

11233 2  
lej



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado  
Hospital Regional "20 de Noviembre"  
I . S . S . S . T . E .

MANEJO RACIONAL DEL PACIENTE CON APOPLEJIA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de  
ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

p r e s e n t a  
DRA. SILVIA GARCIA



ISSSTE México, D. F.

1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

272059.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. LADISLAO OLIVARES LARRAGUIVEL  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



DR. LADISLAO OLIVARES LARRAGUIVEL  
ASESOR MEDICO DE TESIS

DR. LUIS ANGEL TERAN  
JEFE DE INVESTIGACION



DR. SALVADOR GAVIÑO A.  
JEFE DE ENSEÑANZA



DRA. LILIA NUÑEZ OROZCO  
JEFE DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA.



SECRETARIA DE INVESTIGACION  
Y DIVULGACION



SECRETARIA  
DE ENSEÑANZA

A JOSE ROGELIO Y A LAURA ELENA con todo mi amor, por todo lo que han significado en mi vida.

A MI MADRE Y A MIS HERMANOS: Víctor, Luis, Gloria, Mary y Sergio.

A MIS AMIGOS: Asisclo, Alvaro, Rosalba, Susana y Nixara.

A MIS COMPAÑEROS: Tehui y Marlon.

A MIS MAESTROS: Dr. Juan Abraham Bermudez  
Dr. José Antonio Alanís Ugarte  
Dra. Lilia Nuñez Orozco

Y CON ESPECIAL AGRADECIMIENTO Y CARÍO:

Dr. Ladislao Olivares Larraguivel  
Dr. Rogelio Macías Sánchez

A TODOS AQUELLOS QUE ME BRINDARON SU AMISTAD Y APOYO.

Al Dr. Luis Felipe Montaña por el tiempo que dedicó a la revisión final de este trabajo

# I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS..	4
RESULTADOS.....	9
DISCUSION.....	10
BIBLIOGRAFIA.....	15

ABSTRACT.-

RATIONAL MANAGEMENT OF STROKE.

Stroke is the main cause of acute neurological hospitalization. Its mortality is largely due to its complications. This article tries to demonstrate that the prevention and control of complications is still the best form of management of cerebrovascular disease.

Material and Methods.-We studied all the patients who were hospitalized at Hospital Regional 20 de Noviembre in Mexico City from June 1986 to June 1988. There were 335 cases of cerebrovascular disease: 101 with intracerebral hemorrhage and 234 with cerebral infarction. Each patient received special attention to early rehabilitation, respiratory exercises, adequate nutrition, prevention of pressure sores and limb phlebitis. No Foley's catheters were used. Bed rest was restricted only to sleep hours.

Results.-There were no differences in sex. Most patients were over 60 years. The risk factors occurred in 86% of the cases. Global mortality was 18%. Infarctions deaths were 7%. The hemorrhage group had 45%. The analysis of neurological mortality limited the rate to 1.5% in cerebral infarction and to 33% in hemorrhage. Respiratory infection is the main danger in recovery from a stroke event. Hospital attention had a mean of 6.6 days.

Discussion.-Trends in cerebrovascular disease must continue in the research of preventive measures and control of risk factors. General and conservative procedures are still the most important. The patient must be attended in his byo, psycho-social environment in order to restore his ability for an independent life and productive activities.

## INTRODUCCION. \_

La apoplejía es la causa más frecuente de hospitalización de causa neurológica. Se define como un déficit neurológico focal de instalación brusca por interrupción del flujo sanguíneo.

Desde 1958 el Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas de E.U. clasifica las enfermedades vasculares cerebrales de la siguiente manera: 1) Infarto Cerebral; 2) Isquemia Cerebral Transitoria; 3) Hemorragia Intracraneal; 4) Malformaciones Vasculares; 5) Enfermedades Inflamatorias; 6) Enfermedad Vasular sin Cambios c Cerebrales; 7) Encefalopatía Hipertensiva; 8) Trombosis de Senos Venosos, y 9) Apoplejía de Origen no Determinado.

Hay dificultades para la elaboración de estadísticas en este grupo genérico de Enfermedad Vasular Cerebral (EVC). La tasa aproximada reportada de pacientes con esta patología en la década de los 70 en los E.U. fue de 194/100,000 habitantes (1) cifra que se ha incrementado notoriamente en la década de los 80 a 384/100,000 habitantes (3). Las causas principales de muerte en estos pacientes son hemorragia intracraneana (20%) y -- trombosis de senos venosos (35%) (1).

Estas cifras muestran diferencias importantes con respecto a otras áreas geográficas; así tenemos que la tasa en Japón (4) Finlandia, Escocia, Portugal y E.U. son similares, mientras que en México y Filipinas se reportan tasas más bajas (5,6). Estas diferencias pueden deberse a errores en el reporte de las causas de muerte y elaboración de las estadísticas.

Las causas más frecuentes de internamiento hospitalario en los E.U. en pacientes con EVC son: a) trombosis de senos venosos (35%), b) embolia (31%), c) hemorragia intracraneal (16%) (parenquimatosa 10% y subaracnoidea 6%) (2).

Sin embargo estudios longitudinales han demostrado que las causas inductoras de déficit neurológico de instalación brusca están siendo modificadas; se sabe que la frecuencia de hemorragia e infarto han disminuído en Japon en un 29 y 34% res-

pectivamente, durante los últimos 15 años(4,7). Es probable que ésto se deba al control de los diversos factores de riesgo ya que la frecuencia global de EUC tiende a disminuir notoriamente(5,8). En oposición a estas cifras alentadoras tenemos que recordar el incremento ya mencionado en las tasas globales, las cuales son consecuencia de un aumento de la población en edad de riesgo, un aumento en los factores predisponentes no no identificados y un avance en los sistemas de diagnóstico que permiten detectar lesiones antes desapercibidas.

Los factores de riesgo clásicamente considerados son edad, sexo, alimentación, tabaquismo, hipertensión arterial, hiperlipidemias, diabetes mellitus (11); en el caso particular del infarto cerebral se asocian otros como vasculopatía periférica y antecedentes de isquemia cerebral transitoria(12), mientras que para los fenómenos tromboembólicos participan infarto del miocardio, endocarditis, fibrilación auricular, depresión del segmento ST, crecimiento de ventrículo izquierdo e inversión de la onda T(13,14), los cuales incrementan 5 veces el riesgo de EUC.

En el caso particular de México, la EUC se encuentra entre las primeras diez causas de muerte(6) y es erróneamente considerada un problema terminal, necesariamente mortal, que acarrea descuido y abandono social, así como desinterés del médico(15). Es cierto que las neuronas destruidas no se regeneran, pero aquellas que solo sufrieron isquemia leve o transitoria pueden recuperarse al dar al paciente un sistema sostenido de rehabilitación.

El objetivo de este estudio es demostrar que con manejo racional las consecuencias del daño cerebral son, en un buen número de casos, limitadas y que la morbimortalidad se puede abatir ya que en la mayoría es resultado de complicaciones secundarias y por tanto prevenibles. Además, un esquema como el que se propone conlleva una notable mejoría en la calidad de vida

del enfermo, tanto en su ámbito personal como en la esfera social pues tiene la oportunidad de ser autosuficiente. El manejo que proponemos también permite dilucidar y controlar los factores de riesgo que condicionaron el evento(16), para así prevenir el desarrollo de nuevos episodios.

## MATERIAL Y METODOS. \_

El estudio se diseñó para incluir a los pacientes con apoplejía, cuyo déficit neurológico llevara más de 24 horas.

El período de revisión comprendió desde junio de 1986 hasta junio de 1988. En este lapso se atendieron 335 enfermos, de los cuales 101 tuvieron hemorragia parenquimatosa y en 234 el diagnóstico fue infarto cerebral.

Los datos investigados fueron: edad, sexo, tipo de evento, factores de riesgo, consecuencias clínicas, métodos de diagnóstico, y morbimortalidad.

Para precisar el tipo de evento se consideraron:

- 1) Forma de presentación,
- 2) Síntomas y signos del hemisferio afectado,
- 3) Alteraciones del lenguaje,
- 4) Trastorno del estado de alerta,
- 5) Presencia de signos meníngeos,
- 6) Hallazgos de tomografía computada.

Los factores de riesgo investigados fueron:

- 1) Diabetes mellitus,
- 2) Hipertensión arterial,
- 3) Cardiopatía embolígena o aterosclerosa,
- 4) Tabaquismo,
- 5) Alcoholismo.

En la morbimortalidad se tomaron en cuenta las complicaciones ocurridas durante la hospitalización y los fallecimientos ocurridos los primeros 30 días.

Las medidas terapéuticas que se encuentran establecidas desde la formación del Servicio de Neurología del Hospital Regional 20 de Noviembre comprenden:

- 1) Estabilización en cama,
- 2) Movilización temprana,
- 3) Participación familiar y de enfermería,
- 4) Medidas anti edema,

- 5)Ejercicios respiratorios,
- 6)Vendaje de miembros inferiores,
- 7)Rehabilitación inmediata.

Así mismo son de importancia fundamental los siguientes aspectos:

- 1)Nutrición,
- 2)Control de la micción SIN SONDEO,
- 3)Función intestinal,
- 4)Cuidado estricto de las venoclisis,
- 5)Mínimo de medicamentos indispensables,
- 6)Control de los factores de riesgo,
- 7)Diagnóstico y control oportuno de complicaciones.

La alimentación se reinicia en forma temprana y de preferencia por la vía natural.Solamente cuando hay trastorno en la deglución se recurre a la colocación de sonda nasogástrica o a la realización de gastrostomía.

La elevada frecuencia de infecciones urinarias y el riesgo de adquirir gérmenes intrahospitalarios da como resultado la norma de evitar al máximo el uso de sondeo vesical.En cambio se estimula el cuidado familiar y de enfermería para evitar maceración de la piel con la orina, en los casos de incontinencia.

También la norma de limitar la venoclisis al tiempo mínimo indispensable pretende evitar flebitis y el riesgo de bacteremias.

El uso de medicamentos se concreta a los indispensables para controlar los factores de riesgo o las complicaciones agregadas. En ninguno de los enfermos se utilizaron anticoagulantes ni glucocorticoides, tampoco se consideró el empleo de antiagregantes plaquetarios.

En cambio los antimicrobianos fueron indispensables en los enfermos con infección bacteriana, y se dieron a las dosis y por el tiempo necesario para la resolución del problema séptico.

Algunos enfermos llegaron con úlceras por presión, debidas a una movilización inadecuada. En ellos se uso calor local seco para evitar maceración de la piel; además se extremaron los cambios de posición y en algunos se probó el polvo de tepezcohuite.

Se establecieron como criterios de egreso los siguientes lineamientos:

- 1) Estabilización del problema neurológico,
- 2) Ausencia de complicaciones,
- 3) Rehabilitación en proceso,
- 4) Buen adiestramiento familiar,
- 5) Condiciones adecuadas en el hogar,
- 6) Defunción.

La estabilización del problema neurológico se alcanzaba si el estado de alerta era satisfactorio, si podía alimentarse en forma natural o por gastrostomía, y si el riesgo de broncoaspiración era mínimo.

## RESULTADOS. \_

De los 234 pacientes con infarto cerebral, 213 fueron trombosis aterosclerosa y 21 embolia.

La frecuencia por sexo fue de 113 mujeres y 100 hombres en el grupo de trombosis, mientras que en el grupo con embolia hubo 15 mujeres y 6 hombres. (Fig. 1).

La trombosis se localizó en el hemisferio cerebral derecho en 84 enfermos (53 mujeres y 31 hombres); en el hemisferio izquierdo en 118 (52 mujeres y 66 hombres); en el tallo cerebral hubo 11 casos (8 mujeres y 3 hombres).

La hemorragia cerebral se diagnóstico en 101 individuos: 26 la tuvieron en el hemisferio derecho, 53 en el izquierdo y 16 en el tallo. El 56% de este grupo correspondió a mujeres. (Fig. 2).

La distribución por edades, tanto en el grupo de infarto como en el de hemorragia mostró una mayor frecuencia a partir de la séptima década: 50% de los casos de infarto tenían más de 61 años mientras que en los hemorrágicos fue el 65% el que tuvo ese rango de edad. (Fig. 3).

El análisis de los factores de riesgo dio las siguientes frecuencias:

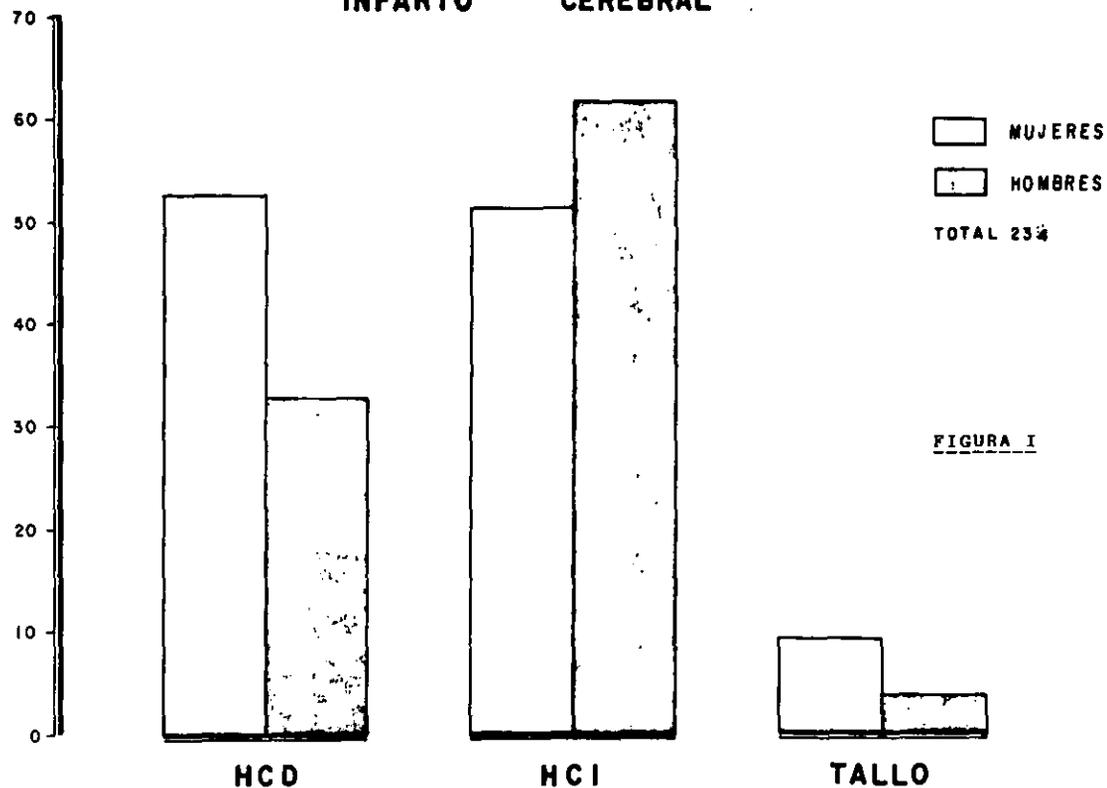
- 1) Hipertensión arterial en el 74%,
- 2) Tabaquismo en el 46%,
- 3) Alcoholismo en el 32%,
- 4) Diabetes mellitus en el 29%,
- 5) Cardiopatía en el 29%.

Al buscar la combinación de factores se observó que el 86% tenía por lo menos uno, y el 50% dos o más.

Las combinaciones más frecuentes fueron:

- 1) Hipertensión arterial y tabaquismo en el 34%.
- 2) Hipertensión arterial y Diabetes mellitus en el 23%.
- 3) Tabaquismo y alcoholismo en el 23%.
- 4) Hipertensión y alcoholismo en el 23%.
- 5) Diabetes y tabaquismo en el 12%.

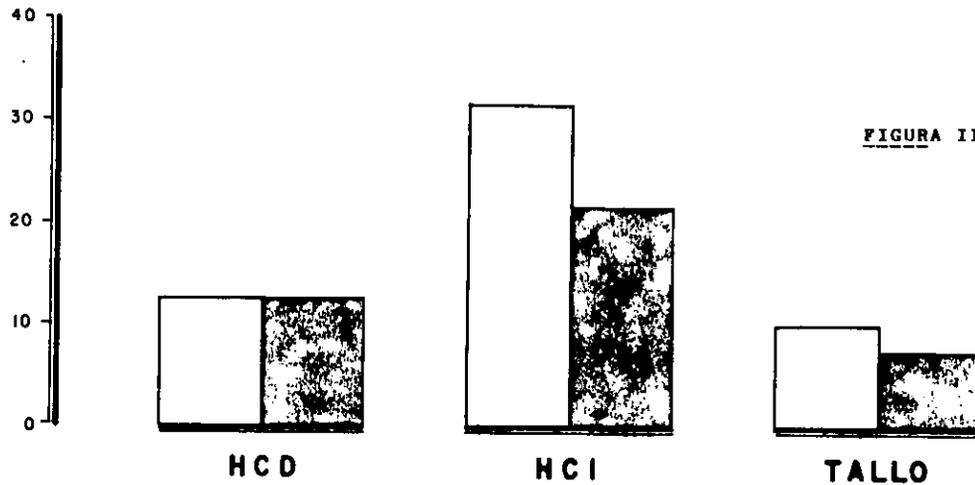
ISSSTE  
SUBDIRECCION MEDICA  
HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE  
MANEJO RACIONAL DEL PACIENTE CON APOPLEJIA  
INFARTO CEREBRAL



ISSSTE  
SUBDIRECCION MEDICA  
HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE  
MANEJO RACIONAL DEL PACIENTE CON APOPLEJIA  
HEMORRAGIA CEREBRAL

□ MUJERES  
■ HOMBRES

TOTAL 101



ISSSTE  
SUBDIRECCION MEDICA  
HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE  
MANEJO RACIONAL DEL PACIENTE CON APOPLEJIA  
DISTRIBUCION POR EDADES Y TIPO DE EVC

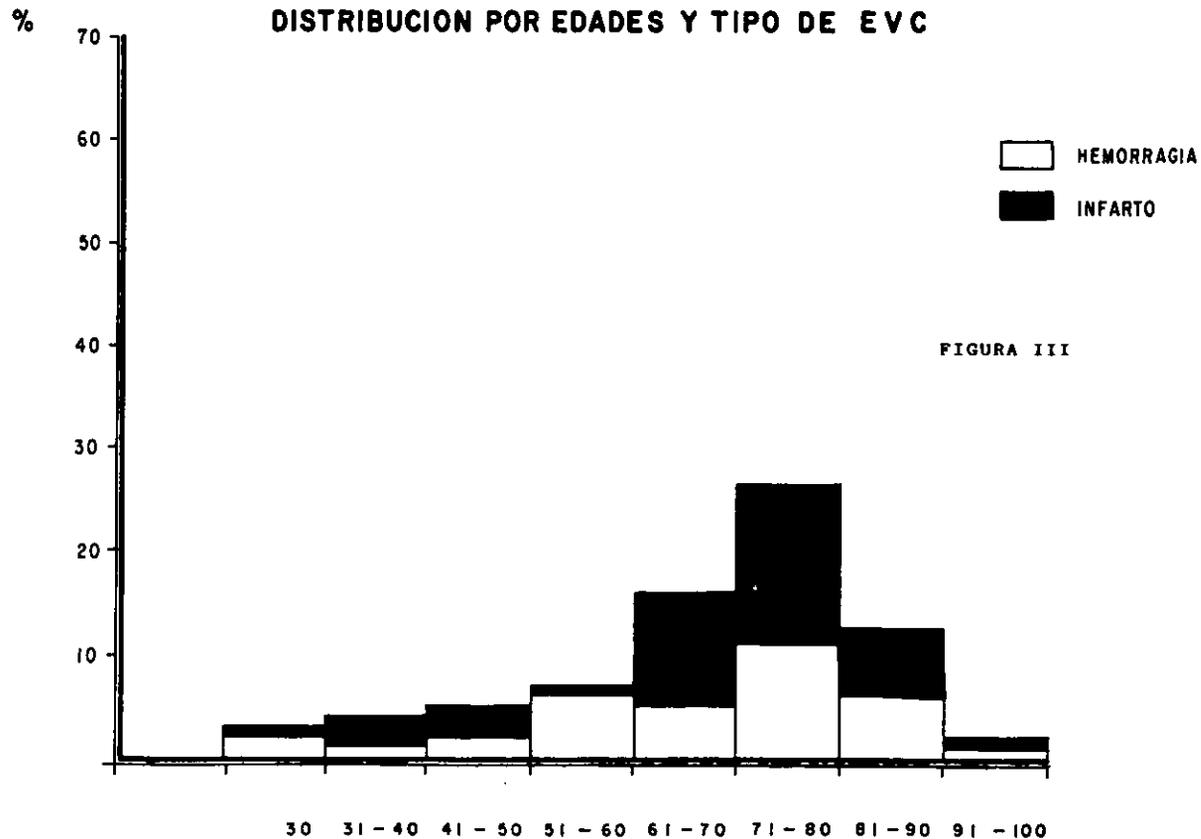


FIGURA III

6)Diabetes y alcoholismo en el 7%.

La morbimortalidad total fue de 34%.

A mortalidad correspondió el 18% y a complicaciones no fatales el 16%.

Solamente falleció el 7% del grupo de Infarto Cerebral(Fig.4) En la Hemorragia Cerebral falleció el 45%(Fig.5).

Para detectar la mortalidad atribuible al problema neurológico y diferenciarla de la ocasionada por complicaciones se separaron los casos de la siguiente manera:

1)El grupo total de 60 muertos(18% del total).

2)Del grupo de Infarto Cerebral murieron 15 pacientes(7%) de los cuales solo 3 fallecieron a causa del problema neurológico, y el resto por complicaciones, es decir, en este grupo el 80% de la mortalidad fue por complicaciones.

3)Del grupo de hemorragia fallecieron 45, de los cuales 31 tuvieron como factor principal la propia enfermedad de base, es decir que el 71% de los muertos tuvieron causa neurológica.

4)Del grupo total de 60 muertos, 24 ocurrieron por complicaciones, es decir el 42% de las muertes era potencialmente evitable.

5)Del total de enfermos complicados que fueron 114, sobrevivieron las dos terceras partes.

Las complicaciones presentes en los 82 enfermos que no murieron por la enfermedad de base hubo 62 con infección respiratoria(18.5% del total), 21 con infección urinaria(6.2%), escaras en 14(4.1%); otros problemas menos frecuentes como sangrado de tubo digestivo, tromboflebitis, diarrea, infarto agudo del miocardio, broncoaspiración, hipo, abdomen agudo y septicemia se presentaron en 15 enfermos(4% del total).

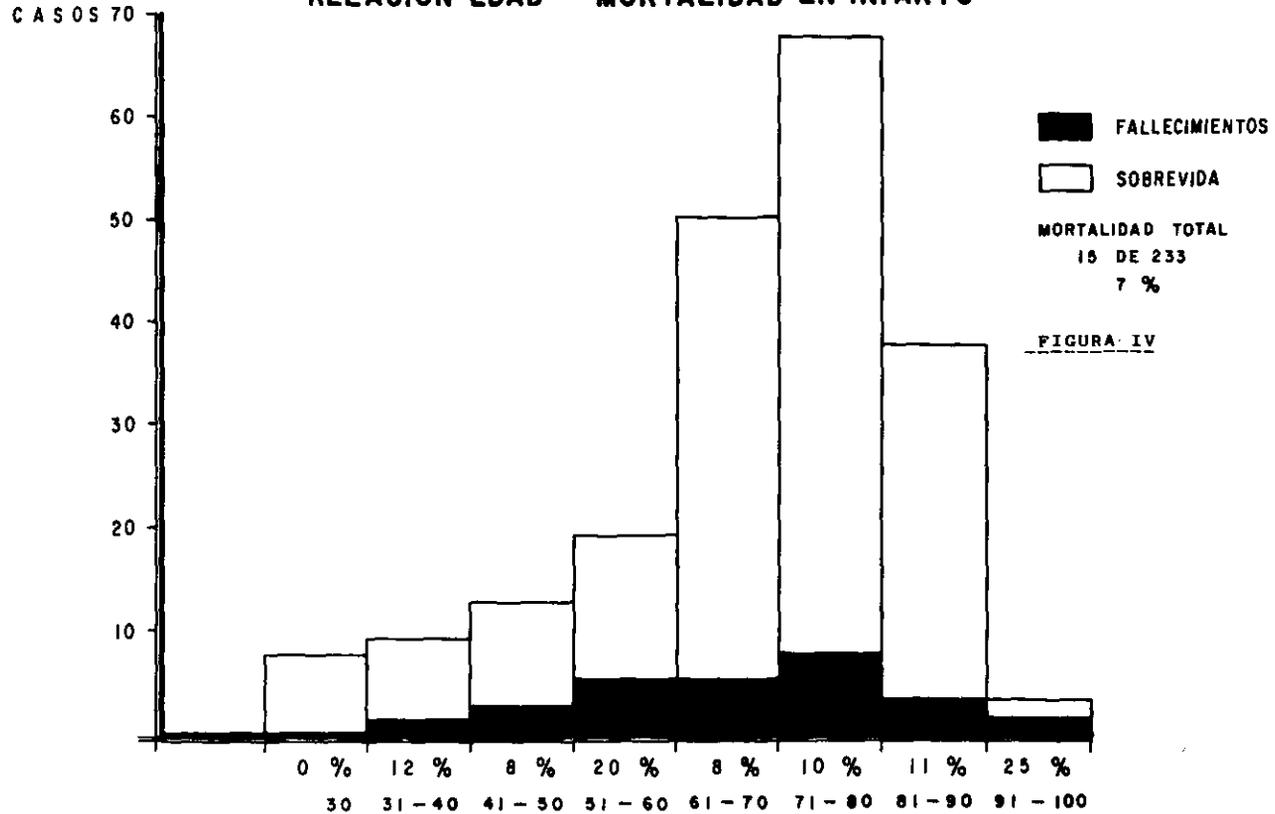
Las complicaciones ocurrieron con frecuencia diferente según la enfermedad de base. De esta manera en los pacientes con infarto se encontró:

1)Infección respiratoria en 8 enfermos,

2)Infarto del Miocardio en 2,

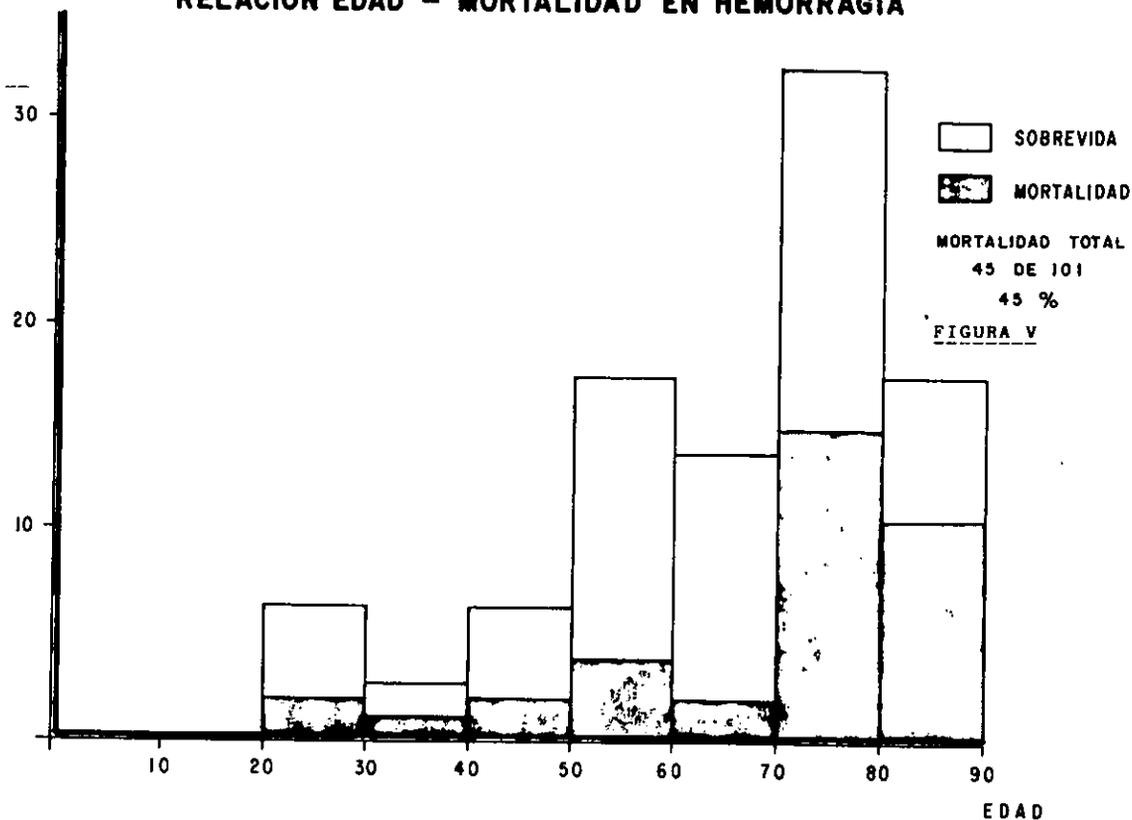
3)Varías en 4.

**ISSSTE**  
**SUBDIRECCION MEDICA**  
**HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE**  
**MANEJO RACIONAL DEL PACIENTE CON APOPLEJIA**  
**RELACION EDAD - MORTALIDAD EN INFARTO**



ISSSTE  
SUBDIRECCION MEDICA  
HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE  
MANEJO RACIONAL DEL PACIENTE CON APOPLEJIA  
RELACION EDAD - MORTALIDAD EN HEMORRAGIA

C A S O S



En el grupo con Hemorragia, los casos complicados fueron:

- 1) Con infección respiratoria 4,
- 2) Con insuficiencia cardíaca 4,
- 3) Con otras complicaciones 3.

El promedio de estancia hospitalaria representa la rapidez en obtener el diagnóstico, la prevención y el control oportuno de complicaciones, la participación familiar y de enfermería en las medidas de estabilización y rehabilitación. En esta serie fue de 6.6 días, con una mínima de un día y máxima de 33 .

## DISCUSION.

El Hospital Regional 20 de Noviembre es un centro de concentración para empleados públicos, y como tal, el Servicio de Neurología recibe un gran número de pacientes referidos por problemas graves. Esto es lo que ha permitido acumular un importante número de enfermos con apoplejía (16).

La intención de este trabajo no es el estudio epidemiológico de población general, sino transmitir la metodología que ha permitido obtener buenos resultados en el manejo del enfermo con padecimiento vascular.

Son pocos los centros que pueden recopilar una casuística como la nuestra de 335 pacientes en 2 años. Los estudios multicéntricos adolecen de la diversidad de criterios, lo que conduce a resultados que no son homogéneos. Por lo tanto, aunque los enfermos provienen de diferentes lugares, la atención que se les brinda es fruto de la implementación de un criterio único creado a lo largo de varios años.

El tiempo de recopilación de la muestra facilita también la uniformidad de los métodos de diagnóstico y tratamiento al participar el mismo equipo médico, de enfermería, trabajo social y rehabilitación. Evita además el cambio en las modalidades de tratamiento que suelen modificarse en las diferentes épocas, y que alteran substancialmente los resultados cuando no se mantiene regularidad en los aspectos básicos de manejo.

No contemplamos el objetivo de seguimiento a largo plazo para lo cual es necesario un mayor tiempo; esto sería motivo de un trabajo diferente.

Aunque el tratamiento en esta serie es semejante para los casos de hemorragia y los de infarto, los resultados varían por la mayor gravedad de los primeros. De modo que el diagnóstico es fundamental para validar los resultados de cualquier método de tratamiento en la enfermedad vascular

cerebral. La clínica es la parte esencial del diagnóstico en el enfermo con EVC, por la identificación precisa que permite de la topografía de la lesión y en la mayoría de los casos también de su naturaleza.

La tomografía computada tiene en la actualidad una gran sensibilidad y especificidad diagnóstica en las lesiones supratentoriales(17). En las infratentoriales se ve superada por la resonancia magnética nuclear, y lo mismo ocurre en los casos de infartos lacunares.(18).

La angiografía ha dejado de ser utilizada en la generalidad de los padecimientos vasculares cerebrales, como ocurría antes del advenimiento de la tomografía computada.(19) Sin embargo, los procedimientos modernos de angiografía por sustracción digital son fundamentales para identificar lesiones extracraneales que causan isquemia cerebral transitoria así como en las malformaciones vasculares causantes de hemorragia.(20).

Esta serie tuvo tomografía computada en el 50% de los casos y tuvo correlación con el diagnóstico clínico en el 100%.

La punción lumbar es de utilidad en la confirmación de hemorragia subaracnoidea primaria o secundaria a apertura de una hemorragia cerebral al sistema ventricular. Sin embargo en los casos de hipertensión intracraneana implica serios riesgos.(21).

Observamos una frecuencia de hemorragia de 30%, que es superior a la proporción encontrada en la mayoría de las series, cuyo promedio es del 10%.(2,22). Esta circunstancia modifica necesariamente las demás proporciones, de las que destaca que solo el 10% de los infartos era de causa embólica, a diferencia del 30% señalado en otras publicaciones.

En los casos de trombosis no encontramos diferencia en cuanto a sexo, sin embargo, en los casos de embolia hubo más

del doble de mujeres; y en la hemorragia un 54%. En este sentido las distintas series también cambian y solo al hacer el análisis por edades se encuentra predominio de hombres en etapas tempranas y equilibrio en los mayores de 70 años. Esto se asocia al predominio de factores de riesgo en el hombre, al papel protector hormonal en la mujer y a la observación general de que la mujer tiene mayor expectativa de vida.

La relación con la edad es similar a otras casuísticas y se confirma que en relación con los estudios de la primera mitad del siglo, la enfermedad vascular ocurre en décadas más tardías, por retraso en el avance de la aterosclerosis al ser más controlables los factores de riesgo.

Confirmamos que los factores de riesgo son la edad, la hipertensión y el tabaquismo, y en menor grado el alcoholismo, la diabetes y las cardiopatías. El 86% de nuestros casos tenía por lo menos un factor de riesgo, y el 50% dos o más, lo que significa que nuestra población aun no ha tenido una concientización completa en las medidas preventivas. No obstante, ya se aprecia un aumento en los que no tuvieron factores de riesgo detectables, que fueron el 14%, comparado con un promedio de 9% en otras series. (12).

La mortalidad por EUC ha ido en disminución. En el estudio de Rochester encontraron mortalidad global de 33% de 1945 a 1949, y de 17% de 1980 a 1984. Nuestros casos tuvieron una mortalidad de 18%, lo que la equipara con las mejores publicaciones. En nuestro país se llegan a observar complicaciones letales hasta en el 50% en sitios donde la atención médica es insuficiente.

El evento más grave sigue siendo la hemorragia, en la que encontramos una mortalidad del 45%. La serie de Rochester encontró 48%. (9). En la URSS reportan un 79% (23) y en Australia 40%. (24).

La comparación de mortalidad en infarto cerebral es difícil ya que en varias publicaciones se mezclan casos de trombosis, embolia e infartos lacunares. Aquí tenemos una mortalidad por infarto de 7%. En Australia encuentran 15%, pero separando los lacunares que tiene 0% de mortalidad.

Es conveniente señalar que el objetivo a mediano plazo es abatir la mortalidad por complicaciones, ya que el descenso importante que se ha observado es por el control de las mismas. En el infarto por trombosis tuvimos que el 80% de los fallecidos fue por complicaciones, de modo que la mortalidad inevitable por la enfermedad de base podría disminuir a 1.5%. Evitar complicaciones en la hemorragia cerebral solo permitiría abatir la mortalidad a 33%, lo cual de cualquier forma representaría una disminución de 12%.

Hasta la fecha, ningún intento terapéutico farmacológico ha logrado mejorar la sobrevivencia de los enfermos, más allá de la obtenida con medidas generales. Ni que decir de los intentos quirúrgicos que empeoran la evolución natural. Además quedan muchos sitios en donde ni siquiera se brinda un mínimo de precauciones para disminuir la morbimortalidad por sucesos agregados al problema neurológico.

Es cierto que los tratamientos actuales permiten superar muchas complicaciones. En nuestro trabajo encontramos que 2/3 de los enfermos complicados lograron sobrevivir sin embargo sigue siendo una condición grave el tener una mortalidad del 33% en los complicados. No obtuvimos referencias en las que se desglose la mortalidad por complicaciones.

Por último, el promedio de estancia hospitalaria refleja también el éxito en el manejo y así lo podemos considerar al haber obtenido una cifra de 6.6 días. No obstante, el egreso hospitalario solamente representa el inicio de la reincorporación del enfermo a su autocuidado, e idealmente a su readaptación al ambiente familiar y social. Las medidas rehabilitantes son fundamentales para borrar el prejuicio de que el enfermo con padecimiento vascular cerebral es un inválido y por tanto una carga familiar y social. En la calidad funcional del enfermo hay que estar

blecer primero un diagnóstico que permita evaluar los progresos posteriores(25,26).En la URSS informan una vida independiente de los sobrevivientes a 7 años, hasta del 81% y dependencia total unicamente en el 0.5%(23).En nuestros casos será motivo de análisis prospectivo a largo plazo.

#### CONCLUSIONES:

1)La EVC es un problema frecuente, con cifras absolutas en aumento al obtenerse mayor expectativa de vida.

2)El conocimiento de los factores de riesgo determina la implantación de medidas preventivas, ya que son fundamentales por no existir tratamiento que restituya las neuronas dañadas ni las secuelas limitantes que se observan incluso en casos leves.

3)En tanto se consigue el ideal médico de la prevención el enfoque del paciente vascular cerebral requiere un diagnóstico oportuno y completo, así como la aplicación de medidas sencillas y efectivas, que han probado abatir la mortalidad aguda y mejorar la calidad de vida posterior del enfermo.

4)No existe tratamiento actual que haya superado los resultados que brindan las medidas de prevención secundaria(27).

5)El paciente debe manejarse en su entorno bio-psico-social para permitir su reintegración, primero al nivel de independencia funcional personal, y posteriormente a su ambiente familiar y productivo.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Wishnant J.P., Fitzgibbon J.P., Kurland L.T., Sayre G.P. Natural history of stroke in Rochester Minn. 1945-1954. Stroke 2:11, 1971.
- 2.- Mohr J.P., Caplan L.R. The Harvard Cooperative Stroke Registry: a prospective registry. Neurology 28:754, 1978.
- 3.- CDC National Center for Health Statistics. Hospital Discharge Rates for Cerebrovascular Disease. MMWR 38:194, 1989.
- 4.- Ueda K, Hano Y, Kiyohara Y, Wada J, Kawano H., Kato I., Fugi I., Yonai T., Omae T., Fujishima M. Intracerebral Hemorrhage in a Japanese community: Occurrence and Clinical Characteristics Stroke 19:48, 1988.
- 5.- Malmgren R., Warlow Ch., Bamford J., Sandercock P., Geographical and secular trends in stroke incidence. Lancet 2:1196, 1987.
- 6.- Olivares L. Epidemiología de los padecimientos vasculares cerebrales. Inv. Med. Int. 2(supl. 1):9, 1975.
- 7.- Komachi Y., Tanaka H., Shimamoto T., Honda K., Iida M., Isomura K., Kojima S., Matzuzaki T., Osawa H., Tsunetoshi Y. A collaborative study of stroke incidence in Japan: 1975-1979. Stroke 15:28, 1984.
- 8.- Homer D., Wishnant J., Schoenberg B., Trends in the incidence rates of stroke in Rochester Minn., since 1935. Ann Neurol. 22:245, 1987.
- 9.- Broderick J.P., Phillips S.J., Wishnant J.P., O'Fallon W.M., Bergstrath E.J., Incidence rates of stroke in the eighties: The end of the decline in the stroke?. Stroke 20:557, 1989.
- 10.- Fratiglioni L., Massey E., Schoenberg D., Shoenberg B. Mortality from cerebrovascular disease. Neuroepidemiology 2:101, 1983.
- 11.- Stemmermann G.N., Hayashi T., Resch J.A., Chung C.S., Reed D.M., Rhoads G.G. Risk factor related to ischemic and hemorrhagic cerebrovascular disease at autopsy: The Honolulu Heart Study. Stroke 15:23, 1984.

- 12.-Sandercock P.A.G., Warlow C.P., Jones L.N., Starkey I.R.,  
Predisposing factors for cerebral infarction. The Oxford-  
shire community stroke projects.
- 13.-Wolf P.A., Abbott R.D., Kanmel W.B. Atrial fibrillation: a  
major contributor to stroke in the elderly. The Framingham  
study. Arch. Int. Med. 147:1561. 1987.
- 14.-Knutsen R., Knutsen S.F., Curb J.D., Reed D.M., Kautz J.A.,  
Yano K. Predicting value of resting electrocardiogram  
for twelve year incidence of stroke in the Honolulu Heart  
Program. Stroke 19:555, 1988.
- 15.-Olivares L. Risk factors in stroke: a clinical study in Mexi-  
can patients. Stroke 4:773, 1973.
- 16.-Olivares L. Morbilidad y mortalidad en los padecimientos  
vasculares cerebrales en México. Salud Pub. Méx. 17:197, 1975.
- 17.-Kinkel W.R., Jacobs L., Computerised axial transverse tomogra-  
phy in cerebrovascular disease. Neurology 26:924. 1976.
- 18.-Rothrock J.F., Lyden P.D., Hesselink J.R., Brown J.J., Healy  
M.E. Brain magnetic resonance imaging in the evaluation  
of lacunar stroke. Stroke 18:781, 1987.
- 19.-Bull J.W., Marshall J., Shaw D.A. Cerebral angiography in the  
diagnosis of acute stroke. Lancet 1:562, 1960.
- 20.-Scheidt A. Digital subtraction angiography in ischemic  
cerebrovascular disease. Brit. J. Hosp. Med. 30:176, 1984.
- 21.-Sörnäs R., Ostlund H., Müller R., Cerebrospinal fluid cytology  
after stroke. Arch. Neurol. 26:489. 1972.
- 22.-Bolekin B.H. Management of geriatric TIA and Stroke. Geria-  
trics 43:27, 1988.
- 23.-Schmidt E.V., Smirnov V.E., Ryahova V.S. Results of the seven  
years prospective study of stroke patients. Stroke 19:942.  
1988.
- 24.-Ward G., Jamrozik K., Stewart-Wynne E. Incidence and outcome  
of cerebrovascular disease in Perth Western Australia. Stroke  
19:1501, 1988.

- 25.-Malmagren R., Bamford J., Walow Ch., Sandercock P., Slattery J.,  
Projecting the number of patients with first ever stroke  
and patients newly handicapped, by stroke in England and  
Wales. Brit. Med. J. 298:656.1989.
- 26.-Rankin J. Cerebrovascular accidents in patients over 65 years  
of age. 2. Prognosis. Scott Med. J. 2:200.1957.
- 27.-Grotta. J.C. Current medical and surgery therapy for cere-  
brovascular disease. N. Eng. J. Med. 317:1505.1987.