor estudio. En caso que decida abandonar el estudio puedo hacerlo en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones y con esto no se afecta nuestra relación con los autores de la investigación.

Toda la información aportada para esta investigación tendrá carácter confidencial y será utilizada sólo con fines científicos.

En correspondencia con lo anteriormente expuesto, me encuentro totalmente conforme.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

**Encuesta:**

Edad:

Sexo: M..... F.....

Color de Piel: Blanca..... Negra..... Mestiza.....

1. ¿Qué hábitos tóxicos tiene usted?

Cigarrillo/Tabaco.....

Alcohol.....

Café.....

2. En su dieta habitual consume grandes cantidades de:

Sal.....

Manteca.....

Azucares.....

3. ¿Cómo define su actividad física?

No realiza ejercicio.....

Realiza ejercicio de vez en cuando.....

Realiza ejercicio sistemático diariamente .....

4. ¿Qué tipo de Accidente Cerebrovascular padeció?

ATI.....

Tromboembolismo.....

Hemorrágico.....

5. ¿De qué enfermedades padece usted?

Diabetes Mellitus II.....

Hipertensión Arterial.....

Arritmias cardíacas.....

6. ¿Padeció algún accidente cerebrovascular anterior?

Sí.....

No.....

7. ¿Cuál es su ocupación?

8. ¿Usted ha presentado algún problema o secuela después de la enfermedad?

Dificultad para caminar o mover el cuerpo.....

Pérdida de la sensibilidad, oído, vista.....

Ambos.....

## **ANEXOS**

### **Modelo de consentimiento informado del paciente para formar parte de la investigación.**

Yo:

---

\_\_\_\_\_ tutor legal del paciente perteneciente al CMF No \_\_\_\_\_ del municipio Majagua, he sido informada por el Dr. Rashid Emilio De La Torre Vinuesa, sobre los siguientes aspectos de la investigación:

Se trata de un estudio sobre los factores de riesgo en las enfermedades cerebrovasculares, para lo cual se requerirá mi cooperación brindando informaciones necesarias para un mejor estudio. En caso que decida abandonar el estudio puedo hacerlo en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones y con esto no se afecta nuestra relación con los autores de la investigación.

Toda la información aportada para esta investigación tendrá carácter confidencial y será utilizada sólo con fines científicos.

En correspondencia con lo anteriormente expuesto, me encuentro totalmente conforme.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

**Encuesta:**

Objetivo: Obtener información acerca de los factores de riesgo asociados a enfermedades cerebrovasculares.

Edad:

Sexo: M..... F.....

Color de Piel: Blanca..... Negra..... Mestiza.....

9. ¿Qué hábitos tóxicos tiene usted?

Cigarrillo/Tabaco.....

Alcohol.....

Café.....

10. En su dieta habitual consume grandes cantidades de:

Sal.....

Manteca.....

Azucres.....

11. ¿Cómo define su actividad física?

No realiza ejercicio.....

Realiza ejercicio de vez en cuando.....

Realiza ejercicio sistemático diariamente .....

12. ¿Qué tipo de Accidente Cerebrovascular padeció?

ATI.....

Tromboembolismo.....

Hemorrágico.....

13. ¿De qué enfermedades padece usted?

Diabetes Mellitus II.....

Hipertensión Arterial.....

Arritmias cardiacas.....

14. ¿Padeció algún accidente cerebrovascular anterior?

Sí.....

No.....

15. ¿Cuál es su ocupación?

16. ¿Usted ha presentado algún problema o secuela después de la enfermedad?

Dificultad para caminar o mover el cuerpo.....

Pérdida de la sensibilidad, oído, vista.....

Ambos.....

