



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR

ZUBIRÁN

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

“REGISTRO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ATAQUE ISQUÉMICO
TRANSITORIO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y
NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN DURANTE ENERO 2014 - ABRIL 2017”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA

PRESENTA:

DR. PATRICIO FERNANDO CÓRDOVA LÓPEZ

DIRECTORES DE TESIS:

DR. FERNANDO DANIEL FLORES SILVA

DR. CARLOS GERARDO CANTÚ BRITO



CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO DEL 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

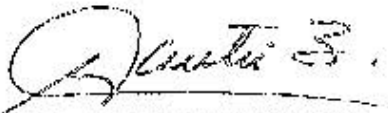
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

**"REGISTRO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ATAQUE ISQUÉMICO
TRANSITORIO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y
NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN DURANTE ENERO 2014 - ABRIL 2017"**




DR. SERGIO PONCE DE LEÓN ROSALES
Director de Enseñanza
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"



DR. CARLOS GERARDO CANTÚ BRITO
Jefe de Servicio
Departamento de Neurología y Psiquiatría
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"
Director de tesis
Departamento de Neurología y Psiquiatría
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"



INCMNSZ
INSTITUTO NACIONAL
DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"DR. SALVADOR ZUBIRÁN"
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA
México, D.F.



DR. FERNANDO DANIEL FLORES SILVA
Director de tesis
Departamento de Neurología y Psiquiatría
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"



DR. FÉLPE VEGA SOADA
Profesor Titular del Curso de Neurología Clínica
Departamento de Neurología y Psiquiatría
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"



DR. PATRICIO FERNANDO CÓRDOVA LÓPEZ
Residente de Tercer año de Neurología Clínica
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN	
2.1 Incidencia del ataque isquémico transitorio a nivel mundial.....	5
2.2 Incidencia del ataque isquémico transitorio en México.....	6
2.3 Factores de riesgo cardiovascular... ..	9
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
4. JUSTIFICACIÓN	13
5. OBJETIVOS	14
6. HIPÓTESIS	15
7. DISEÑO Y MÉTODOS	16
8. RESULTADOS.....	18
9. DISCUSIÓN.....	24
10. CONCLUSIONES.....	30
11. BIBLIOGRAFÍA.....	31
12. ANEXOS	34

1. RESUMEN

Introducción. La enfermedad vascular cerebral es la segunda causa de muerte en el mundo y representa una de causas más frecuentes de incapacidad. Dentro del EVC isquémico, el ataque isquémico transitorio puede preceder hasta un 30% de los infartos cerebrales siendo la mitad de ellos en la semana anterior al infarto cerebral. Dado la importancia de sus consecuencias se han establecidos varios modelos de atención aguda del AIT que incluyen clínicas de día y servicios 24 horas para su atención, estos modelos han probado su eficiencia en el diagnóstico de la etiología y en la prevención del infarto cerebral, además han sido definitivamente costo-efectivos. En México no existen estudios sobre la atención del Ataque Isquémico Transitorio (AIT), y no hay reportes de estos modelos en Latinoamérica.

Pacientes y métodos. Estudiamos de manera retrolectiva y retrospectiva a 73 pacientes a partir de los 18 años que presentaron sospecha de ataque isquémico transitorio durante el período de enero de 2014 a abril de 2017 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en la Ciudad de México. El objetivo de este estudio fue describir las características de los pacientes que presentaron dicho evento cerebro vascular, sus antecedentes, escalas de riesgo, tratamiento, seguimiento y pronóstico. Para el análisis estadístico se utilizó frecuencias simples en forma de porcentajes.

Resultados. Se encontró que el 50.6% de los pacientes son mujeres. Los antecedentes personales más prevalentes fueron la hipertensión arterial (58.90%), diabetes mellitus (30.10%), dislipidemia (32.9%), SAOS (24.7%), fibrilación auricular (15.10%). El ABCD2 de estos pacientes fue de 4 - 5 (30.43% - 45.65% respectivamente), las complicaciones más importantes fueron el EVC en un 20,54%.

Conclusiones. El ataque isquémico transitorio tiene similares factores de riesgo que el infarto cerebral, los factores de riesgo como diabetes e hipertensión arterial fueron los más importantes, la escala de riesgo (ABCD2) más frecuente de 4 – 5 (riesgo moderado – severo) y fue un factor importante para complicaciones como infarto cerebral.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Incidencia del ataque isquémico transitorio a nivel mundial

A nivel mundial la enfermedad vascular cerebral (EVC) es la primera causa de incapacidad permanente en adultos y la segunda causa de muerte y de demencia ⁽¹⁾. Según datos de la OMS en 2012 el ECV constituía la segunda causa de muerte, de las cuales 4.95 millones de eventos se producen países de ingresos medios o bajos ⁽²⁾. En México según datos del estudio BASID la incidencia de EVC se estima en 230 casos por cada 100 000 habitantes mayores a los 35 años, además que el EVC al no ser un evento homogéneo sino tiene diferentes tipos de eventos de daño cerebral ⁽³⁾. La incidencia es mayor en hombres que mujeres (1.5:1) aunque al incrementar la edad esta tendencia va disminuyendo y en ciertas condiciones clínicas las mujeres presentan mayor incidencia de eventos vasculares cerebrales.

Varios estudios indican que la incidencia del AIT ha sido poco estudiada por varios factores entre los cuales se incluyen probablemente dificultades metodológicas, debido al hecho de que el diagnóstico es complejo por el tipo de clínica y una gran proporción de pacientes con AIT no buscan tratamiento médico. Estudios basados en la población indican que la incidencia de AIT en función de la edad de la población europea es de 28 a 59/100.000/año ^(4,5).

La importancia de conocer los detalles del evento de ataque isquémico transitorio va encaminada en mejorar los desenlaces, muchas de las veces letales. La recurrencia de EVC posterior a un AIT en los primeros días pueden llegar hasta el 20%, este porcentaje se reduce a 15% durante el primer año y hasta de 40% a los cinco años; la mortalidad durante el evento agudo es de 25 a 30%, durante el primer año del 15 al 25% de los supervivientes y hasta 60% a los cinco años, esto, disminuye notablemente la esperanza de vida ^(6,7,8).

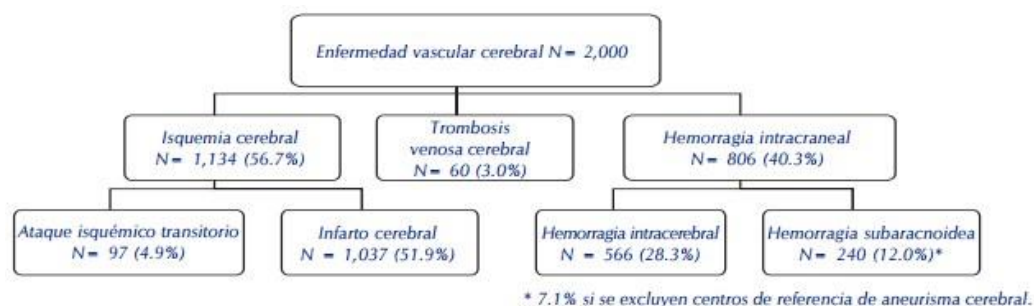
A menudo los servicios médicos se enfrentan a la decisión de hospitalizar a los pacientes o realizar la evaluación y el tratamiento de manera ambulatoria. La ventaja teórica de la estrategia anterior es la capacidad de vigilar un segundo AIT o un evento isquémico, mientras que el último enfoque puede mejorar la satisfacción del paciente y disminuir los gastos que implican hospitalización y tratamiento ⁽⁹⁾.

2.2 Incidencia del ataque isquémico transitorio en México

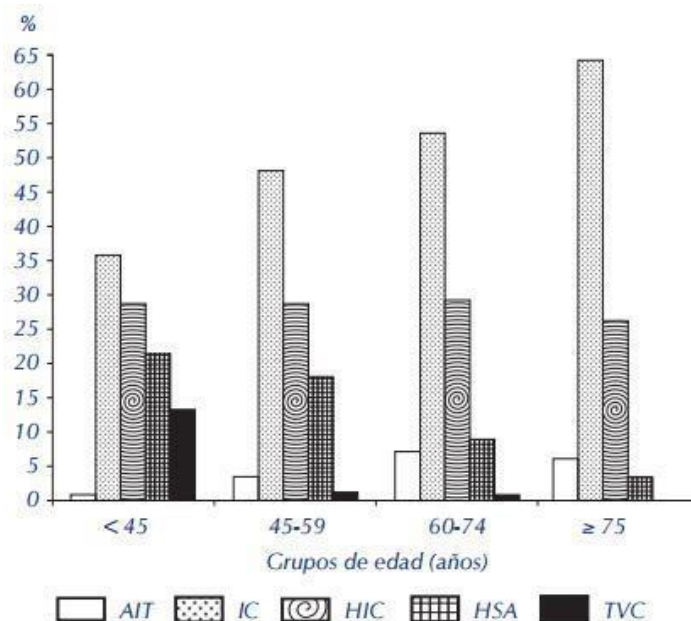
El conocimiento de la incidencia y prevalencia del ataque isquémico transitorio ha ido en aumento en los últimos años en países desarrollados, los estudios de este subtipo de eventos vasculares cerebrales han impactado directamente en el pronóstico y en la mortalidad, su conocimiento es fundamental para la implementación de programas de tratamiento, prevención y control de factores de riesgo.

Existen pocos estudios sobre la evaluación de los pacientes con AIT en México. Durante los años 2002 a 2004 investigadores del AMEVASC describieron 2000 pacientes con eventos vasculares cerebrales (figura 1) de los cuales 97 pacientes con presentaron eventos isquémicos transitorios; de estos, 51 fueron mujeres y 46 hombres, la edad media de presentación fue 69,3+/- 11,4 años (tabla 2). De los 97 pacientes; 51 (52,6%) fueron ingresados en el hospital para su evaluación. Los principales factores de riesgo fueron: edad en 74%, hipertensión arterial en 64%, diabetes en 45%, dislipidemia en 36% y obesidad en 31%. El territorio arterial afectado fue carotideo en el 74% y vertebrobasilar en el 26% de los casos. Los eventos de AIT se atribuyeron a la aterosclerosis en el 63% de los pacientes, cardioembolismo en el 17%, y enfermedad de vasos pequeños en el 5%. A los 30 días de seguimiento; tres pacientes fallecieron durante la evaluación, 14 de los 94 supervivientes (14,9%) documentaron una recurrencia temprana del ictus, incluyendo infarto cerebral en nueve pacientes (9,6%) y un AIT nuevo en cinco casos (5,3%). Considerando la muerte y el infarto cerebral, la frecuencia de eventos mayores desfavorables fue del 12,4%. Sólo tres casos fueron tratados con endarterectomía carotídea ⁽¹⁰⁾.

A



B



Fuente: Tomada de: Cantú-Brito et al. Rev. Mex Neuroci 2011; 12(5): 224-234.

Figura 1. Tipos de enfermedad vascular cerebral en México. A. Distribución de los tipos de enfermedad vascular cerebral en pacientes mexicanos (registro RENAMEVASC). B. Distribución de los tipos de enfermedad vascular cerebral de acuerdo a la edad. AIT: ataque isquémico transitorio; IC: infarto cerebral; HIC: hemorragia intracerebral; HSA: hemorragia subaracnoidea; TVC: trombosis venosa cerebral. [Tomada de: Cantú-Brito et al. Rev. Mex Neuroci 2011; 12(5): 224-234.].

Dentro del abordaje del paciente que sufre un ataque isquémico transitorio es preponderante investigar la naturaleza del mismo. De manera inicial la estratificación mediante la escala ABCD2 nos permite tener de manera clara y concisa el riesgo eventual del paciente a presentar un EVC posterior, además permite decidir si el paciente requiere ingreso en una unidad hospitalaria, otros estudios diagnósticos incluyen: estudios de sangre (Biometría hemática, perfil de lípidos, química sanguínea) estudios de imagen (TAC, IRM, Angiotomografía o angioresonancia) ultrasonografía carotídea y vertebral, evaluación cardíaca completa (electrocardiograma, ecocardiografía y Holter) ⁽¹¹⁾.

2.3 Factores de riesgo cerebrovascular para AIT

Los factores para eventos vasculares cerebrales de cualquier tipo se enumeran en el (cuadro 1). Estos están ligados de manera directa o indirecta con el pronóstico y la morbilidad de los pacientes. Los factores de riesgo de EVC son similares para la probabilidad de que un paciente sufra AIT, (cuadro 1). Dichos factores se clasifican en no modificables como edad y género, y aquellos que son modificables al ser susceptibles a intervenciones que cambian favorablemente el perfil del factor con reducción del riesgo ⁽¹²⁾.

El nivel de las prevalencias de los factores de riesgo según la OMS resalta la situación preocupante del estado de la salud en la región de las Américas. Mientras que en el mundo la prevalencia de sobrepeso y obesidad (índice de masa corporal ≥ 25 kg/m²) es de 36,6%, en América alcanza un 59,0%, ubicándola como la región más obesa del mundo ^(12,13).

De manera similar, la tasa de inactividad física es una y media veces más altas que el promedio mundial (32,4% vs. 23,3%). Respecto a los episodios de consumo excesivo de alcohol, con una prevalencia del 14,0% (comparado con 16,5% en Europa y 7,8% en el mundo). La prevalencia de colesterol elevado en sangre es de 12,6% (la prevalencia mundial es de 9,8%) ocupando el segundo lugar mundial, mientras que las prevalencias comparables de glucosa elevada en ayuna, consumo de tabaco y presión arterial elevada están en el tercer, cuarto y sexto lugar respectivamente entre todas las regiones de OMS ⁽¹⁴⁾.

Según datos de los indicadores de salud, en México, la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión, diabetes mellitus, obesidad y dislipidemia han aumentado dramáticamente en los últimos 10 años ⁽¹⁵⁾.

De los factores de riesgo para AIT a continuación se describen los más importantes.

Presión arterial: La relación entre presión arterial e ictus ha sido demostrada en estudios epidemiológicos y en ensayos clínicos. Las modificaciones en los estilos de vida (disminución del consumo de tabaco y alcohol, reducción del peso, ejercicio físico moderado, reducción del consumo de sal y mayor consume de frutas y verduras), son útiles en la reducción de las cifras de presión arterial. Se ha

demostrado que la reducción de ictus es proporcional a la magnitud de reducción de la presión arterial ⁽¹⁶⁾.

Diabetes mellitus: Los pacientes con DM tienen una mayor susceptibilidad para el desarrollo de arterioesclerosis y mayor prevalencia de HTA, obesidad y dislipemia, por lo que se la considera un equivalente al riesgo de la enfermedad coronaria. El riesgo aumenta entre 2 y 6 veces en pacientes diabéticos, y hasta el 9,1% de las recurrencias son directamente atribuibles a la DM. El seguimiento a largo plazo de los ensayos DCCT y UKPDS sugieren que el mantenimiento de niveles de HbA1c por debajo o alrededor del 7% al inicio de la DM se asocia a una reducción a largo plazo en la enfermedad cerebrovascular ⁽¹⁶⁾.

Lípidos plasmáticos: Los niveles altos de colesterol aumentan el riesgo de eventos cerebrales vasculares. The Asian Pacific Cohort Studies Collaboration encontró que el riesgo aumentaba un 25% por cada 1mmol/L (38,7 mg/dL) de aumento de los niveles totales de colesterol y En prevención primaria, las estatinas han demostrado su eficacia en reducir los niveles de colesterol y el riesgo de ictus en varios estudios entre un 27 y un 32%. Incluso en pacientes sin hiperlipidemia, pero con niveles elevados de proteína C reactiva de alta sensibilidad, el tratamiento con rosuvastatina reduce el riesgo. Otro análisis exploratorio demostró que descensos $\geq 50\%$ con respecto a las cifras basales consiguen la mayor reducción del riesgo de ictus y de episodios coronarios mayores sin incremento en el riesgo de hemorragias cerebrales ⁽¹⁶⁾.

Fibrilación auricular (FA): Es la arritmia más frecuente, con una prevalencia del 6% en mayores de 65 años que alcanza el 12% en los mayores de 85 años. Es uno de los principales FR de ictus, estimándose que uno de cada 6 ictus ocurre en pacientes con FA, siendo culpable de aproximadamente la mitad de los eventos de origen cardioembólico. La presencia de FA se asocia a un incremento de 3 a 4 veces el riesgo de ictus isquémico tras ajustar por otros FR ⁽¹⁷⁾.

Factor de Riesgo	Comentario
Antecedente familiar de EVC o coronariopatía	Se considera factor de riesgo cuando es en familiares de primer grado y de manifestación prematura (< 60 años).
Edad	Es el más importante. Siete de cada ocho muertes por EVC se producen en personas mayores de 65 años.
Sexo	La incidencia es 1.25 veces mayor en varones que en mujeres, dependiendo de la serie.
Raza	En EUA, los mexicano-estadounidenses tienen mayor riesgo de EVC que la raza blanca.
Hipertensión arterial	Es el factor de riesgo modificable más importante para EVC isquémica y hemorrágica. Los hipertensos tienen tres a cuatro veces mayor que los normotensos.
Tabaquismo	Aumenta el riesgo para los diferentes tipos de EVC relacionado con la intensidad del tabaquismo.
Diabetes mellitus (DM)	De 75 a 80% de las muertes en pacientes con DM se debe a complicaciones cardiovasculares.
Dislipidemia	El uso de estatinas reduce la incidencia de EVC.
Fibrilación auricular no valvular (FANV)	La FANV se asocia a incremento cinco veces mayor en el riesgo de EVC. Después de los 80 años de edad 25% de EVC es por FANV
Consumo de Alcohol	Se considera consumo excesivo si es > 2 copas/día. Se relaciona con EVC isquémica y hemorrágica, sobre todo en sujetos jóvenes, en forma dosis- dependiente.
Obesidad	Índice de masa corporal: >30kg/mt ² . Circunferencia abdominal: mujeres > 88 cm, varones > 102 cm.
Enfermedad Cardíaca	Presencia de insuficiencia cardíaca e infarto agudo de miocardio.
Dieta	Dieta alta en sodio y baja en potasio y fibra. Exceso de grasas saturadas.
Inactividad física	Favorece el desarrollo de otros factores de riesgo vascular.

Terapia de reemplazo hormonal	El riesgo aumenta en mujeres posmenopáusicas.
Anticoagulación	El riesgo aumenta de 7 a 10 veces mayor de hemorragia intracerebral.
Antiagregantes	Riesgo leve de hemorragia intracerebral, sobre todo en tratamiento combinado en pacientes hipertensos.
Infección	Individuos con infecciones agudas o crónicas como la periodontitis crónica.
Diálisis	Aumenta el riesgo cinco veces mayor de hemorragia.

Cuadro 1. Resumen de los factores de riesgo para enfermedad vascular cerebral

Estenosis carotídea asintomática: La prevalencia de la estenosis de la arteria carótida asintomática ($\geq 50\%$) aumenta con la edad, siendo del 0,5% en menores de 50 años y $>10\%$ en varones mayores de 80 años. Tras un seguimiento de 15 años, un 16,6% de los pacientes puede llegar a sufrir un episodio de ictus. Se pueden plantear dos estrategias, tratamiento médico o revascularización mediante endarterectomía o tratamiento endovascular con angioplastia e implantación de stent. Los primeros estudios de endarterectomía apoyaron el beneficio del este tratamiento al disminuir el riesgo de ictus a los 5 años de seguimiento. Sin embargo, el desarrollo del tratamiento médico ha puesto en entredicho el beneficio de las técnicas quirúrgicas que consiguen una disminución del riesgo absoluto de ictus de tan sólo el 1% por año ⁽¹⁸⁾.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ictus isquémico (EVC isquémico) y el subtipo el ataque isquémico transitorio (AIT) son enfermedades cerebrovasculares comunes. A nivel mundial es la primera causa de incapacidad permanente en adultos es la segunda causa de muerte y de demencia.

De acuerdo con los estudios en 2010 fueron 16,9 millones de personas sufrieron accidente cerebrovascular, en ese año, la incidencia mundial estimada de ictus fue de 258/100.000/año. También, las tasas de incidencia ajustadas por edad son 1,5 veces más altas en los hombres que en las mujeres, aunque la mayor esperanza de vida de las mujeres, junto con el aumento de las tasas de incidencia con la edad, explica por qué más mujeres sufren de ictus. La edad particularmente marcada en las personas es de 55 a 75 años.

Hay muy pocos estudios de AIT en Latinoamérica ya que el accidente isquémico transitorio (AIT) es un síndrome fugaz, a menudo se le resta importancia por la falta de síntomas que afecten el estado de consciencia, sin embargo, es el mejor signo «precursor» de un infarto cerebral (EVC), cuyo riesgo de aparición es especialmente elevado en los días siguientes. La definición del AIT se ha modificado estos últimos años con el objetivo de ser más operativa en situación de urgencia. La puntuación ABCD2 (edad, presión arterial, diabetes, tipos de signos clínicos y su duración) se ha validado para predecir el riesgo. En cuanto se establece el diagnóstico, las pruebas de imagen cerebral (RM de primera intención) y el estudio etiológico deben realizarse lo antes posible con el fin de iniciar un tratamiento adaptado. La intervención permite disminuir los plazos de exploración y, por lo tanto, empezar precozmente el tratamiento de prevención secundaria específica de la etiología observada.

4. JUSTIFICACIÓN

La incidencia de los ataques isquémicos transitorios aumenta con la edad y con descontrol de los factores de riesgo (hipertensión arterial y diabetes mellitus). El AIT debe considerarse como una urgencia médica. Es una auténtica alarma que debe obligar a iniciar una actuación lo más rápida posible para evitar un infarto cerebral, cuyo riesgo es particularmente elevado en los días siguientes al AIT por lo que es de suma importancia determinar las características de los pacientes que sufren este tipo de eventos. La mayoría de los datos epidemiológicos de AIT son derivados de grandes estudios en EVC en países desarrollados. La incidencia de AIT y EVC posterior se observan sobre todo en países en desarrollo debido a que existe poco conocimiento de los pacientes sobre el cuidado correcto de los factores de riesgo.

El ictus isquémico es el subtipo más frecuente, representando el 55% al 90% de los casos. Algunas explicaciones para este incremento se deben al aumento de la prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, tabaquismo, abuso de alcohol y sedentarismo. En las dos últimas décadas ha habido un incremento de los ataques isquémicos transitorios. La incidencia ha aumentado a 16,9 millones de personas que sufren este tipo de eventos cerebrovasculares cada año en el mundo, existen marcadas diferencias entre países de ingresos altos (217/100.000/año) y bajos ingresos (281/100.000 / año), este tipo de eventos isquémico impactan directamente en la sobrevida de los pacientes.

Es por eso que es importante y necesario contar con un registro epidemiológico de los ataques isquémicos transitorios ya que esto mejorará las estrategias de tratamiento y prevención de esta entidad.

5. OBJETIVOS

5.1 General

- 5.1.1** Describir las características epidemiológicas de los eventos de ataques isquémicos transitorios en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en el período de enero 2014 a abril 2017.

6. HIPÓTESIS

6.1 Hipótesis Nula

Las características de los pacientes con AIT son iguales a los pacientes con otro tipo de eventos vasculares cerebrales.

6.2 Hipótesis alterna

Las características de los pacientes con AIT son distintos a los pacientes con eventos vasculares cerebrales.

DISEÑO Y MÉTODOS

7.1 Tipo de diseño

Estudio descriptivo, observacional, retrolectivo y retrospectivo en una cohorte.

7.2 Población de estudio:

7.2.1 Descripción de la muestra

El muestreo fue de tipo no probabilístico, por conveniencia en los pacientes mayores de 18 años con eventos de AIT en el período de enero de 2014 a abril 2017.

7.2.2 Criterios de selección

7.2.2.1 Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años.
- Ambos sexos.
- Pacientes con AIT.

7.2.2.2 Criterios de exclusión:

- Expediente incompleto.

7.3 Variables

Además de los datos demográficos de rigor se revisó los factores de riesgo cardiovascular, la escala de estratificación de riesgo ABCD2, destino del paciente luego de la evaluación, medicamentos indicados antes y posterior al evento, la escala funcional de Rankin modificada pre y post evento, estudios de laboratorio e imagen realizados a los pacientes.

7.4 Método de recolección de datos

Se empleó un instrumento físico estructurado y estandarizado para la recolección impresa de los datos, que luego serán respaldados digitalmente en una base de datos electrónica para su análisis.

7.5 Estrategia de análisis

La mayoría de los datos demográficos se presentó como frecuencias relativas simples en la forma de porcentajes. Se usó el paquete estadístico SPSS v20.0 en todos los cálculos.

7.6 Limitaciones y posibles sesgos del estudio

Uno de los principales sesgos en el estudio fue el sesgo de selección de los pacientes, ya que en algunos casos los pacientes fueron abordados y tratados en otras instituciones a pesar de ser pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán por falta de espacio físico.

7.7 Riesgos físicos, sociales o legales

Este estudio no provocó ningún riesgo físico, social o legal, debido a que fue un estudio de investigación sin riesgo según el reglamento de la ley General en Salud en Materia de Investigación para la Salud.

7.8 Plan de ejecución

- Realización del protocolo de investigación.
- Recolección de datos.
- Análisis de los datos.
- Informe final.
- Publicación.

7. RESULTADOS

Se presentan los resultados de los pacientes que sufrieron un ataque isquémico transitorio durante el periodo comprendido entre el mes de enero de 2014 a abril de 2017 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Se revisaron un total de 73 expedientes, de los cuales 26 pacientes tuvieron un diagnóstico diferente al de AIT. Las características basales y demográficas se presentan en la tabla 1. De los 73 pacientes el 50.6% corresponde al sexo femenino y el 49,4% al género masculino, la edad de mayor prevalencia es de 70 – 79 años con un (32.6%), seguido del grupo de 80 – 89 años con un (23.9%), con una media de 67,8 años de edad, llama la atención que el grupo etáreo de 40 a 60 años presenta un (36.95%).

Tabla 1. Datos demográficos de los pacientes del estudio

Características	N = 73
Edad (años)	(%)
41 – 50	6.5
51 – 60	13.0
61 – 70	17.3
71 – 80	32.6
81 – 90	23.9
Más de 90	6.5
Sexo	(%)
Femenino	50.6
Masculino	49.4
Factores de riesgo cardio vascular	(%)
Hipertensión arterial	58.9
Diabetes mellitus	30.1
SAOS	24.7
Fibrilación auricular	15.1
Dislipidemia	32.9
Uso y abuso del tabaco	20.5
Uso y abuso del alcohol	24.7

Los antecedentes más prevalentes en esta población fue la hipertensión arterial con el 58.9 % y la diabetes mellitus con 30.1% respectivamente. Otros de los factores de riesgo que tiene este grupo de pacientes son el síndrome de apnea obstructiva del sueño con 24.7%, la fibrilación auricular con el 15.1%, dislipidemia con el 32.9%,

además del tabaco y alcohol en 20.5% y 24,7% respectivamente.

En la tabla 2 se describen las características demográficas de los pacientes. Es importante mencionar que el número de factores de riesgo en los pacientes fue mayoritariamente entre uno y dos factores de riesgo (49%), nada despreciable es la cantidad de pacientes que no tenían factores de riesgo (18%), los factores de riesgo cardiovascular más importantes fueron la hipertensión arterial y diabetes mellitus. El Rankin previo de los pacientes fue 0 en un 65.7% del grupo de estudio, mientras que un Rankin de 1 – 2 fue de 30.1% y 4.12% respectivamente.

En relación a donde fue realizado el registro de los pacientes, la mayoría un 23.06% acudieron al departamento de urgencias, el 16.4% tuvo el evento durante la hospitalización, y el 13.7% de los eventos fueron descritos o colocados en el expediente desde la consulta, llama mucho la atención que en el 43,83% esta información se desconoce.

Tabla 2. Características demográficas del grupo

Número de factores de riesgo	N= 73 (%)
0	24.6
1	36.9
2	26.3
3	12.5
4	11.1
5	6.9
6	0.0
7	2.7
Rankin previo al evento	(%)
0	65.7
1	30.1
2	4.12
Lugar de atención del paciente	(%)
Consulta	13.7
Urgencias	23.06
Hospitalización	16.4
Información desconocida	43.83

En la tabla 3, se describen las características del evento de AIT. La forma de presentación más frecuente de los ataques isquémicos transitorios fue la motora con un 35.6%, luego le sigue la afasia con 24.7%, la presentación visual fue de 9.6% y los síntomas no focales tienen el 30%, aquí también se incluyen el 26.3% de los pacientes con diagnósticos alternos o fallas en el diagnóstico, dentro de este porcentaje, las fallas fueron confundidos por crisis convulsivas, trombosis venosa cerebral, bloqueo auriculo ventricular, etc.

La duración del evento fue mayoritariamente de 10 – 60 minutos de duración con un 27.3%, luego, con síntomas más de 60 minutos con un 19.7%. El total de ABCD2 fue 5 (riesgo alto) en un 45.65%, luego un ABCD2 de 4 en un 30.4%, seguido de ABCD2 de riesgo moderado, o sea 3 en un 15.2%.

Al 98.6% se le realizó EKG, a todos se les realizó estudio de neuroimagen al 75,4% tomografía axial computarizada de cráneo o el 79.4% resonancia magnética cerebral dependiendo de la disponibilidad de ésta última, es importante mencionar que al 37% de los pacientes se les realizó dichos estudios dentro de las primera seis horas del evento. Además, se realizó Doppler de carótidas y vertebral como parte de su abordaje al 65,8%. El 74% de este grupo se les realizó ecocardiograma transtorácico, al 31,5% de manera aguda, el estudio de Holter solo se realizó al 38,4%.

Al 98% de los pacientes se les tomaron estudios de laboratorio en sangre, solo el 2% de los mismo no tenía ya que fueron abordados en otras instituciones.

Tabla 3. Características del síndrome cerebrovascular a su presentación

Característica	N = 47
Presentación	(%)
Afasia	24.7
Motora	35.6
Visual	9.6
No focal	30
Duración del evento	(%)
menos 10 minutos:	0
10 - 60 minutos	27.3
más de 60 minutos	19.1
Desconocido	30

Diagnóstico erróneo	23.6
Diagnósticos alternos:	%
Crisis convulsivas	1.4
Trombosis venosa cerebral	2.8
Bloqueo auriculo ventricular	4.2
ABCD2	(%)
3	15.2
4	30.4
5	45.65
6	6.5
7	2.1
EKG	(%)
Si	98.6
No	1.4
USG de vasos de cuello	(%)
Si	65.8
No	32.9
Agudo	11.3
Doppler transcraneal	(%)
Si	11.0
No	43.8
Agudo	0.0
TAC	(%)
Si	52.1
No	37.0
Agudo	23.3
IRM	(%)
Si	65.8
No	32.8
Agudo	13.6
Ecocardiograma	(%)
Si	74.0
No	24.7
Agudo	31.5
Holter	(%)
Si	38.4
No	6.8
Se desconoce	54.8

En la tabla 5 se describe lo tratamientos indicados en el evento, así como el estado funcional al egreso de los pacientes utilizando la escala de Rankin modificada la mayoría de los pacientes. El 58.9% de los pacientes recibieron algún tratamiento antiagregante, el 34.2% recibieron aspirina, mientras que el 13,7% clopidogrel, un

porcentaje mucho más bajo, el 7.7% recibieron anticoagulación. Sólo el 60% del grupo de estudio recibió estatina, un 4% tuvo tratamiento quirúrgico.

En el pronóstico el 70% de los pacientes quedaron con el diagnóstico de ataque isquémico transitorio, mientras el 28% de los pacientes recurrió hacia el EVC, un porcentaje del 2% tuvo otro evento cardiovascular tipo infarto agudo de miocardio, el 4.2% de los pacientes fallecieron.

Tabla 5. Tratamientos indicados y desenlaces de los pacientes.

Tratamiento clínico:	N = 51
Antiagregante:	(%)
Aspirina	34.2
Clopidogrel	13.7
ASA + Clopidogrel	11.0
Anticoagulante:	(%)
AVK	2.7
NOAC	5.0
Antihipertensivo:	27.4
Estatina:	(%)
Atorvastatina	52.0
Rosuvastatina	2.7
Pravastatina	2.7
Simvastatina	0.0
Otro	1.3
Tratamiento quirúrgico:	(%)
Stent	0.0
Endarterectomía	4.1
Rankin actual:	(%)
0	38.36
1	30.14
2	20.55
3	2.74
Diagnóstico final:	(%)
AIT	70.0
EVC	28.0
IAM	2.1
Muerte	4.2

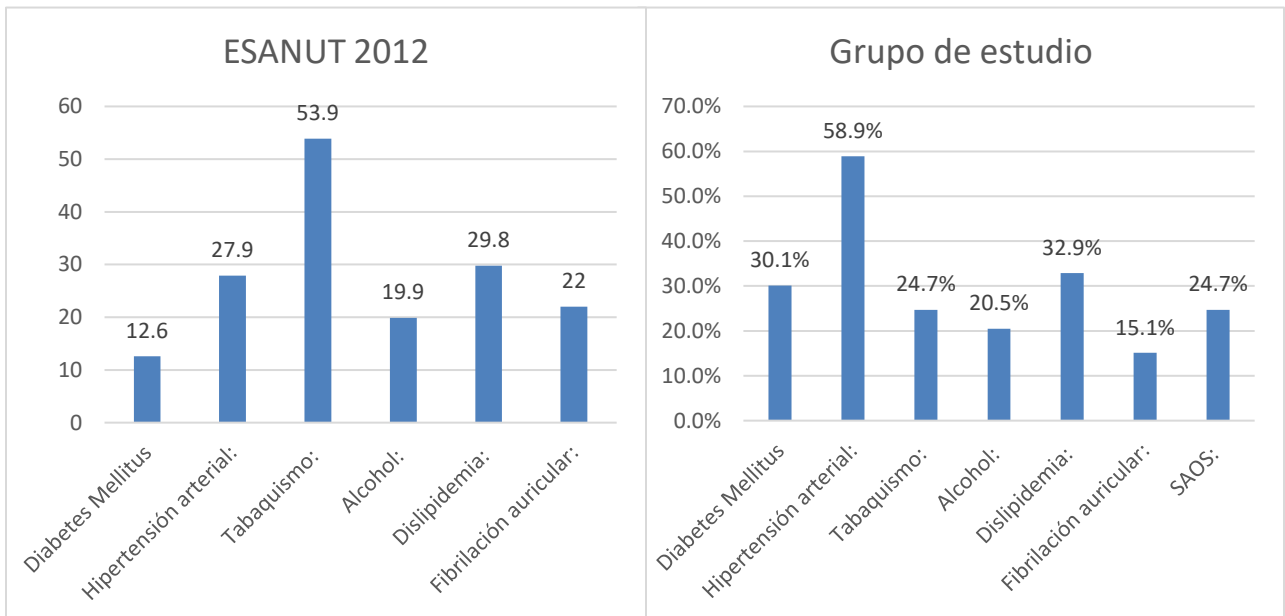
En la tabla 6 se describe la escala de Rankin posterior al evento, actualizado hasta este año, donde se puede observar que el 38,6% mantuvo un Rankin de 0, mientras que el 30.14% un Rankin de 1, un Rankin 2 está en el 20.55% del grupo de estudio, mientras que el Rankin de 3 en un 5,48%.

Tabla 6. Rankin posterior al evento

Rankin previo al evento	(%)
0	65.7
1	30.1
2	4.12
Rankin posterior	%
0	38.36
1	30.14
2	20.55
3	5.48

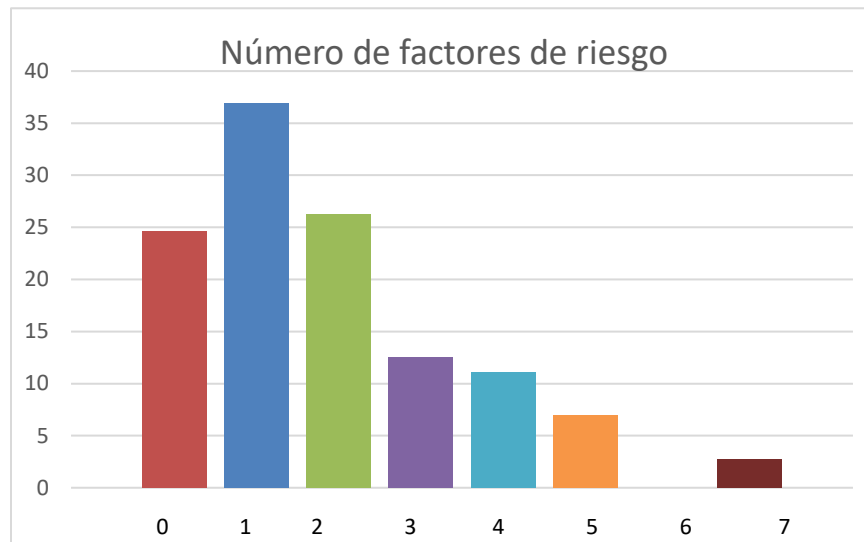
9. DISCUSIÓN

En este estudio realizado en un centro hospitalario de tercer nivel en el cual se estudiaron los ataques isquémicos transitorios durante el período comprendido de enero de 2014 a abril de 2017. Se estudió un total de 73 casos, de los cuales 26 pacientes que tuvieron un diagnóstico alterno o no se concretó el diagnóstico de AIT, la edad de mayor frecuencia del evento fue de 71 – 80 años, de cerca le siguen los pacientes de 81 a 90 años de edad, si bien las series internacionales colocan una frecuencia mayor en hombres, en nuestro estudio se observó una diferencia mínima, con más mujeres. El 23.06% de los eventos tuvieron atención en el departamento de urgencias y 16,4% de los pacientes presentaron el evento durante la hospitalización, estos datos seguramente son erróneos ya que casi la mitad de los mismos no tiene dicha información en el expediente clínico. De los factores de riesgo la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo con el 58,9%, seguido de la diabetes mellitus con el 30,1%, la dislipidemia es también un factor de riesgo importante con el 32,9%, patologías como el SAOS, uso y abuso de tabaco y alcohol tienen un porcentaje relativamente similar, mientras que en este estudio a fibrilación es del 15,1%. En la gráfica 1 se realiza una comparación con los datos del estudio ESANUT de 2012.



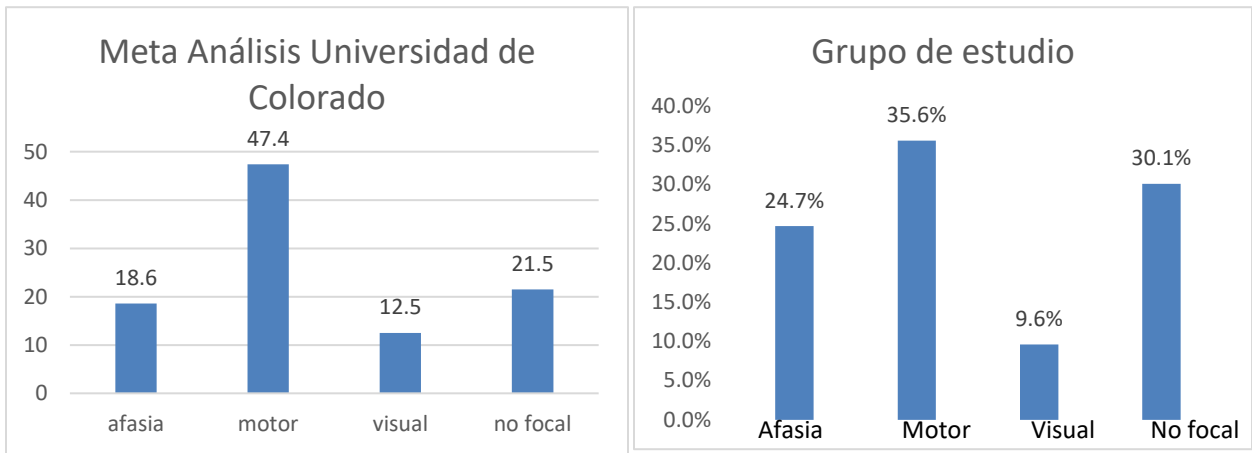
Gráfica 1. Comparación de los factores de riesgo cardiovascular entre la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 y el grupo de estudio

En la gráfica 2, se describen el número de factores de riesgo que tiene el grupo de estudio. Es importante destacar que la mayoría de los pacientes, un 36,9% tenía solo un factor de riesgo para AIT, mientras que el 42% tenía más de dos factores de riesgo incluidos hipertensión arterial y diabetes mellitus.



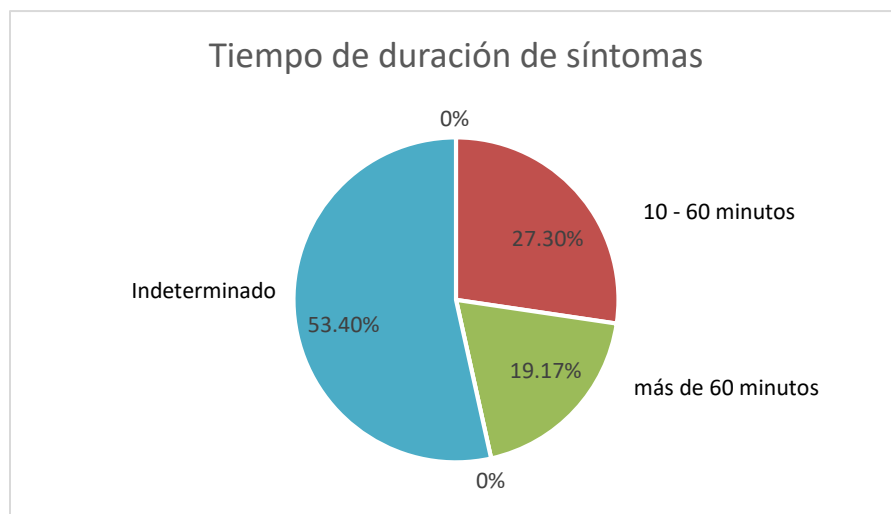
Gráfica 2. Distribución de la frecuencia de los factores de riesgo cardiovascular

En la gráfica 3 se comparan las características del evento de AIT con un meta análisis realizado en la Universidad de Colorado donde se observan datos similares, podemos observar que la mayor parte de pacientes, un 35.6% tuvieron una presentación motora (hemiparesia, o paresia de alguna extremidad), seguido muy de cerca de afasia con un 24.7%, mientras que un 30% de los pacientes tuvo sintomatología no focal, muy por detrás, con un 9,6% está la presentación visual, estas dos últimas pueden ser una de las causales por lo que los pacientes no acudieron rápidamente a urgencias.



Gráfica 3. Comparación de los factores de riesgo cardiovascular entre el meta análisis de la Universidad de Colorado y el grupo de estudio

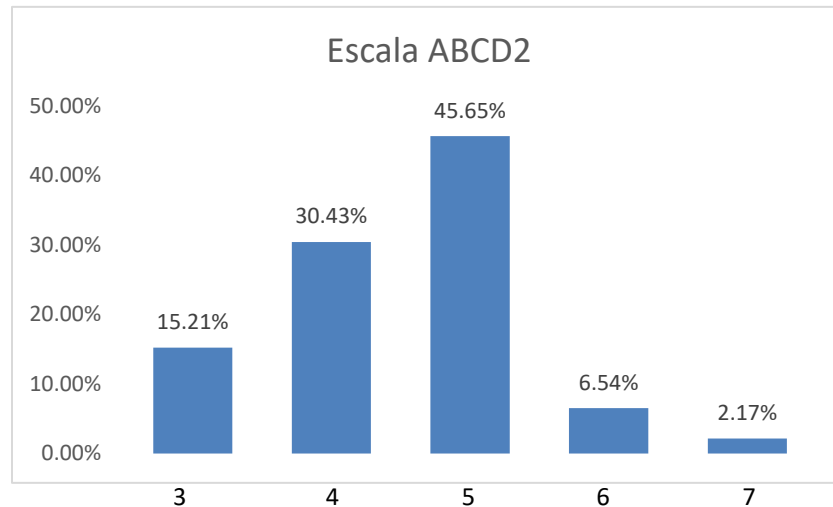
En la gráfica 4, se observa que un 27.3% del grupo de estudio tuvo síntomas por 60 minutos, mientras la mayoría de los pacientes no tenían un tiempo completamente determinado o no consta dentro del expediente clínico. Un 19,17% de este grupo tuvo síntomas más de 60 minutos, además estos pacientes tuvieron peor pronóstico.



Gráfica 4. Distribución de tiempo de presentación del evento.

En la gráfica 5, se observa la escala de riesgo ABCD2 de los pacientes que sufrieron un AIT, esta es muy similar a estudios mexicanos, en nuestro grupo de estudio el

riesgo alto, esto es, ABCD2 de 5 de 45,65%, seguido muy de cerca de una escala de ABCD2 de 4 con un 30.43%, esto indica que la población tiene un riesgo moderado – alto de presentar recurrencia del evento o posteriormente un EVC.

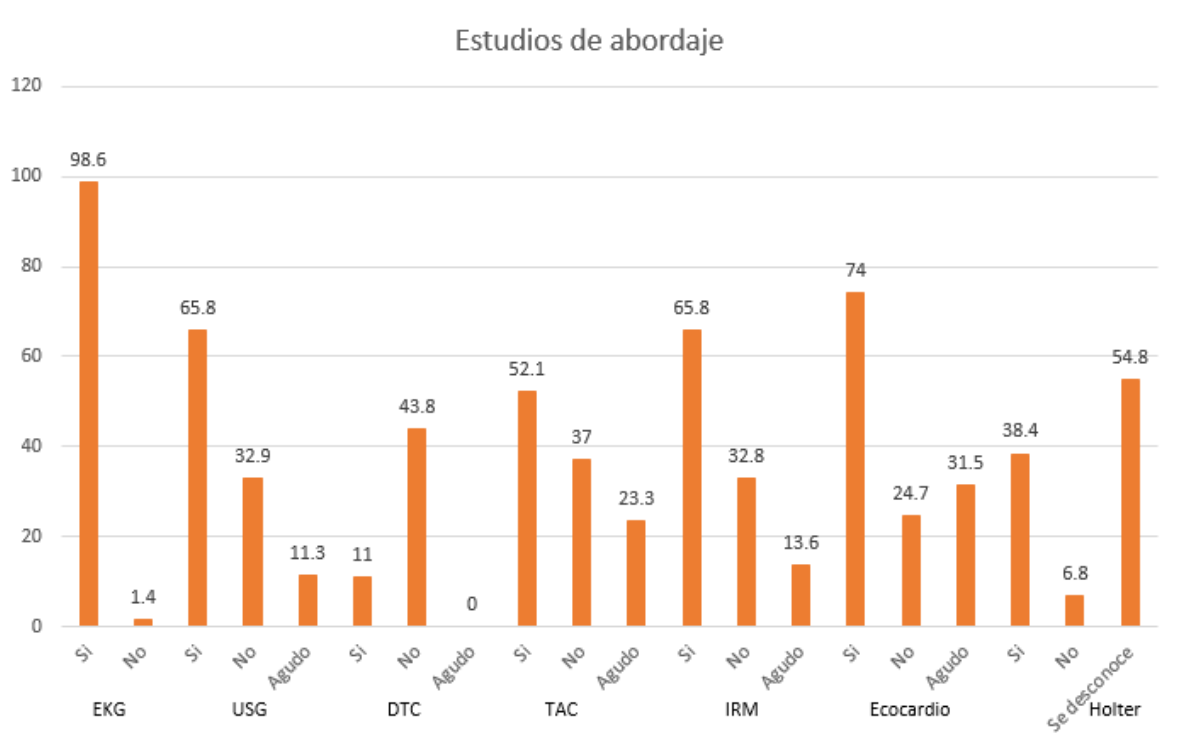


Gráfica 5. Distribución de escala ABCD2 del grupo de estudio.

En el gráfico 6 se describen los estudios de abordaje que se realizaron en el evento de AIT, se puede observar que el 98.6% de los pacientes tuvieron un EKG en el evento cerebro vascular, el 65,8% de los pacientes se realizaron un eco Doppler de carótidas en algún momento del abordaje de dicha entidad, llama la atención que 11.3% de estos pacientes se realizaron dicho estudio de manera aguda, o sea, dentro de los primeros siete días, de aquellos pacientes, pocos, solo un 11% se realizó un Doppler de carótidas.

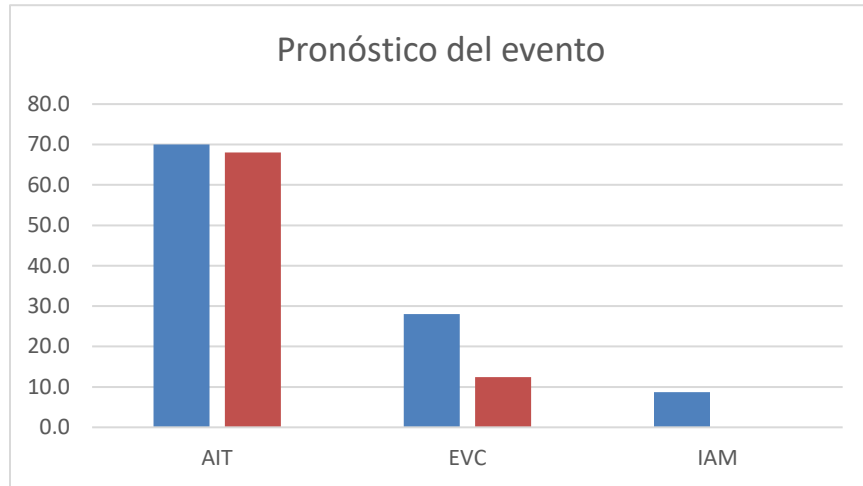
Sólo el 52.1% de este grupo de estudio se realizó una TAC de cráneo simple en el evento mientras que el mayor porcentaje de los pacientes, 65.8% se sometieron a una IRM de cráneo, esto se contrasta con estudios donde se observan y se comparan las utilidades de estas dos técnicas, además Vora y colaboradores demostraron que el uso de IRM en urgencia es útil y seguro, además que disminuye el tiempo de estadía hospitalaria. Un 74% de los pacientes con AIT se realizó en algún momento de su abordaje un ecocardiograma transtorácico, sólo el 31,5% de manera aguda. En relación al estudio de Holter llama mucho la atención que a pesar

de que un 38,4% de los pacientes se lo realizó, el 54,8% de esta información está incompleta o no consta dentro del expediente clínico, lo que conlleva fallas en el abordaje.



Gráfica 6. Distribución de estudios de abordaje del grupo de estudio.

En la gráfica 7 se describe sobre el pronóstico de los pacientes con AIT, podemos observar que el 70% de los pacientes se mantuvo como AIT mientras que un 28% recurrieron hacia un evento cerebro vascular, estos porcentajes se pueden comparar con el estudio mexicano de AIT donde se documentaron porcentajes similares.



Gráfica 7. Comparación entre el estudio mexicano de pronóstico de AIT y el grupo de estudio.

CONCLUSIONES

1. Los episodios de ataque isquémico transitorio tienen similares factores de riesgo que los pacientes que sufren infarto cerebral.
2. Los AIT en muchas ocasiones son sub estimados lo que provoca que los pacientes no acudan en búsqueda de atención médica.
3. Más de las 2/3 partes de los pacientes incluidos en este estudio tuvieron escala de riesgo ABCD2 de 4 – 5, lo que corresponde a un riesgo moderado – alto de infarto cerebral en los días sub siguientes.
4. El AIT tiene un efecto directo en la morbilidad y mortalidad del paciente, esto se demuestra con el aumento de complicaciones post evento y el empeoramiento de la escala de Rankin.
5. A pesar de ser una urgencia neurológica que requiere una valoración integral varios de los pacientes no tienen estudios completos y en algunos casos información incompleta del evento en sí.
6. Aún falta controlar de manera adecuada la información que se incluye dentro del expediente clínico, existen varias fallas para condensar los estudios y el seguimiento de los pacientes.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. López AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health dat. *Lancet* 2006; 367:1747-1757.
2. Cantú-Brito C, Ruiz-Sandoval JL, Villarreal-Careaga J, Arauz A, Barinagarrementeria F, et al., a nombre del Registro Nacional Mexicano de Enfermedad Vascul ar Cerebral (RENAMEVASC). Características de los diferentes tipos de enfermedad vascular cerebral en México: Resultado del estudio multicéntrico RENAMEVASC. *Rev. Mex Neuroci* 2011; 12(5): 224-234.
3. Cantú-Brito C, Sánchez BN, Ruano A, Quiñonez G, Arzola J, et al. Vigilancia epidemiológica del ataque vascular cerebral en una comunidad mexicana: Diseño de un proyecto poblacional para el estudio.
4. Béjot Y, et al. Epidemiology of stroke and transient ischemic attacks: Current knowledge and perspectives. *Revue neurologique* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurol.2015.07.013>
5. Béjot Y, Touzé E. Epidemiology of cerebrovascular disease and stroke. In: Seshadri S, Debette S, editors. *Risk factors for cerebrovascular disease and stroke*, I. New York: Oxford University Press; 2015. p. 1.
6. Yongjun Wang, Ming Liu and Chuanqiang Pu, 2014 Chinese guidelines for secondary prevention of ischemic stroke and transient ischemic attack, Compiled by the Chinese Society of Neurology, Cerebrovascular Disease Group,
7. Wu CM, McLaughlin K, Lorenzetti DL, Hill MD, Manns BJ, Ghali WA. Early risk of stroke after transient ischemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2007;167: 2417–22.
8. Giles MF, Rothwell PM. Risk of stroke early after transient ischaemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2007;6: 1063–72.
9. Christina Mijalski, MD, MPH, and Brian Silver, MD, TIA Management: ¿Should TIA Patients be Admitted? Should TIA Patients Get Combination Antiplatelet

Therapy?, 2015, Vol. 5(3) 151-160.

10. Arauz A, Cantú C, Ruiz-Sandoval JL, Villarreal-Careaga J, Barinagarrementeria F, Murillo-Bonilla L, Fernández JA, Torres B, León C, Rodríguez-Leyva I, Rangel-Guerra R; Registro Nacional Mexicano de Enfermedad Vascul ar Cerebral, 2011.

11. Lovrencić-Huzjan A1, Strineka M, Simicević DS, Azman D, Strbe S, Vuković-Cvetković V, Martinić-Popović I, Demarin V. Management of patients with transient ischemic attack (TIA) at Sestre milosrdnice University Hospital Center. Acta Clin Croat. 2011 Sep;50(3):367-73.

12. PS. Estrategia para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2012. Acceso: 1 de agosto, 2016. Disponible en línea: <http://goo.gl/fZyX92>.

13. OPS. Plan de Acción para la Prevención y Control de las Enfermedades No transmisibles en las Américas 2013-2019. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2014. Acceso: 1 de agosto, 2016. Disponible en línea:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11275&Itemid=41590&lang=en.

14. B. Fuentes, et al, Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (I). Actuación sobre los factores de riesgo y estilo de vida, 011 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España.

15. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>.

16. Cantú-Brito C, García-Ramos G, Mimenza Alvarado A. Enfermedad Vascul ar Cerebral. En: Narro-Robles J, Rivero-Serrano O, López- Bárcenas JJ (eds). Diagnóstico y Tratamiento en la Práctica Clínica. 4ª ed. México: Ed. El Manual Moderno, 2010:325.343.

17. Cantú-Brito C, Ruiz-Sandoval JL, Murillo-Bonilla LM, Chiquete E, León-Jiménez C, PREMIER Investigators. The first Mexican multicenter register on ischemic stroke (The PREMIER Study); demographics, risk factors and outcome. *Int J Stroke* 2001; 6:93-94.

18. Zhong Yuan, MD, PhD, Erica A. Voss, MPH, † Frank J. DeFalco, BA, † Guohua Pan, PhD, † Patrick B. Ryan, PhD, * Daniel Yannicelli, MD, ‡,1 and Christopher Nessel, MD†. Risk Prediction for Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack in Patients Without Atrial Fibrillation: A Retrospective Cohort Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 2017.

13. ANEXOS

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
FORMULARIO DE REGISTRO PACIENTES CON ATAQUE ISQUEMICO
TRANSITORIO
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN “SALVADOR
ZUBIRÁN” AÑOS 2014-2017

Investigador: _____

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: _____

Registro: _____

Género: F M

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____

Teléfono: _____

Escolaridad: _____

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado

ANTECEDENTES: Rankin Previo: 0 1 2 3 4 5

Diabetes: Año de Dx: _____

Tratamiento: _____

Hipertensión:

Año de Dx: _____

Tratamiento: _____

Tabaquismo: Inicio/Frec _____

Obesidad: Peso _____ Talla _____ IMC _____

Dislipidemia: Inicio _____ Tipo _____

Tratamiento _____

FA: Inicio _____ Paroxística Persistente Permanente

Tratamiento: _____

Alcoholismo Inicio/Frec_____

SAOS/Ronca

EVC Previo Si No Fecha __/__/__

Tipo y localización_____

Otras:

1._____

Inicio_____

Tratamiento_____

2._____

Inicio_____

Tratamiento_____

3._____

Inicio_____

Tratamiento_____

AIT (evento:

Fecha__/__/__

Duración <10 minutos 10-60 minutos > 60 minutos

Afasia sin afección motora Déficit motor Visual

Otro _____

TA a presentación \geq 140/90 Si No

Glucemia de ingreso_____

Tuvo atención en urgencias Si No Se internó Si No

Electrocardiograma Si No Agudo

US Carotideo Vertebral Si No Agudo

TAC: Si No Agudo

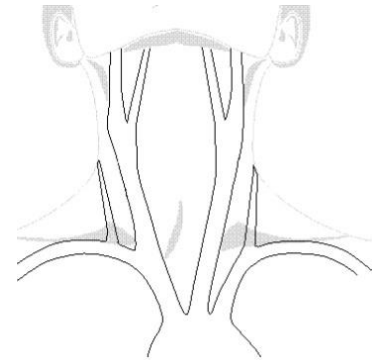
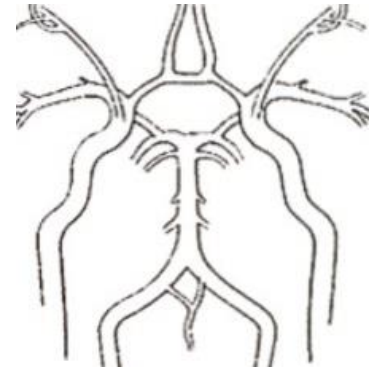
IRM: Si No Agudo

DTC: Si No Agudo

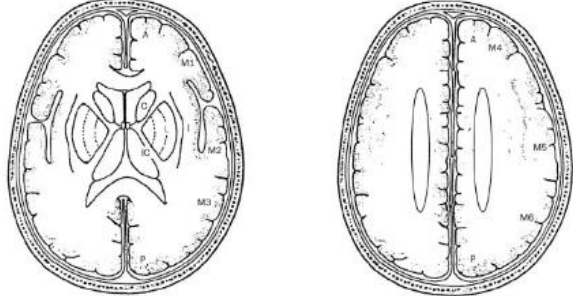
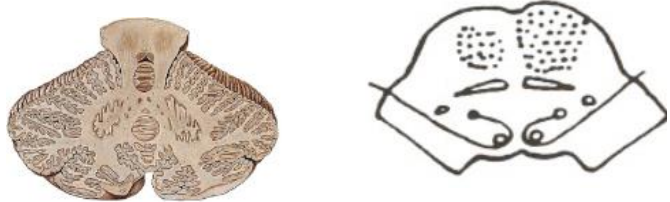
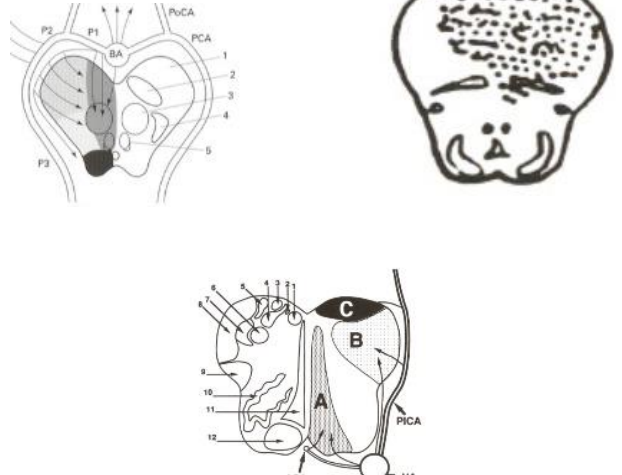
Ecocardiograma Si No Agudo

Holter Si No Agudo

Vasos de cuello	VPS cm/s	VDF cm/s	VM	DTC	VPS cm/s	VDF cm/s	VM
ACCD				ACMD m1			
ACID				ACMD m2			
ACIDsubm				ACAD			
ACED				ACID			
AVD				ACPD p1			
ACCI				ACPD p2			
ACII				ACMI m1			
ACIIsubm				ACMI m2			
ACEI				ACAI			
AVI				ACII			
	Max	Media		ACPIp 1			
IMTder mm				ACPIp 2			
	Max	Media		AVD			
IMTizq mm				AVI			
				Basilar			



Electrocardiograma RS FA BAV BRIHH BRDHH Otro:

<p>TAC Cráneo Fecha ___/___/___ Hora ___:___</p>	<p>IRM Cráneo <input type="checkbox"/> Fecha ___/___/___ Hora ___:___</p>	
<p>TAC Cráneo Fecha ___/___/___ Hora ___:___</p>	<p>IRM Cráneo <input type="checkbox"/> Fecha ___/___/___ Hora ___:___</p>	
<p>TAC Cráneo Fecha ___/___/___ Hora ___:___</p>	<p>IRM Cráneo <input type="checkbox"/> Fecha ___/___/___ Hora ___:___</p>	

Angio vasos supraorticos TC IRM ASD

Hallazgos _____

Ecocardiograma TT TE FEVI _____ Diámetro aurícula izquierda _____

HVI _____

Foramen oval Tamaño _____ Aneurisma Septal Si No HAP

Holter

Hallazgos _____

Paraclínicos Temporales a evento:

Fecha ____ / ____ / ____

Hb ____ Leu ____ pl. ____ Glucosa ____ Urea ____
Cr ____ Ac Úrico ____

HbA1c ____ Col.Total ____ HDL ____ LDL ____ Tg ____
_VSG ____ PCR ____

Troponinas ____ Albúmina ____ Proteinuria ____

Otros

Tratamiento al egreso

ASA Clopidogrel ASA+Clopidogrel Antagonista Vit K NOACs

Antihipertensivo IECA ARAII Calcio antagonista Beta bloqueador
otro _____

Estatina Atorvastatina Rosuvastatina Pravastatina Simvastatina
Otro/Dosis _____

Angioplastia con STENT Endarterectomía

Pronóstico 30 días

AIT EVC IAM Rankin 0 1 2 3 4 5

Información Adicional

Capturó _____