



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. julio 2002; 6(1): 38-47

ARTÍCULO ORIGINAL

Comportamiento clínico epidemiológico de la enfermedad cerebrovascular en San Juan y Martínez. Año 1999

Clinical-epidemiological behavior of cerebrovascular disease in San Juan y Martinez. 1999

Guillermo Luís Herrera Miranda¹.

¹Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor. Policlínico Dr. Modesto Gómez Rubio. San Juan y Martínez. Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva y transversal, con una muestra de 107 pacientes que sufrieron una Enfermedad Cerebro Vascular (E.C.V.) durante el año 1999 en San Juan y Martínez, Pinar del Río con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente la enfermedad en nuestra área de salud. La enfermedad se presentó con mayor frecuencia en hombres de 50 a 70 años de edad y en la raza negra. Los factores de riesgo más frecuentes fueron el tabaquismo, la Hipertensión Arterial y los ictus previos. Fallecieron 32 pacientes, predominando como causas de muerte el Infarto Agudo del Miocardio, La Neumonía y las Arritmias Cardíacas. La monoplejía braquial derecha, la hemiplejía derecha y las afasias fueron las secuelas neurológicas más frecuentes que se presentaron después de los ictus ocurridos, donde predominaron los Ataques Transitorios de Isquemia (A.T.I.), los ictus trombóticos y la hemorragia subaracnoidea. Se utilizó el método estadístico chi cuadrado para el procesamiento estadístico de los resultados.

Palabras clave: TRASTORNOS CEREBRO - VASCULARES/etiología/epidemiología.

ABSTRACT

During 1999, a descriptive and cross - sectional study was conducted in a sample of 107 patients suffering from Cerebrovascular Disease (CVD) in San Juan y Martínez, Pinar del Río, aimed at characterising the entity clinically and epidemiologically. The frequency of the disease was higher in black men (50 to 70 years), smoking, hypertension and previous strokes were the most frequent risk factors, (32 patients died) being acute myocardial infarction, pneumonia and cardiac arrhythmia the predominant causes of death. After the strokes the most frequent neurologic sequelae were: right brachial monoplegia, right hemoplegia and aphasia; predominating Transitory Ischemic Strokes (TIS), thrombotic strokes and subarachnoid hemorrhage. Chi - Square statistic test was used to process the results.

Key words: CEREBROVASCULAR DISORDERS/etiology/epidemiology.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cerebro vasculares constituyen la tercera causa de muerte en la población adulta en los países desarrollados. Su incidencia se sitúa según las características individuales entre 150-200 casos por 100000 habitantes por año. Su distribución para los diferentes tipos de enfermedad cerebro vascular arroja aproximadamente un 80 % para las formas isquémicas (de ellos un 60 % para las aterotrombóticas y un 20 % para las embólicas) y un 20 % para las hemorrágicas (15 % para la hemorragia intracerebral y un 5 % para la hemorragia subaracnoidea).¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la ECV como la entidad caracterizada por el rápido desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral con síntomas que duran 24 horas o más, que conducen a la muerte sin ninguna causa aparente diferente a la vascular.²

La ECV ocasiona el 10 % de las muertes en países industrializados y es responsable de una vasta carga de invalidez en la comunidad, pues del 50 al 70 % de los que sobreviven quedan con secuelas.³

En el caso de nuestro país se ha demostrado que al igual que en algunos trabajos internacionales revisados existen variaciones geográficas en la tasa de incidencia de ECV. La importancia relativa de diferentes factores de riesgo parece variar fuertemente entre los países.⁴ Existen estudios que han tratado de abordar diferencias de la ECV entre los grupos étnicos y raciales, contando con el inconveniente de la heterogenicidad genética, ambiental y cultural dentro de cada grupo.⁵

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva y transversal con una muestra constituida por 107 pacientes que sufrieron una enfermedad cerebro vascular durante el año 1999 en San Juan y Martínez, con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente la enfermedad en nuestra área de salud. Se revisaron las historias clínicas familiares e individuales de cada paciente en los consultorios médicos, las historias clínicas de los pacientes ingresados y en informe anatómo patológico de los 32 pacientes fallecidos, además se entrevistó a la totalidad de la muestra exceptuando los fallecidos, de los cuales se entrevistaron a sus familiares. A través de estos instrumentos se obtuvieron las variables relacionadas con los objetivos investigativos que incluyeron: edad, sexo, tipo de enfermedad cerebro vascular, factores de riesgo relacionados con la enfermedad, secuelas neurológicas, número de fallecidos y causa de muerte.

Los datos obtenidos se procesaron y analizaron estadísticamente mediante el método Chi Cuadrado y valor porcentual.

RESULTADOS

La distribución de pacientes según grupo de edades y tipo de enfermedad cerebro vascular, se presenta en la tabla 1, donde se observa que el ictus más frecuente fue el Ataque Transitorio de Isquemia (ATI) en 50 pacientes (46,6 %), seguido por el trombótico 24 pacientes (22,3 %), la hemorragia subaracnoidea 14 (12,9 %), la hemorragia intraparenquimatosa 12 pacientes (11,2 %) y el ictus embólico en 7 pacientes (6,5 %) en orden de frecuencia, siendo todos más frecuentes en los pacientes adultos de 50 años y más, excepto el embólico que se representó en pacientes jóvenes entre 30 y 50 años.

Tabla 1. Comportamiento clínico epidemiológico de la enfermedad cerebro vascular en San Juan y Martínez. Distribución de los pacientes según grupos de edades y tipo de enfermedad cerebro vascular.

| Grupo de edades | Tipo de E.C.V. | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------|------|------------|------|--------|------|--------|------|----------|-----|-------|------|
| | A.T.I. | | Trombótico | | H.S.A. | | H.I.P. | | Embólico | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 15 - 29 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 30 - 49 | - | - | - | - | 7 | 6,5 | 5 | 4,6 | 3 | 2,8 | 15 | 14,0 |
| 50 - 70 | 28 | 26,1 | 11 | 10,2 | 5 | 4,6 | 4 | 3,7 | 4 | 3,7 | 52 | 48,5 |
| 70 y más | 22 | 20,5 | 13 | 12,1 | 2 | 1,8 | 3 | 2,8 | - | - | 40 | 37,3 |
| Total | 50 | 46,6 | 24 | 22,3 | 14 | 12,9 | 12 | 11,2 | 7 | 6,5 | 107 | 100 |

Fuente: Cuestionario e Historias Clínicas.

A.T.I.: Ataque Transitorio de Isquemia.

H.S.A.: Hemorragia Subaracnoidea.

H.P.I.: Hemorragia intraparenquimosa.

Los factores de riesgo más frecuentes en los pacientes que sufrieron ECV se presentan en la tabla 2, predominando el tabaquismo en 77 pacientes, la hipertensión arterial en 60 pacientes, el estrés y los ictus previos presentes en 42 pacientes, y la diabetes mellitus en 38 pacientes, entre otros menos frecuentes.

Tabla 2. Comportamiento clínico epidemiológico de la enfermedad cerebro vascular en San Juan y Martínez. Factores de riesgo más frecuentes presentes en los pacientes que sufrieron una E.C.V.

| Factores de Riesgo | Tipo de E.C.V. | | | | | Total |
|----------------------------|----------------|------------|--------|--------|----------|-------|
| | A.T.I. | Trombótico | H.S.A. | H.I.P. | Embólico | |
| Historia familiar de Ictus | 12 | 8 | 1 | - | - | 21 |
| Ictus previos | 28 | 14 | 3 | - | 2 | 47 |
| H.T.A. | 29 | 10 | 11 | 9 | 1 | 60 |
| Enfermedad cardiaca | 6 | 5 | 1 | - | 5 | 17 |
| Diabetes mellitus | 21 | 12 | 3 | 2 | - | 38 |
| A.T.I. previos | 24 | 10 | - | - | - | 34 |
| Tabaquismo | 39 | 18 | 9 | 7 | 4 | 77 |
| Obesidad | 7 | 4 | 3 | 4 | 1 | 19 |
| Anticonceptivos orales | - | - | 5 | 3 | 1 | 9 |
| Migraña | 9 | 5 | 4 | 3 | - | 20 |
| Estrés | 18 | 11 | 8 | 4 | 4 | 45 |

Fuente: Historias Clínicas.

En la tabla 3 se puede observar las secuelas neurológicas más frecuentes que presentaron los pacientes. De un total de 51 pacientes que quedaron con secuelas para un 68 % de los que sufrieron la enfermedad, la más frecuente fue la monoplejía braquial derecha en 14 pacientes (18,6 %), las afasias en 10m pacientes (13,3 %) y las hemoplejias izquierdas y monoplejía braquial izquierda en 8 pacientes cada una, para un 10,6 % respectivamente.

Tabla 3. Comportamiento clínico epidemiológico de la enfermedad cerebrovascular en San Juan y Martínez. Secuelas neurológicas más frecuentes en los pacientes que sufrieron una E.C.V.

| Secuelas | Pacientes | |
|---------------------------------|-----------|------|
| | No. | % |
| Cuadriplejia | 2 | 2,6 |
| Hemiplejia Izquierda | 8 | 10,6 |
| Hemiplejia Derecha | 12 | 16,8 |
| Hemiplejia Izquierda con afasia | 4 | 5,3 |
| Hemiplejia derecha con afasia | 6 | 8,0 |
| Afasia | 10 | 13,3 |
| Monoplejia Braquial Derecha | 14 | 18,6 |
| Monoplejia Braquial Izquierda | 8 | 10,6 |
| Total | 51 | 68,0 |

Fuente: Cuestionario e Historias Clínicas.

En la tabla 4 se relaciona el número de pacientes fallecidos por ECV según grupos de edades y sexo. Fallecieron más mujeres (32) que hombres (19), falleciendo el mayor número de pacientes que sufrieron ictus trombótico (14), 8 mujeres y 6 hombres, seguidos por aquellos que sufrieron una hemorragia subaracnoidea,¹⁰ 7 mujeres y 3 hombres.

Tabla 4. Comportamiento clínico epidemiológico de la enfermedad cerebrovascular en San Juan y Martínez. Fallecidos por E.C.V. según grupo de edades, sexo y tipo de E.C.V.

| Grupo de edades | Tipo de E.C.V. | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------|---|------------|---|--------|---|--------|---|----------|---|-------|----|
| | A.T.I. | | Trombótico | | H.S.A. | | H.I.P. | | Embólico | | Total | |
| | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| 15 - 29 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 30 - 39 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 40 - 49 | - | - | - | - | 1 | 3 | - | 1 | 1 | - | 2 | 4 |
| 50 - 70 | - | - | 5 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 9 | 10 |
| 70 y más | - | - | 1 | 4 | - | 1 | 1 | - | - | - | 2 | 5 |
| Total | - | - | 6 | 8 | 3 | 7 | 2 | 3 | 2 | 1 | 13 | 19 |

Fuente: Historias Clínicas.

F:
Femenino.

M:
Masculino.

A.T.I.:
Ataque
Transitorio
de
Isquemia.

H.S.A.:
Hemorragia
Subaracnoid
ea.

H.P.I.:
Hemorragia
intraparenqu
mosa.

La tabla 5 muestra las causas más frecuentes que provocaron la muerte a los pacientes afectados de ECV siendo la más frecuente el infarto agudo del miocardio en 9 pacientes (28,1 %), la neumonía en 8 pacientes (28 %) seguido en frecuencia por las arritmias cardíacas en 5 pacientes (15,6 %) y el tromboembolismo pulmonar en 4 pacientes (12,5 %).

Tabla 5. Comportamiento clínico epidemiológico de la enfermedad cerebrovascular en San Juan y Martínez. Causas de muerte.

| Causa de muerte | Pacientes | |
|-----------------------------|-----------|------|
| | No. | % |
| Infarto agudo del miocardio | 9 | 28,1 |
| Insuficiencia cardíaca | 4 | 12,5 |
| Tromboembolismo pulmonar | 4 | 12,5 |
| Neumonía | 9 | 28,1 |
| Arritmias cardíacas | 5 | 15,6 |
| Shock séptico | 1 | 3,1 |
| Total | 32 | 100 |

Fuente: Informes anatomopatológicos.

DISCUSIÓN

Las enfermedades cerebro vasculares constituyen la tercera causa de muerte en la población adulta de los países desarrollados. Su distribución para los diferentes tipos de E.C.V arroja aproximadamente un 80 % para las formas isquémicas y un 20 % para las hemorrágicas. La distribución de la enfermedad según el tipo, en esta investigación, superó discretamente lo descrito en otras literaturas,⁶ ya que el 85,4 % correspondió a las formas isquémicas y el 24 % a las hemorrágicas, no así con relación a la edad, la cual si coincide con otros autores como Viukari,⁷ quien plantea una frecuencia notablemente más alta (20 a 30 %) e personas mayores de 75 años, al igual que en ésta en la cual el 37 % de los pacientes tienen 70 años y más. Estos resultados coinciden con los realizados en E.U.A. donde la frecuencia como causa de mortalidad es más elevada en persona de raza negra que en caucásicos, tiene prevalencia virtualmente similares en varones y mujeres.⁷

La importancia relativa de diferentes factores de riesgo parece variar fuertemente entre los países. Se han determinado factores de riesgo de apoplejía con base en abstracciones matemáticas de datos epidemiológicos que implican una relación de causa-efecto, que incluyen de riesgos genéticos y de estilos de vida definidos como la hipertensión arterial, el tabaquismo, edad, género y raza y factores de vida posibles como el colesterol, lípidos, dieta y obesidad, alcohol y anticonceptivos orales,⁸ coincidiendo con nuestros resultados donde existe un gran porcentaje de pacientes con historia familiar de ictus y con factores de riesgos bien definidos y de gran peso en el desarrollo de la enfermedad, como el tabaquismo, la hipertensión arterial, diabetes mellitus, ictus previos y el estrés entre otros menos frecuentes.

Las manifestaciones clínicas y secuelas neurológicas que quedan en el paciente que sufre una E.C.V dependen fundamentalmente del territorio vascular afectado y la causa directa del proceso patológico. Así por ejemplo, la bifurcación de la arteria carótida y el origen de la arteria carótida interna son los sitios más frecuentes de trombosis ateromatosa de los vasos sanguíneos cerebrales⁹ de los cuales son los sitios más frecuentemente afectados en los pacientes incluidos en esta investigación, aseveración esta que responde a la expresión clínica, pues las manifestaciones que más presentaron los pacientes fueron las hemiplejias derecha y las hemiplejías braquial derecha como expresión del territorio vascular más afectado, hechos estos que no pudieron ser demostrados por estudios complementarios.

La mayor cantidad de pacientes fallecidos en nuestro municipio por enfermedad cerebro vascular se encuentran entre 50 y 70 años de edad, con un ligero predominio en el sexo masculino, y el tipo de enfermedad que más se registró como causa directa e indirecta de muerte fue el tipo trombótico.

Casi el 10 al 15 % de los pacientes con apoplejía muere; por tumefacción cerebral o disfunción neurológica relacionada directamente con apoplejía, pero la mayoría de las complicaciones sistémicas, como infarto del miocardio, embolia pulmonar y neumonía.^{9, 10} Estas causas de muerte descritas, coinciden con las diagnosticadas clínicas y anatomopatológicamente en las que fue posible, con los fallecidos en este estudio, prevaleciendo el infarto agudo del miocardio, las neumonías y las arritmias cardíacas. Se ha indicado en varios estudios una relación de la apoplejía con necrosis subendocárdica; por otra parte, la mayor parte de estudios de población grandes señalan que casi 20 % de los pacientes que sobreviven a una apoplejía requieren hospitalización prolongada, al tiempo que una tercera parte o la mitad de los restantes quedan con diversas incapacidades.¹⁰

Por los factores de riesgo superpuestos la principal causa de muerte en quienes sobreviven a una apoplejía inicial es un infarto del miocardio, lo cual indica la importancia de una valoración cardíaca. Los pacientes que han padecido una apoplejía tienen mayor riesgo de presentar otras, en particular en quienes las apoplejías se atribuyen a embolias cardiogénicas.¹¹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anuario Estadístico de Salud Pública. Área de Higiene y Epidemiología. Unidad de análisis y tendencia de salud. Cuba 1997- 1998.

2. Anton E, Kurst. Socioeconomic Inequalities in stroke mortality among middle-age men. Stroke; 1998; 29: 2205-2291.
3. Carmelo D, Castell. Actualización en Medicina Interna, 1998: 249-261.
4. Gregory P, Samsa. Epidemiology of recurrent cerebral infaction. Stroke; 1999; 30:330-349.
5. Harrison. Tratado de Medicina Interna, 1998; 21:2644-2668.
6. Wayne D, Rosamond. Incidence and survival among middle-aged adults. Stroke, 1999; 30: 736 - 743.
7. Viukari M. Stroke Prevention. New Lancet 1999; 353: 9167.
8. Alonso de Leciñana M, Diez Tejedar E. Fisiopatología de la isquemia vertebrobasilar. Revista de Neurología 1998; 26(149): 106-113.
9. Bennett HJ, Mohr JP, Stein BM. Stroke: Pathophysiology, Diagnosis and Management. New York, Churchill Livingstone; 1992.
10. Caplan RI, Stein RW. Stroke: A Clinical Approach. Boston Butterworth; 1996. Descripción pragmática del diagnóstico y tratamiento de la aplejía.
11. Sandercock P. Recent developments in the diagnosis and management of patients with transient attacks and minor ischemic strokes. Q J Med 1998; 78: 101.

Recibido: 3 de octubre del 2002

Aprobado: 9 de junio del 2002

Dr. Guillermo Luis Herrera Miranda. Especialista de I Grado en Medicina Interna.
Instructor. Policlínico Dr. Modesto Gómez Rubio. San Juan y Martínez. Pinar del Río.
Calle Francisco Rivera # 155, San Juan y Martínez. Pinar del Río. Cuba.