

**REPÚBLICA DE CUBA
HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL DOCENTE
“ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ”
MORÓN**

**Título: Algunas variables clínico epidemiológico
de los pacientes con enfermedades
cerebrovasculares.**

**Autor: DANIA LOPEZ COBAS
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**Tutor: MsC. Dr. Luis Antonio Rodríguez Sánchez
Especialista de 2do Grado en Medicina Interna
Profesor Auxiliar.**

(EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MÁSTER EN URGENCIAS MÉDICAS)

MORÓN 2011

Dedicatoria:

- ✓ *Este trabajo se lo dedico a mi madre ,Porque sin su apoyo no fuera lo que soy*
- ✓ *A mi esposo
Por su apoyo invaluable*
- ✓ *A todas las personas que contribuyeron de una forma u otra a la realización de este trabajo.*

Agradecimientos:

Agradezco a todos aquellos que guiaron mi formación desde los primeros momentos, hasta disponerme como profesional de esta ciencia, a los que han colaborado, como el departamento de estadística de nuestro hospital, el departamento de computación y el centro de información de Ciencias Médicas que han estado conmigo durante este año de sacrificio para llevar a cabo esta investigación que ha sido de un profundo análisis y revisión, además no puedo dejar de mencionar la valoración crítica y juiciosa del tutor que me ha ayudado grandemente, para todos ellos mi eterno agradecimiento.

Pensamiento:

*Si hermoso es ocuparse de los enfermos a causa de su mala salud, más
hermoso es ocuparse de los sanos para que no caigan enfermos.*

Aristóteles

ÍNDICE.

	pág.
1 Introducción.	1
2 Objetivos	3
3 Marco Teórico.	4
4 Metodología investigativa	12
5 Análisis de los resultados	13
6 Conclusiones	19
7 Referencias bibliográficas	20
8 Anexos	

Resumen.

Se realizó una investigación descriptiva durante el 2008 con el objetivo de determinar el estado de las enfermedades cerebrovasculares durante ese año. Durante la investigación fueron encuestados 196 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de enfermedad cerebrovascular entre los principales resultados alcanzados tenemos predominio el grupo de edad de más de 75 años, y el sexo masculino, el cual se presentó en el 57,2% de nuestros pacientes, la enfermedad cerebrovascular isquémica fue la más frecuentemente encontrada en 83,7% del total de casos, la HTA constituyó el factor de riesgo más prevalente en nuestros pacientes, la mayoría de nuestros enfermos presentó una estadía hospitalaria de hasta 7 días y el 6,6 % egreso fallecido.

Palabras clave: Enfermedad cerebrovascular/ isquémica/ hemorrágica

Introducción

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) constituyen un grupo de enfermedades, las cuales involucran invariablemente a los vasos sanguíneos encargados de la irrigación del sistema nervioso (1). Las mismas predominan en las edades medias y avanzadas de la vida y provocan muchas defunciones anuales en el mundo. Son comunes los accidentes vasculares recurrentes en casi todas las formas de ECV por lo que causan un gran número de ingresos hospitalarios y generan enormes gastos directos de atención médica; cada recidiva conlleva a gran peligro de muerte, para los sobrevivientes suele quedar invalidez y dependencia tanto económica como social; una cantidad importante de estos individuos están en edad laboral, todo lo cual determina su importancia socioeconómica.

Las ECV ocupan el primer lugar por su frecuencia entre todas las enfermedades neurológicas y son además las enfermedades neurológicas más prevalentes en la población adulta mayor de 65 años. No menos del 50% de los problemas neurológicos que se presentan en un hospital general son por esta causa (2).

En nuestro hospital estas enfermedades se encuentran entre las primeras causas de mortalidad, constituyendo la primera causa de letalidad hospitalaria en los últimos cinco años, siendo esto lo que nos motivó a estudiar el comportamiento de esta entidad durante el recién finalizado 2008.

Problema

Determinar el comportamiento de algunas variables clínico epidemiológico de los pacientes con enfermedades cerebrovasculares en el hospital “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” durante el año 2008.

Objeto

Las enfermedades cerebrovasculares.

Campo

El comportamiento de algunas variables clínico epidemiológico de los pacientes con enfermedades cerebrovasculares.

Aportes.

Científico.

Dado por el incremento del conocimiento sobre las enfermedades cerebrovasculares.

Social

Al incrementarse el nivel de conocimientos sobre las enfermedades cerebrovasculares en el hospital se pueden crear protocolos para mejorar la atención médica a estos enfermos.

Económico.

Si se eleva la calidad de la atención médica entonces se pueden mejorar indicadores como son las complicaciones y la estadia hospitalaria así como la mortalidad lo que traerá consigo un considerable ahorro económico.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el comportamiento de algunas variables clínico epidemiológicas en los pacientes con enfermedades cerebrovasculares .

Objetivos específicos

Distribuir a los pacientes con enfermedades cerebro vascular según:

Grupos de edad y sexo.

Tipo de ECV.

Tipo de ECV y presencia de APP.

Tipo de ECV y presencia de complicaciones durante el periodo de hospitalización.

Tipo de ECV y estadía hospitalaria.

Tipo de ECV y forma de egreso hospitalario.

Marco teórico

Definición

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) constituyen un grupo de enfermedades, las cuales involucran invariablemente a los vasos sanguíneos encargados de la irrigación del sistema nervioso. Sus consecuencias son la isquemia y el infarto (85 al 90% del total de los casos) o 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 cerebrovascular o ictus , que incluye al infarto cerebral la hemorragia intraparenquimatosa y la hemorragia subaracnoidea , es una emergencia médica , ya que solo el tratamiento médico quirúrgico agresivo puede minimizar las consecuencias , a veces catastróficas de la enfermedad (1).

Epidemiología

Las ECV ocupan el primer lugar por su frecuencia entre todas las enfermedades neurológicas y son además las enfermedades neurológicas más prevalentes en la población adulta mayor de 65 años. No menos del 50% de los problemas neurológicos que se presentan en un hospital general son por esta causa (2).

Las ECV predominan en las edades medias y avanzadas de la vida y provocan muchas defunciones anuales en el mundo. Son comunes los accidentes vasculares recurrentes en casi todas las formas de ECV por lo que causan un gran número de ingresos hospitalarios y generan enormes gastos directos de atención médica; cada recidiva conlleva a gran peligro de muerte, para los sobrevivientes suele quedar invalidez y dependencia tanto económica como

social; una cantidad importante de estos individuos están en edad laboral, todo lo cual determina su importancia socioeconómica. Las enfermedades vasculares cerebrales constituyen la tercera causa de muerte en los países industrializados; la prevalencia mundial se sitúa entre 500-700 casos por 100 000 habitantes y fallecen cerca del 25% de los enfermos, fundamentalmente personas con edades por encima de 65 años (1,2).

La incidencia de la enfermedad vascular cerebral, igual que otras enfermedades es variable en diferentes países y entornos y esta en relación con factores genéticos, edad de la población y factores de riesgo asociados.

La asociación Americana de Enfermedades Cardiacas y Circulatorias estima que al menos tres millones de personas padecen en Estados Unidos de ECV y cerca de medio millón de nuevos ataques ocurren anualmente, por lo que las tasas de incidencia oscilan entre 500-700 por 100 000 habitantes . La prevalencia de la enfermedad vascular cerebral entre la población norteamericana es de 750-1000 por 100 000 habitantes. La mortalidad por esta entidad ha tenido una tendencia a la disminución al igual que en el resto del mundo a menos de 60 por 100 000 habitantes (2).

En Europa las ECV se comportan de forma diferente entre las poblaciones del norte y el sur del continente siendo las cifras mucho más elevadas en países como Finlandia donde en hombres se llega a registrar 270 nuevos casos de ECV por cada 100 000 habitantes, mientras en Italia descendían a 100 casos cada 100 000 habitantes por año. La mortalidad en toda Europa también ha disminuido excepto en Finlandia donde el sexo masculino es el más afectado (2).

El aumento en la magnitud y en la gravedad de las enfermedades vasculares, ha sobrepasado todas las expectativas, particularmente en América Latina y el Caribe, en donde el problema creció en forma tan rápida que puede considerarse una epidemia, representando en términos generales la tercera

causa de muerte. Sin embargo en el contexto Latinoamericano es significativa la ausencia de estudios epidemiológicos de campo con una adecuada metodología. Sin embargo resultan interesantes los resultados del meta-análisis de 18 estudios (7 estudios de población y 11 registros hospitalarios) realizado por Del Brutto, que mostro una prevalencia de ictus en Sudamérica de 1,74 a 6,51 por 1000 habitantes y una incidencia de 0,85 a 1,83 por 1000 habitantes sugiriéndose que el problema se presenta en menor medida que en los países desarrollados. También el patrón de los subtipos de ictus fue diferente, con una mayor presencia de las hemorragias, de la enfermedad de pequeños vasos y de lesiones arterioscleróticas intracraneales (3).

Las ECV constituyen la tercera causa de muerte en nuestro país, presentando un comportamiento muy similar al de los países desarrollados. En los últimos cinco años mueren como promedio anualmente unas 7900 personas, de ellos alrededor del 85% tienen 60 años o más, lo que hace a estas edades las de mayor riesgo de morir por estas enfermedades. La tasa bruta reportada en los últimos cinco años ha estado por encima del 75 por 100 000 habitantes, con una tasa ajustada por encima de 45 por 100 000 habitantes. Ha existido un incremento del número de defunciones por estas entidades en la medida que la población cubana ha ido envejeciendo 3912 en 1970, 3881 en 1980 y más de 7000 defunciones anuales en los últimos cinco años. Siendo la capital del país y las provincias centrales la de más elevada mortalidad por estas enfermedades. En cuanto al sexo ha existido un predominio de la mortalidad en el sexo femenino en los últimos años y estas enfermedades constituyen la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos solo superada por las enfermedades del corazón y los tumores malignos (1,4).

Factores de riesgo.

Existen un grupo de factores de riesgo que guardan una estrecha relación con la incidencia y mortalidad de los pacientes con enfermedades cerebrovasculares, Se plantea que cifras de tensión arterial diastólica iguales o superiores a 110mmhg aumentan significativamente el riesgo de ictus en 10 años, así como el riesgo de mortalidad por ictus (5,6), la diabetes mellitus incrementa el riesgo de ictus en 5 años, así como el riesgo de morir por esta enfermedad (7,8), el consumo de

tabaco es otro de los factores de riesgo relacionado con esta enfermedad con un riesgo relativo de ictus en el plazo de 10 años de 1,9 para fumadores de menos de 20 cigarrillos al día y de 2,7 para fumadores de más cantidad (9).los niveles elevados de colesterol, se asocia con un riesgo aumentado de padecer un ictus no hemorrágico(10).también existen un grupo de enfermedades cardiovasculares claramente asociadas a un riesgo elevado de padecer de un ictus isquémico como son la fibrilación auricular, la cardiopatía isquemia, la insuficiencia cardiaca y la arteriopatía periférica (11).

Etiopatogenia.

La enfermedad cerebrovascular es causada por uno de los siguientes mecanismos fisiopatológicos que afectan a los vasos cerebrales: a) procesos vasculares intrínsecos (aterosclerosis, lipohialinosis, inflamación, deposito de

amiloide, disección arterial, malformaciones congénitas, dilatación aneurismática o trombosis venosa); b) procesos dístales al cerebro (embolismo desde el corazón o desde vasos extracraneales); c) procesos que originan inadecuada perfusión cerebral(por disminución de la presión de perfusión cerebral o por aumento de la viscosidad de la sangre); d) ruptura de un vaso en el espacio subaracnoideo o en el tejido intracerebral. Los tres primeros mecanismos originan isquemia cerebral, mientras que el cuarto es el responsable de las hemorragias cerebrales primarias.

Formas clínicas.

La ECV puede presentarse de cuatro formas clínicas diferentes (12) asintomático (hallazgos de pruebas de neuroimagen: estenosis carotidea, infartos silentes, leucoaraiosis); 2) disfunción cerebral focal, bien en forma de accidente isquémico transitorio o ictus (infarto o hemorragia cerebral); 3) demencia vascular, secundaria a múltiples isquemias cerebrales; y 4) encefalopatía hipertensiva, en el contexto de una emergencia hipertensiva con predominante y grave afectación cerebral.

Tomografía axial computarizada y ECV.

Transcurría el año 1973 cuando Hounsfield, que era un ingeniero inglés, especulaba sobre la reconstrucción de densidades radiológicas del cuerpo, partiendo de un determinado número de medidas de la transmisión de un haz fino de rayos X. Concluyó que podía alcanzarse con moderadas dosis de radiación y que podía conseguirse con una exactitud del 0,5%, muy superior a

la de los procedimientos radiológicos convencionales, crea así la tomografía computadorizada, alcanzando el premio Nobel en 1979 por su aporte a la ciencia de las imágenes(13).

La actual utilización del ordenador en radiología y la mayoría de los tratamientos de la imagen digitalizada comenzaron y se desarrollaron con la introducción de esta técnica, que es sin duda la mayor revolución en el diagnóstico por imágenes desde el descubrimiento de los rayos X en 1895. En la actualidad es un procedimiento consagrado de utilidad contrastada pero todavía creciente y que ha revolucionado la radiología diagnóstica y la medicina en general (13,14).

Los estudios imagenológicos constituyen una herramienta fundamental en el diagnóstico de las ECV, Hachinski (15) en 1985 expreso que la comprensión de las ECV supone dos eras antes y después de la tomografía, por ello se reconoce que si bien el examen y el manejo clínico deben regir la atención a estos pacientes, estos por si solo no constituyen un método definitivo para distinguir las variadas formas clínicas de las ECV y aquellos portadores de otras enfermedades del sistema nervioso. Al analizar la correlación entre la clínica y la imagenología siempre se encontrara un margen de error probablemente relacionado, con el mecanismo de producción (16).

La tomografía axial computadorizada (TAC) es el proceso de usar computadores para generar una imagen tridimensional a partir de radiografías planas (bidimensionales). Permite ver tejidos "blandos", que por sus pocas consistencias dejan pasar gran parte de los rayos x, por lo que se ven mal en la radiografía convencional.

El diagnóstico de la naturaleza de la enfermedad cerebrovascular es clínico tomográfico, por lo que es esencial la realización de TAC de cráneo de urgencias sin contraste al momento del ingreso. La misma permite descartar la hemorragia parenquimatosa, cualquiera que sea su localización. Si deja dudas

si deja dudas (tumor cerebral) se completara el estudio con la TAC con contraste intravenoso.

La importancia de la TAC de urgencia en la diferenciación entre hemorragia cerebral e infarto cerebral es invaluable, ya que la presentación clínica de ambas patologías puede ser indistinguible. Ningún paciente debe ser tratado con anticoagulantes o trombolíticos hasta que la TAC haya descartado la presencia de hemorragia intraparenquimatosa.

Ante la sospecha de hemorragia intracerebral, la tomografía es el método diagnóstico más importante en el momento inicial (17). La hemorragia intracerebral aparece como un área hiperdensa, aunque puede ser isodensa en pacientes con anemia grave. Al rodearla, puede haber un área hipodensa correspondiente a edema y necrosis. La TAC no solo permite identificar y caracterizar la lesión hemorrágica, sino que además ayuda a identificar posibles complicaciones como la presencia de efecto de masa, de hidrocefalia secundaria o extravasación secundaria a ventrículos o espacios subaracnoideos. Si se utiliza contraste puede observarse un realce en anillo a los 7 o 10 días, por la aparición de vasos neoformados, que pueden persistir hasta seis meses (18).

A partir de la imagen de la tomografía se puede calcular el volumen de la hemorragia. Hoy existen modernos tomógrafos que calculan directamente este volumen por medio de softwares. cuando no se dispone de uno de ellos se utiliza el método validado del $(ABC)/2$ para inferirlo (19,20). Esta fórmula se basa en la asunción de que el hematoma de una hemorragia intracerebral espontánea (HICE) presenta una forma de elipsoide, sus parámetros se determinan mediante la selección del corte tomográfico donde la hemorragia presenta su mayor diámetro y en el se mide la longitud lineal máxima A, posteriormente se mide la anchura máxima B, como la máxima extensión del hematoma en un plano perpendicular a A, mientras que el grosor del hematoma C, se obtiene al multiplicar el número de cortes en que la hemorragia es visible

por el espesor de estos. De este calculo resulta la siguiente formula Volumen en $\text{cm}^3 = (\text{A} \times \text{B} \times \text{C}) / 2$.

En la enfermedad cerebrovascular isquémica el estudio tomográfico suele resultar normal en las primeras 24 horas, o sea que su utilidad es descartar la presencia de sangre (hiperdensidad) u otra lesión sin embargo posterior a las 48 horas el infarto isquémico se presenta como una zona hipodensa, mientras que en algunos infartos embólicos se presenta una zona hipodensa con hiperdensidad central por transformación hemorrágica del infarto (21).

Factores Pronóstico.

El interés por determinar los factores pronostico relacionados con la evolución y la mortalidad de los pacientes con ECV ha sido una constante preocupación de los investigadores. Sin embargo los resultados de estas investigaciones, especialmente las iniciales, deben interpretarse con cautela debido a errores metodológicos y a diferencias de diseño. No obstante, el empleo del método multivariado en los estudios más reciente ha aportado información más precisa.

La mortalidad del ictus cerebral (considerando globalmente, tanto isquémicos como hemorrágicos) en el primer mes se cifra en un 5-28%(para pacientes con una media de edad de 70-75+/-10 años), de manera que una décima parte (4%-14%) de los pacientes ingresados en un hospital a consecuencia de un ictus fallecerán en los primeros treinta días. Al año del padecimiento de un primer episodio de ictus, una tercera parte (16-41%) de los pacientes han fallecido, lo

que implica que el riesgo de muerte aumenta hasta 10 veces al sufrir un ictus. Entre el primer y quinto año tras el padecimiento del ictus, el riesgo anual de muerte es del 10% por año, dos veces mayor que el esperable para la misma población que no ha padecido un ictus. La mortalidad acumulada llega hasta el 35-60% a los 5 años (22, 23,24).La mortalidad vascular es la responsable del 75% de las muertes acontecidas en el primer mes tras el padecimiento del ictus, y del 43% de los fallecimientos posteriores (23).

En las HICE se citan como factores pronósticos independientes el valor inicial de la escala de coma de Glasgow, la edad del paciente, el volumen de la hemorragia, la extensión intraventricular de la misma y la presencia de hidrocefalia(20,25). El término “independiente” no implica que todos estos factores contribuyan por igual en la evolución del enfermo; por ejemplo, la presencia de un coma inicial es un signo que supera al resto de las variables pronosticas (26); cierto es que el grado de afectación del nivel de conciencia se determina en gran medida por el volumen de la hemorragia, pero también por su localización o su asociación con otros trastornos (por ejemplo, hidrocefalia); una hemorragia de 50ml en el lóbulo frontal es tolerada mejor que una de igual volumen en el tálamo. En las HICE que no se inicien con un coma (por ejemplo, en las hemorragias lobares), otros indicadores pronósticos, como el volumen de la hemorragia, adquieren mayor relevancia como variable independiente (27).Por otra parte la presencia de hipertensión arterial (HTA) inicial puede modificar la significación pronostica de estas variables si la hemorragia se encuentra localizada en el cerebelo, sin embargo en el caso de las hemorragias supratentoriales la HTA no modifica el significado pronostico de las mismas(28,29).

A pesar de las diferencias, casi todos los estudios han identificado el nivel de conciencia en el momento de la admisión y el volumen de la hemorragia como factores pronósticos en las HICE. Aunque queda claro que algunos indicadores

cambian o incluso se anulan según el lugar de asiento de la hemorragia. Por otra parte tras la realización de varios de los últimos estudios, han emergido nuevamente resultados dispares. Esto no significa que el valor pronóstico de algunas variables quede anulado de facto; a esta conclusión solo podrá arribarse si dichos resultados son reproducidos consistentemente por medio de nuevas series independientes.

Existen múltiples estudios que han tratado de identificar a los factores que se relacionan con el pronóstico y la mortalidad de los pacientes con ECV isquémica. La edad de aparición de la enfermedad ha sido uno de los factores relacionado con el pronóstico de estos pacientes al plantearse por los investigadores (30,31) que una mayor edad influye de manera negativa en la recuperación funcional y el pronóstico de los mismos, Fiorelli demostró en su trabajo que la edad superior a los 70 años constituye un factor determinante de una menor recuperación a los tres meses (31).

No existen dudas respecto a la influencia de los factores de riesgo vascular en la génesis de lesiones isquémicas más frecuentes, extensas y múltiples, contribuyendo a incrementar el número de infartos cerebrales, su magnitud y consecuentemente el grado de deterioro neurológico, limitando el grado de recuperación de los enfermos, existen estudios que han revelado que la asociación de tres o más factores de riesgo es altamente contribuyente en la aparición de ictus con mayor déficit neurológico y peor pronóstico a corto y a largo plazo(32,33).

Resulta interesante que la latencia de ingreso mayor de 6 horas predomina en los enfermos con peor evolución tanto a los treinta días como a los tres meses de ocurrido el ictus, también se ha encontrado una mayor demora del ingreso hospitalario asociada a un peor pronóstico funcional. Además es sabido que la eficiencia de la terapéutica en el ictus es superior cuando esta se iniciada con prontitud. Se han señalado las primeras seis horas como decisivas en la obtención de dos objetivos esenciales: reperusión y neuroprotección (30,34).

La gravedad del déficit neurológico inicial ha sido señalada como uno de los principales factores clínicos con valor pronóstico. La gravedad del ictus es proporcional a la magnitud del vaso obstruido y, por ende, a una mayor área de infarto, o sea, de necrosis neuronal con la consecuente menor capacidad de recuperación de las funciones afectadas (35).

Las escalas de valoración son herramientas útiles para intentar cuantificar de forma fiable y precisa, la gravedad del ictus su progresión y su desenlace.

Las escalas neurológicas nos permiten detectar empeoramientos o mejorías del déficit en las funciones neurológicas básicas, se deben aplicar de forma sistemática al ingreso y en los intervalos establecidos. La más conocida para la valoración de pacientes en estupor o coma, es la escala de coma de Glasgow aunque se diseñó inicialmente para la valoración del trauma cráneo encefálico y no para el ictus, entre las escalas neurológicas para el ictus las más difundidas son la NIH Stroke Scale, la escala neurológica canadiense y la escala escandinava.

Las escalas funcionales tratan de medir lo que los pacientes son capaces de hacer en la vida diaria para compararlo con lo que pueden o podrán hacer. En estas escalas puntúan funciones básicas de cuidado personal y relación con el entorno, intentan medir por tanto autonomía personal. Debería de consignarse su puntuación al ingreso, valoración previa al ictus, al alta y en el seguimiento, entre las más utilizadas tenemos el índice Barthel, de Katz etc.

Las escalas de evolución global son aquellas que valoran las minusvalías, entre las más aplicadas tenemos la de Rankin, la de evolución de Glasgow y la de handicap de Oxford. Todas estas escalas nos permiten realizar una evaluación del paciente lo cual nos permitirá conocer el estado actual de su enfermedad y establecer una mejor planificación de la terapéutica a seguir.

Tratamiento.

El tratamiento de esta entidad está dado por un grupo de medidas generales encaminadas a recuperar el área de penumbra isquémica y a evitar a que se extienda la lesión y en dependencia de los dos grandes grupos será el tratamiento específico en los isquémicos se emplearan antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes y en los hemorrágicos puede que sea necesario la intervención quirúrgica

METODOLOGIA INVESTIGATIVA

Se realizo una investigación descriptiva en el periodo comprendido entre el 1ro de enero y el 31 de diciembre de 2008, para la obtención del dato primario se revisaron las historias clínicas de la totalidad de los pacientes ingresados con el diagnostico de ECV en el hospital "Roberto Rodríguez Fernández". Los datos fueron recogidos en una encuesta confeccionada al efecto, se utilizo la proporción como estadígrafo de resumen de la información y se confeccionaron tablas de distribución de frecuencias para emitir conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

Resultados y discusión.

1. Distribución de los pacientes según grupos de edad y sexo.

GRUPOS DE EDADES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%
16-30	0	0	0	0	0	0
31-45	4	2,0	1	0,5	5	2,5
46-60	18	9,2	12	6,1	30	15,3
61-75	39	19,9	26	13,3	65	33,2
+ 75	51	26,0	45	22,9	96	49,0
TOTAL	112	57,2	84	42,8	196	100

En la tabla no1 se muestra la distribución de los pacientes según grupos de edades y sexo, pudiéndose observar que la enfermedad fue más prevalente en el grupo de edad de más de 75 años 49,0 % y en cuanto al sexo predomino el sexo masculino con un 57,2 %, esto reafirma lo planteado por otros autores de que las enfermedades cerebro vasculares son más frecuentes en el sexo masculino y en la medida de que avanza la edad ya que existe un mayor tiempo de exposición a los factores de riesgo(1-4).

2. Distribución de los pacientes según tipo de ECV.

TIPO DE ECV	No	%
ISQUEMICOS	164	83,7
HEMORRAGICOS	32	16,3
TOTAL	196	100

En la tabla no 2 observamos la distribución de los pacientes atendiendo al tipo de ECV, 164 de nuestros pacientes para un 83,7% presentaron una ECV isquémica y 32 pacientes para un 16,3% fueron hemorrágicos estos resultados son similares a lo planteado en la literatura al decir que aproximadamente el 80% de los pacientes con una ECV lo hacen en su variedad isquémica (1; 2).

3. Distribución de los pacientes según tipo de ECV y presencia de antecedentes patológicos personales

TIPO DE ECV	HTA		DM		ATI	
	No	%	No	%	No	%
ISQUEMICOS(n=164)	99	60,4	25	15,2	10	6,1
HEMORRAGICOS(n=32)	16	50	3	9,4	0	0
TOTAL(n=196)	115	58,6	28	14,3	10	5,1

En la tabla no 3 se puede apreciar el comportamiento de los factores de riesgo según tipo de enfermedad cerebrovascular la hipertensión arterial (HTA) constituyo el factor de riesgo más prevalente lo que se corresponde con lo planteado por otros estudios (5;6) que lo describen como un factor de riesgo fuertemente asociado a la morbimortalidad por ECV, otros factores de riesgo encontrados en nuestra serie fueron la diabetes mellitus (14,3%) y los ataques de isquemia transitorios (5,1%) estos factores de riesgo predominaron en los pacientes isquémicos.

4. Distribución de los pacientes según tipo de ECV y presencia de complicaciones durante el periodo de hospitalización.

TIPO DE ECV	S.RESP		TEP		D.H.E		RESANGRADO	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
ISQUEMICOS	10	5,1	1	0,5	4	2,04	0	0
HEMORRAGICOS	3	1,5	0	0	0	0	1	0,5
TOTAL	13	6,6	5	2,5	4	2,04	1	0,5

En nuestro estudio 23 pacientes presentaron complicaciones durante el periodo de hospitalización, estas fueron más prevalentes en los pacientes isquémicos con 16 y entre las complicaciones más frecuentes tenemos la sepsis respiratoria en el 6,6% de los casos, siguiéndoles en orden de frecuencia el tromboembolismo pulmonar en el 2,5%, el desequilibrio hidromineral en el 2,04% y el resangrado complicación que se presentó en un paciente hemorrágico para un 0,5%.

5. Distribución de los pacientes según tipo de ECV y estadía hospitalaria.

TIPO DE ECV	0-7 DIAS		8-14 DIAS		+ DE 14 DIAS	
	NO	%	NO	%	NO	%
ISQUEMICOS	93	53,7	42	24,3	26	13,2
HEMORRAGICOS	7	4,0	5	2,9	23	11,7
TOTAL	100	57,8	47	27,2	49	25,0

En la tabla podemos apreciar como la mayoría de nuestros enfermos 57,8% presento una estadía hospitalaria de hasta 7 días esto pensamos se debe a la existencia de la unidad de ictus en la que se preconiza se realice el egreso lo más precoz posible con el ánimo de disminuir complicaciones medicas propias de3 la hospitalización.

6. Distribución de los pacientes según tipo de ECV y forma de egreso hospitalaria.

TIPO DE ECV	VIVO		FALLECIDO	
	NO	%	NO	%
ISQUEMICOS (n=164)	155	94,5	9	6,5
HEMORRAGICOS (n=32)	28	87,5	4	12,5
TOTAL (n=196)	183	93,4	13	6,6

En la tabla no 6 se observa cómo se comportó la letalidad hospitalaria en nuestros pacientes 183 de nuestros enfermos egresaron vivos para un 93,4% y solamente 13 pacientes fallecieron durante el periodo de hospitalización para un 6,6%.la mortalidad fue superior en la enfermedad cerebrovascular hemorrágica con respecto a la isquémica, estos aspectos se comportaron de forma similar en la literatura revisada (6).

Conclusiones.

1. Predomino el grupo de edades de más de 75 años y el sexo masculino.
2. El 83,7% de los enfermos presento un ictus isquémico.
3. Fue la HTA el factor de riesgo más prevalente en nuestros pacientes
4. La sepsis respiratoria fue la complicación más frecuente en un 6.6%
5. El 57,8% de nuestros enfermos presento una estadía hospitalaria de hasta 7 días.
6. La letalidad hospitalaria en nuestra serie fue mayor en el ictus hemorrágico

Referencias bibliográficas.

1. Buergo M, Serrano Programa Nacional de prevención y control de las enfermedades cerebrovasculares en Cuba. RESUMED.2000; 13(4):174-181.
2. Miranda JA, Pérez G. Epidemiología .Enfermedades cerebrovasculares, editorial oriente, 2004: 31-34.
3. Del Brutto O. Prevalencia del ictus en sudamerica. Stroke 2003; 34:2103-2108.
4. Anuario estadístico del ministerio de salud pública año 2006.

5. Grau AJ, Bugge F, Heindl S, Steichen-Wiehn C, Banerjee T, Maiwald M et al. Recent infection as a risk factor for cerebrovascular ischemia. Stroke 1995; 26:373-379.
6. Hartmann A, Rundek T, Mast H, Paik MC, Boden-Albala B, Mohr JP et al. Mortality and causes of death after first ischemic stroke. Neurology 2001; 57:2000-2005.

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;65:794-8

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 Softwarer

10. Brott T, Bogousslavsky J. Treatment of acute ischemic

11. Stroke. *N Engl J Med* 2000; 343:710-722.

12. Adams H, Adams R, Zoppo G del, Goldstein LB. Guidelines for the early management of patients with ischemic
13. stroke. *Stroke* [serie en Internet]. 2005 [Citado 2 feb 2009]; 36: [aprox. 30 p.].

14. Asplund K. Hemodilución para el accidente cerebrovascular isquémico agudo. [base de datos en internet]. En La
15. Biblioteca Cochrane 2008. [actualizado 2 nov. 2008; [citado 19 Marzo 2009].

16. Leciñana-Cases MA de, Pérez GE, Díez-Tejedor E. Recomendaciones para el tratamiento y prevención del ictus. *Rev*
17. *Neurol.* 2004; 39 (5): 465-86.

18. Guías nacionales de práctica clínica para enfermedad cerebrovascular (ECV). La Habana: MINSAP; 2007.

19. Horn J, Limburg M. Antagonistas del calcio para el accidente cerebrovascular isquémico agudo. [base de datos en
20. internet].

21. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Atención hospitalaria organizada (unidad de accidentes cerebrovasculares) para
22. el accidente cerebrovascular.

23. Manktelow B, Gillies C, Potter JF. Intervenciones en el tratamiento de los lípidos séricos para prevenir la recurrencia de accidentes cerebrovasculares.

25. 12. [Diener HC](#), [Bogousslavsky J](#), [Brass LM](#), [Cimminiello C](#), [Csiba L](#), [Kaste M](#), et al. Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischaemic stroke or transient ischaemic attack in high-risk patients (MATCH): randomised, double-blind, placebo-controlled trial. [Lancet](#) 2004;364(9431):331-7.

26. 13. High-Dose Atorvastatin after Stroke or Transient Ischemic Attack The Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) Investigators. *N Engl J Med* 2006;355:549-59.

27. 14. CECIL. TRATADO DE MEDICINA INTERNA. TOMO III .CAP 418, PAG 2376-2410.

Anexos.

Nombre y Apellidos

HC.

Edad :

Sexo

APP:

Estadia hospitalaria en dias

Complicaciones médicas:

1. ----- .
 2. -----
 3. -----
 4. -----
-

Forma de egreso:

VIVO:

FALLECIDO