

11227



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**PREVALENCIA DE ENFERMEDAD VASCULAR
CEREBRAL EN EL HOSPITAL REGIONAL
"ADOLFO LÓPEZ MATEOS"**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA EL:
DR. BENITO CHÁVEZ JUÁREZ**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE:
MEDICINA INTERNA**



ISSSTE

2004



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.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

[Handwritten signature]



Dr. Julio César Díaz Becerra.
Coordinador de Capacitación,
Desarrollo e Investigación.

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIDADES
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ISSSTE
COORDINACION DE
CAPADESI
10 SEP 2004



Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Beate Chuvay

FECHA: 11/OCT/2004

FIRMA: Beate Chuvay

[Handwritten signature]

M. en C. Hilda Rodríguez Ortiz.
Jefe de Investigación.

[Handwritten signature]

Dr. Luis Alcázar Álvarez.
Jefe de Enseñanza.

ISSSTE
CCPADESI
JEFATURA DE
INVESTIGACION
09 SEP 2004

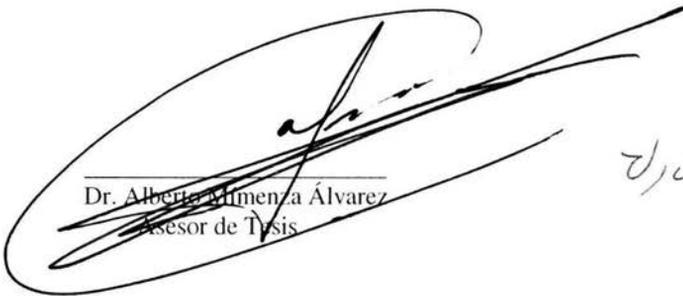


ENTRADA
20 SET, 2004
Dirección de
Enseñanza e
Investigación

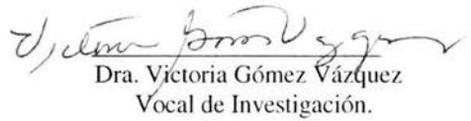




Dra. Gabriela Salas Pérez
Asesor del curso



Dr. Alberto Mimenta Álvarez
Asesor de Tesis



Dra. Victoria Gómez Vázquez
Vocal de Investigación.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a dios por permitirme llegar a esta etapa de la vida. A mis padres ya que sin su apoyo no hubiese podido lograr mis metas. A cada uno de los pacientes que participaron en el protocolo y permitirme aprender un poco de ellos. A Francisco que es un gran amigo y sobre todo a la gran ayuda que me brindo a la realización del presente trabajo.

Agradezco al Dr. Alberto Mimenza Alvarado ya que sin su apoyo no hubiese sido posible la realización del presente y por dedicarme un poco de su tiempo y paciencia.

México D.F., 2005

ÍNDICE

Agradecimientos.....	Pag.1
Índice.....	Pag.2
Resumen.....	Pag.3
Summary.....	Pag.5
Introducción.....	Pag.7
Objetivos.....	Pag.12
Material y Métodos.....	Pag.13
Resultados.....	Pag.15
Discusión.....	Pag.17
Conclusiones.....	Pag.20
Tablas y Gráficos.....	Pag.22
Referencias bibliográficas.....	Pag.31

RESUMEN

Propósito: Determinar la prevalencia de Enfermedad vascular cerebral en el hospital Regional Lic. "Adolfo López Mateos", factores de riesgo asociados a enfermedad vascular cerebral, territorios vasculares más frecuentes de afección por la enfermedad vascular cerebral, conocer la evolución funcional de la enfermedad vascular cerebral mediante la escala de Rankin al egreso, un mes y tercer mes posterior al egreso, el tipo de enfermedad vascular cerebral más frecuente y así como en los pacientes menores de 45 años la etiología y tipo de enfermedad vascular cerebral más frecuente.

Material y Métodos: Es un estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal y observacional, descriptivo, en el que se estudiaron 75 pacientes con el diagnóstico clínico y tomográfico de Enfermedad vascular cerebral del período comprendido de Enero del 2003 a Junio del 2004. Para la recavar la información se utilizó el cuestionario del Registro Nacional de Enfermedad Vascular Cerebral. Se empleó la escala de Rankin y NIH para la evaluación funcional y de ingreso respectivamente. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS 10.

Resultados. De los 75 pacientes 38 (50.6%) son hombres y 37 (49.4%) mujeres. El promedio de edad fue de 66.9 años, los factores de riesgo involucrados fueron Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus de las más frecuentes. El territorio vascular más afectado fue la arteria cerebral media.

Conclusiones: La Enfermedad vascular cerebral sigue siendo causa importante de morbilidad y mortalidad en el servicio de medicina Interna del Hospital regional "Lic. Adolfo López Mateos". La población más afectada es el sexo masculino. La

Hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus son los factores de riesgo mas importantes en la prevalencia de Enfermedad Vasculiar Cerebral.

Palabras Claves: Enfermedad vascular cerebral, factores de Riesgo.

SUMARY.

Propouse: To determine the incidence of Cerebrovascular disease at the Hospital Regional "Lic. Adolfo Lopez Mateos", to know the risk factors associated to Cerebrovascular disease and vascular territory more affected frecuently, moreover analyze the funcional evolution of the Cerebrovascular disease through Ranking and NIH scale.

Methods: It is a prospective, descriptive, longitudinal and observational study from January 2003 to June 2004 at the Hospital Regional "Lic. Adolfo Lopez Mateos" was done. Included 75 patient with clinical and tomografic diagnostic of cerebrovascular diesese. All patient counted with axial computed tomografic, clinical record, and other test: blood chemical, hematologic test and coagulation test.

Results: From a total 75 patients de January 2003 to June 2004, 38(50.6 %) was male and 37(49.4 %) was female, the main risk factors associated to cerebrovascular disease were; High blood pressure and Diabetes. The vascular territory more often was the medium cerebral artery.

Conclusions: The Cerebrovascular disease is the main cause of morbidity and mortality at the Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos". The population more affected are male sex and the High blood pressure and Diabetes were the main risk factors in the prevalence of Cerebrovascular disease.

Key words: Cerebrovascular disease, risk factors.

INTRODUCCION:

Se conoce como enfermedad vascular cerebral a todos los trastornos en los cuales se daña un área del cerebro en forma permanente o transitoria a causa de isquemia cerebral o hemorragia (cerebral o subaracnoidea), y en los cuales uno o más vasos sanguíneos cerebrales presentan una alteración primaria por algún proceso patológico.¹

La enfermedad vascular cerebral se puede presentar como isquemia o hemorragia. La isquemia proviene de una disminución del aporte sanguíneo cerebral en forma total (isquemia global o difusa) o parcial (isquemia focal). El daño puede ser funcional; esto es, que sólo se altera el metabolismo neuronal sin llegar a la destrucción, como los accidentes isquémicos transitorios, pero lo más frecuente es que la lesión tisular llegue al infarto cerebral (IC). La hemorragia es la presencia de sangre en el parénquima cerebral (hemorragia cerebral) o en el espacio subaracnoideo (hemorragia subaracnoidea); es posible que se presenten juntas o con hemorragia hacia el sistema ventricular.¹

Del total de los accidentes cerebrovasculares , 80 a 90% son infartos cerebrales y 10 a 15% son casos de hemorragia cerebral o subaracnoidea. Existen diversos estudios que demuestran esta incidencia tan alta de infarto cerebral.

A nivel mundial la enfermedad vascular cerebral (EVC) es una causa de muerte importante, en especial en los países desarrollados que es la tercer causa de muerte, siendo además la principal causa de discapacidad y la segunda causa de demencia. De 14.3 millones de muertes al año, 4.5 millones son consecuencia de EVC secundaria a enfermedad ateromatosa o de origen cardioembólico. Alrededor del 5% de esta población tiene mas de 65 años. En México la transición

epidemiológica ha logrado la reducción significativa de las enfermedades infecciosas del tracto respiratorio y digestivo, así como de las parasitarias a costa del incremento de las crónico degenerativas. De hecho, las enfermedades circulatorias han incrementado su frecuencia de 4.5 a 22.6% entre los años 1945 y 1995. La Secretaria de Salud estima que para una población total de casi 100 millones de habitantes en el año 1998 la incidencia de EVC fue de 32.59 por 100,000 habitantes, es decir, que debieron de ocurrir alrededor de 32,5000 casos. En este mismo año en EVC como causa de muerte ocupó la 7^a Posición entre los hombres y la 4^a Entre las mujeres.² La prevalencia de enfermedad vascular cerebral en nuestro país es similar a lo reportado en la literatura mundial.

A partir de 1955 la enfermedad vascular cerebral se convirtió en el objeto principal de múltiples estudios para lograr una definición y clasificación adecuadas, así como conocer sus aspectos clínico-patológicos generales. La clasificación (Cuadro 1) actual más específica se realizó en 1990. En ella se consideran tanto los aspectos clínicos como los aspectos patológicos(Figura 1).

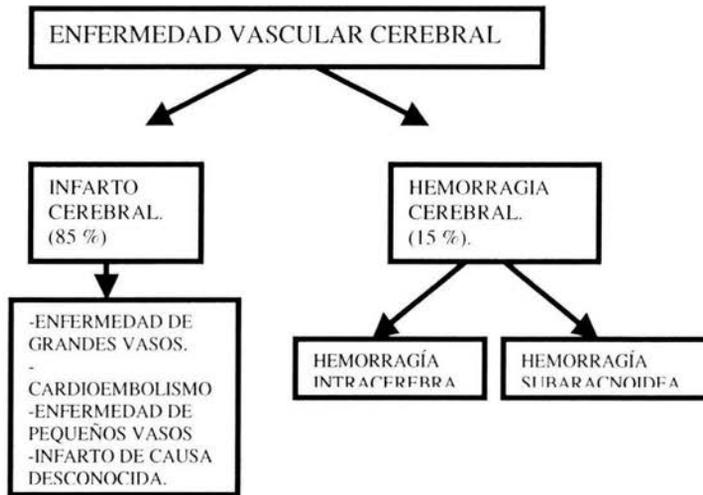


Figura-1 Enfermedad Vasculat Cerebral y Subtipos

La etiología de la enfermedad vascular cerebral sugiere que las enfermedades de los vasos sanguíneos, en especial las arterias, son causantes de todas las lesiones cerebrales conocidas, como infartos, hemorragias y edema. Aunque la contribución de las enfermedades vasculares en estos trastornos está bien reconocida, existen numerosas anomalías no vasculares, como las crisis hemodinámicas que deben de añadirse a la lista de los factores relacionados con el daño isquémico y hemorrágico del cerebro. Entre estas, las deficiencias de proteínas C y S y la de los anticuerpos antifosfolípidos son algunas de las causas identificadas de trombosis arterial en individuos con vasos intactos desde el punto de vista estructural.¹

La causa de EVC en los jóvenes varía de acuerdo con la edad de los pacientes. En el caso de estos pacientes es posible identificar tres grupos: perinatal y neonatal, niños (de 1 a 15 años) y adultos jóvenes (15 a 40 años), en quienes la frecuencia de causas determinadas varía también de acuerdo a la geografía, el

estatus socioeconómico y los factores ambientales. Por ejemplo, en algunos países latinoamericanos la cisticercosis es una causa prevalente de EVC en los jóvenes, así como en la India puede serlo la meningitis tuberculosa o en los países mediterráneos la enfermedad de Behcet. En los jóvenes el EVC hemorrágica corresponde a un 60% de la enfermedad vascular cerebral en comparación con el 20% en los adultos. Por otra parte, causas como la migraña, el traumatismo craneoencefálico, los trastornos hematológicos y las enfermedades cardíacas se encuentran más frecuente en los jóvenes.³

Por otra parte, los grandes avances tecnológicos, la causa de isquemia cerebral en jóvenes es desconocida en un considerable porcentaje de casos. Para un mejor diagnóstico etiológico debe de recurrirse a un abordaje completo y ordenado (Tabla-1). No necesariamente la diversidad de estudios aumenta las posibilidades de establecer un diagnóstico. Los estudios deben indicarse en forma racional e inteligente.¹

En nuestro país respecto a los factores de riesgo, la hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad fueron más prevalentes.⁴

A pesar del extraordinario desarrollo que han tenido los métodos complementarios, especialmente los imagenológicos, la evaluación clínica conserva un lugar fundamental en el paciente que ha sufrido un accidente cerebrovascular (ACV). La encuesta clínica debe de incluir una minuciosa investigación de los antecedentes del paciente, la forma de instalación de la enfermedad, las características del síndrome focal neurológico, la presencia de un síndrome de hipertensión intracraneana y meníngeo, juntos o por separado, la evolución de los síntomas y su asociación con patologías extraneurológicas. El

diagnóstico de ACV resulta generalmente sencillo y se plantea sobre la base de la historia clínica en la que destaca la instalación súbita o rápida de los síntomas y los signos que constituyen un síndrome focal neurológico. Los métodos imagenológicos, fundamentalmente la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), definirán si el síndrome focal neurológico corresponde a un ACV.

El tratamiento actual del ACV isquémico implica manejo correcto de las constantes vitales del paciente, prevención y tratamiento adecuado de las complicaciones, y uso de terapéuticas específicas sobre los fenómenos tromboembólicos.

En los últimos años aparecieron datos y medicamentos nuevos en el manejo del ACV isquémico. La aparición de fármacos trombolíticos y el uso de sustancias neuroprotectoras abrieron una vía nueva en el manejo de estos pacientes. Los trombolíticos se utilizan con el fin de recanalizar temprano el vaso obstruido y permitir la reperfusión del tejido isquémico. El empleo de fármacos neuroprotectores está orientado a la protección del tejido nervioso dañado en parte por el episodio isquémico a la espera de la reperfusión sanguínea. Los fármacos antiagregantes y anticoagulantes se emplearon en distintos estudios con el fin de detener o lentificar los fenómenos trombóticos envueltos en el ACV isquémico. Por último, se comienza a postular un papel de los tratamientos que inhiben los fenómenos inflamatorios asociados con isquemia y que podrían tener eficacia en el futuro.¹

En el servicio de medicina interna de nuestro hospital es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad y no existen estudios para establecer guías diagnósticas y de tratamiento; por lo anterior el presente estudio describe la prevalencia de enfermedad vascular cerebral en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”, así mismo identificar factores de riesgo que conllevan a esta entidad.

Por otro lado se intenta diseñar y unificar criterios para establecer tratamiento.

OBJETIVOS:

- 1.- Determinar la prevalencia de Enfermedad vascular cerebral en el hospital Regional Lic. "Adolfo López Mateos".

- 2.- Determinar factores de riesgo asociados a enfermedad vascular cerebral.

- 3.- Determinar territorios vasculares más frecuentes de afección por la enfermedad vascular cerebral.

- 4.- Determinar la evolución funcional de la enfermedad vascular cerebral mediante la escala de Rankin al egreso, un mes y tres meses.

- 5.- Determinar el tipo de enfermedad vascular cerebral más frecuente.

- 6.- Determinar en los pacientes menores de 45 años etiología y tipo de enfermedad vascular cerebral.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Este es un estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal y observacional en el que se incluyeron 75 pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" con el diagnóstico clínico y Tomográfico de enfermedad vascular cerebral del periodo comprendido de Enero del 2003 a Junio del 2004.

Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario del Programa Nacional de Registro de Enfermedad Vascular Cerebral dependiendo del estado de conciencia se aplicó de forma directa o indirecta.

A todos los pacientes que ingresaron al protocolo debieron de contar con Tomografía Axial Computada (TAC) de cráneo, historia clínica completa y con resultados de los siguientes laboratorios: Citometría hemática, colesterol, triglicéridos, HDL-C, ácido urico, plaquetas, tiempos de coagulación.

Al ingreso de los paciente se aplicó la escala de Glasgow*, NIH** y Rankin***.

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico clínico de enfermedad vascular cerebral corroborados TAC simple de cráneo sea cual fuese la causa del evento.

Criterios de exclusión: Se excluyeron a todos aquellos pacientes que no contaban con estudio de imagen así como todos aquellos déficit neurológicos secundarios a causas no vasculares corroborado por TAC.

Para el análisis de los resultados se empleó el programa SPSS versión 10 y se utilizó estadística descriptiva.

*La escala de coma de Glasgow expresa el nivel de conciencia del paciente valorando la respuesta motora, la respuesta verbal y la apertura ocular.

**Escala de los National Institute health que es una escala para evaluar la extensión del infarto cerebral.

***Escala para la evaluación de la situación funcional del paciente con Enfermedad Vascolar Cerebral

RESULTADOS.

De los 75 pacientes con diagnóstico clínico y tomográfico de enfermedad vascular cerebral 38 (50.6%) correspondieron al sexo masculino y 37 (49.4%) al sexo femenino, con un promedio de edad presentación de 69.9 años (rango 37-90) para ambos grupos; tres pacientes fueron menores de 45 años. (Grafica 1)

Los síndromes clínicos en orden de frecuencia fueron infarto cerebral 53 (70.7%) casos, hemorragia intracerebral 19 (25.4%) casos, hemorragia subaracnoidea 2 (2.6%) casos y ataque isquémico transitorio 1 (1.3%) caso(Grafico 2). Los principales factores de riesgo para evento vascular cerebral fueron hipertensión arterial en 62 pacientes (82.6%), diabetes mellitus 29 (38.6%), obesidad 28 (37.3%), tabaquismo 15 (20%), dislipidemia 13 (17.3%) arritmia cardiaca 12 (16%) y cardiopatía isquémica 7 (9.3%) (Grafico 3).

Los estudios diagnósticos realizados en los pacientes fueron TAC de cráneo en los 75 pacientes (100%), ecocardiograma transtorácico 8 (10.4%), doppler de cuello 3 (4%).

Las principales causas de evento vascular cerebral fueron emergencia hipertensiva en 58 pacientes (73.3%), fibrilación auricular 10 (13.3%), trastorno hematológico (leucemia y trombofilia, 1 y 3 pacientes respectivamente) en 4 (5.3%), malformación arteriovenosa 1 (1.3%) y otras causas 2 (2.6%)(Grafico 10).

los territorios vasculares cerebrales más afectados en orden de frecuencia fueron: arteria cerebral media en 49 casos (65.3%), ganglios basales 18 (24%), arteria cerebral anterior 5 (6.6%) y arteria cerebral posterior 3 (4%)(Grafico 12).

Respecto al tratamiento a 8 pacientes se les administro ácido acetilsalicílico (10.7%), anticoagulación oral 9 (12%), craneotomía 1 (1.3%), ácido acetilsalicílico-

Clopidogrel 39 (52%), conservador 17 (22%) y craneotomía descompresiva 1 (1.3%)(Grafico 13).

La evolución de los pacientes al momento del egreso de acuerdo a la escala funcional de Rankin fue la siguiente: sin síntomas en 6 pacientes (8%), Incapacidad significativa 7 (9.3%), incapacidad leve 9 (12%), incapacidad moderada 23 (30.6%), incapacidad severa 4 (5.3%) y defunción 26 (34.6%) al primer mes del egreso sin síntomas 7 pacientes (9.3%), incapacidad significativa 5 (6.6%), incapacidad leve 10 (13.3%) incapacidad moderada 22(29.3%), incapacidad severa 4 (5.3%) y defunción 27 (36%). Al tercer es del egreso sin síntomas 7 (9.3%), incapacidad significativa 6 (8%), incapacidad leve 10 (13.3%), incapacidad moderada 22 (29.3%), incapacidad severa 3 (4%) y defunción 27 (33%). Por lo anterior se observa que fueron 26 defunciones al momento del egreso y se agrega una al primer mes de seguimiento de un paciente que se encontraba en el grupo de incapacidad moderada. En el primer mes de seguimiento posterior al egreso un paciente que se encontraba con incapacidad significativa presentó mejoría por lo cual se clasifico en el grupo de incapacidad leve y otro paciente paso al grupo sin síntomas. Al tercer mes 1 paciente que se encontraba en incapacidad severa evolucionó al grupo de incapacidad significativa.(Cuadro 2). Además de que los paciente con una escala de NIH por arriba de 20 puntos presentaron mayor mortalidad así como también los que a su ingreso tenían puntuaciones de Glasgow inferiores a 8 puntos.

DISCUSIÓN:

En el presente estudio se incluyen 75 pacientes con diagnóstico clínico y tomográfico de enfermedad vascular cerebral, no hay diferencia en la distribución de la patología en ambos sexos (38 hombres y 37 mujeres) ya que lo reportado por la literatura nacional reporta que la proporción de varones y mujeres con ictus cerebrovascular es de 1:1, con excepción de la hemorragia subaracnoidea, que predomina en las mujeres.⁵ Correspondiendo esto a los reportado por la literatura nacional.

En cuanto a la edad se encontró que los rangos de presentación son de 37-90 años con una media de 66.9 años para los hombres y para mujeres de 37 a 75 con una media de 58.5 años ya que las tasas de incidencia y mortalidad se incrementan 10% con cada año de vida depuse de los 45 años de edad y se duplica a medida que se alcanza una nueva década.⁶⁻⁷

En el grupo de EVC en pacientes jóvenes esto es menores de 45 años encontramos 3 pacientes que corresponde al 2.7% de los casos que es lo reportado por al literatura mundial.⁸

Con respecto al síndrome clínico el infarto cerebral fue la causa más común de ingreso en nuestro estudio con 52 casos (70%) seguido por la hemorragia intracerebral 19 casos (25.3%) existiendo estudios que demuestran la tasa de incidencia tan alta de infarto cerebral.⁹

Respecto a los factores de riesgo, la hipertensión arterial así como la diabetes mellitus fueron las dos patologías más frecuentes en nuestra serie 80% y 40% (Grafica 5 y 6) respectivamente; siendo el primero el factor de riesgo más

susceptible ya que es el factor desencadenante de ictus en 75-80% de los casos y es por tanto el más importante y el más común de los factores de riesgo.¹⁰

La isquemia cerebral transitoria es escasamente reportada en nuestra serie (1.3%) no correspondiendo a lo reportado en nuestra serie, probablemente evidenciando la tendencia por los servicios de urgencias tanto local como de referencia a tratar a los pacientes de forma ambulatoria bajo el concepto erróneo de benignidad más que de urgencia neurovascular, la cual promueve el rápido internamiento y estudio exhaustivo del mecanismo patogénico, así como del tratamiento específico.¹¹

La fibrilación auricular (15%) fue otro factor desencadenante de EVC en nuestra serie, incrementándose el riesgo cuando coexiste con hipertensión arterial; de estos el infarto cerebral fue el más frecuente equiparable con lo reportado en la literatura.¹²

Con respecto a la dislipidemia asociada con EVC la asociación en nuestra serie es de 9 pacientes con infarto cerebral (12%) y 2 con hemorragia intracerebral (4%) no existiendo referencias al respecto, solo disminución de la prevalencia sobre todo en pacientes que ingieren hipolipemiantes.

Los territorios cerebrales afectados en orden de frecuencia fueron: arteria cerebral media en 49 casos (65.3%), ganglios basales 18 (24%), arteria cerebral anterior 5 (6.6%) y arteria cerebral posterior 3 (4%), siendo el infarto cerebral el más frecuentemente afectado.

Respecto al tratamiento la prevención secundaria incluyó el empleo de aspirina en 8 pacientes (10.6%), anticoagulación oral 9 (12%), Craneotomía 1 (1.3%), ASA-

Clopidogrel 39 (52%), conservador 17 (22.6%) y craneotomía descompresiva 1 (1.3%).

La evolución de los pacientes al momento del egreso hospitalario de acuerdo con la escala funcional de Rankin se obtuvo lo siguiente: sin síntomas en 6 pacientes (8%), Incapacidad significativa 7 (9.3%), incapacidad leve 9 (12%), incapacidad moderada 23 (30.6%), incapacidad severa 4 (5.3%) y defunción 26 (34.6%) al primer mes del egreso sin síntomas 7 pacientes (9.3%), incapacidad significativa 5 (6.6%), incapacidad leve 10 (13.3%) incapacidad moderada 22(29.3%), incapacidad severa 4 (5.3%) y defunción 27 (36%). Al tercer es del egreso sin síntomas 7 (9.3%), incapacidad significativa 6 (8%), incapacidad leve 10 (13.3%), incapacidad moderada 22 (29.3%), incapacidad severa 3 (4%) y defunción 26 (33%) 7 pacientes de causa neurológica predominado la herniación (9.3%) y 19 de causa sistémica predominando la infección de vías respiratorias y urosepsis (25.3).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES:

En el servicio de medicina Interna del Hospital regional lic. "Adolfo López Mateos" el grupo ligeramente más afectado fue el sexo masculino con un porcentaje de 50.6% con promedio de edad de 66.9 años y 49.4% en las mujeres con un promedio de 58.6 años.

En el grupo de pacientes menores de 45 años el diagnóstico de EVC no fue concluyente por lo que se requiere de infraestructura local, recursos humanos especializados y sensibilización de las autoridades para un mejor estudio de estos pacientes. El ataque isquémico transitorio solamente ocupó el 2%, evidenciando la tendencia por los servicios de urgencias tanto local como de referencia a tratar a los pacientes en forma ambulatoria bajo el concepto erróneo de benignidad más que de emergencia neurovascular el cual promueve el rápido internamiento y estudio exhaustivo del mecanismo patogénico, así como del tratamiento específico. Los principales factores de riesgo encontrados en nuestra población no difieren de lo reportado en la literatura nacional; en los que la hipertensión arterial sigue siendo el factor más importante para el desarrollo de EVC; sin dejar de mencionar aquellos otros factores que de alguna u otra forma influyen de manera directa o indirectamente potencializan este riesgo como lo es la diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad, sedentarismo.

El diagnóstico y tratamiento del EVC a nivel nacional son muy heterogéneos y esto es debido a la falta de capacitación y formación del personal de primer contacto con el paciente, así como a la falta de infraestructura y de la sensibilidad de las autoridades de salud. Por lo anterior creemos que es de vital importancia la adquisición de equipo de imagen mejorar el diagnóstico de los casos ingresados

con EVC. La creación de más espacios en las unidades de terapia intensiva, unidades de EVC o en su defecto, al menos de equipos de EVC en donde un grupo multidisciplinario intervenga para favorecer la morbilidad y reducir la mortalidad de los pacientes.

Tabla 1. Abordaje diagnóstico en el paciente joven con infarto cerebral.

- Biometría hemática completa
- Recuento de plaquetas
- Velocidad de sedimentación globular
- Pruebas de coagulación
- Prueba serológica para sífilis
- Búsqueda de células falciformes en pacientes de raza negra
- Perfil de lípidos con lipoproteínas y apoproteínas
- Perfil reumatológico que incluya anticuerpos antifosfolípidos
- Medición de anticoagulantes naturales que incluya resistencia a la proteína C activada*
- Radiografía de tórax
- Tomografía computarizada de cráneo o RMN
- Ecocardiograma transtorácico
- Ecocardiograma transesofágico con contraste
- Doppler transcraneal con contraste
- Angiografía cerebral
- Estudio de LCR que incluya reacciones para cisticercosis
- Biopsia cerebral (en casos seleccionados)

* Deben de medirse por lo menos tres meses después del padecimiento.

Gráfico 1.

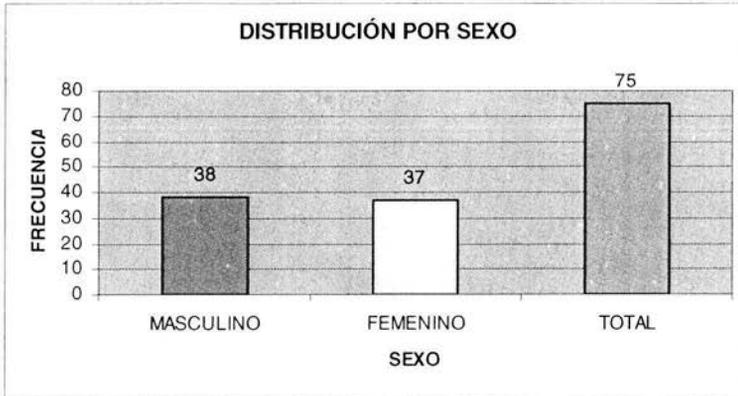


Gráfico. 2

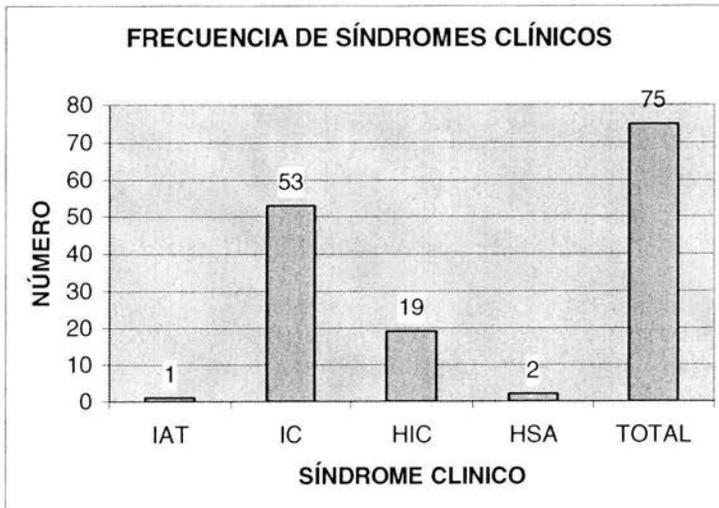


Gráfico 3.

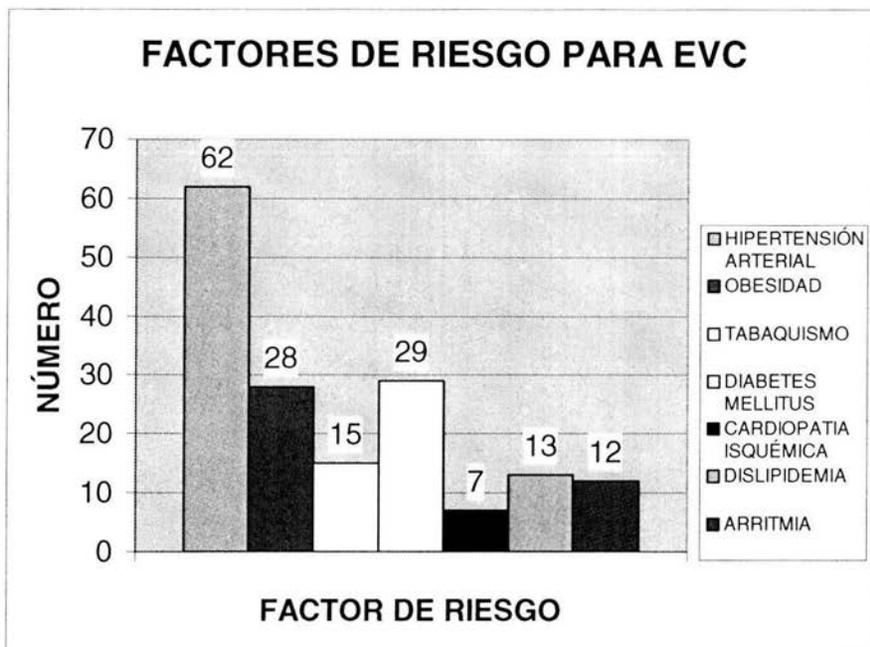


Gráfico 4.

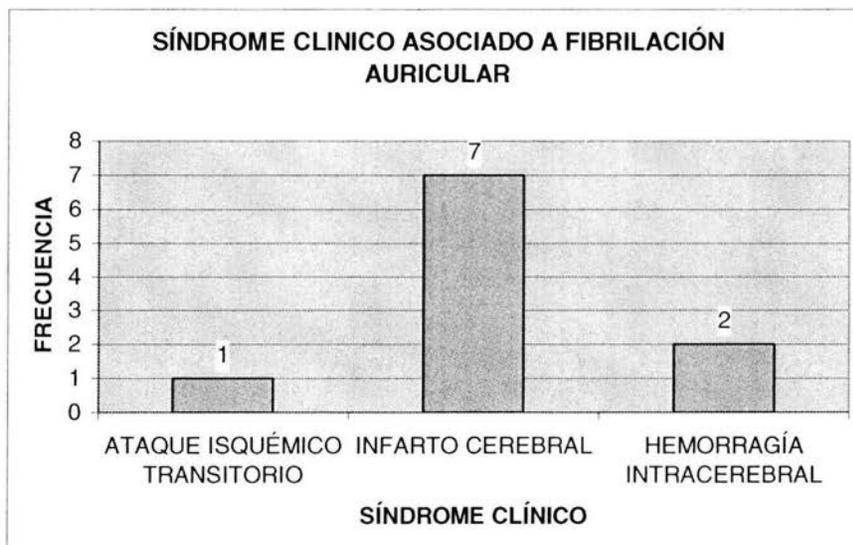


Grafico.5

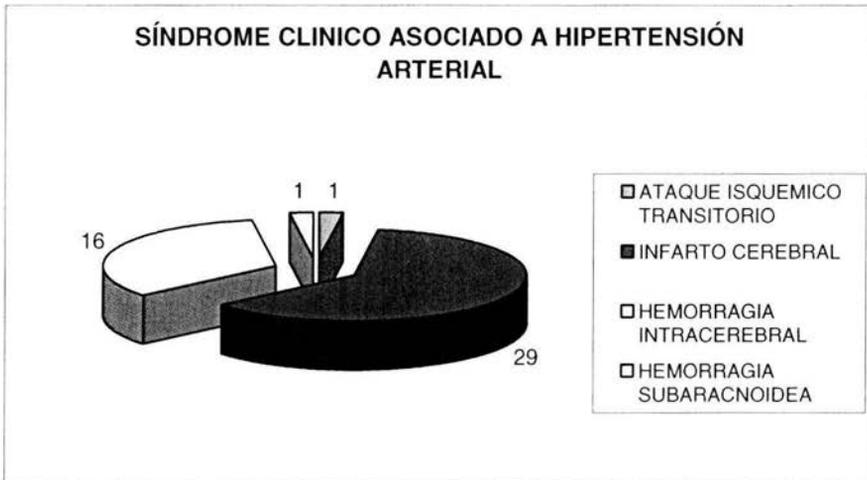


Gráfico 6.

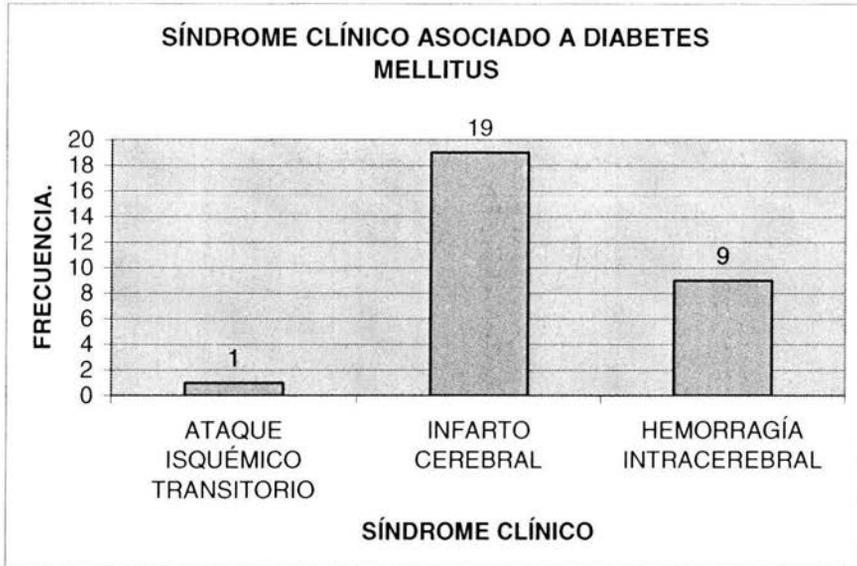


Grafico.7

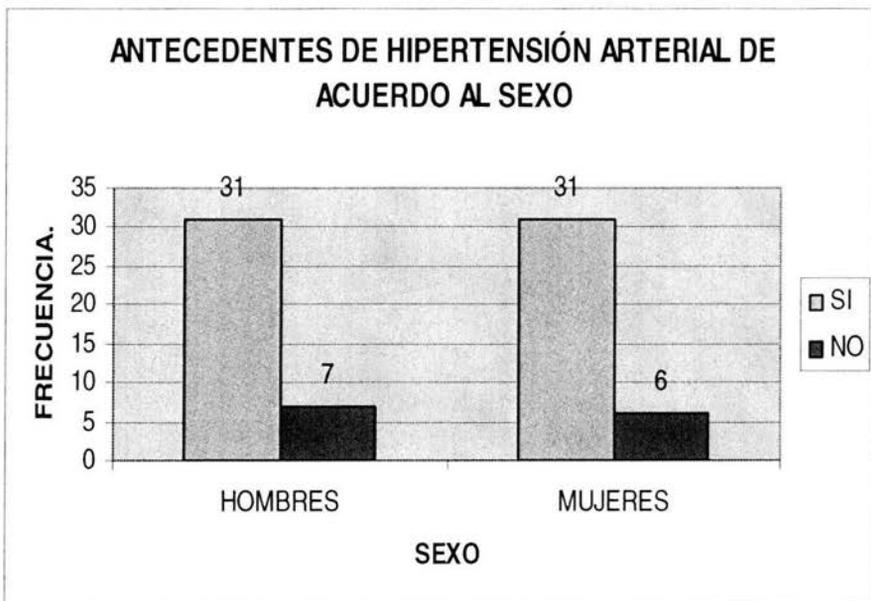


Gráfico 8.

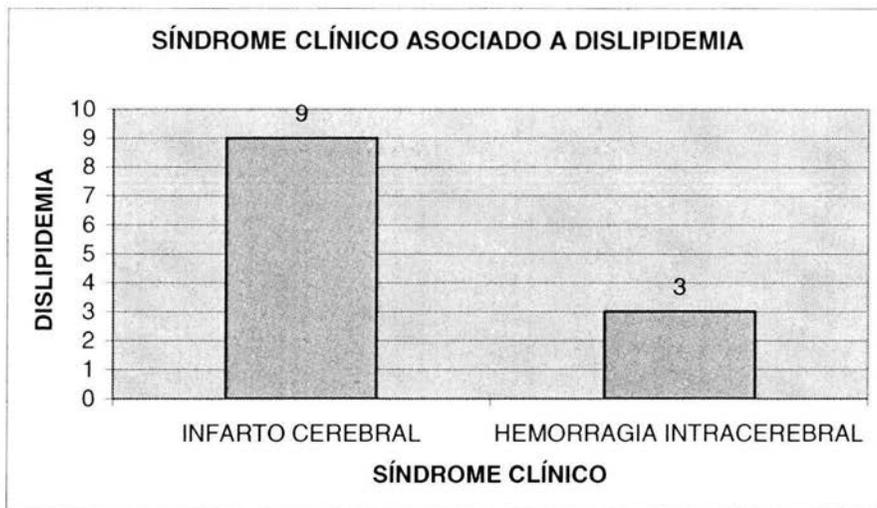


Gráfico 9.

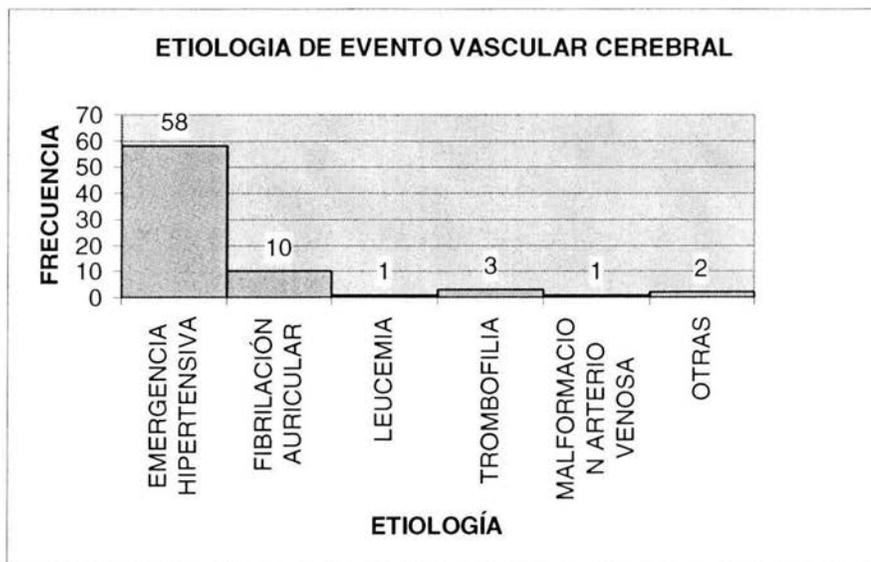


Gráfico 10.

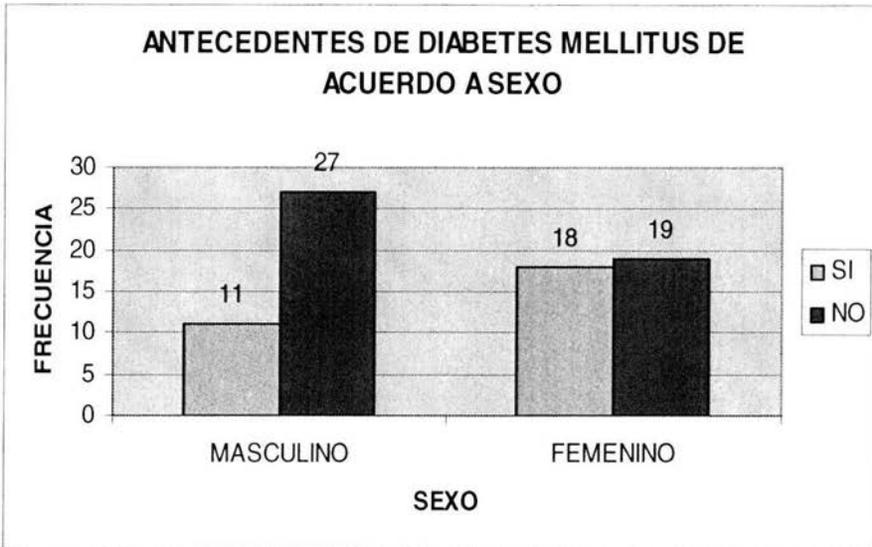


Gráfico 11

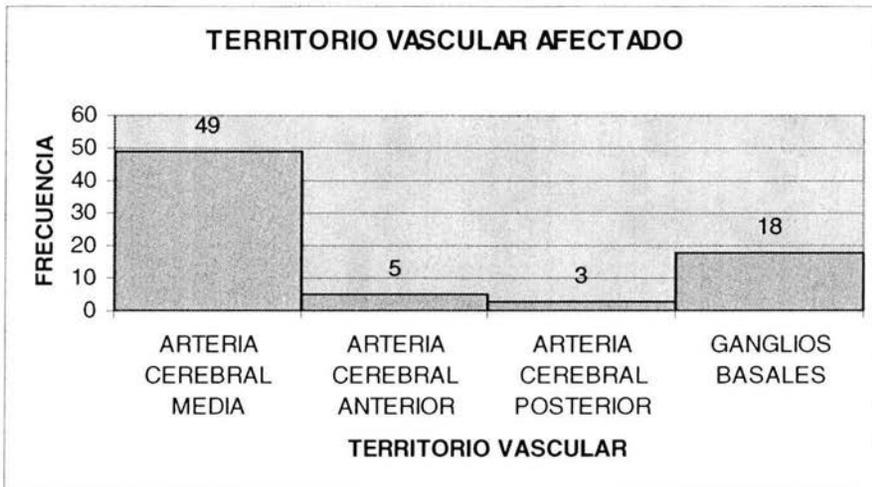


Gráfico 12.

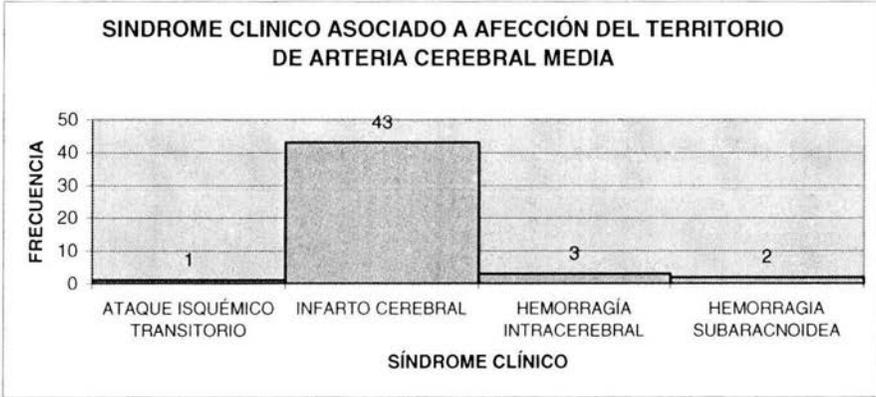
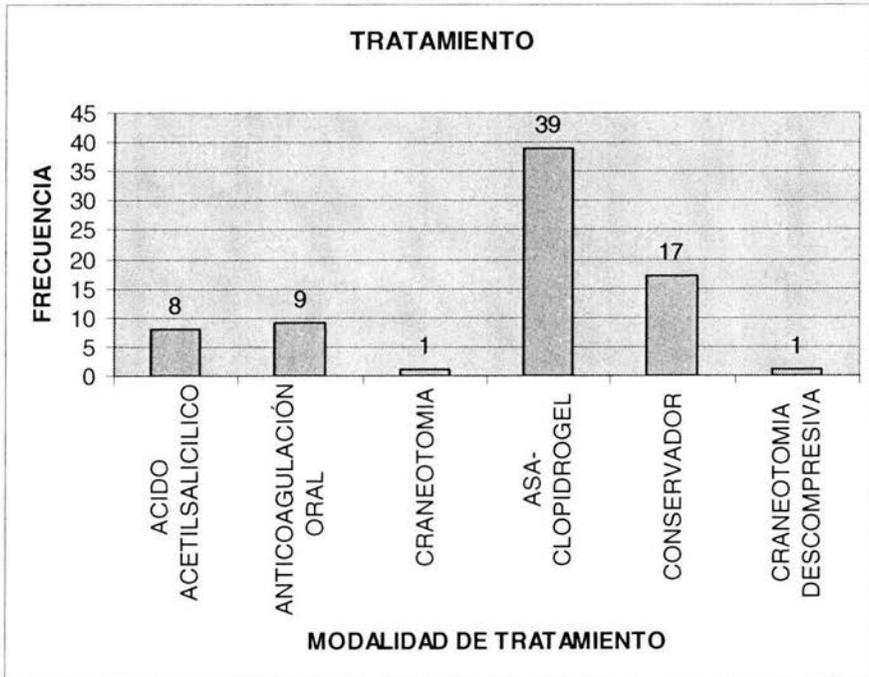


Gráfico 13.



EVOLUCION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A LA ESCALA DE RANKIN.

ESCALA DE RANKIN	EGRESO	PRIMER MES	TERCER MES
SIN SINTOMAS	6	7	7
INCAPACIDAD SIGNIFICATIVA	7	5	6
INCAPACIDAD LEVE	9	10	10
INCAPACIDAD MODERADA	23	22	22
INCAPACIDAD SEVERA	4	4	3
DEFUNCION	26	27	27

Cuadro 2.

BIBLIOGRAFÍA:

- ¹.- Barrinagamerrenteria F, Cantú C, "Enfermedad vascular Cerebral" ed. McGraw-Hill-Interamericana, pp , México D.F., 1998.
- ².- Estadísticas Históricas de México. INEGI 1998.
- ³.- Michelli F. "Tratado de Neurología Clínica", ed. Panamericana, ed. 4ª. Pp, B. Aires, Argentina 2002.
- ⁴.- Ruiz-Sandoval JL, González-García CK. Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica en 2 Hospitales Mexicanos. Rev Mex Neuroci 2003; 4(5): 319-323.
- ⁵.- Longstreth WT Jr. Nontraumatic subaracnoid hemorrhage, hanbook of neuroepidemiology, Nueva York: Marcel Dekker Inc. 1994: 123-129.
- ^{6,7}.- Chen D, Román GC, Wu Z y col. Stroke in China 1984-1986. Neuroepiemiology 1992;11: 15-23.
Barrinagamerrenteria F, Figueroa T, Huebe J, Cantú C. cerebral infarction in people under 40 years. Etiologic analysis of 300 cases prospectively evaluated. Cerebrovascular Dis 1996; 6: 75-9.
- ⁸.- Barrinagamerrenteria F, Figueroa T, Huebe J, Cantú C. cerebral infarction in people under 40 years. Etiologic analysis of 300 cases prospectively evaluated. Cerebrovascular Dis 1996; 6: 75-9.
- ⁹.- Bogousslavsky J, Van Melle G, Regli F. The Laussane Stroke Registry; analysis of 1.000 consecutive patients with first stroke. Stroke 1998;19: 1083-1092.
- ¹⁰.- Whisnant JP. The decline of stroke. Stroke 1980;15:160-162.
- ¹¹.- Albers GW, Kaplan LR, Easton JD, et al. Transient ischemic attack. Proposal for a new definition. N Eng J Med 2002;347:1713-6.
- ¹².- Hart RG, Halperi N JL. Atrial Fibrillation and stroke. Revisiting the dilemmas. Stroke 1994;25:1337-1341.