

**FILIAL DE CIENCIAS MÉDICAS
"ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA".
HOSPITAL "ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"
MORÓN, CIEGO DE ÁVILA**

**Factores de riesgos prevalentes en pacientes ingresados por enfermedad
cerebrovascular.**

Tesis en opción al título de especialista de primer grado en medicina interna.

Autora: Yaimi González Noda

2019

**FILIAL DE CIENCIAS MÉDICAS
“ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA”.
HOSPITAL “ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ”
MORÓN, CIEGO DE ÁVILA**

Factores de riesgos prevalentes en pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular.

Tesis en opción al título de especialista de primer grado en medicina interna.

Autora: Yaimi González Noda

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA. Hospital General Provincial Docente “Roberto Rodríguez Fernández”

TUTOR: Dr. Luis Antonio Rodríguez Sánchez.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA. Hospital General Provincial Docente “Roberto Rodríguez Fernández”

ASESOR: Dr. Yovaldy Barrio Cruz. Especialista de Primer Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Asistente.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Hospital General Provincial Docente “Roberto Rodríguez Fernández”

AGRADECIMIENTOS

A mis profesores, a mi familia y en especial a mi esposo.

DEDICATORIA

A mi madre por siempre estar a mi lado apoyándome los momentos más difíciles y por haber atendido y cuidar a mis hijos mientras yo estaba ausente.

PENSAMIENTO

“...Toda la vida es deber”,

José Martí

RESUMEN.

Introducción: La enfermedad cerebrovascular en la actualidad es uno de los problemas de salud más importantes, no solo en Cuba, sino en los países desarrollados del mundo. Ocupa el segundo lugar como causa de discapacidad permanente en el adulto y muerte, solo es superada por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, lo que determina su relevancia médica, económica y social por el costo en la rehabilitación y los cuidados que requieren los pacientes con importantes daños neurológicos. Objetivo: caracterizar los factores de riesgos prevalentes en los pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular. Métodos: estudio observacional descriptivo prospectivo en una muestra de 67 pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular en el servicio de urgencias del Hospital general docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" entre septiembre 2017 y septiembre 2019. Se aplicó una encuesta que exploró diferentes variables y los datos obtenidos se codificaron manualmente. Resultados: el tipo de enfermedad cerebrovascular que prevaleció fue la isquémica, seguida por la hemorragia subaracnoidea. Los factores de riesgo modificables que se identificaron con mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Se constató insuficiente control de los factores de riesgo en la atención primaria de salud. Conclusiones: los factores de riesgo mayormente asociados a la enfermedad cerebrovascular fueron la hipertensión arterial y la edad avanzada, seguidos por el tabaquismo y la diabetes mellitus, en correspondencia con un control deficiente de estas enfermedades.

ÍNDICE.

	Páginas
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. MATERIALES Y MÉTODOS	10
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	14
V. CONCLUSIONES	19
VI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
VII. ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

En el año 400ac, el padre de la medicina Hipócrates expresó el concepto de “apoplejía” para referirse a los episodios de adormecimiento y anestesia. También describió la afasia en una paciente durante la gestación¹. En tiempos antiguos la enfermedad cerebrovascular se conocía como apoplejía, un término general que los médicos aplicaban a cualquier persona afectada repentinamente por parálisis. Debido a que muchas condiciones pueden conducir a una parálisis repentina, el término apoplejía no indicaba diagnóstico o causa específica. Los médicos sabían muy poco acerca de la causa del accidente cerebrovascular y la única terapia establecida era alimentar y cuidar al paciente hasta que el mismo siguiera su curso².

Se conoce con el nombre de Enfermedad Cerebrovascular (ECV) a las afecciones que resultan de la pérdida funcional transitoria o permanente de una parte cualquiera del Sistema Nervioso Central (SNC) ubicada en la cavidad craneal, generalmente de instalación súbita, causada por la oclusión trombótica o embólica, o por ruptura de una arteria encefálica (o en ocasiones de una vena)³.

Las ECV constituyen la primera causa de ingreso por trastornos neurológicos, con una incidencia anual global de alrededor de 800 casos por cada 100 000 habitantes; en los países desarrollados se calcula que hasta un 5% de la población de más de 60 años sufre de alguna forma esta afección. En Santiago de Cuba se egresan anualmente 2 400 pacientes con dicha entidad. En la medida en que se incrementa la expectativa de vida, aumentan los riesgos y, por tanto, la prevalencia³⁻⁴.

El 15 % de las muertes que ocurren entre los 60 y los 75 años de edad se debe a ellas. Además son responsables de una vasta carga de invalidez en la comunidad, pues del 50 % al 70% de los que sobreviven quedan con secuelas³.

Todo esto, unido a los largos períodos de hospitalización, las secuelas que produce y gastos en la rehabilitación, así como pérdidas laborales por incapacidad, hace que sea de las enfermedades más costosas, pues afecta la economía de la medicina, de la familia y del individuo³⁻⁵.

El 80 % de los casos de ECV son de tipo isquémico, aterotrombótico de grandes, medianos o pequeños vasos (lacunar), embólico a partir del corazón o de arterias extra o intracraneales (carótidas o vertebrales) y hemodinámicas, cuando factores que comprometen la perfusión local o sistémica generan isquemia cerebral.

El 20 % restante de la ECV es de tipo hemorrágico, ya sea por hemorragia subaracnoidea (HSA) o hemorragia intracerebral espontánea (HIC)⁵⁻⁶.

Conociendo que la población mayor de 60 años aumenta considerablemente al aumentar la expectativa de vida, debido a los adelantos actuales, programas de salud y al mejoramiento de las condiciones socioeconómicas, es de suponer que la prevalencia aumente en los años venideros, ocasionando un mayor número de muertes⁵.

Teniendo en cuenta que la morbilidad por la Enfermedad Cerebrovascular Isquémica se ha incrementado en los últimos años, constituyendo la tercera causa de muerte en nuestro país después de las enfermedades del corazón y el cáncer, además de ser la principal causa de incapacidad o pérdida funcional de origen neurológico, existiendo un grupo de factores de riesgo que al conocerlos nos permitiría modificarlos y contribuir de forma significativa a disminuir la frecuencia de aparición de la enfermedad, así como el hecho de que en nuestro hospital no existen estudios que muestren de forma fehaciente su comportamiento, manejo, factores de riesgo y principales causas de muerte, decidimos llevar a cabo esta investigación contribuyendo con la misma aún mejor conocimiento de la enfermedad en nuestro medio.

Problema científico:

Determinar los factores de riesgos prevalentes en pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular.

Hipótesis:

Si se conocen los factores de riesgo asociados a los pacientes ingresados por ECV en el hospital entonces se pueden elaborar estrategias encaminadas a mejorar el control de los mismos.

Novedad científica de esta investigación:

No se ha realizado en los últimos años en el hospital investigaciones encaminadas a determinar el comportamiento de los factores de riesgos prevalentes asociados a la ECV en pacientes ingresados en el hospital.

Resultados a alcanzar:

Determinar el comportamiento de los factores de riesgo prevalentes de en pacientes ingresados en el hospital con el diagnóstico de enfermedad cerebrovascular.

Valor social:

Esta investigación permitirá determinar el comportamiento de los factores de riesgo en pacientes ingresados en el hospital lo cual permitirá elaborar estrategias encaminadas a mejorar la prevención así como un mejor control de los mismos lo cual redundará en una disminución de la morbimortalidad por dicha entidad.

Valor científico: Es el primer estudio con estas características.

1. OBJETIVOS:

Objetivo General.

Determinar los factores de riesgos prevalentes en pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular.

Objetivos Específicos.

1. Distribuir los pacientes ingresados según:
 - Edad
 - Sexo
 - Color de la piel
 - Tipo de accidente cerebrovascular
 - Factores de riesgos asociados
 - Estado de control de los factores de riesgo

III. MARCO TEÓRICO.

En la cronología histórica de las enfermedades Cerebrovasculares (ECV), existen muchos conceptos, definiciones y clasificaciones en mayor número que en otro tipo de enfermedad. En las últimas décadas hombres estudiosos de este grupo de afecciones basándose en diferentes criterios y en un esfuerzo por esclarecer términos y nomenclaturas, han elaborado disimiles clasificaciones.⁶

La definición más generalizada de ECV es aquella que consideran como tal a todas las afecciones que ocasionan unos trastornos del encéfalo de carácter transitorio o permanente causado por isquemia o hemorragia, secundario a un proceso patológico de los vasos sanguíneos. Según su naturaleza, la ECV se puede presentar como isquemia o como hemorragia, con una proporción en torno al 85% y 15%, respectivamente. La isquemia se produce por la disminución del aporte sanguíneo cerebral de forma total (isquemia global) o parcial (isquemia focal). Según la duración del proceso isquémico focal se presentará como accidente isquémico transitorio (AIT) o como infarto cerebral, en función de que el déficit isquémico provoque o no necrosis tisular. La hemorragia es la presencia de sangre, bien en el parénquima o en el interior de los ventrículos cerebrales (hemorragia cerebral), bien en el espacio subaracnoideo (hemorragia subaracnoidea).

La clasificación de las ECV incluye cuatro grandes grupos, con diferentes subgrupos:⁶

1. Enfermedad cerebrovascular asintomático.
2. Enfermedad cerebrovascular focal:
 - a) Ataque transitório de isquemia (ATI).
 - b) Ictus (accidente cerebrovascular).
 - Infarto cerebral.
 - Hemorragia intraparenquimatoso.
 - Hemorragia subaracnoidea.
3. Encefalopatía hipertensiva.
4. Demencia vascular.

La frecuencia anual de mortalidad por ECV ha mostrado una disminución constante durante el siglo xx en EUA, en la mayor parte de los países europeos y en Japón aproximadamente desde el decenio de 1960. En EUA, el 1% de disminución de mortalidad anual por ECV observado desde 1915 se aceleró al inicio del decenio de 1970 a casi el 5% anual. Un análisis reciente en una población estadounidense representativa de ECV se ha estabilizado de 0,5-1,0 por cada 1000 de población. El índice en los países Orientales de Europa y Japón es mayor de 1,5-3 por cada 1000.

Han surgido otras observaciones importantes sobre la frecuencia de las ECV, su frecuencia como causa de mortalidad es más elevada en pacientes de raza negra que en caucásicos, su frecuencia es más alta en pacientes mayores de 75 años.^{6, 7}

Datos epidemiológicos mundiales

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen un problema de salud mundial con tendencia creciente. Según datos de OMS, el ictus fue responsable de 5 106 125 muertes en 1998, siendo la segunda causa de muerte para ambos sexos, para todas las edades y para los grupos de edad mayores de 60 años y entre 45 y 59 años. Es superada solamente por la enfermedad isquémica coronaria.

Pero el problema de las ECV no es solo debido a su alta mortalidad, sino a la discapacidad de gran parte de los pacientes que sobreviven al ictus. A nivel mundial es la séptima causa de años perdidos por discapacidad al analizar todas las edades, y segunda para los grupos de edad mayor de 60 años y entre 45 y 59, responsable de 41 626 214 años perdidos por discapacidad.

Esta situación afecta tanto a países de altos ingresos económicos como a países en vías de desarrollo. En países desarrollados produjo un total de 893 182 muertes y 5 219 417 años perdidos por discapacidad, en 1998. En el propio año, fue causante de 4 212 944 muertes y de 36 406 797 años perdidos por discapacidad en países de ingresos medios o bajos. En la América en desarrollo, donde se encuentran los países latinoamericanos, causó 298 122 muertes y 2 830 317 años potencialmente perdidos por discapacidad. Puede apreciarse que en muchos países donde antiguamente

predominaban las enfermedades transmisibles, se afectan más individuos debido a un ictus que en los países donde históricamente ha sido una de las causas principales.

Por otra parte, las ECV son una importante causa de discapacidad y afectación de la calidad de vida, y su espectro de afectaciones es muy amplio. Además de las limitaciones físicas, se asocia a problemas en la esfera emocional con alta frecuencia de depresión (> 50%); y a deterioro cognitivo de diverso grado (35%), siendo la segunda causa más frecuente de demencia.

Debido al envejecimiento de muchas poblaciones, especialmente aquellas con rápido crecimiento económico, las proyecciones para el año 2020 sugieren que el ictus se mantendrá como segunda causa de muerte tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo; además, en términos de discapacidad estará entre las primeras cinco causas más importantes de carga por enfermedad.

Las enfermedades cerebro vasculares tienen, también, un enorme costo, por los recursos necesarios en el sistema de salud para su atención en fase aguda, además de los cuidados a largo plazo de los sobrevivientes con sus consecuentes implicaciones sociales.

Datos epidemiológicos en Cuba

Según las estadísticas, las ECV constituyen la tercera causa de muerte, sin embargo, esto al analizar el cáncer como una sola enfermedad, cuando la OMS la analiza por localizaciones separadas. Siendo así, constituye en Cuba la segunda causa de muerte.

Después de una tendencia decreciente entre 1999 (89,8 x 100 000 hab.) y 2002 (68,0), se ha incrementado nuevamente en el 2003 (72,9), el 2004 (73,6), y el 2005 (78,1), lo cual constituye una alerta.

A pesar de existir una mayor prevalencia entre los hombres, existe un exceso de mortalidad en las mujeres (4 346) sobre los hombres (3 922), en el 2004, lo cual es un aspecto directamente vinculado a la alta mortalidad por hemorragia subaracnoidea (HSA).

Aunque el grupo de edad más afectado es el de 65 años y más, las ECV constituye una

causa importante de mortalidad prematura, con 16,1 x 100 000 habitantes en el 2002, la mortalidad extrahospitalaria se mantiene elevada (15,3 x 100 000 hab), en tanto la letalidad hospitalaria se mantiene elevada para este tipo de enfermedades, con 20,5% en el 2002.⁶

Nuestro país cuenta con un sistema nacional de salud (SNS) integral que se apoya en una infraestructura con su red de instituciones y de formación de recursos humanos médicos, enfermería, técnicos calificados en los tres niveles de atención médicas, que se enmarca desde instituciones con alta especialización de atención en los niveles terciarios (institutos de referencia nacional) secundarios (hospitales) y la atención primaria con su estructura de policlínicos, consultorios del médico de la familia y su proyección hacia la comunidad con el fortalecimiento de la intersectorialidad y la participación multidisciplinaria, así como la implantación del sistema integrado de urgencias (SIUM), como parte medular de la emergencia médica en los 3 niveles de atención a la población; constituyéndose piedra angular y soporte del sistema nacional de salud. La alta prioridad del Estado cubano que garantiza en el marco de su constitución el derecho de todo ciudadano a recibir en forma gratuita la atención médica; sin distinción de raza, credo o ingreso económico. Son las razones que han contribuido a que el cuadro epidemiológico se haya transformado y se registren indicadores de salud similares en estas enfermedades a las de países desarrollados. El envejecimiento de la pirámide poblacional y el desplazamiento de las enfermedades transmisibles a las crónicas no transmisibles explican que las enfermedades cerebrovasculares afecten fundamentalmente a los mayores de 65 años, aunque en los últimos hay tendencia a incrementarse en grupos poblacionales por debajo de 50 años, manifestándose una sobre mortalidad femenina y ocupando la tercera causa de muerte en el país ⁷

El comportamiento de las tasas de mortalidad bruta en 1999 terminó en 75,4 por 100 000 habitantes superior a la tasa alcanzada en 1990 (55,3) por 100,000 habitantes y la tasa de letalidad registrada de 50 % en nuestro país ³⁸. Los registros internacionales revisados describen que alrededor de un 50 % de los que sobreviven, padecen de alguna secuela con la repercusión socioeconómica para el individuo y la sociedad ⁸.

Las enfermedades cerebrovasculares son una emergencia médica que requiere tratamiento médico-quirúrgico en las Instituciones especializadas y de la prevención y control de los factores de riesgo en la atención primaria con su proyección hacia la comunidad ⁹.

El Ministerio de Salud Pública de Cuba, conjuntamente con la red de instituciones para la asistencia médica, la docencia y la investigación ha trazado dentro de las estrategias y programas priorizados:

- La disminución de las tasas de mortalidad, morbilidad y letalidad de las enfermedades cerebrovasculares.
- La constante mejoría de la calidad del proceso de atención médica en los servicios de salud.
- La implantación y ejecución del Programa Nacional de Enfermedades Cerebrovasculares.

El desarrollo de las investigaciones en servicios y sistemas; que permitan la identificación y análisis del proceso de la atención médica y su calidad en los tres niveles del sistema nacional de salud. De los resultados de estos estudios se podrá establecer recomendaciones de intervenciones en los servicios de salud y grupos poblacionales afectados; evaluar el impacto esperado según las estrategias trazadas y las modificaciones de las tasas, mortalidad, morbilidad y letalidad de estas enfermedades en el presente quinquenio.

En Ciego de Ávila en los últimos 10 años existió disminución de la tendencia lineal de la mortalidad y letalidad hospitalaria (contrario a lo que ocurre en Cuba que la tendencia ha sido a ascender) fundamentalmente a expensas de la ECV isquémica las hemorragias subaracnoideas (HSA). En las hemorragias intraparenquimatosas la mortalidad se comportó francamente ascendente.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo. El universo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes a ingresados con el diagnóstico de ECV en el periodo comprendido entre el 1ro de septiembre 2017 y el 31 de septiembre del 2019 en el hospital tal general provincial docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández".

Se incluyó en el estudio el 40%(67 casos) de los pacientes ingresados con el diagnóstico de ECV en cualquiera de sus clasificaciones de acuerdo a lo recogido en su historia clínica.

Para la realización de este estudio se aplicó una encuesta a la totalidad de los pacientes que participaron en la investigación (anexo 1) y se tuvo en cuenta el principio del consentimiento informado.

Técnica y procedimiento

Toda la información se obtendrá a través de la realización de una encuesta durante el periodo de hospitalización.

Recolección de datos: Los datos serán vaciados en una planilla de recolección de información (Anexo 1) y se presentarán en tablas de contingencia y en gráficas. Los resultados se darán en valores numéricos y porcentajes. Se empleará el SPSS 15.0 para el análisis de los datos. La discusión y síntesis de la investigación se realizará según los objetivos propuestos y se compararán los resultados con trabajos similares anteriores y se explicarán las variaciones halladas con literatura consultada y se elaborarán conclusiones.

Métodos estadísticos: Como medidas de resumen se emplearán las frecuencias absolutas y los porcentajes, para las variables categóricas; y la media y desviación estándar para las variables cuantitativas. Para la asociación entre los factores pronósticos y el estado al egreso se empleará el Test de Chi-Cuadrado (χ^2) de Pearson y corregida de Yates, así como las medidas de fuerza de asociación riesgo relativo (RR), y razón de prevalencia con su intervalo de confianza del 95 %. El nivel de significación

estadística fijado para aceptar o rechazar la hipótesis nula será 95 %.

Procedimientos éticos: En el desarrollo de esta investigación se mantendrá como premisa, respetar los principios bioéticos que van implícitos en los estudios con seres humanos. Se pedirá a todos los pacientes seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicará el carácter voluntario de declarar aquellos aspectos que no dañen su dignidad, se insistirá en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantendrá desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leerá, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado. Del mismo modo, se sostendrá una interacción justa y benéfica con los pacientes, siguiendo de esta forma los principios de respeto a la Autonomía, Beneficencia, no Maleficencia y Justicia.

- **Operacionalización de las variables.**

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicadores
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	18 – 28 29- 38 39- 48 49- 58 59-68 69-78 79 y mas	Edad alcanzada, según carné de identidad.	Número y Por ciento.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	✓ Masculino ✓ Femenino	Según sexo biológico.	Número y Por ciento.
Raza	Cualitativa nominal	✓ Blanca. ✓ Negra.	Según raza biológica.	Número y Por

	Politómica	✓ Mestiza		ciento.
Factores de riesgo cerebrovascular.	Cualitativa nominal Politómica	-Hipertensión arterial. -Cardiopatía isquémica -Diabetes Mellitus. - Hábito Fumar. - Dislipidemia.	-Diagnóstico o tratamiento hipotensor previo. -IMA o enfermedad coronaria documentada o muerte súbita del padre antes de los 45 años o de la madre antes de los 55 años. -Diagnóstico o tratamiento hipoglicemiante previo, glucemia durante el ingreso $\geq 11.1\text{mmol/L}$. -Haber fumado por lo menos un cigarrillo al día durante el año previo o haber abandonado el consumo de tabaco en los últimos 12 meses. -Diagnóstico o tratamiento hipolipemiante previo.	Número y Por ciento.

		- Obesidad. -Antecedentes de ECV. -Antecedentes de Alcoholismo. -Sedentarismo	-Índice de masa corporal ≥ 30. -Diagnóstico previo de cualquier tipo de ECV. -Diagnóstico de alcoholismo según Test AUDIT. -Diagnostico según evaluación de sedentarismo de Pérez – Rojas – García	
Tipos de ECV	Cualitativa nominal Politómica	ECV isquémica ✓ ATI ✓ Aterotrombótico ✓ Embolico ECV hemorrágica ✓ Subaracnoidea ✓ Intracerebral	-Según criterios clínicos y tomográficos.	Número y Por ciento
Control de los factores de riesgo	Cualitativa nominal Politómica	-Buen control¹ -Mal control²	-Según criterios de control.	Número y Por ciento

V- RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Tabla 1. Distribución según edad de los pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica en el Hospital Provincial General Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” en el periodo comprendido entre el 1 septiembre 2017 y el 31 de septiembre del 2019.

Grupo de edades	No	%
18-28	0	0
29-38	0	0
39-48	0	0
49-68	12	17.9
69-79	20	29.9
80 o más	35	52.2
Total	67	100

Fuente. Historias clínicas

La tabla muestra la distribución según edad de los pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica, el mayor por ciento de los casos se presentó en el grupo de 80 y más seguido del grupo de 69-79 años estos resultados coinciden con lo descrito por Javier Gaudiano y colaboradores en un estudio similar¹¹, coincide también con los datos obtenidos por Vila Gracia y colaboradores¹². Edad mayor que la reportada en los Estados Unidos por el reporte de la asociación americana del corazón en el año 2012,¹³ donde reportan la edad más frecuente comprendida entre 55 a 75 años. lo que puede explicarse por el incremento en la longevidad en los últimos cinco años además de la reducción de los factores de riesgo sobre todo el hábito de fumar y el control de la hipertensión arterial (HTA). Fernández y otros¹⁴ encontraron que el ECV es más prevalente en edades superiores de la vida, dato que coincide con lo expuesto en nuestro estudio, estos autores encontraron que el 28.1% de las ECV se presentan en pacientes entre los 75-84 años, estos resultados se corroboran con lo encontrado en nuestra población; la edad también aumenta de importancia si consideramos que ésta aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas que a su vez suman mayor riesgo

de ECV, Toumilehto¹⁵ expone que no se sabe si la edad constituye un factor de riesgo independiente, o hasta qué grado es solamente una medición de la duración de exposición a otros factores de riesgo. Los estudios epidemiológicos han demostrado que los factores de riesgo metabólicos tienden a incrementarse.

Tabla 2. Distribución según sexo de los pacientes fallecidos con enfermedad cerebrovascular.

Sexo	No	%
Femenino	30	44.8
Masculino	37	55.2
Total	67	100

La tabla 2 muestra la distribución de los casos según el sexo, con predominio del sexo masculino, coincidiendo estos resultados con los estudios de Hernández Bello et al¹⁶. y Vladimir Escobar et al¹⁷. Sin embargo, no coincide con los resultados obtenidos por Löfmark y colaboradores^{18, 19}. Al respecto estos dos estudios se contradicen con lo encontrado por García y otros²⁰. Bembibre, Soto y Hernández²¹ encontraron una prevalencia mayor de ECV en pacientes de sexo masculino; los resultados han sido variables en los diferentes estudios, no se señalan diferencias en unos y en otros se reporta el femenino como el más afectado.

Tabla 3. Distribución según raza de los pacientes con enfermedad cerebrovascular.

Color de la piel	No	%
Blanco	25	37.1
Negro	32	44.7
Mestizo	10	14.9
Total	67	100

La tabla 3 muestra la distribución de los casos según la raza, con predominio de la raza negra, seguida por la blanca, coincidiendo estos resultados con los estudios de

Hernández Bello et al¹⁶. y Vladimir Escobar et al¹⁷. y con lo descrito por Javier Gaudiano y colaboradores en un estudio similar¹¹, coincide también con los datos obtenidos por Vila Gracia y colaboradores¹². Esto no coincide con los resultados de Morales, en el Hospital Julio Trigo de la Ciudad de la Habana, ²⁶ donde encontró una mayor frecuencia de blancos con 45,2 sobre 36,5% en negros. Lo que no coincide con el estudio de Wityk que plantea que no hay diferencias en la incidencia de la ECV isquémica en cuanto a la raza ²⁷. Los resultados encontrados en nuestro estudio pudieran estar en relación con la composición poblacional de nuestra provincia donde existe una relación blanca / negro de 7.1/1 y una relación blanca / otras razas de 6.9/1.

Tabla 4. Distribución según Tipo de accidente cerebrovascular.

Tipo de ACV	No	%
ECV isquémica ATI	11	16.4
ECV isquémica Aterotrombótico	32	47.8
ECV isquémica Embólico	4	6.0
ECV hemorrágica Subaracnoidea	12	17.9
ECV hemorrágica Intracerebral	8	11.9
Total	67	100

La tabla 4 muestra los resultados de la distribución de pacientes según el tipo de enfermedad cerebrovascular, mostrando que el mayor por ciento de los casos resultó en ictus aterotrombótico, seguido por la hemorragia subaracnoidea coincidiendo con lo descrito por Vila García¹² et al. y con el estudio de Javier Gaudiano y colaboradores¹¹. Estos resultados coinciden con los descritos en la novena edición del Adams de neuralgía que describe una mayor frecuencia de ictus isquémicos que hemorrágicos en Estados Unidos de América²⁸.

Tabla 5. Distribución según factores de riesgo.

Factores de riesgo	No	%
-Hipertensión arterial.	56	83.6
-Cardiopatía isquémica	49	73.1
-Diabetes Mellitus.	43	64.2
- Hábito Fumar.	50	74.6
- Dislipidemia.	20	29.9
- Obesidad.	38	56.7
-Antecedentes de ECV.	12	17.9
-Antecedentes de Alcoholismo.	8	11.9
-Sedentarismo.	40	59.7

La tabla muestra la distribución de los pacientes según factores de riesgo, mostrando que los más prevalentes son la hipertensión arterial y el habito de fumar, esto coincide con lo descrito en las Estadísticas Sanitarias Mundiales de la Organización Mundial de la salud publicadas en el 2017 ²², coincide también el trabajo de Sacco RL et al.²³

Tabla 6. Distribución según control de los factores de riesgo.

Control de los factores de riesgo	Buen control		Mal control	
	Nº	%	Nº	%
Hipertensión arterial	20	35.7	36	64.3
Cardiopatía isquémica	37	75.5	12	24.5
Diabetes Mellitus	13	30.2	30	69.8
Hábito Fumar	5	10	45	90
Dislipidemia	12	60	8	40
Obesidad	12	31.6	26	68.4
Sedentarismo	17	42.5	23	57.5

La tabla 6 nos muestra la distribución de pacientes según factores de riesgo controlados o mal controlados llama la atención el control deficiente o mal control de los factores de riesgo, principalmente los vinculados a las enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, así como el pobre control sobre el hábito de fumar, estos resultados coinciden con el estudio de Vladimir Escobar¹⁷, Chavez G et al²⁴ y Castilla-Guerra L²⁵.

CONCLUSIONES

1. Predominaron los pacientes en los grupos de edades de 69-79 años y de 80 años y más
2. En el estudio hubo un predominio de pacientes masculinos sobre los femeninos y de raza negra.
3. La prevalencia de ECV isquémica fue superior a la hemorrágica.
4. Los factores de riesgo que prevalecieron fueron la hipertensión arterial y el hábito de fumar.
5. El estudio demostró que existe un mal control de los principales factores de riesgo sobre todo los relacionados con las enfermedades crónicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Davenport R, Dennis M. Neurological emergencies: acute stroke [Review]. JNeurol Neurosurg Psychiatry. 2000;68(3):277-88.
2. Arce Lema J, Beltrán Osio R, Cortiza Cuniga EJ. Patología vasculoencefálica. Rev Med (Bolivia). 2016;3(2):347-54.
3. Franci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ. Enfermedades Cerebrovasculares. In: Harrison, Principios de Medicina Interna, España: Mc Graw-Hill, 2003:2645; 2668-72.
4. Naragán Raj K. Head injury. In: Principles of Neurosurgery . New York: Ed Williams and Wilkins, 2004:238,259.
5. Pérez JR. Enfermedad cerebrovascular. Epidemiología.[En línea] 2000 Oct [Fecha de acceso 4 de febrero del 2007]; 18 (5).
6. Aldabe R. Infarto cerebral aterotrombótico. Rev de neuropsiquiatría del Perú. Tomo 64, No4. Diciembre 2002; 64(4) 2.265-69.
7. De Leciñana-Cases MA, Pérez GE, Díez-Tejedor E, en representación de la tratamiento y prevención del ictus, 2004. Rev Neurol 2004; 39 (5): 465-486.
8. Sociedad Iberoamericana de Enfermedad Cerebrovascular (SIECV). Recomendaciones para el Chaturvedi S, Bruno A, Feasby T, Holloway R, Benavente O, Cohen SN, Cote R, Hess D, Saver J, Spence JD, Stern B, Wilterdink J. Carotid endarterectomy. An evidence-based review. Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2005;65:794-801.
9. Manktelow B, Gillies C, Potter JF. Intervenciones en el tratamiento de los lípidos séricos para prevenir la recurrencia de accidentes cerebrovasculares (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software
10. Brott T, Bogousslavsky J. Treatment of acute ischemic stroke. N Engl J Med 2000; 343:710-722.
11. Javier Gaudiano. Epidemiológica del ataque cerebro vascular en un hospital universitario. Rev. urug. med. interna mayo de 2019; N°2: 24-31.

12. Lázaro Osmel Vila García. Caracterización de los factores modificables asociados a la letalidad hospitalaria del ictus. *Revista Cubana de Medicina Militar* 2017;46(2):160-173
13. Roger V, Go A, Lloyd-Jones DM, et al. Heart disease and stroke statistics--2012 update. A report from the American Heart Association. *Circulation* 2012; DOI: 10.1161/CIR.0b013e31823ac046. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org>. Último acceso junio 2012.
14. Fernández L, Díaz N, Guevara I. Estudio de factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular en el Policlínico Docente "Doctor Carlos J. Finlay" 2004. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_1_04/mgi05104.htm
15. Tuomilehto J. Impacto de la Edad sobre el Riesgo Cardiovascular y sus Implicancias para el Manejo de la Patología Cardiovascular. *Atherosclerosis Supplements* 5(2):9-17, May 2004. Disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/clmed414.htm>
16. Hernández-Bello. Antecedentes y comorbilidades presentes en un grupo de pacientes ingresados por accidente cerebrovascular. *Nure Inv.* Agosto 2017 14(89). <https://www.researchgate.net/publication/322659337>.
17. Vladimir Escobar Alfonso. Factores de riesgos prevalentes en pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular. *Revista Cubana de Medicina Militar.* 2014;43(4):433-440.
18. Löfmark U, Hammarström A. Evidence for age-dependent education-related differences in men and women with first-ever stroke: results from a community-based incidence study in northern Sweden. *Neuroepidemiology.* 2007;28:135–41.
19. Carmen Anglés L, Principales factores asociados al estado funcional del paciente con hemorragia intracerebral. Tesis en opción del título Licenciado en Kinesiología Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Pág. 4,5.2006.
20. García A, Almeida E, Pérez O, et al. Enfermedad Cerebrovascular durante el segundo semestre del 2003 en Cuidados Intermedios de Medicina. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias.* 2004. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_4_04/mie10404.htm
21. Benbibre R, Soto A, Díaz D, et al. Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular hemorrágica en la región central de Cuba. 2002. Disponible en:

http://medicosecuador.com/revecuatneurol/vol11_n1_2002/epidemiologia_de_laa.htm

22. Organización Mundial de la salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012.[Internet] OMS; 2013 [citado 30/01/2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82062/1/WHO_HIS_HSI_13.1_spa.pdf
23. Sacco RL, Asner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st Century . A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association (AHA/ASA) Expert Consensus Document. Stroke. [Internet] 2013 [cited 18/07/2015]; 44(7): [aprox. 20p.]. Disponible en:<http://stroke.ahajournals.org/content/44/7/2064.abstract.htm>
24. Chavez G, Brítez N, Maciel V, Klinkhof A, Mereles D. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una población adulta ambulatoria urbana: estudio AsuRiesgo, Paraguay. Rev. Panam Salud Pública. 2015; 38(2): 136-43
25. Castilla-Guerra L, Fernández-Moreno MC, Romera-Tellado M, Álvarez-Suero J. Prevención primaria del ictus en el anciano: evidencias actuales en el tratamiento de la hipertensión arterial. Rev. Esp Geriatria y Gerontología. Sevilla.2012; 47(3):119-2
26. Roiz B M, Morales B I. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en el Hospital Julio Trigo López 2006. Revista Cubana Habanera de Ciencias Médicas.2010;9(1)19-26
27. Wityk NJ, Lihonan D, Klag M. Race and sex differences in the distribution of cerebral atherosclerosis. Stroke 2006; 27: 1974-80
28. Allan H. Ropper· Martin A. Samuels. Adams y Víctor. Principios de neurología Novena Edición .2009 ;34:746-747

ANEXOS:

Anexo 1

Ministerio de Salud Pública.

Modelo de recolección de datos.

Factores de riesgos prevalentes en pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular.

Nombre:_____

Fecha de Ingreso: _____ **HC**_____

1. **Grupo de edad: (años):** 15 a 35 _____ 36 a 45 _____ 46 a 59 _____ 60
a 74 _____ 75 o más _____.

2. **Sexo:** Masculino _____ Femenino _____

3. **Color:** blanco _____ negro _____ . otros _____

4. **Factores de riesgo asociados y tiempo de exposición al mismo.**

- Edad: 50 años o más.
- HTA
- Diabetes Mellitus
- Hiperlipidemia (Hipercolesterolemia e Hipertrigliceridemia).
- Cardiopatía Isquémica o con riesgo de embolia, como la fibrilación auricular o prótesis valvulares
- Presencia de ateromatosis carotídea o vertebrobasilar significativa (por doppler).
- El haber presentado un episodio de isquemia cerebral transitoria o accidente

cerebrovascular

- Hábito de fumar
- Obesidad
- Consumo de anticonceptivos orales.
- Trabajo sedentario
- Hiperuricemia
- Factores Genéticos (antecedentes de APF de ECV isquémica).

5- Estado de control de los factores de riesgo.

- Buen control: pacientes que cumplían con el tratamiento médico, tenían un seguimiento apropiado en su área de salud y se mantenían con un estado salud adecuado.
- Mal control: no cumplían el tratamiento, con seguimiento inadecuado por su área de salud o que no asistieron en tiempo a los servicios de salud ante la aparición de los síntomas.