

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Clinical and Epidemiological Profile Of Patients With Stroke at The Honduran Social Security Institute

Tania Soledad Licona Rivera¹, Menna Ileana Aguilera Sandoval²

¹ Departamento de Ciencias Morfológicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

² Autora independiente

RESUMEN. Introducción: En Honduras los accidentes cerebro vasculares (ACV) son la octava causa de muerte a nivel nacional y cuarta causa de muerte en hospitales estatales. Es la primera causa neurológica de ingresos en el Hospital Escuela. El objetivo del estudio fue determinar el perfil clínico epidemiológico de los pacientes con ACV atendidos en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) en Tegucigalpa. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo incluyendo a 56 pacientes con diagnóstico de ACV durante el período enero a diciembre del año 2006. **Resultados.** Predominó el ACV isquémico (68%). Los hombres sufrieron ACV de tipo hemorrágico más que las mujeres (34% vs. 25% respectivamente). La hipertensión arterial fue el antecedente de riesgo predominante (66%, 37/56), seguido de la diabetes mellitus (26.7%, 15/56). El 55% de las mujeres y el 36% de los hombres habían presentado un ACV previo. **Discusión.** Los resultados muestran que el principal factor de riesgo para ACV en pacientes del IHSS continúa siendo la hipertensión arterial, predominando el ECV Isquémico. Los pacientes requirieron ser atendidos en diversas unidades de tratamiento hospitalario. **Rev Med Hondur 2009;77(3):104-106**
Palabras clave: Accidente Cerebrovascular, Isquemia Encefálica, Hemorragia Cerebral, Hipertensión Arterial, Embolia intracraneal.

El accidente cerebrovascular (ACV) es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresen hacia la muerte y no tienen otra causa aparente, más que la vascular.¹ Es uno de los principales problemas de salud pública en todos los países industrializados, representa una de las principales causas de mortalidad y la primera causa de discapacidad a nivel mundial, su elevada incidencia y prevalencia supone un notable costo humano y económico.²⁻³

Mundialmente, la enfermedad cardíaca es la primera causa de muerte, con 12 millones de defunciones al año, seguida del ACV con 4.4 millones.⁴ Más de un cuarto de los pacientes con ACV de tipo isquémico mueren durante la hospitalización, la recuperación para los supervivientes es a menudo incompleta. La secuela de un ACV implica dependencia en diferentes aspectos de la vida diaria y generalmente un importante déficit neurológico residual.^{5,6}

Del todos los ACV del mundo, dos tercios ocurren en países en vías de desarrollo. Sin embargo, en América Latina existen pocos estudios epidemiológicos con base poblacional y la mayor parte de la información disponible proviene de registros hospitalarios.⁷ En Honduras, el ACV es la octava causa de muerte a nivel nacional y cuarta causa de muerte en hospitales estatales y es la primera causa neurológica de ingresos en el Hospital Escuela.^{8,9} Se ha determinado que la prevalencia de ACV en las áreas urbanas en general se ha mantenido sin modificaciones durante los años del 2001, 2003, 2004, con una prevalencia de 5.7 x 1000.¹⁰

Las enfermedades vasculares son claves en su etiopatogenia. Se clasifican sus factores causales en no modificables (edad y sexo) y modificables, entre los que se destacan el tabaquismo, la hipertensión arterial, la dislipidemia y la diabetes mellitus.¹¹ El estudio Framingham iniciado en 1948 demostró los factores de riesgo modificables y no modificables que inciden en la ocurrencia de ACV.¹²⁻¹⁴ El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar el perfil clínico epidemiológico de los pacientes con ACV atendidos en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) en Tegucigalpa Honduras.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal. Se solicitó al Departamento de Estadística del Hospital de Especialidades del IHSS en Tegucigalpa, la lista de pacientes diagnóstico de ACV hospitalizados durante el año 2006. Seguidamente, se hizo revisión de los expedientes. Se encontraron 56 pacientes con diagnóstico de ACV que ingresaron durante el período de enero a diciembre del año 2006. La recolección de datos se efectuó a través de una encuesta estructurada de preguntas abiertas y cerradas, aplicadas al expediente y posteriormente a los pacientes. Se evaluó las variables edad, sexo, raza, nivel educativo, ocupación, antecedente de ACV, unidades en que fueron atendidos, signos que presentaron, subtipos de ACV, exámenes diagnósticos utilizados, factores de riesgo cardiovascular, medicamentos administrados en el hospital, medicamentos indicados al alta, complicaciones intrahospitalarias y días de hospitalización. Posteriormente se llamó por teléfono a cada uno de los pacientes que tenían por lo menos 28 días de haber sufrido el ACV. Para la tabulación de datos se utilizó una tabla matriz, cuadros estadísticos y el análisis de los datos se realizó con el programa EXCEL.

Recibido: 25/04/2008. Aceptado con modificaciones: 22/10/2009

Correspondencia: Dra. Tania Licona, correo-E: tania_licona@yahoo.com.mx

RESULTADOS

De los 56 pacientes con diagnóstico de ACV identificados, el 36% (20) eran femeninos y 64% (36) masculinos. Las edades estaban comprendidas entre 30 y 90 años. Los pacientes se encontraban en las siguientes edades: 30-40 años 2 casos, 41-50 años 5 casos, 51-60 años 8 casos, entre 61-70 años 19 pacientes y entre 71-80 años 15 pacientes. El mayor número de casos (21.4%) se presentó entre 66 y 70 años (12 pacientes). Respecto al nivel educativo, 18% (10) eran analfabetas, 5% (10) tenía primaria incompleta, 20% (11) primaria completa, 29% (16) secundaria incompleta, 9% (5) universitaria y en 7% (4) la escolaridad era desconocida. En cuanto a la ocupación (46.5%) 26 eran jubilados.

La hipertensión arterial fue el factor de riesgo predominante tanto en los menores de 60 años como en los adultos mayores, afectando al 66% de todos los casos juntos. El tabaquismo ocupó el segundo lugar únicamente en la población menor de 60 años (Cuadro 1). Se encontró que el 32% (18 casos) había tenido un ACV previo.

Los síntomas presentados fueron: trastornos de conciencia en 53.5% (30) pacientes, debilidad y paresia en 80% (45) y trastornos de lenguaje en 80% (45). La confirmación del diagnóstico se realizó mediante examen clínico en 23% (13) de los casos y con ayuda de exámenes diagnósticos en el 77% (43) de los casos, siendo los exámenes más utilizados la tomografía (TAC) cerebral en 52 pacientes, EKG en 52. Se realizaron resonancia magnética, punción lumbar y angiografía en algunos pacientes.

Cuando los pacientes se presentaron al hospital fueron atendidos en diferentes unidades; 55 en unidad de medicina interna, 54 en neurología, 13 en neurocirugía, 51 en rehabilitación, 2 en la sala de Ictus y 7 en otras. Cuando estuvieron ingresados recibieron tratamiento en terapia ocupacional 47 casos, en fisioterapia 44 y en terapia de lenguaje 43 casos. El ACV de tipo isquémico fue la presentación clínica más frecuentemente reportada (67%) seguido por la hemorragia intracraneana (Figura 1).

Las complicaciones intrahospitalarias que se presentaron fueron trombosis venosa profunda en 2 pacientes y neumonía en 7. De 46 casos en que se obtuvo el dato, 40 pacientes estuvieron ingresados menos de cinco días (71%) y 6 (29%) más de 20 días. Todos los pacientes egresaron vivos del hospital, y después de los 28 días,

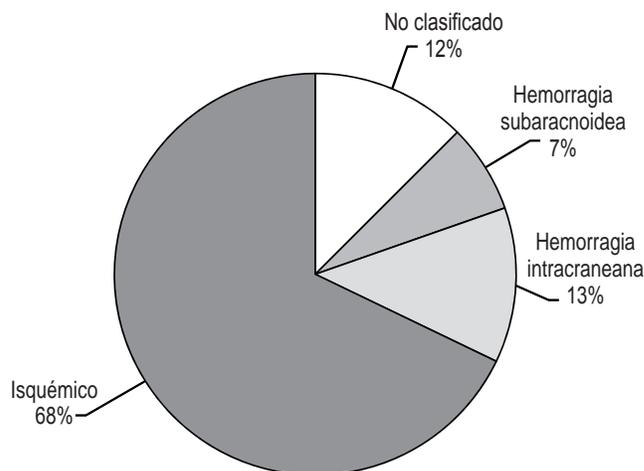


Fig. 1. Tipos de ACV sufridos por los pacientes estudiados.

únicamente un paciente que tuvo ACV hemorrágico había fallecido (mortalidad en 28 días de 1.8%)

DISCUSIÓN

Los ACV isquémicos asociados a hipertensión arterial en varones jubilados fueron comunes entre los pacientes del IHSS evaluados. Los ACV siguen siendo una de las enfermedades neurológicas más comunes en nuestro país. Un estudio realizado por Medina y col. en la colonia Kennedy de Tegucigalpa evidenció que los ACV, seguidos de las neuropatías y los síndromes cognitivos, ocupan el cuarto lugar en la prevalencia de enfermedades neurológicas (5.7/1000).¹⁵

Este estudio encontró que la mayoría de los casos ocurrió en hombres, lo que concuerda con los datos de estudios realizados por Rodríguez y col. y por Su y col. en el Hospital Escuela de Tegucigalpa, quienes encontraron la misma tendencia.^{16,17} Un tercio de nuestros pacientes eran mayores de 60 años, lo cual concuerda con la literatura que indica que la edad media para los ACV es a los 75 años.² Se ha descrito que la edad es un factor no modificable estrechamente relacionado con la aparición de esta enfermedad.¹⁸ Se estima que luego de los 55 años, por cada década de la vida la tasa de ACV asciende al doble tanto en hombres como en mujeres.⁷ El AVC en jóvenes es menos común y produce gran morbilidad en este grupo de personas, predomina en el sexo femenino y es más frecuente en la forma hemorrágica intraparenquimatosa.¹⁹

En cuanto a los factores de riesgo presentados; predominó la hipertensión arterial en la gran mayoría de casos, lo cual concuerda con otros estudios similares.^{7,15} Se estima que el control de la presión arterial reduce en un 10% la mortalidad por ictus. El factor de riesgo que se presentó en segundo lugar fue la diabetes, que estaba presente en un tercio de los casos. Similar frecuencia también ha sido reportada por otros autores.¹⁶ También se ha reportado que el consumo de alcohol y tabaco predisponen a sufrir ACV.¹¹ Este estudio encontró que en los pacientes menores de 60 años el segundo factor de riesgo es el tabaquismo, lo cual es un factor modificable. También se encontraron pacientes con antecedente de fibrilación auricular, enfermedad que también predispone a ACV.¹²

Cuadro 1. Factores de riesgo que presentaron los pacientes

Factor de riesgo	Pacientes mayores de 60 años (%)	Pacientes de menores de 60 años (%)	Total (%)
Hipertensión arterial	38	10	48
Hipercolesterolemia	15	1	16
Diabetes Mellitus	15	2	17
Tabaquismo	8	4	12
Fibrilación auricular	6	1	7
	82	18	100

Los ACV se clasifican en isquémico, criptógeno, trombótico, infarto lacunar, hemorrágico, de gran vaso, intraparenquimatoso, embólico, subdural, cardioembólico, epidural, arteria-arteria, subaracnoideo y otros.²⁰ Encontramos que el subtipos de ACV sufridos por nuestros pacientes fue el isquémico, siendo estos datos similares a los encontrados por otros autores en pacientes del Hospital Escuela.¹⁷ Un estudio realizado en Cuba reportó que el 81% sufrió ACV isquémico y el 18% hemorrágico. Marrugat et al., reportaron en España que el ACV isquémico se presentó en el 54.6% de los casos y el hemorrágico en 18%. En nuestro estudio, el diagnóstico se realizó por clínica en combinación con exámenes radiológicos en dos tercios de los casos. Esta es la metodología estándar utilizada para este tipo de series, repitiendo la tomografía cerebral 24 horas después en casos necesarios para confirmar el diagnóstico.¹⁶ Es muy importante estar seguro del tipo de ACV, porque aunque clínicamente son muy similares, el tratamiento es completamente diferente.

Afortunadamente, en el IHSS se cuenta con el apoyo del Posgrado de Rehabilitación, unidad en que fueron atendidos la mayoría de los pacientes, siendo muy importante su trabajo para disminuir las

secuelas que ocasiona el ACV. Se reportó un paciente fallecido después de los 28 días del ACV, y ninguno durante la hospitalización, lo cual no concuerda con otros estudios que indican que la letalidad poblacional a 28 días es muy alta ya que más de una tercera parte de los mayores de 24 años y más del 20% de la población de 25-74 años mueren en dicho periodo.²⁰ Debido a dificultades en la localización de expedientes en el archivo del IHSS, no está claro cuántos expedientes de pacientes que fallecieron por esta enfermedad no se pudieron obtener.

Es importante hacer un diagnóstico oportuno de la hipertensión arterial, especialmente en aquellos asegurados jubilados, ya que así se pueden evitar varias complicaciones vasculares. También se debe hacer educación a los pacientes con hipertensión arterial para que no abandonen el tratamiento, ya que este es el principal factor de riesgo que puede llevar a un ACV. También debe educarse a los asegurados sobre los riesgos que trae el hábito del tabaquismo. A los asegurados con obesidad se les debe educar sobre la nutrición saludable. Ambos son factores de riesgo modificables cuyo control trae mejor calidad de vida y menor riesgo de ACV.

REFERENCIAS

- Aho K, Harmsem P, Hatano H, Marquardsen J, Smirnov V. E, Strasser T. Cerebrovascular diseases in the community: results of a WHO collaborative study. Bull WHO 1980;58:113-30.
- Sanclémente Ansó C., Alonso Valdes F., Rovira Pujol E., Vigil Marta D., Vilaró Pujals J. Accidentes Vasculares Cerebrales en la Comarca de la Osona. Factores de riesgo Cardiovascular. An Med Interna Madrid 2004;21:161-65.
- Murria CJ, López AD. Mortality by cause for eight regions of the World: Global burden of disease study. Lancet 1997;349:1269-76.
- Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas, vol. 1, edición 1998: Washington D.C. OPS: 1998 (Publicación Científica 569).
- Galeano L. Influencia de la edad en la calidad de vida de pacientes mayores de 65 años con isquemia vertebrobasilar tratados con nicardipino. Rev Neurol 1995;23:784-85.
- Cardona BB, Amador C. Calidad de vida en pacientes supervivientes a un ictus isquémico Rev Med Post UNAH 2006;9(2):212-20.
- Rojas IJ, Zurra MC, Patrucco L, Romano M, Riccio PM, Cristiano E. Registro de enfermedad cerebro vascular isquémica. Medicina (Buenos Aires) 2006;66(6):547-51.
- Colindres JZ, Hernández MM, San Martín CO. Factores de riesgo de enfermedad isquémica coronaria y cerebro vascular en el Hospital Escuela. Rev Med Post UNAH 2002;7(7):214-21.
- Su H, Bográn MA, Girón E. Perfil clínico epidemiológico de la enfermedad cerebro vascular en el Hospital Escuela. Rev Med Hond 2003;71: 4-7.
- Gorelick PB, Sacco RL, Smith DB, Alberts M, Mustone-Alexander L, Rader D, Ross JL, et al. Prevention of a first stroke: a review of guidelines and a multidisciplinary consensus statement from the National Stroke Association. JAMA 1999;28(12):1112-20.
- Guiu JM, Álvarez SJ, Codina A. Estudio comparativo del efecto de ácido acetilsalicílico en dosis bajas y el Trifusal en la prevención de eventos cardiovasculares en adultos jóvenes con enfermedad cerebro vascular isquémica. Rev Hondur Neuroci 1998;2(1):30-6.
- Rojas IJ, Zurru MC, Patrucco L, Romano M, Riccio PM, Cristiano E. Registro de enfermedad cerebro vascular isquémica. Medicina, Buenos Aires 2006:66.
- Wilson PW, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. Circulation 1998;97(18):1837-47.
- Baena DJM, del Val GJL, Vilches LA, Martínez MJL, Tomas PJ, González TI, et al. Riesgo de presentación de eventos cardiovasculares según la ocupación de los factores de riesgo modificables en la población mayor de 15 años de un centro de salud de Barcelona. Rev Esp Salud Pública 2005; 79:365-78.
- Medina MT, Durón RM, Ramírez F, Aguilar R, Dubón S, Zelaya A, et al. Prevalencia de enfermedades neurológicas en Tegucigalpa: El estudio Kennedy. Rev Med Hondur 2003; 71(1):8-17.
- Rodríguez-Rueda JM, Polanco-Rodríguez FO, Olivera-Bacallao LO, Pérez-Chávez JL, Fabelo-Mora CJ, Rodríguez-González I. Comportamiento de la enfermedad cerebrovascular en un período de dos años. Rev Cub Med Mil [periódico en la Internet]. 2006 Dic [citado 2008 Dic 10]; 35(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000400003-&lng=es&nm=iso.
- Su Humberto, Bográn M. A, Giron E. Perfil clínico epidemiológico de la enfermedad cerebrovascular en el Hospital Escuela. Rev Med Hondur 2003;71(1):4-6
- Abadal LT, Puig T, Balaguer VI. Accidente vascular cerebral: Incidencia, mortalidad y factores de riesgo en 28 años de seguimiento. Estudio de Manresa. Rev Esp Cardiol 2000;53:15-20.
- Torres-Ramírez L, Mori-Quispe N, Cosentino-Esquerre C, Domínguez-Calderón J, Guevara-Silva EA. y col Evento cerebrovascular en pacientes jóvenes en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Diagnostico (Peru) 2007;46(3):120-26.
- Braunwald E, Asier SL, Fauci AS Longo DL, Kasper DL, Larry JJ Harrison Principios de Medicina Interna. México: Mc Graw-Hill Interamericana. 15 Ed. 2005;pp2749.
- Marrugat J, Arboix A, Garcia EL, Salas T, Vila J, Castell C, Tresserras R, Elosua R. Estimación de la incidencia poblacional y la mortalidad de la ECV establecida isquémica y hemorrágica en 2002. Rev Esp Cardiol 2007;60:573-80.

ABSTRACT Background. In Honduras, stroke is the eighth cause of death nationwide, and the fourth cause of death in public Hospitals. It is also the first cause of neurological hospitalizations at Hospital Escuela. The purpose of the study was to determine the clinical and epidemiological profile of patients with stroke at the Honduran Social Security Institute in Tegucigalpa. **Patients and methods:** A transversal and descriptive study was done including 56 patients with stroke hospitalized from January and December of 2006. **Results:** Ischemic stroke was predominant (68%). Males were more likely to suffer hemorrhagic stroke than females (34% vs. 25%). Blood hypertension was the predominant risk factor (66%, 37/56), followed by diabetes mellitus (26.7%, 15/56) (15); 55% of females and 36% of males had history of previous stroke. **Discussion** Results show that blood hypertension continues to be the main risk factor for stroke in patients at the Social Security hospital, predominating the ischemic type. Patients needed treatment at several hospital units. **Rev Med Hondur 2009;77(3):104-106**

Keywords: Cerebral vascular events, brain ischemia, cerebral hemorrhage, hypertension, stroke.