

11226

139
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL I.S.S.S.T.E. PUEBLA

MORBIMORTALIDAD DE ENFERMEDAD VASCULAR
CEREBRAL EN PACIENTES HIPERTENSOS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

Dr. Juan Kazalpa Pérez



PUEBLA, PUE.

1999

281093

1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

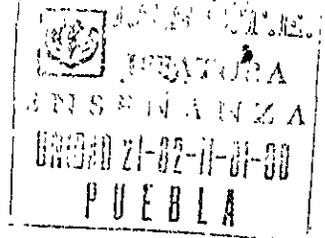
PAGINACION
DISCONTINUA.

TITULO.

**MORBIMORTALIDAD DE ENFERMEDAD VASCULAR
CEREBRAL EN PACIENTES HIPERTENSOS EN UN SERVICIO
DE URGENCIAS .**

**Trabajo para obtener el Diploma de Especialista de Medicina
familiar Presenta:**

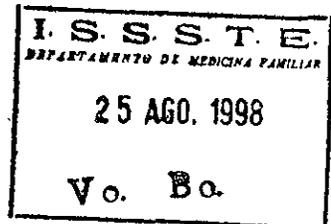
Dr. Juan Xaxalpa Pérez.



Dra. Anavel Hernández Sosa.

**Profesora Titular del Curso de Especialización de Medicina
Familiar Sede Puebla.**

Dr. Raúl Árcega Revilla.
Especialista en Neurología.
**Asesor de
Tesis.**



Dr. Miguel Ángel Hernández Hernández
Asesor de Tesis

Profesor del Departamento de Medicina Familiar U.N.A.M.

Puebla, Puebla, 1998.

Autorizaciones.

Dra. Leticia Esnaurrizar Jurado.

Jefa de educación Médica Continua y Medicina Familiar.
Jefatura de Servicios de Enseñanza del I.S.S.S.T.E.

FALTA PAGINA

No. **3**

**MORBIMORTALIDAD DE ENFERMEDAD VASCULAR
CEREBRAL EN PACIENTES HIPERTENSOS EN SERVICIO DE
URGENCIAS.**

**Trabajo para obtener el diploma de Especialista en Medicina
Familiar presenta:**

Dr. Juan Xaxalpa Pérez.

Autorizaciones.

Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega.
Jefe del Departamento de Medicina familiar.
Facultad de Medicina de la U.N.A.M.


Dr. Arnulfo Jirigoyen Coria.
Coordinador de investigación del Departamento de Medicina
Familiar.
Facultad de Medicina U.N.A.M.

Dra. María del Rocío Noriega Garibay.
Coordinadora de Docencia.
Departamento de Medicina Familiar.
U.N.A.M.

A MI MADRE. Por su amor y ternura a mi familia.

A MI ESPOSA. Por estímulo de amor y comprensión en los momentos adversos

A MIS HIJOS. Por comprender el esfuerzo que se requiere en la vida de la superación.

A la Dra. María del Rocío Noriega Garibay.

Coordinadora del Departamento de Medicina Familiar.

Universidad Nacional Autónoma de México.

Por su vida intelectual sincera, por sus altos ideales de creación y transformación permanente en pro de la Medicina Familiar.

D.E.P. +

Dr. Miguel Ángel Hernández.

ASESOR DE TESIS.

Profesor del Departamento de Medicina Familiar de la U.N.A.M. .

Mi sincero agradecimiento por su apoyo en el desarrollo de esta tesis.

A la Dra. Anavelle Hernández Sosa.

Profesora Titular del Curso de Especialidad en
Medicina Familiar para Médicos Generales.

Al Dr. Rogelio Velázquez Enriquez,
Profesor adjunto del Curso de Medicina Familiar
y compañero de trabajo.

Por su estímulo constante, cuando los problemas
nos aquejaban y hacían dudar de nuestra capacidad,
Gracias.

Dr. Raúl Arcega Revilla.

Neurólogo del Hospital Regional I.S.S.T.E. Puebla.

Por haberme brindado sus brillantes conocimientos y experiencia profesional.

ÍNDICE.

Introducción	5.
Marco Teórico.	6.
Planteamiento del problema.	9.
Justificación.	10.
Objetivos.	11.
Metodología	12.
Resultados.	15.
Discusión	16.
Conclusiones	17.
Referencias bibliográfica.	18.
Anexos.	19

INTRODUCCIÓN.

La importancia de la Enfermedad Vascul ar Cerebral en el Servicio de Urgencias se establece por la rápida evolución al deterioro y el pobre pronóstico del paciente. Entre las causas de EVC las más graves corresponde a la Hemorragia Hipertensiva Primaria ya que representa a dos eventos graves, primero una descompensación hemodinámica que es la crisis hipertensiva y segundo la afección del cerebro como órgano "blanco " de una alteración hemodinámica crónica y recurrente.

La combinación de estos dos eventos en el mejor de los casos discapacitara al individuo disminuyendo considerablemente su productividad y calidad de vida.

Las cifras de morbimortalidad por Hemorragia Hipertensiva Primaria se encuentran aún lejos de poder modificarse por lo que es necesario conocer y prevenir en forma continua la presentación de estos eventos.

MARCO TEÓRICO.

Entendemos por enfermedad cerebrovascular (EVC) toda aquella alteración del parénquima cerebral producida por un proceso patológico que afecte a los vasos sanguíneos, tanto en su continente como en su contenido. Se incluyen las lesiones en la pared vascular sean placas ateromatosas, aneurismas o rupturas; de los mismos las oclusiones en su luz (sean trombos o por émbolos), y los que incrementan la viscosidad sanguínea (1).

El Infarto Cerebral se define como el inicio súbito o rápido de un déficit neurológico focal que es causado por una enfermedad vascular cerebral (EVC) con una duración mayor de 24 horas. (2).

La enfermedad vascular cerebral (EVC), constituye el cincuenta por ciento de la patología neurológica que acude a los centros hospitalarios y a su vez es la causa más frecuente de invalidez en las personas adultas. (3)

En México, a partir del 1970, la EVC se ha registrado dentro de las 10 principales causas de muerte, séptima en esa década, con una tasa de 24.7 defunciones por cada 100,000 habitantes; para 1980 pasó a ser la sexta causa y su tasa de 21.8; en 1990 ocupó el octavo lugar, con tasa de 23.0, y en 1991 nuevamente ocupa el sexto sitio, registrando 20,800 defunciones con tasa de 23.8. (4,5)

Los casos fatales del primer EVC dentro del primer año son de 20 a 30 % y un tercio de los pacientes que sobreviven durante el primer año al primer EVC son capaces de valerse por sí mismos para desarrollar las actividades de la vida cotidiana. El incremento de personas de mayor edad hace que aumente el número de pacientes que mueren o se incapacitan por EVC (6).

En 1994 en un estudio realizado en el Hospital Regional "1 de Octubre " I.S.S.T.E. México D.F. se encontró, que la morbimortalidad de EVC en pacientes hipertensos, en una muestra de 219 pacientes fue: de 125 pacientes (57.7%) tenían enfermedad vascular oclusiva y 94 pacientes (42,92%) enfermedad hemorrágica.(7)

Los factores de riesgo para EVC que son modificables incluyen a la hipertensión arterial sistémica, cardiopatías y diabetes mellitus, al igual que el tabaquismo, alcoholismo, uso de anticonceptivos hormonales, sedentarismo, hipercolesterolemia. Los factores no modificables incluyen edad, raza y antecedentes familiares.(7,8,10).

La HTA es el factor de riesgo mayor, ya que su presencia se relaciona de manera directa con la patogenia del infarto aterotrombótico, así como de la hemorragia cerebral. (Hemorragia Hipertensiva Primaria)(6,9,15)

El riesgo relativo de la HTA es alto 3.1 en el varón y 2.9 en la mujer, y se atribuye como riesgo para EVC de 56% en el varón y en la mujer de 66% (9).

Las *hemorragias cerebrales* se clasifican de acuerdo con su localización en : lobares, de núcleos basales, de tallo encefálico y cerebelo en su mayoría tienen como causa la HTA.(11,12)

El cuadro clínico de EVC hemorrágico se caracteriza por un déficit cuyo origen cortical o subcortical es muy difícil de establecer, pero es súbito y se acompaña de un deterioro importante de la conciencia que puede llegar hasta el estado de coma en poco tiempo. Además, existe fluctuación en el estado mental como una característica habitual. También puede aparecer hipertensión junto con bradicardia u otros signos de aumento de la presión intracraneal. La causa más frecuente del EVC hemorrágico es el descontrol hipertensivo, pero también puede ser secundario a rotura de aneurisma intracraneal (que además se acompaña de hemorragia subaracnoidea),rotura de malformaciones arteriovenosas, discrasias sanguíneas, algunos medicamentos o incluso angiopatía amiloide.(13,15).

Por ello, la primera distinción desde el punto de vista clínico que debe efectuar el médico es cuál territorio está comprometido, el de la circulación anterior o posterior . Es decir, la arteria carótida interna o el sistema vertebrobasilar (16).

La fisiopatología de estos episodios se explica por, una reducción o interrupción del flujo sanguíneo cerebral(FSC) en una determinada área vascular origina un foco de necrosis rodeado de otra zona en la que se mantiene un flujo residual dependiente de la circulación colateral, que preserva las células aunque no su función, durante un breve espacio de tiempo. Se han podido establecer " los umbrales de flujo " que ocasionan la pérdida de las diferentes propiedades celulares .Al inicio se inhibe las síntesis de proteínas (FSC < 0.55 ml/g/min.);después se activa el metabolismo anaerobio de la glucosa (< .35 ml/g/ min.) .La producción de energía (ATP), traducida en la pérdida de actividad eléctrica neuronal cae por debajo de 0.25 ml/g/ min., al igual que la acidosis tisular a consecuencia de la acumulación de lactato. Cuando el FSC desciende a 0.15 ml/g/min. se advierte una pérdida de los gradientes iónicos transmembranales que conduce a la despolarización y finalmente a la muerte celular (17).

La hipertensión arterial crónica da lugar a cambios microvasculares del tipo de la fibrolipohialinosis en las arterias cerebrales de pequeño calibre, aunque mediante técnicas de inmunohistoquímica se han logrado identificar vasos subcorticales aberrantes. En consecuencia, la fibrolipohialinosis da lugar a dos fenómenos; por un lado, la propensión a oclusiones arteriales y, por otro lado, al desarrollo de las formaciones microaneurismáticas llamadas aneurismas de Chacot-Boouchard, las cuales probablemente guardan íntima relación con las hemorragias parenquimatosas profundas de los hemisferios cerebrales y tallo encefálico.(13,18). La topografía de estas lesiones predominan en los segmentos distales de las arterias penetrantes lenticuloestriadas, arterias talámicas, perforantes pontinas y mesencefálicas. Es

factible que la HAS no tenga sólo influencia grave sobre estructuras vasculares de calibre pequeño, sino que se extienda a vasos de mayor tamaño; por ejemplo, la correlación entre HAS y dolicoectasia de las arterias cerebrales es un hecho que se observa con frecuencia. La influencia que la HAS tiene sobre los llamado aneurismas saculares es un tema controvertido. (18,19).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cual es la Morbimortalidad de la Enfermedad Vasculat Cerebral en pacientes Hipertensos en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional I.S.S.S.T.E. Puebla del 1 de Enero - 31 de Diciembre de 1995?

JUSTIFICACIÓN.

A nivel mundial la OMS reconoce una incidencia de patología cerebrovascular (PCV) de 200 casos por 100,000 habitantes / año y una prevalencia de 600,000 casos por 100,000 habitantes año.(2).

La EVC es una afección neurológica más seria en la practica clínica, se considera que representa la tercera causa de muerte en los países desarrollados , después de las cardiopatías y el cáncer y se calcula que actualmente en EUA se presenta 400,000 nuevos casos de EVC y una mortalidad cercana a los 150,000 (2,21).

En México , a partir de 1970 , el EVC se ha registrado dentro de las 10 principales causas de muerte, séptima en esa década , con una tasa de 24.7 defunciones por cada 100,000 habitantes, para 1980 pasó a ser la sexta causa y su tasa de 21.8 en 100,00 habitantes en 1990 ocupa el octavo lugar , con una tasa de 23.0 y en 1991 nuevamente ocupa el sexto sitio, registrando 20,800 defunciones con una tasa de 23.8 .La hipertensión sistémica (HAS) es un enfermedad muy difundida cuya frecuencia se estima en 38% de la población general si se consideran cifras de 140/ 90 mmHg y desciende a 18% en cifras de 160/ 90 mmHg. Constituye el factor de riesgo más importante para el EVC (4,5)

La viabilidad es posible de acuerdo al programa de reorganización en el Servicio de Urgencias además se contó con la autorización del Director del Hospital y del Jefe del Servicio de Urgencias así como también la autorización de los pacientes o de sus familiares.

Se contó con el acceso a los expedientes de los pacientes que participaron en el estudio y con los recursos humanos y financieros necesarios para llevar a cabo este estudio.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la Morbimortalidad de EVC en pacientes hipertensos en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional I.S.S.S.T.E. Puebla. en el período de Enero a Diciembre de 1995.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Determinar la Morbimortalidad de EVC/HAS, en pacientes mayores de 40 años del sexo masculino y femenino.
- 2.- Determinar la frecuencia de EVC/HAS por sexo.
- 3.- Determinar el rango y la media de EVC/HAS por edad.
- 4.- Determinar la TA al ingreso al servicio de Urgencias.
- 5.- Determinar el rango de Presiones sistólicas y diastólicas.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO.

Se diseñó un estudio observacional , descriptivo, prospectivo y transversal.

POBLACIÓN , LUGAR Y TIEMPO..

La población adscrita con la que cuenta el Hospital Regional I.S.S.S.T.E. Puebla, que se encuentra ubicado en la 14 sur 4336 Colonia San Manuel, es de 811,081 derechohabientes y adscrita a la Clínica de Medicina Familiar le corresponde 132,465 derechohabientes.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

No probabilística por cuotas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1.- Derechohabientes mayores de 40 años de edad.
- 2.- Pacientes con antecedentes de Hipertensión Arterial Sistémica.
- 3.- Pacientes con HAS y EVC en evolución.
- 4.- Que el paciente desee participar o que el familiar autorice su participación en el estudio .

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1.- Pacientes con Diabetes Mellitus .
- 2.- Pacientes menores de 40 años.
- 3.- Pacientes con Insuficiencia Vascul ar Periférica.
- 4.- Pacientes No Derechohabientes del Hospital Regional I.S.S.S:T.E. Puebla.
- 5.- Pacientes con EVC anteriores

INFORMACIÓN A RECOLECTAR (Variables).

Variables a recolectar.

Variables Cualitativas.	A) Sexo. B) Tipo de EVC.
Variables Cuantitativas	A) Edad. B) T.A. C) Fecha de Ingreso.

Método o procedimiento para captar la información.

En el servicio de Urgencias se captaron aquellos pacientes con datos de EVC asociado a HAS , los cuales se les solicito en forma verbal su aceptación al estudio, aquellos pacientes que no estaban en condiciones de responder se le solicito su autorización a los familiares ,se procedió previo consentimiento de la autoridad de la Clínica Hospital para la realización del mismo. Se vaciaron en una Cédula de Recolección de Datos con las siguientes variables: Edad, Sexo, Tipo de EVC etc., dicha información se aplico análisis estadístico básico (media, porcentaje, rango) para posteriormente representarlo en histograma , gráfica de barras y pastel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La 18a Asamblea Médica Mundial , Helsinki Finlandia 1964 y revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial, Tokio Japón 1975 , nos dice que:

Es la misión del médico velar por la salud de las personas, sus conocimientos y conciencia deben estar completamente dedicados a cumplir esta misión .

La Asociación Médica Mundial une al médico con las palabras "La salud de mi paciente, será mi primera consideración ";y el Código Internacional de Ética Médica declara que: "Cualquier acto o consejo que pudiera debilitar la resistencia física y mental de un ser humano ,debe ser usada únicamente en su propio beneficio".

La Asociación Médica Mundial (Helsinki Finlandia 1964) ha preparado las siguientes como guía para cualquier médico en Investigación Biomédica que involucre a seres humanos: Los lineamientos que prepara son una guía para los médicos en todo el mundo y no las excluye de responsabilidades criminales, civiles y éticas ante las leyes de sus propio país.

Investigación Biomédica no Terapéutica que involucra sujetos humanos.

- 1.- En la aplicación científica de la investigación biomédica realizada sobre seres humanos es deber del médico permanecer como el protector de la vida y la salud de esas personas.

- 2.- Los sujetos deberán ser voluntarios, ya se trate de personas sanas o de pacientes para que el diseño experimental no esté relacionados con sus enfermedades.
- 3.- El investigador o grupo de investigadores deberá interrumpir la investigación si considera que esta pudiera ser dañina al individuo.
- 4.- En la investigación humana , el interés de la ciencia y la sociedad nunca deberá estar por encima de las consideraciones relacionada con el bienestar de los sujetos .

Tomando en cuenta lo establecido en la Asamblea Médica Mundial , Helsinki Finlandia 1964 este estudio respeto cada uno de sus puntos antes mencionados para su realización.

RESULTADOS.

Este estudio se realizó en 29 pacientes mayores de 40 años con EVC, asociado a HAS, de los cuales 17 fueron femeninos y 12 masculinos, con un rango de 50- 85 años y con una media de 67 años . Tabla II. Gráfica II.

Los 29 pacientes que ingresaron al Servicio de Urgencia presentaban EVC asociado a HAS, al efectuar la toma de la presión sistólica se hallaba en un rango 100 - 220 mm Hg, con una media de 167 mm Hg, y una presión diastólica con un rango de 60-150 mm Hg, con una media de 97 mm Hg. Tabla I Gráfica I.

En los pacientes de sexo femenino, se observo un rango de presión sistólica de 100-200 mm Hg, con una media de 158 mm Hg, y una presión diastólica con un rango de 60-140, cuya media fue 128 mm Hg. Tabla III, Gráfica III.

En los pacientes masculinos se apreció un rango de presión sistólica de 140-220 mm Hg, en donde su media registrada fue 180 mm Hg, y en estos presentaron una presión diastólica de 80-130 mm Hg, donde su media fue 98 mm Hg. Tabla IV, Gráfica IV .

En cuanto a la morbimortalidad del EVC asociada a HAS en el sexo femenino, se presentaron 7 defunciones por EVC Hemorrágico, con un rango de 50 a 85 años con una media de 67 años. En este grupo de pacientes fallecidas se registraron una presión sistólica entre 110 a 200 mm Hg, y una media de 170 mm Hg, la presión diastólica fue 60-140 mm Hg, con una media de 104 mm Hg. Tabla V, Gráfica V.

En cuanto la morbimortalidad del EVC asociada a HAS en los pacientes del sexo masculino fue de 5 defunciones por EVC hemorrágico, con un rango de 54 a 69 años y con una media de 66 años. En estos pacientes la presión sistólica alcanzo un rango de 170 a 200 mm Hg, con una media 194 mm Hg y la presión diastólica con un rango de 90 a 130 mm Hg, con una media 108 mm Hg. Tabla VI, Gráfica VI.

De 29 pacientes captados , 12 pacientes sufrieron de EVC hemorrágico lo cuales todos fallecieron y los 17 restantes sufrieron con EVC trombótico todos sobrevivieron. Gráfica VII.

De los dos tipos de EVC asociado a HAS se encontró que 10 mujeres presentaron EVC trombótico y 7 EVC Hemorrágico .En los Hombres se encontró 7 con EVC trombótico y 5 con EVC Hemorrágico. Gráfica VIII.

**MORBIMORTALIDAD DE ENFERMEDAD VASCULAR
CEREBRAL EN PACIENTES HIPERTENSOS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

Relación de Presiones y Edad en pacientes con EVC

TABLA I

FIGURA I.

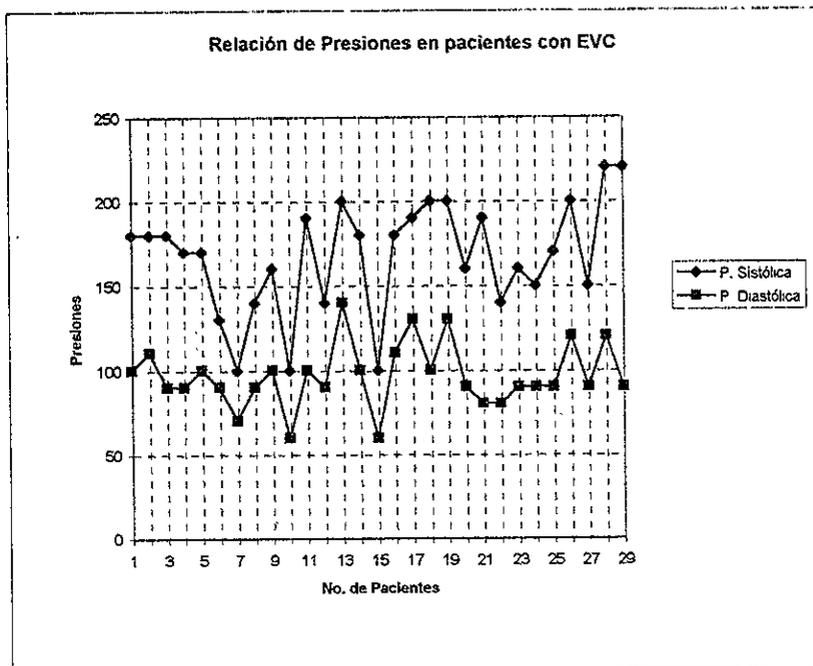
No Pacientes.	P. Sistólica	P. Diastólica	EDAD.	
1	180	100	80	
2	180	110	56	No. de Datos.29
3	180	90	60	
4	170	90	60	
5	170	100	72	Edad
6	130	90	70	Rango de edad 50-85 año
7	100	70	64	Moda de Edad 67 años.
8	140	90	72	
9	160	100	70	Presión
10	100	60	66	Rango
11	190	100	67	P.Sistólica 100-200 mmHg
12	140	90	56	P.Diastólica 60-150 mmHg
13	200	140	79	
14	180	100	70	Media
15	100	60	74	P. Sistólica 167 mmHg.
16	180	110	58	P. Diastólica 97 mmHg.
17	190	130	50	
18	200	100	68	
19	200	130	54	
20	160	90	63	
21	190	80	50	
22	140	80	50	
23	160	90	85	
24	150	90	80	
25	170	90	64	
26	200	120	69	
27	150	90	80	
28	220	120	68	
29	220	90	81	
Total.	4850	2800	1938	
	167.24137	96.551724		

Fuente : Cédula de Recolección de Datos.

MORBIMORTALIDAD DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL
EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL REGIONAL I.S.S.S.T.E. PUEBLA.

Relación de Presiones en pacientes con EVC

GRÁFICA I



Fuente :Cédula de Recolección de datos

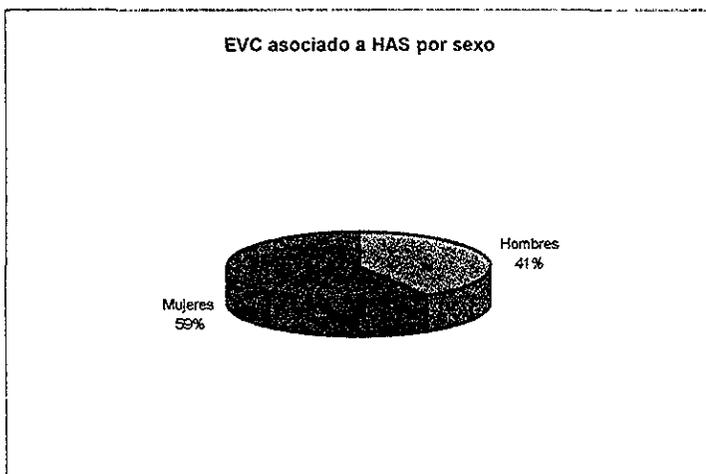
MORBIMORTALIDAD DE ENFERMEDAD VASCULAR
CEREBRAL EN PACIENTES HIPERTENSOS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

TABLA II

EVC asociado a HAS por sexo

	Porcentaje.	
Hombres	12	41%
Mujeres.	17	59%
	29	100%

GRÁFICA II



No. de casos 29.

Fuente :Cédula de Recolección de datos

**MORBIMORTALIDAD DE ENFERMEDAD VASCULAR
CEREBRAL EN PACIENTES HIPERTENSOS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

RELACIÓN DE PRESIONES EN MUJERES

TABLA III

No. de PACIENTES.
Femeninos.

P. Sistólica P. Diastólica

1	180	100
2	180	110
3	180	90
4	170	90
5	170	100
6	130	90
7	100	70
8	140	90
9	160	100
10	100	60
11	190	100
12	140	90
13	200	140
14	180	100
15	100	60
16	180	110
17	190	130

No. de datos. 17

RANGO

P.Sistólica 100-200 mmHg.

P.Diastólica 60 - 140 mmHg

MEDIA

P. Sistólica 158 mmHg.

P Diastólica 128 mmHg.

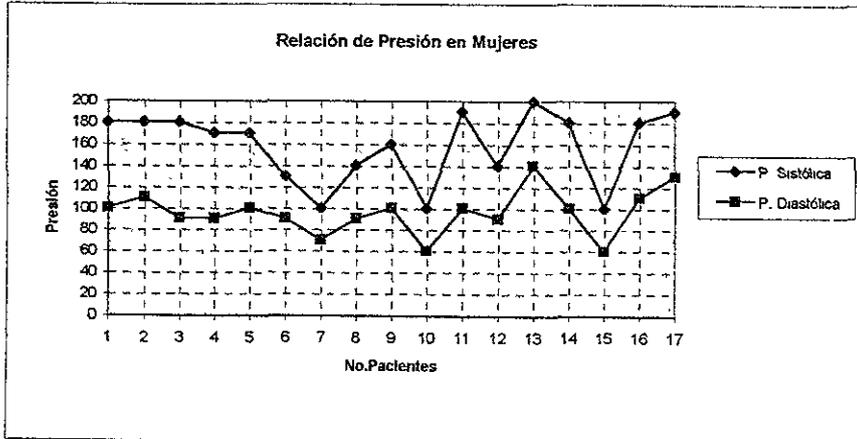
TOTAL.

2690 1630

MEDIANA

158.2352941 127.6470588

GRÁFICA III



Fuente :Cédula de Recolección de datos

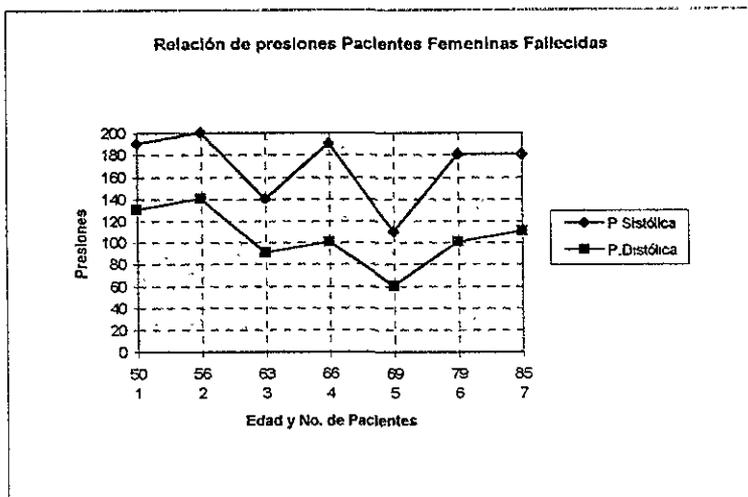
**MORBIMORTALIDAD DE ENFERMEDAD VASCULAR
CEREBRAL EN PACIENTES HIPERTENSOS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

Relación de Presiones en Pacientes Femeninas Fallecidas

TABLA V

Pacientes Femeninos Fallecidos.	Edad.	P.Sistólica	P.Distólica	EDAD
1	50	190	130	Rango 50-85 años
2	56	200	140	Media de 67 años.
3	63	140	90	
4	66	190	100	RANGO
5	69	110	60	P.Sistólica 110-200 mmHg.
6	79	180	100	P. Diastólica 60 -140 mmHg
7	85	180	110	
TOTAL.	468	1190	730	MEDIA
Mediana	66.8	170	104.285	P.Sistólica 170 mmHg. P.Diastólica 104 mmHg.

GRÁFICA V.



Fallecieron por EVC Hemorrágico

Fuente :Cédula de Recolección de datos

**MORBIMORTALIDAD DE ENFERMEDAD VASCULAR
CEREBRAL EN PACIENTES HIPERTENSOS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

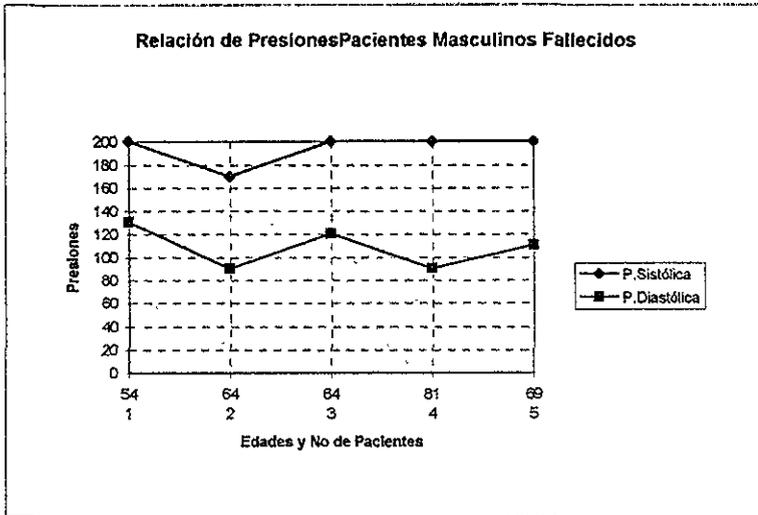
Relación de Presiones en Pacientes Masculinos Fallecidos.

TABLA VI.

Pacientes Masculinos Fallecidos.	Edades.	P.Sistólica	P.Diastólica	EDAD
1	54	200	130	Rango 54-69 años.
2	64	170	90	Media 66 años.
3	64	200	120	
4	81	200	90	RANGO
5	69	200	110	P.Sistólica 170-200 mmHg.
Total.	332	970	540	P.Diastólica 90-130 mmHg
Media	66.4	194	108	

MEDIA
P.Sistólica 194 mmHg.
P.Diastólica 108 mmHg.

GRÁFICA VI.



Fallecieron por EVC Hemorrágico.

Fuente :Cédula de Recolección de datos

**MORBIMORTALIDAD DE ENFERMEDAD VASCULAR
CEREBRAL EN PACIENTES HIPERTENSOS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

Tipos de EVC

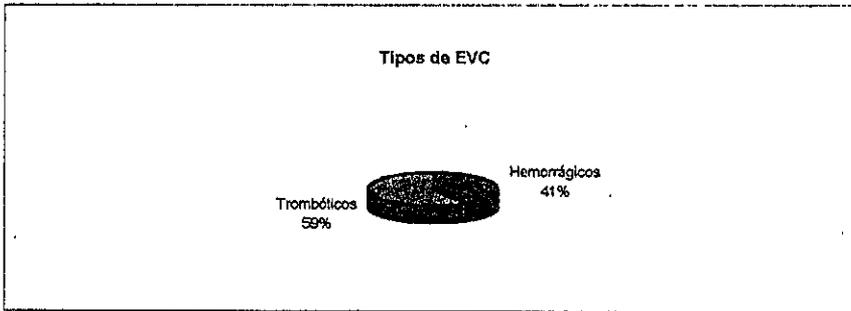
EVC asociado a HAS

No. Casos.

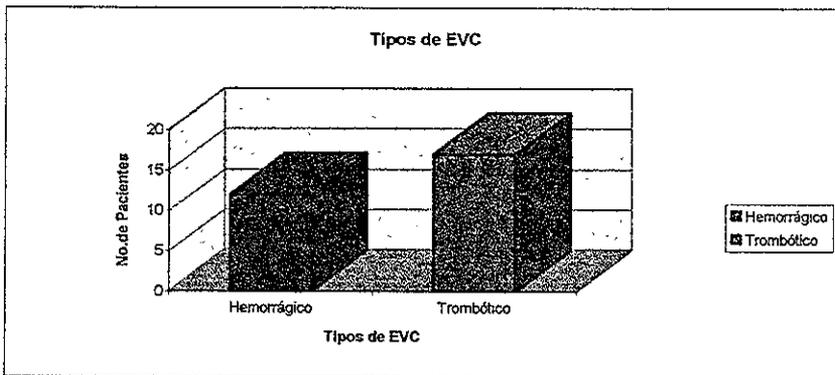
Porcentaje

GRAFICA VII A .

	Hemorrágico	Trombótico
No. Casos.	12	17
Porcentaje	41%	59%



GRÁFICA VII B.



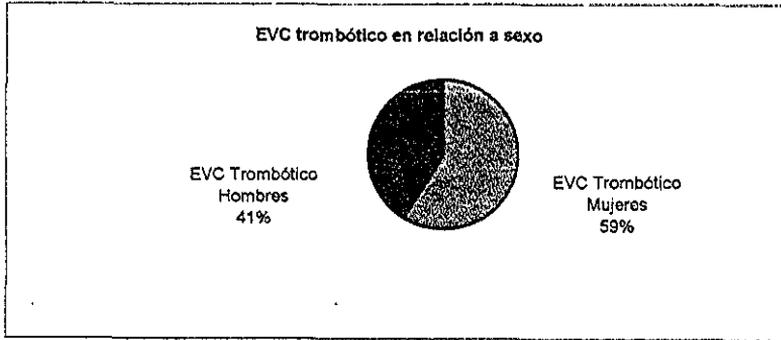
Fuente :Cédula de Recolección de datos

**MORBIMORTALIDAD DE ENFERMEDAD VASCULAR
CEREBRAL EN PACIENTES HIPERTENSOS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

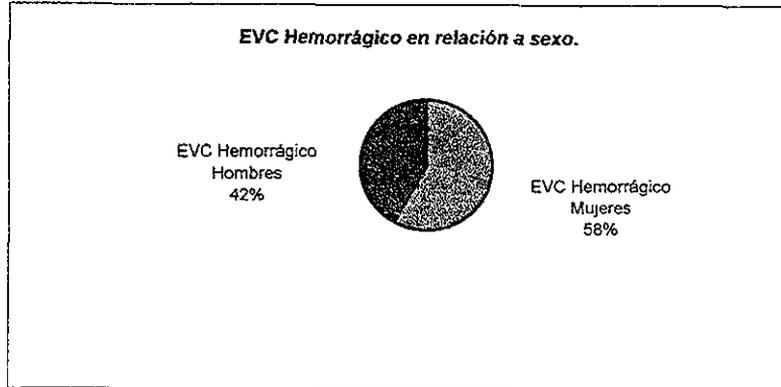
Tipos de EVC asociado a HAS en relación a sexo.

EVC Trombótico Mujeres	10	58.80%
EVC Trombótico Hombres	7	41.10%

GRÁFICA VIII.



EVC Hemorrágico Mujeres	7	41.60%
EVC Hemorrágico Hombres	5	58.30%



Fuente :Cédula de Recolección de datos

DISCUSIÓN.

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio encontramos que en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional del I.S.S.S.T.E. Puebla, la EVC asociado a HAS. fue del 69%, y la EVC asociado a otras causas distintas a HAS fue de 31%, estos resultados son similares a los reportes en otras series.(6)

La HAS asociada a la EVC representa el 14.5% de pacientes hipertensos que acudieron al servicio de urgencias.

La EVC hemorrágica asociado a HAS fue de 41.3% y de la EVC trombótica e HAS de 58.6%.

En cuanto a sexo encontramos que la asociación de EVC e HAS prevaleció en mujeres con un 58.6% en relación a los hombres 41.3% esta misma situación se observo en pacientes con HAS y EVC trombotico 58.8% en mujeres y 41.1% en hombres.Finalmente en el EVC hemorrágico e HAS continuo la misma prevalecía en cuanto a sexo 58.3% y 41.6% en hombres .Esta relación también concuerda con el riesgo para EVC que es mayor en mujeres(7).

Los pacientes al ingreso al servicio de urgencias presentaron un presión arterial media de 167/ 97, y al hospitalizarse se obtuvo una presión arterial media de 146/86, en un 34.4 % se redujo la presión diastólica a la hospitalización.

La estancia hospitalaria promedio para los pacientes con EVC y HAS fue de 9 días, en los pacientes que presentaron EVC trombótico fue de 7 días y 12 días para el EVC hemorrágico.

De los pacientes con EVC asociado a HAS el 44.8% presentaron complicaciones. Se observo que las complicaciones predominaron en la EVC hemorrágica más HAS en el 92.6% en relación al EVC trombótico e HAS de 7.6%.Las principales complicaciones fueron :Infección de vías respiratorias (100%), alteraciones en el ritmo cardíaco (92.6%) y escaras por decúbito(7.6%)

La Mortalidad de EVC asociada a HAS. fue de 41.3%.

CONCLUSIONES.

La Mortalidad de EVC asociada a HAS en el Servicio de Urgencias del I.S.S.S.T.E. Puebla es del (41.3 %).

Se observo que el EVC asociado a HAS es más frecuente en las mujeres con (58.6.%)que en los hombres(41.3%):.

El grupo de edad más afectado fué el de 60-70 años.

La presión arterial al ingreso al servicio de urgencias presento un media de 167/97 y al momento de hospitalizarlos se registro una presión arterial media de 146/86.

Los resultados de estudio nos revelaron que no se modifico la evolución natural de la enfermedad en los pacientes con EVC hemorrágico y la mortalidad esta asociada a la estancia prolongada y a las complicaciones secundarias.

Se hacen las siguientes sugerencias para disminuir la Morbimortalidad de E.V.C. asociada a HAS.

- A) No disminuir en forma súbita las cifras diastolicas en presencia de lesión cerebral.
- B) Disminuir las complicaciones durante la estancia hospitalaria.
- C) Realizar un control estricto de la Hipertensión en las unidades de medicina familiar.
- D) Organizar los clubes de Hipertensos en cada unidad de medicina familiar .
- E) Orientación a los pacientes, sobre los factores de riesgo en la HAS.
- F) Plan de detección masivo de HAS.
- G) Involucrar al área trabajo social, así como al personal medico y de enfermería en los programas de educación sobres salud e HAS.
- H) Promover la ingestión de alimentos bajos en sal y menor contenido de grasas saturadas

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- López L F , Vivanco MJ Clínica y Tratamiento de los EVC Medicine 1994 6(51): 2261-2275
- 2.- Bonita R.Epidemiology of stroke .Lancet 1992; 339; 342.
- 3.-Philip.K.J. , Ropper.A.A ,Martín J.B.Enfermedad cerebrovascular En : Principios de Medicina Interna Harrison 13a .Ed .México : Interamericana 1994: 2570
- 4.-Ruiz Matus C. Meneses González F. Mortalidad por EVC en México. Bol. Mens de Epidemiol , Sistema Nacional de Salud , 1993; 8: 113
- 5.- Chavés D.R.,Acoltzin V. C.,Carboney C. A.,López F J, cols Definición.Causas.Clasificación Epidemiología.Tasas de Mortalidad de la hipertensión Arterial.Revista Mexicana de cardiología 1995; 6(suplemento) : s9-s14.
- 6.-Cuevas G.C Manifestaciones Clínicas En: Asociación de Medicina Interna de México 1a. Ed.México : Interamericana 1996; 3-13
- 7.- Miranda L. Factores de riesgo de la EVC en Temas de Medicina Interna 1a .Ed México Interamericana 1996; 4: 35.
- 8.- Leyva O JP , Martínez S.V , Saíta K.O " Morbilidad de la Enfermedad vascular cerebral en pacientes hipertensos y su relación con los antihipertensivos utilizados" Paracelso 1994; 4(3) : 69-72.
- 9.- Wolf PA, Belanger AJ D´Agostino RB Management risk factors. Neurol Clin 1992; 10:177
- 10.-Ramón C.G. Epidemiología y factores de riesgo de la EVC .En : F.Barnagarmentería 1a de. México .Interamericana 1997 ; 71-79
- 11.- Phillips SJ ,Whisnant JP . Hypertension and brain .Arch Intern Med 1992; 152 : 938.
- 12.- Barnagarmentería F. Hemorragia Intracerebral En : Enfermedad Vascular Cerebral Diagnostico y Tratamiento 1a de México 1995 ; 151 - 160.

- 13.- Caplan L.R. Intracerebral Hemorrhage revisited .Neurology 1998; 38: 624.
- 14.-Vargas Mc,Pavia G.A, Conceptos actuales de hipertensión Rev.Hipertensión 1993,8:17
- 15- Bogousslavky J, Van Mele G, Regli F. The Laussane Stroke Registry : analysis of 1,000 consecutive patients with frist stroke .Stroke 1988; 19 : 1083-1092.
- 16.- Dentinger MP. Cerebrovascular anatomy as related to clinical neuroanatomy and neuropathology for the clinical neurologist. San Diego, Cal: Amer of Neurol 1992:91.
- 17.-Dfiez - Tejedor E, Alonso de Leciñana M, Carceller F y col .Fisiopatología de la isquemia cerebral : el daño de isquemia- reperfusion Rev.Clin Esp.1996 .Monografía.
- 18.- Fisher CM. Pathological obserbvations in hypertensive cerebral hemorrhage J.Neuropathol Exp Neurol 1971; 30: 536.
- 19.- Bouchard CH:Astudy of some points in the patology of cerebral haemorrhage. Traslated by TJ Maclagan.London: Simpkin, Marshall, 1982 (Reprinted in the Classics of Neurology and Neurosurgery library .Birmingham: Gryhon Editions, 1990).
- 20.- Cooper R, Sempos C, Hsieh S, y col, Slowdown in the decline in stroke mortality in the United States, 1978, 19786, Stroke. 1990,21:1274.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

MORBIMORTALIDAD DE ENFERMEDAD VASCULAR
CEREBRAL EN PACIENTES HIPERTENSOS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

Cédula de recolección de datos

Fecha	
Nombre	
Sexo	
Edad	
T.A al ingreso	

Factor de riesgo Hipertensión Arterial.

Fuente : Datos del Servicio de Urgencias del Hospital Reg.ISSSTE, Pue.
Enero-Diciembre de 1995 Dr. Juan Xaxalpa Pérez.