

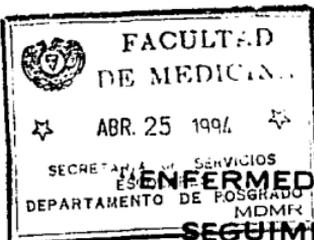
212B 1927
AL 19 612
Reje.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO "20 DE NOVIEMBRE"

I. S. S. S. T. E.



ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL,
SEGUIMIENTO A UN AÑO DEL
EVENTO AGUDO"

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN:
NEUROLOGIA
PRESENTA:

DRA. NORMA AMERICA MARTINEZ BAUTISTA



ISSSTE

MEXICO, D. F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE.
SERVICIO DE NEUROLOGIA.

ASESOR DE TESIS.

DRA. LILIA NUREZ OROZCO.
JEFE DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA.

INVESTIGADOR DE TESIS.

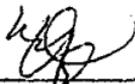
DRA. NORMA AMERICA MARTINEZ BAUTISTA.
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO.

TITULO :

" ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL, SEGUIMIENTO
A UN AÑO DEL EVENTO AGUDO "

OCTUBRE - 1993.

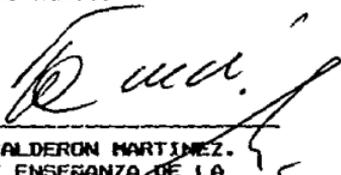
CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE.
SERVICIO DE NEUROLOGIA.



DRA. LILIA NUÑEZ OROZCO.
PROFR. TITULAR DEL CURSO.



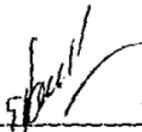
DRA. LILIA NUÑEZ OROZCO.
ASESOR DE TESIS.



DR. FRANCISCO CALDERON MARTINEZ.
COORDINADOR DE ENSEÑANZA DE LA
DIVISION DE MEDICINA INTERNA.



DR. ERASMO MARTINEZ CORDERO.
JEFE DE LA OFICINA DE INVESTIGACION
Y DIVULGACION.



DR. EDUARDO LLAMAS GUTIERREZ.
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

A MIS PADRES : SARA
Y
VICENTE.

- POR TODO LO QUE PARA MI REPRESENTAN
SIEMPRE HAN SIDO EJEMPLO DE FUERZA
Y VOLUNTAD FERREA *
- GRACIAS POR INCULCARMEN LOS VALORES
QUE ME HAN GUIADO A TRAVES DE MI
EXISTENCIA *
- MIL GRACIAS, POR EL AMOR Y EL APOYO
QUE SIEMPRE HE RECIBIDO DE
USTEDES *

GRACIAS MUY ESPECIALMENTE .

* DRA. LILIA NUÑEZ OROZCO.
TITULAR DEL CURSO DE NEUROLOGIA Y
ASESOR DE TESIS.

* DRA. SILVIA GARCIA.
MEDICO ADSCRITO.

* DR. ALEJANDRO AGUILAR JUAREZ.
MEDICO ADSCRITO.

Y A TODOS LOS PACIENTES, QUE
CONTRIBUYERON A MI FORMACION PROFESIONAL
EN EL MARAVILLOSO MUNDO DE LA NEUROLOGIA .*

I N D I C E.

	PAGS.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
JUSTIFICACION	12
DEFINICION DEL PROBLEMA	13
OBJETIVO GENERAL y OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
HIPOTESIS	15
DESARROLLO DE LA INVESTIGACION	16
MATERIAL Y METODOS	18
RESULTADOS	23
DISCUSION	28
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFIA	33

INTRODUCCION.

Las Enfermedades Vasculares cerebrales (EVC) ocupan claramente el primer lugar por frecuencia e importancia entre todas las perturbaciones neurológicas del adulto. No menos del 50% de los problemas neurológicos que se presentan en un hospital general son de este tipo.

El servicio de neurología del Centro Hospitalario 20 de Noviembre tenía, hasta junio del año en curso, un alto número de enfermos vasculares cerebrales hospitalizados y sometidos a un programa de atención que permitía egresarlos en un tiempo promedio muy corto y con una mortalidad baja.

En este programa contemplamos una consulta de seguimiento dos semanas después del egreso y damos de alta a los pacientes para continuar su atención en su domicilio, con la vigilancia de su Médico Familiar y el programa de rehabilitación hasta su alta del servicio de Medicina Física.

Después de ésto, desconocemos cual es la situación en la que siguen. La finalidad del presente estudio es conocer la evolución de de estos pacientes a por lo menos un año después del evento agudo.

ANTECEDENTES.

Los ictus, después de las enfermedades del corazón y el cáncer constituyen la tercera causa más común de muerte en los Estados Unidos, aproximadamente 500 000 nuevos casos de Infarto Cerebral se registran cada año en los EUA. Se reconoce que la tercera parte de los pacientes fallecen por problemas inherentes a la Enfermedad Vascular Cerebral (EVC), otra tercera parte se recuperan con nivel funcional aceptable y otra tercera parte queda con secuelas que los incapacita en forma definitiva ó parcial de sus funciones, que impiden se reincorporen a nivel familiar, social y laboral.

Aunque la EVC Isquémica y/o Hemorrágica, no tiene una mortalidad tan alta como la enfermedad coronaria cardiaca, si es la manifestación más devastadora de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y aterosclerosis ya que las víctimas quedan incapacitadas por secuelas que privan al paciente de una actuación independiente y digna de vivir.

Es interesante el hecho de que la incidencia ha disminuido en los últimos 30 años: estudios colectivos han concluido que la disminución afectó por igual a ambos sexos, también disminuyó la incidencia de enfermedades coronarias e hipertensión maligna. Sin embargo no ha habido cambios en la frecuencia de rotura de aneurismas. Es probable que esta reducción de la incidencia de los ictus esté relacionada con la disminución de la frecuencia de embolismos cerebrales de origen cardiaco y con el mejor control de la hipertensión.

Los factores de riesgo para la Enfermedad Vascul ar Cerebral se agrupan en riesgos mayores y riesgos menores, aunque se puede resuair que la población en riesgo para EVC es aquella que está expuesta a los riesgos de la aterosclerosis.

RIESGOS MAYORES.

1). Hipertensión Arterial Sistemica (HAS). La frecuencia de EVC en poblaciones con HAS es 6 veces mayor que en los sujetos normotensos de la misma edad. Esta proporción aumenta cuando ya han aparecido signos cardiacos de HAS tales como cardiomegalia (por Rx. tórax y EKG) o de Insuficiencia Cardiaca. Además, la HAS sistólica por sí sola es un factor de riesgo a diferencia de enfermedad coronaria cardiaca en la se requiere HAS diastólica. La HAS contribuye a la EVC por diferentes mecanismos: produce daños o cambios estructurales en las arterias cerebrales que predisponen a hemorragias e infartos. Tambien la HAS eventualmente altera la capacidad para la autorregulación de manera que el flujo sanguíneo cerebral (FSC) es menor en la HAS que en los normotensos y también contribuye la HAS a la insuficiencia y arritmias cardiacas.

2). Enfermedad Cardiaca. Aunque el problema cardiaco sea sutil o leve, el riesgo de EVC se va incrementando cuando hay cardiopatía, esté o no presente la HAS. Por ejemplo, cerca del 75% de las victimas de EVC tienen uno o más riesgos: - insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular o cardiomegalia.

La enfermedad coronaria está asociada con 2 ó 5 veces más el incremento de EVC, ya sea infarto del miocardio o angina, así mismo la fibrilación auricular crónica con ó sin HAS tiene un riesgo incrementado hasta 6 veces para EVC, siendo la fibrilación auricular asociada a enfermedad cardiaca reumática la de mayor riesgo.

- 3). Diabetes Mellitus. Este problema contribuye a aumentar de 2.5 a 4 (hombres y mujeres respectivamente) veces el riesgo de EVC y el riesgo es todavía mayor cuando se asocia a HAS o enfermedad cardiaca.

RIESGOS MENORES.

Aquí se incluyen algunos riesgos cuya contribución a EVC es menos importante, a diferencia de la HAS, cardiopatía y diabetes mellitus, en otras ocasiones su asociación es debatible, y en otras no es uniformemente reproducible en estudios epidemiológicos - posteriores.

- 1). Lípidos sanguíneos. Es indudable la importancia que tiene la relación de lípidos en la enfermedad coronaria, pero ésta es controversial a la EVC. Cuando se analizan los componentes del colesterol de acuerdo a su densidad lipoproteica-colesterol, de baja densidad (C-LBD), de alta densidad (C-LAD) y de muy baja densidad (C-LMBD), se pueden resumir las siguientes conclusiones.

- a) El estudio de Framingham, en el subgrupo poblacional de 50 a 80 años de edad mostró una impresionante correlación positiva en C-LBD para enfermedad coronaria y no así para EVC, incluso en las mujeres esta correlación (C-LBD y EVC) es negativa y probablemente ésta representa una diferencia metabólica y bioquímica que está asociada con los ciclos menstruales. Para el C-LAD hay una correlación negativa para EVC como sucede en la enfermedad coronaria independientemente del sexo y no hay correlación definida con las C-LMBD.
- b) La obesidad por sí sola no incrementa el riesgo de EVC, pero sí cuando va asociada a otros riesgos: HAS, diabetes mellitus o cardiopatía.
- c) El hematocrito elevado, tampoco es un riesgo definitivo para EVC, sin embargo en el infarto agudo la extensión y el pronóstico negativo del infarto es directamente proporcional al grado de hiperviscosidad por el aumento del hematocrito.
- d) La historia familiar de EVC parece no tener mucha importancia, si acaso en los varones jóvenes o de edad media que han sufrido EVC, pudiera ser un factor de riesgo en parientes de primer grado.

FACTORES AMBIENTALES.

El tabaquismo, ingestión de alcohol, café y el tiempo de actividad física, son puntos debatibles. El tabaquismo, el cual es un contribuyente importante en la génesis de enfermedad coronaria y enfermedad vascular oclusiva periférica es factor de riesgo poco importante para EVC en hombres tabáquicos menores de 65 años. Por otra parte el consumo de alcohol en cantidades moderadas o discretas tiene una correlación negativa en enfermedad coronaria cardiaca pero no es así cuando hay abuso excesivo de alcohol donde la coronariopatía aumenta. Una implicación factible para este efecto protector de ingerir bajas cantidades de alcohol y enfermedad coronaria es el aumento transitorio que producen en el C-LAD. Sin embargo el exceso de alcohol al aumentar el C-LBD podría favorecer a la EVC.

El exceso de consumo de alcohol aunado a la HAS favorece también la presentación de hemorragia intracraneal.

FACTORES IATROGENICOS.

- a). Los anticonceptivos orales por sí mismos aumentan la posibilidad de Infarto Cerebral tanto venoso como arterial hasta 10 veces en relación a mujeres que no toman dichos fármacos. Otras características que aumentan la posibilidad de infarto son: coexistencia con HAS, antecedentes de migraña, edad mayor de 35 años y asociación de Diabetes y dislipidemias.

bi. Cirugía Cardiovascular y prótesis valvulares. Al igual que cuando ha habido paro cardíaco, el uso de circulación extracorpórea puede ser causa de EVC isquémica o hemorrágica, ya sea de carácter difuso, focal, encefálica o medular.

Respecto a las prótesis valvulares y embolia cerebral se calcula que se presenta este fenómeno en un 2% cada año en caso de prótesis aórtica y 4% en caso de prótesis mitral. Otros factores de riesgo adicionales son fibrilación auricular y crecimiento (con o sin trombosis) auricular izquierdo.

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL AGUDA.

Tan característicos son los aspectos clínicos de la EVC que el diagnóstico rara vez plantea dudas. Su modo común de expresión es el ictus definido como un déficit neurológico focal no convulsivo y repentino.

En su forma más grave, el paciente queda hemipléjico e inclusive comatoso, acontecimiento tan dramático que ha merecido su propia denominación, a saber apoplejía. En su forma más moderada, puede consistir tan solo en un trastorno neurológico trivial, que ni siquiera despierta preocupación ni requiere atención médica. Existen todas las graduaciones de gravedad entre estos dos extremos. Pero, en todas y cada una de ellas, el rasgo denominativo del ataque es el carácter temporal de los acontecimientos neurológicos. Es la

brusquedad con la que se desarrolla el déficit neurológico, literalmente en cuestión de segundos, minutos, horas o, a lo sumo unos pocos días, lo que marca el trastorno como vascular.

Los ataques embólicos comienzan de manera característicamente brusca y el déficit alcanza su pico casi de inmediato. Los ataques trombóticos tienen a veces el mismo comienzo abrupto, pero muchos de ellos son comparativamente más lentos y evolucionan a lo largo de un periodo de varios minutos, horas o días, habitualmente en forma de saltos, de manera progresiva y uniforme. En la hemorragia cerebral relacionada con hipertensión, el déficit es firmemente progresivo desde el momento de su comienzo y por un periodo de minutos u horas. Otro aspecto importante del carácter temporal es la detención y después la regresión del déficit neurológico en todos los ataques, salvo en los casos fatales. El déficit neurológico refleja tanto la localización como el tamaño del infarto o la hemorragia.

A partir de los conocimientos revisados previamente, el Servicio de Neurología diseñó un programa de atención del enfermo vascular cerebral, debido a su alta frecuencia (335 pacientes en dos años, de los cuales 101 tuvieron hemorragia parenquimatosa y en 234 el diagnóstico fue infarto cerebral).

La morbimortalidad total fue de 34%. La mortalidad para infartos fue de 7% generalmente a causa de complicaciones, y la mortalidad para hemorragia fue de 45%, habitualmente por el mismo proceso neurológico.

En comparación con lo reportado en la literatura mundial (hasta 40%) estas cifras son bajas. Estos buenos resultados se obtienen llevando a cabo el siguiente programa :

- 1.- Control de factores de riesgo.
- 2.- Prevención de complicaciones.
- 3.- Rehabilitación temprana.

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

- 1.- Estabilización en cama.
- 2.- Movilización temprana.
- 3.- Participación familiar y de enfermería.
- 4.- Medidas anti edema.
- 5.- Ejercicios respiratorios.
- 6.- Vendaje de miembros inferiores.
- 7.- Rehabilitación inmediata.

Así mismo son de importancia fundamental los siguientes aspectos: Nutrición, control de la micción SIN SONDEO, función intestinal, cuidado estricto de las venoclisis, se requiere un mínimo de -- medicamentos indispensables, control de los factores de riesgo, prevención de las complicaciones.

Se establecen como criterios de egreso los siguientes lineamientos: Estabilización del problema neurológico, ausencia de

complicaciones, rehabilitación en proceso, buen adiestramiento familiar, condiciones adecuadas en el hogar, defunción.

En todas estas medidas, la participación del familiar es de suma importancia, por lo que desde el primer día del ingreso se solicitaba su presencia para entrenarlo en el cuidado de su enfermo con el fin de que al egreso, esa atención pudiera continuar de la misma manera.

INTEGRACION SOCIAL Y FAMILIAR DEL PACIENTE HEMIPLEJICO, UN AGO DESPUES DEL EVENTO AGUDO.

La aceptación de un programa de Rehabilitación para pacientes hemipléjicos, incluye la recuperación de las funciones perdidas, habilidad de caminar y autosuficiencia; ésto no puede ser la única medida del tratamiento exitoso, sino el lograr la reincorporación del paciente hemipléjico a la sociedad.

La depresión constituye un problema controversial e importante, después del evento agudo. Aún si esto parece no afectar, la depresión es un riesgo para la integración social y autonomía funcional.

La familia es una fuente natural de soporte para un paciente hemipléjico y puede influir en su desarrollo funcional, al proveerlo de compañía y la oportunidad de una vida lo más normal posible y a la medida de sus posibilidades.

Los programas de rehabilitación para pacientes hemipléjicos pueden ser dirigidos no sólo a la recuperación, cuando sea posible,

sino también a la educación de la familia y la sociedad. Un efectivo programa debe enfatizar una vida llena incluyendo un balance físico y psicológico, así como una integración social y familiar para el paciente.

En nuestro hospital intentamos que la familia se haga cargo de su enfermo en su domicilio, pero desconocemos si realmente ocurre como planeamos en nuestro programa de atención.

Consideramos entonces que será de mucho valor para el servicio y la Institución el conocer la evolución de estos pacientes a largo plazo.

JUSTIFICACION.

No conocemos la evolución de los enfermos vasculares cerebrales a largo plazo (por lo menos a un año del evento agudo); tener esta información nos permitirá planificar Institucionalmente la atención fuera del hospital donde se hizo el manejo inicial.

DEFINICION DEL PROBLEMA.

Es de trascendencia para nuestro servicio, realizar un seguimiento a largo plazo de pacientes que presentaron Padecimiento Vascular Cerebral Isquemico y/o Hemorrágico, con la finalidad de evaluar sus condiciones de vida a por lo menos un año de su evento agudo.

¿ Como evolucionan las Enfermedades Vasculares Cerebrales a largo plazo ?

OBJETIVO GENERAL.

Seguimiento a largo plazo de pacientes que presentaron Padecimiento Vascular Cerebral Isquémico y/o Hemorrágico que ingresaron al Servicio de Neurología del Centro Hospitalario 20 de Noviembre- ISSSTE, con la finalidad de evaluar sus condiciones de vida a por lo menos un año del evento agudo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Determinar el factor de riesgo más relevante para Padecimiento Vascular Cerebral en este grupo de pacientes.
- 2.- Evaluar en forma integral la repercusión que dejó la Enfermedad Vascular Cerebral en estos pacientes.
- 3.- Estimar el grado de secuela de acuerdo al tipo de Padecimiento Vascular Cerebral Isquémico y/o Hemorrágico.
- 4.- Enlistar las secuelas más comunes que impidieron reincorporarse a su dinámica familiar.
- 5.- Identificar si uno o varios factores de riesgo, condicionaron que estos pacientes volvieran a presentar un nuevo Padecimiento Vascular Cerebral y qué tiempo después.
- 6.- Identificar las deficiencias en la atención de aquellos - pacientes que murieron o quedaron con secuelas invalidantes.
- 7.- Conocer la mortalidad de estos pacientes, un año después del evento agudo.

HIPOTESIS.

La atención del enfermo Vascular Cerebral en domicilio y en Clínicas es deficiente.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.

Se tomó en consideración las características del Universo de trabajo y se realizó la siguiente organización.

- 1.- Consultar las tarjetas de hospitalización del Servicio para captar los pacientes.
- 2.- Contactar por telefono a 5 pacientes diarios.
- 3.- Recopilar la información en la hoja de concentración de datos.
- 4.- Tratamiento estadístico de la información obtenida.
- 5.- Redacción del trabajo.

Para la verificación de los datos obtenidos se escogió como método estadístico de análisis, el empleo de medidas de Tendencia central y medidas de dispersión.

PASO_1:

Encontrar la media aritmética de cada pregunta del cuestionario, para ello se empleó la fórmula de:

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^N X_i}{n}$$

PASO_2:

Entre las medidas de dispersión de mayor uso, se encuentra la desviación estándar. A través de ésta, se podrá determinar que tanto

se desvia cada dato en promedio, respecto a la media aritmética u otra media de tendencia central, empleando la siguiente fórmula.

$$S = \sqrt{S^2} \quad \frac{\sum_{i=1}^n (X - \bar{X})^2}{n - 1}$$

PASO_3.

Los resultados obtenidos de la investigación serán tratados con el objeto de realizar una interpretación gráfica de ellos, una representación tabular.

PASO_4.

Conclusiones de los datos recabados con el fin de responder al problema planteado, dar alternativas de solución, y exponer comentarios y sugerencias con respecto a las experiencias del trabajo.

MATERIAL_Y_METODOS:

El presente estudio se realizó en un periodo retrospectivo de un año, a 50 pacientes que presentaron Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica y/o Hemorrágica, que ingresaron al Servicio de Neurología del Centro Hospitalario 20 de Noviembre - ISSSTE, como seguimiento a largo plazo de las complicaciones inherentes a la Enfermedad Neurológica.

UNIVERSO_DE_TRABAJO.

La investigación incluyó a 50 pacientes que presentaron Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica y/o Hemorrágica, un año atrás por lo menos evaluando sus condiciones actuales de vida.

TAMAÑO_DE_LA_MUESTRA.

Fueron sujetos de investigación 50 pacientes que presentaron Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica y/o Hemorrágica que se hospitalizaron un año antes en el servicio de Neurología del Centro Hospitalario 20 de Noviembre - ISSSTE, que cuenten con teléfono para entrevistarlos a ellos o/a algún familiar.

CRITERIOS_DE_INCLUSION.

- 1.- Ambos Sexos.
- 2.- Haber sido atendidos en el servicio de Neurología por Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica y/o Hemorrágica hace un año por lo menos.

3.- Que sean localizables por teléfono.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.- Aquellos pacientes que fallecieron durante el periodo agudo de la Enfermedad Vasculat Cerebral.
- 2.- Los pacientes que no tienen teléfono.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- 1.- Aquellos que se rehúsen a proporcionar la información

DEFINICION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA.

Se hizo contacto a través de vía telefónica, para llenar el formato de concentración de datos. Se anexa éste.

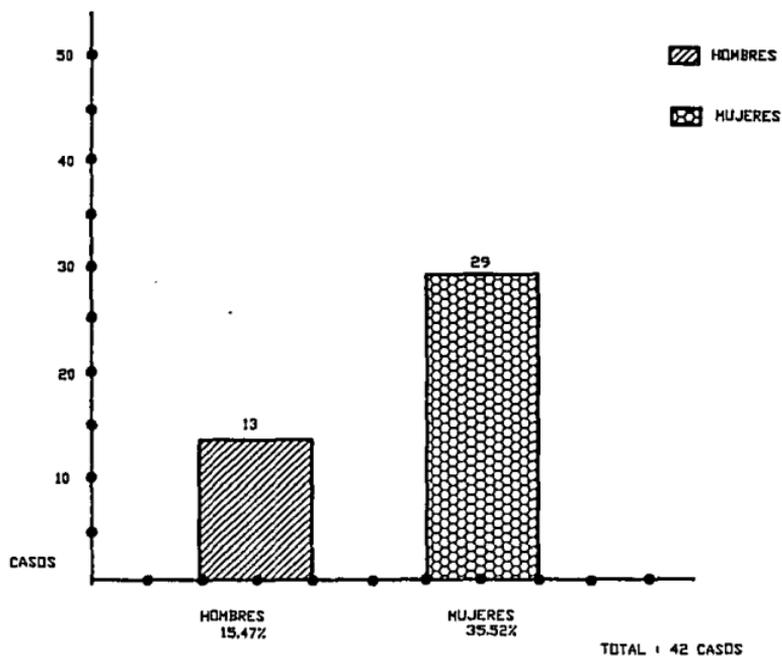
TIPO DE INVESTIGACION.

- A. BASICA.**
- B. COMPARATIVA.**
- C. CLINICA.**
- D. LONGITUDINAL.**
- E. RETROSPECTIVA.**
- F. ABIERTA.**

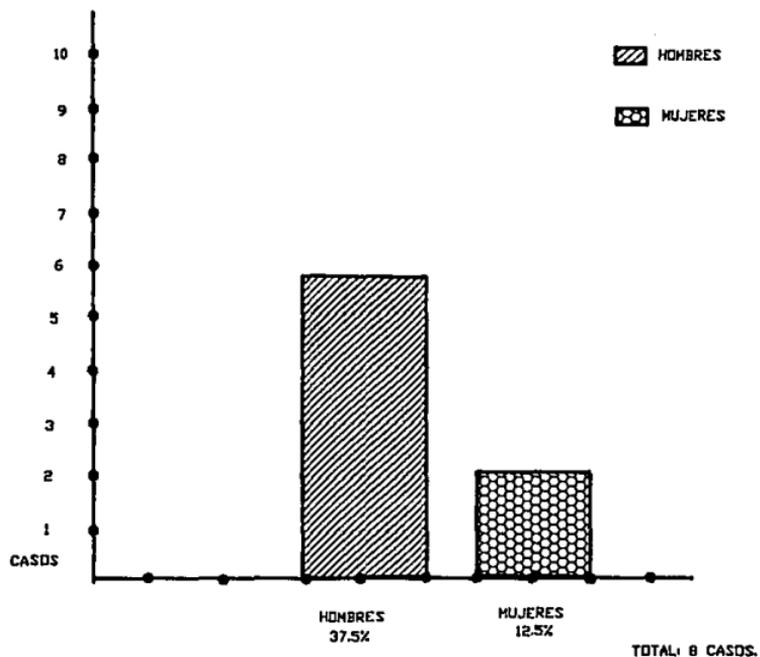
CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

Se anexa formato de recopilación de datos.

CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE .
SERVICIO DE NEUROLOGÍA
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL,SEGUIMIENTO A UN AÑO DEL EVENTO AGUDO
INFARTO CEREBRAL



CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE
SERVICIO DE NEUROLOGIA
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL,SEGUIMIENTO A UN AÑO DEL EVENTO AGUDO
HEMORRAGIA PARENQUIMATOSA



RESULTADOS.

De los 50 casos revisados, que presentaron Enfermedad Vascular Cerebral, encontramos los siguientes resultados: 42 casos con infarto cerebral (84%) y 8 casos con hemorragia parenquimatosa (16%).

La frecuencia por sexos fue de 30 mujeres y 12 hombres en el grupo de infarto cerebral, así como 2 y 6 respectivamente en el grupo de hemorragia parenquimatosa.

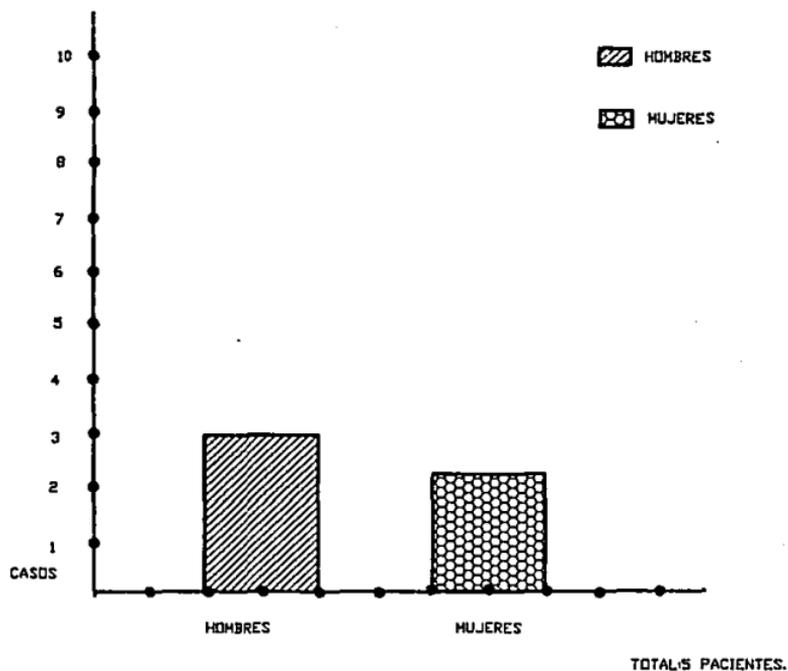
La trombosis se localizó en el hemisferio cerebral derecho en 26 pacientes (22 mujeres y 4 hombres), en el hemisferio cerebral izquierdo 10 pacientes (5 mujeres y 5 hombres), en tallo cerebral 2 pacientes hombres y 4 pacientes con Enfermedad Multiinfartos -- (2 casos mujer y hombre respectivamente).

La hemorragia parenquimatosa se diagnosticó en 8 casos (2 mujeres y 6), en el hemisferio cerebral derecho, a nivel de ganglios basales.

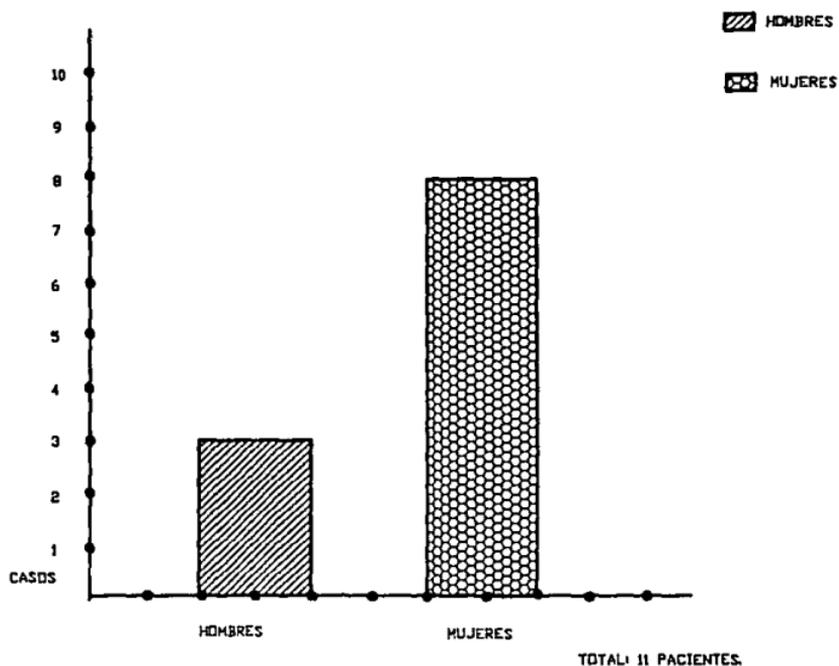
La distribución por edades, tanto en el grupo de infarto como de hemorragia parenquimatosa mostró una mayor frecuencia a partir de la séptima década de la vida; 65% de los casos de infarto tenía más de 70 años, mientras que la hemorragia parenquimatosa fue el 50% en ese rango de edad.

El análisis de los factores de riesgo, fue muy similar al trabajo realizado en nuestro servicio en 1990 (16). Donde la HAS se presentó en el 88% de los casos, diabetes mellitus 44% y la aterosclerosis en un 32%, como causas relacionadas a la EVC.

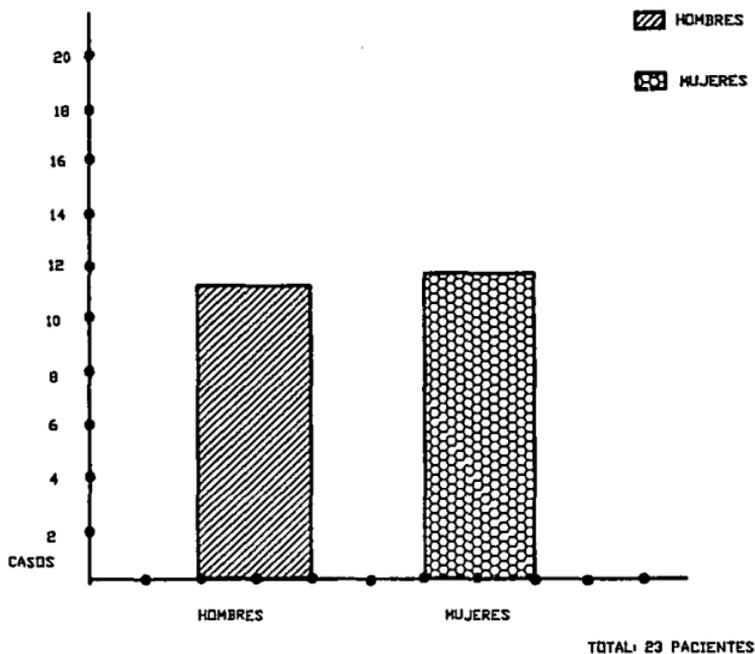
CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE
SERVICIO DE NEUROLOGIA
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL, SEGUIMIENTO A UN AÑO DEL EVENTO AGUDO
ACTIVIDADES COTIDIANAS: ACTIVOS.



CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE
SERVICIO DE NEUROLOGIA
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL,SEGUIMIENTO A UN AÑO DEL EVENTO AGUDO
NO ACTIVOS PERO CON DEPENDENCIA EN LAS
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA



CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE
SERVICIO DE NEUROLOGÍA
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL, SEGUIMIENTO A UN AÑO DEL EVENTO AGUDO
DEPENDIENTES DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA



La mortalidad fue del 22% en este grupo de pacientes (11 casos: 10 mujeres y un hombre), 9 mujeres presentaron infarto y una hemorragia; el hombre presentó hemorragia parenquimatosa. La defunción ocurrió entre 1 semana y 11 meses después del egreso, a causa de complicaciones no relacionadas con la Enfermedad Vascul ar Cerebral.

De los sobrevivientes se encuentran activos 5 pacientes (3 hombres y 2 mujeres). No activos pero con independencia en las actividades de la vida diaria 11 pacientes (3 hombres y 8 mujeres), dependientes de actividades de la vida diaria 23 pacientes -- (11 hombres y 12 mujeres).

En cuanto a si volvieron a hospitalizarse después al evento agudo se encontró que 6 pacientes (12%) se hospitalizaron en los primeros 6 meses del evento agudo, por enfermedades ajenas a la Enfermedad Vascul ar Cerebral, y actualmente están vivos; 33 pacientes (66%) no han vuelto a hospitalizarse y se encuentran en el grupo de dependientes de la vida diaria.

Las secuelas actuales básicamente son parestesias en grado variable en los miembros torácicos, seguidos de trastornos en el lenguaje y la marcha. En relación a estos parámetros no se realizaron porcentajes, debido a la subjetividad de la información.

El tiempo de rehabilitación física fluctuó entre 2 semanas y 4 meses, con un promedio de 1 mes, (con el comentario espontáneo de algunos familiares de que consideran demasiado corto el tiempo de rehabilitación y notaron carencia de modificación en el programa a pesar de la evolución que tenían hacia la mejoría).

DISCUSION.

La finalidad del presente trabajo, fue conocer la evaluación a largo plazo de las enfermedades cerebrovasculares atendidas en su evento agudo. El Servicio de Neurología del Centro Hospitalario 20 de Noviembre, que es un centro de concentración donde se recibe un número significativo de pacientes con Enfermedad Vascular Cerebral y en donde se lleva una metodología para el cuidado y manejo de estos pacientes en el evento agudo, con el propósito de proporcionar una atención más adecuada, corregir los factores de riesgo e iniciar tempranamente rehabilitación para disminuir secuelas a largo plazo, con la intención de mejorar la calidad de vida de estos pacientes, ya que son bien conocidas las complicaciones inherentes al padecimiento. Pero desconocíamos que sucedía con estos enfermos a largo plazo, por lo que tener esta información nos pareció de suma importancia para evaluar sus condiciones, un año después del evento agudo y la trascendencia que tiene el educar al familiar en los cuidados del paciente neurológico.

Consideramos que nuestra metodología de estudio y abordaje de estos pacientes, en la etapa aguda es adecuada ya que en términos generales apreciamos una baja morbimortalidad en estos pacientes a un año después del evento agudo y la causa de muerte no estuvo en relación con la Enfermedad Vascular Cerebral.

Por otro lado el que el familiar estuviera entrenado en el manejo del paciente neurológico, permitió a la mayoría recuperar parcialmente la funcionalidad del déficit neurológico inicial y reincorporarse

principalmente a su dinámica familiar.

La información obtenida, nos permitirá planificar Institucionalmente la atención fuera del hospital donde se hizo el manejo inicial, de que forma insistir a los familiares, y al propio paciente que el controlar los factores de riesgo y el continuar con los cuidados de paciente neurológico y con su rehabilitación por el tiempo que sea necesario, le permitirá a futuro tener una mejor calidad de vida.

Como consecuencia, el realizar adecuado manejo del enfermo vascular cerebral, tiene por objetivo principal abatir la mortalidad por complicaciones inherentes al evento agudo (ya que hasta el momento, ningún intento terapéutico farmacológico ha logrado mejorar la sobrevida de los enfermos, más allá de la obtenida con medidas generales) y también lograr una calidad de vida a largo plazo.

CONCLUSIONES.

En base a los hallazgos encontrados en el presente estudio concluimos las siguientes observaciones.

- 1.- La EVC, sigue siendo un problema importante y trascendente en nuestro medio, conocer su evolución a largo plazo, nos ha permitido visualizar algunos aspectos de índole social inherentes a la reincorporación del paciente hemipléjico a nivel familiar y social.
- 2.- El conocimiento de los factores de riesgo, nos obliga a exigir prevenir a nivel de contacto primario y Unidades Médicas de primer nivel, con la finalidad de disminuir la morbinotalidad de este padecimiento.
- 3.- En tanto se consigue el ideal médico de la prevención se requiere educar a los familiares en cuanto a su atención integral domiciliaria con la finalidad de disminuir las complicaciones inherentes a la EVC en sí, ya que más del 50% de los casos quedan con secuelas severas que los incapacita para reincorporarse a nivel familiar, social y laboral.
- 4.- El paciente vascular cerebral debe manejarse en su entorno bio-psico-social, para permitir su reincorporación, primero a nivel

de independencia funcional personal y posteriormente a su ambiente familiar y productivo, tal situación se logrará a base de educación familiar y social.

5.- Consideramos que la familia al recibir un adiestramiento durante la hospitalización de su paciente, fue el factor principal para lograr que la mayoría sea independiente en las actividades de la vida diaria y este adiestramiento debe fomentarse en todas las Unidades hospitalarias que atiendan enfermos vasculares cerebrales.

6.- La mejor terapia es fomentar la confianza en si mismo, para lograr las metas fijadas.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Astron, M.D; et al: Psychosial funtion and life satisfaction after strbke, *STROKE*, 1992: 23 (1):527-531.
- 2.- Santus, G; Ranzenigo, A. : Social and Family integration of hemiplegic elderly patients 1 year after stroke, *STROKE*, 1990: 21(2): 1019-1022.
- 3.- Astróm,M ; et al: Life before and after stroke: living condition and life satisfaction in relation to a general elderly population *Cerebrovasc Dis*, 1991:54:1023-1045.
- 4.- House, A: Mood disorders after stroke. A review of the evidence. *Int J Geriatric Psychiatry*, 1989;2:221-227.
- 5.- Friendland, J et al: Social soport and psychosocial disfunction after stroke. Buffering affects in a comunity siaple. *Arch Phys Med Rehabil* 1990:68:475-480.
- 6.- Robert, T; et al: Communication deficit in stroke survivors an averview of classification and treatment, *STROKE*, 1990 (suppl 2) 11-16-11-18.
- 7.- Bonita, R; et al:The hemiplegic arm after stroke. Measurement and recovery, *J.Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1983:46:521-524.
- 8.- Wade, D.F; et al: Recover after stroke: the first 3 months, *J, Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1985:48:7-13.
- 9.- Niemi, ML; et al. Quality of life 4 years after stroke, *STROKE* 1988:19:1101-1107.
- 10.- Wade, D.F; et al: Predicting barthel ADL score at 6 months after an acute stroke, *Arch Phys Med Rehabil*, 1983:64:24-28.

- 11.- Berinagarrementeria, F.: Enfermedad Vascul ar Cerebral, Ediciones Instituto Syntex, 1991, 17-25.
- 12.- Raymond D. Adams, M.A.: Principios de Neurología, 2da edición Riverte. 1988. Mexico. 581-651.
- 13.- Alan, M.; et al: Neuropsychological assessment and treatment of stroke patients, an overview, STROKE, 1990:21 (suppl-II):11-14 11-15.
- 14.- Robert, A.: Status of measurement in stroke rehabilitation outcomes, STROKE, 1990:21 (suppl-II): 11-30 - 11-31.
- 15.- Lyn, J.: Problems of methodological heterogeneity in studies predicting disability after stroke. STROKE, 1990: 21 (suppl-II) 11-32-11-34.
- 16.- Langton, R.: Outcome measures in stroke, a british view. STROKE. 1992:21:11-52 - 11-55.
- 17.- Garcia, S.: Manejo racional del paciente con apoplejia, Tesis de Postgrado, 1990. Centro Hospitalario 20 de Noviembre.

RECURSOS HUMANOS.

Dra. Lilia Nuñez Orozco

**Jefe del Servicio de Neurología
Centro Hospitalario 20 de Noviembre
I.S.S.S.T.E.
Asesor de Tesis.**

**Dra. Norma América Martínez
Bautista.**

**Médico Residente del tercer año de
Neurología.
Investigador.**