

# **LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUEMICA EN EL HOSPITAL ENRIQUE CABRERA,2016**

Palma Lòpez María Elena <sup>1</sup>

Aboy Capote lino <sup>2</sup>

Sanchez Sanchez Miguel <sup>3</sup>

<sup>1</sup>HGD Enrique Cabrera,Medicina Interna,la habana,Cuba,palmamaria@infomed.sld.cu

<sup>2</sup> HGD Enrique Cabrera.Medicina Interna.,Cuba,linoaboy@infomed.sld.cu

<sup>3</sup> HGD Enrique Cabrera.Medicina Interna.,Cuba,palmamaria@infomed.sld.cu

## **Resumen**

**La enfermedad cerebrovascular(ECV) es una enfermedad devastadora constituye una de las principales causas de morbilidad y discapacidad en la poblacion adulta Se realiza un estudio descriptivo de pacientes ingresados en la sala de ictus en el hospital Enrique Cabrera ,año 2016; incluye 293 pacientes con ECV isquemica aterotrombotica con el objetivo de realizar una caracterizacion clinica y epidemiologia de estos pacientes.Resultados: El 59.1% corresponden a pacientes del sexo femenino y 48.1% al masculino,mas del 50% tenian 50 años y màs. La media de la presion arterial sistolica fue de 144.7 mmhg ,la media de la presion arterial diastolica de 83.89 mmhg y de la presion de pulso de 60.83 mmhg.Los factores de riesgo con mas frecuencia fueron la hipertension arterial para un 80.5% y la diabetes mellitus para un 25.9%.Existe asociacion de la presion de pulso y la edad en los grupos de 60 años y màs La localizacion mas frecuente fue la paraventricular izquierda para un 7.8%.La corta estadia se presentò con una frecuencia de 60.4% y la frecuencia de egresados vivos es de 86.3% Conclusiones; la enfermedad cerebrovascular isquemica aterotrombotica en el periodo estudiado esta relacionada con la hipertension arterial ,la presion de pulso elevada y la edad ,la frecuencia de fallecidos es baja y la evolucion favorable.**

**Palabras clave:enfermedad cerebrovascular aterotròmbotica,factores de riesgo,marcadores de riesgo ,complicaciones**

## Introduccion

Es la enfermedad neurológica del adulto de mayor impacto en la Salud Pública, dada su alta incidencia, alta mortalidad y el alto grado de invalidez que conlleva<sup>(1)</sup> En los países anglosajones el 80 a 85% se debe a infarto cerebral isquémico, debido a la obstrucción de una arteria nutricia y 10 a 15% son hemorrágicos, por ruptura de un vaso. La incidencia del primer episodio de infarto cerebral fue de 60 por 100.000 habitantes/ año. Un 93% de los infartos cerebrales nuevos se produce en personas mayores de 45 años; edad promedio de 66.5 años y 56% de ellos en hombres. La mortalidad al mes de un primer infarto cerebral es de 19% y a los 6 meses de 28%. Un 18% de las personas quedan con una dependencia moderada o severa a los 6 meses después de un infarto cerebral.<sup>(2)</sup> En Cuba según el Anuario Estadístico de Salud del 2013 <sup>(3)</sup> el número de defunciones por ECV fue de 8891 pacientes para una tasa 79 muertes por cada 100 mil habitantes, ocupando esta enfermedad el tercer lugar entre las causas de muerte.<sup>(4)</sup> El término infarto cerebral aterotrombótico o trombótico se refiere a aquel en que la necrosis del tejido cerebral se debe a oclusión como consecuencia de una lesión aterosclerótica de la pared de una arteria. Aunque la mayor parte se debe a aterosclerosis de las arterias de gran calibre intracraneales y de troncos supra aórticos, existen otras causas menos frecuentes como la displasia fibromuscular, la disección de las paredes arteriales, los estados protrombóticos y otros.<sup>(5)</sup> El enfrentamiento médico de la Enfermedad Cerebro Vascular aterotrombótico implica un trabajo multidisciplinario que debiera empezar con la prevención primaria, es decir, con la detección y manejo de sujetos con factores de riesgos modificables, como hipertensión, diabetes, dislipidemia, cardiopatías, etc. De igual modo, una vez producido el evento clínico, en aquellos que lo sobreviven deben manejarse las complicaciones médicas que frecuentemente se observan como neumonía, trombosis venosa, escaras, etc. y la prevención secundaria y terciaria para prevenir recurrencias y lograr la mejor rehabilitación posible.<sup>7-10</sup> Problema científico ¿Cuáles son las características clínico y epidemiológicas en pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica aterotrombótica ingresados en el servicio de ictus en el Hospital General Docente Enrique Cabrera en el 2016. Objetivo Realizarr una caracterizacion clinico epidemiologica de pacientes con enfermedad cerebrovascular ingresados en el servicio de Ictus del Hsospital General Docente Enrique Cabrera en el 2016.

## Material y metodo

Clasificación de la investigación: Estudio observacional,descriptivo y transversal. Aspectos generales del estudio: Definición del universo de estudio: Todos los pacientes con diagnóstico de Enfermedad Cerebrovascular ingresados en la sala de ictus en el periodo de estudio 2016.: Poblacion objeto de estudio 293 pacientes ingresados en el servio de ictus del HGD Enrique Cabrera en el año 2015 que cumplan con los Criterios de inclusiòn. Pacientes de ambos sexos con 18 años o más y pacientes con diagnóstico de Enfermedad Cerebrovascular de tipo aterotrombótico..Criterios de exclusiòn:Pacientes gestantes.Pacientes con traumas del SNC asociados.. Formas para controlar los sesgos de diseño como aleatorización, apareamiento y enmascaramiento:Para evitar los sesgos en la recolección del dato primario, fueron recogidos por el investigador principal, o en su defecto por el investigador sustituto, previamente impuesto de los aspectos técnicos y metodológicos del proyecto. Se realizó , un corte de los datos recogido los que serán tabulados y editados. Dadas las característica del proyecto, no es necesario aleatorización, apareamiento ni enmascaramiento. Obtención de la informaciónLa información se obtuvo del interrogatorio,examen físico y de la historia clínica individual de cada paciente.Se confeccionó una base de daros en excel donde se almacenaron los datos a través de un instrumento confeccionado al efecto.

## Resultados y Discusiòn

Tabla 1 Distribuciòn por edad y sexo

Grupo de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
40-49	11	7,8	7	4,6	18	6,1
50-59	25	17,7	15	9,9	40	13,7
60-69	36	25,5	38	25	74	25,3
70-79	38	27	50	32,9	88	30,0
80 y más	31	22	42	27,6	73	24,9
Total	141	48,1	152	51,9	293	100,0

Fuente Modelo de recoleccion de datos

Se observa en la tabla 1 que el 51,9% eran del sexo femenino y 48,1% del sexo masculino. Más del 50% tenía 60 años y más, con una mayor frecuencia en el grupo de 70-79 años: 88 pacientes para un 30,0%. La aterosclerosis avanza con la edad y también sus complicaciones. En cuanto al sexo, el hombre es afectado con más frecuencia que la mujer. En el presente estudio predomina el género femenino aunque la diferencia no es significativa, en la literatura describen el aumento de la ECV en la mujer en las últimas décadas.<sup>11</sup>

Tabla 2 Distribución según variables cuantitativas

Variables cuantitativas n=293	Media	DS(desviación Estandart)	TE(test de student)
Edad	70,27	12,12	0,000
PAS	144,70	23,15	0,000
PAD	83,89	14,00	0,000
PP	60,83	15,73	0,000

Fuente Modelo de recolección de datos.

DS Desviación estándar TE: Test de student

Se observa en la tabla 2 que la media de la edad es de 70.27, la de la PAS de 144.70, la de la PAD de 83,89 y la de la PP de 60,83, resultados significativos. Es un hecho universalmente aceptado que la edad es un factor de riesgo importante para la ECV, sobre todo isquémica.<sup>11</sup> En el estudio RENAMEVASC<sup>12</sup> se demostró que al disminuir las cifras de presión arterial diastólica (PAD) en 5-6 mmHg se lograba una disminución en el riesgo de sufrir un primer evento de ECV entre 35-40 % y que con la disminución de 10-12 mmHg en la presión arterial sistólica en pacientes con ataque isquémico transitorio (AIT) o con ECV previo, se lograba disminuir el riesgo anual de sufrir un ictus de un 7 a 4,8 %.

Tabla 3 Distribucion según factores y marcadores de riesgo estudiados

Factores y marcadores de riesgo		No	%
Hipertensión arterial	Si	236	80,5
	No	57	19,5
Diabetes Mellitus	Si	76	25,9
	No	217	74,1
Hab de fumar	Si	37	12,6
	No	256	87,4
Dislipidemias	Si	17	5,8
	No	276	94,2
Alcoholismo	Si	18	6,1
	No	275	93,9
Presion de pulso=>50 mmhg	Si	201	68,3
	No	92	31,4
Presion art sistolica =>140 mmhg	Si	151	51,5
	No	142	48,4
Presionartdiastolica =>90 mmhg	Si	98	33,4
	No	195	66,5

Fuente Modelo de recoleccion de datos.

Se observa en la tabla 3 que los factores de riesgo más frecuentes fueron la Hipertensión Arterial 236 pacientes para un 80,5% y la Diabetes Mellitus 76 pacientes para un 25,9%. dos importantes factores de riesgo de aterosclerosis que aumentan la frecuencia de infartos cerebrales aterotromboticos . Algunos trabajos han demostrado que la proporción de ictus dependientes de hipertensión arterial oscila entre 35 y 50 % en dependencia de la edad. Se observa que los marcadores de riesgo más frecuentes fueron la PP mayor e igual de 50 mmhg, 201 pacientes para un 68,3% y la PAS mayor e igual de 140,151 pacientes para un 51,5%, dos biomarcadores que incrementan el riesgo vascular. Muchos estudios han demostrado que la elevación de la presión de pulso es un marcador de diversas enfermedades como: estenosis de la arteria carótida, aterosclerosis aórtica, infarto agudo de miocardio y accidentes vasculares encefálicos.<sup>13</sup>

Tabla 4 Distribucion segun principales localizaciones topograficas por estudio tomograficos

Localizaciones	No	%
Paraventricular izquierda	23	7,8
Paraventricular derecha	17	5,8
Parietal izquierda	16	5,5
Parietal derecha	14	4,8
Occipital derecha	12	4,1
Occipital izquierda	10	3,4

Fuente Modelo de recoleccion de datos

Se observa en esta tabla 4 que la principal localización topograficas encontrada fue la paraventricular izquierda 23 pacientes para un 7.8%. La Tomografía axial computarizada es de gran valor para el diagnostico, conducta terapeutica inicial y evolución del evento cerebrovascular ,en este estudio se realizaron 276 para un 94,1%, elemento a favor de la atención del paciente.

Tabla 5 Distribucion según estadia hospitalaria

Estadia hospitalaria	No	%
1-6	177	60,4
7-14	85	29,0
15-24	23	7,8
=>24	8	2,7
Total	293	100,0

Fuente Modelo de recoleccion de datos

Según estadia hospitalaria ,la mayor frecuencia fue para la corta estadia 177 pacientes para un 60,4% de los casos esto contribuyó a que la evolución resultara mas favorable, con poca frecuencia de complicaciones intrahospitalarias ,mayor numero de egresados vivos 253 para un 86,3% y menor frecuencia de fallecidos .40 pacientes para un 13,7% delos casos.

Tabla 8 Relacion de las complicaciones con el estado al egreso

Complicaciones	Estado al egreso			
	Fallecidos	%	Vivos	%

Si	19	47,5	41	16,2
No	21	52,5	212	83,8
total	40	100,0	253	100,0

Fuente Modelo de recolección de datos

Se observa en la tabla 8 una mayor frecuencia de fallecidos en el grupo de pacientes complicados 19 pacientes para un 47,5% ,lo que indica que las complicaciones tuvieron relación con el mal pronóstico.

Conclusiones:

- El sexo femenino, la edad de 60 años y más, la Hipertensión Arterial , la Diabetes Mellitus y la presión de pulso mayor de 50 mmhg fueron los factores y marcadores de riesgo que se encontraron con mayor frecuencia.
- La localización topográfica por estudio tomográfico más frecuente fue la paraventricular izquierda
- Resulto más frecuente la corta estancia , y la baja frecuencia de fallecidos
- Las complicaciones infecciosas intrahospitalarias se relacionan con mayor frecuencia de fallecidos , considerando a las mismas como un elemento de mal pronóstico.

Referencias bibliográficas

1. Araya F.: Fisiopatología de la Enfermedad Cerebro-Vascular. En “Fisiopatología del Sistema Nervioso”. Gómez A., Motles E., Ed. Mediterráneo, Santiago, 2010.
2. Kolominsky-Rabas P. Weber M., Gefeller O. Epidemiology of Ischemic Stroke Subtypes According to TOAST Criteria. Stroke. 2011; 32: 27-35.
3. Lavados PM, Hennis AJ, Fernandez J, Medina MT, Legetic B, Hoppe A, et al. Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean. Lancet Neurol. 2007; 6:362-72.
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud de Cuba Abril 2013. [Internet] Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario> ISSN: 1561-4425

5. Bogousslavsky J, Caplan L, Medina MT, Dewey H, Diserens K, Donnan G. Stroke: selected topics. NY: Demos Medical Pub; World Federation of Neurology, 2007(4).
6. Hankey G, Warlow C. Treatment and secondary prevention of stroke: evidence cost. Andeffects on individual and populations. Lancet 2009; 354: 1457-63.
7. Progress Collaborative Group. Randomised Trial of perindopril based blood-pressurelowering among 6,105 individual with previous stroke or transient attacks. Lancet 2011; 358: 1033-41.
8. Sempere AP, Ferrero M, Tahoces ML, et al. Efectos secundarios del tratamientoantitrombótico en la prevención secundaria de la enfermedad cerebrovascular. RevNeurol 2000; 30 (1): 5-7.
9. Ogawa A., Mori E., Minematsu K., et al.: Randomized trial of intraarterialinfusión de urokinasa within 6 hours of middle cerebral artery stroke: the middle cerebral artery embolism local fi brinolytic intervention trial (MELT) Japan. Stroke 2010; 38:2633--39.
10. Parsons M., Barber P., Chalk J. Diffusion-and- perfusion weighted MRI response to thrombolysis in stroke. Ann Neural 2012; 51:28-37.
11. de la Rosa R, García Rodríguez Y, González Ramírez J, Fernández Benítez D. La enfermedad cerebrovascular isquémica, prioridad en Esmeralda. (Spanish). Rev Cubana Hig Epidemiol. 2014. [cited 21 dec 2016];52(1):58-67. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032014000100006..](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000100006..)
12. Murillo-Bonilla LM, Lizola-Hernández J, Lepe-Cameros L, Ruiz-Sandoval JL, Chiquete E, León-Jiménez C, et al. Factores predictivos de discapacidad funcional y muerte a 30 días en sujetos con infarto cerebral agudo: Resultados del Registro Nacional Mexicano de Enfermedad Vascular Cerebral (Estudio RENAMEVASC). Revista Mexicana De Neurociencia. 2011 [cited 21 dec 2016];12(2):68. Available from: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=44430..>
13. Black HR, Kuller LH, O'Rourke MF, Weber MA, Alderman MH, Benetos A, et al. The first of the Systolic and Pulse Pressure (SYPP) Working Group. J Hypertens. 1999;17:(suppl 5):S3-S14.

