

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

UNAN - LEON



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA**

TEMA

**COMPORTAMIENTO CLINICO DE LAS ENFERMEDADES CEREBRO
VASCULARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA DEL HEODRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO 01
ENERO 2009 AI 31 DE DICIEMBRE 2010.**

AUTOR: *Dr. WILLIAM ULLOA LOPEZ*

**TUTOR: *Dra. NUBIA PACHECO*
Especialista en Medicina Interna
Especialista en Dermatología
*Msc. en Salud Pública***

DEDICATORIA

DEDICADO:

A DIOS: Que me ha fortalecido, bendecido y perdonado durante todos estos años.

A MI MADRE: Esperanza López Rubio que me ha brindado todo su apoyo incondicional.

A MI ESPOSA Y MI HIJA: Morena Mendoza y Daleska Ulloa respectivamente, que siempre han estado conmigo inspirándome para salir adelante.

AGRADECIMIENTO

Aquellos maestros que me brindaron su tiempo y estima para salir adelante en la especialidad y los que me ayudaron a culminar esta monografía:

Dra. Nubia Pacheco
Dr. Mauricio Jarquin
Dr. Edgar Delgado
Dr. Sergio Guzman
Dr. Felix Zelaya
Dr. Luis Manuel Padilla
Dra. Lorgia Larios
Dr. Oscar Real
Dr. Alberto Saavedra
Dr. Mauricio Carrión
Dr. Marcio Mendoza

Al personal de estadísticas en especial a Carlos Altamirano quien desinteresadamente y con esfuerzo me busco los expedientes para la investigación.

A mis compañeros residentes los cuales compartían sus experiencias intelectuales conmigo y me enseñaron como llevar mejor la residencia.

Agradezco a todos los pacientes, ya que sus datos son la parte fundamental y vida de esta investigación.

INDICE

	Páginas
1- Introducción	5
2- Antecedentes	6
3- Planteamiento del problema	7
4- Justificación	8
5- Objetivo General objetivos Específico	12
6- Marco Teórico	13
a) Definición y Concepto	
b) Epidemiología	
c) Factores de Riesgo	
d) Etiología	
e) Presentación Clínica	
f) Diagnóstico	
7- Diseño Metodológico	19
8- Resultados	23
9- Discusión	25
10- Conclusión	27
11- Recomendaciones	28
11- Referencias Bibliográficas	29
12- Anexo	32
a- Tablas	
b- Gráficos	
c- Formulario	

INTRODUCCION

En los Estados Unidos en la actualidad las enfermedades cerebro vasculares representan el tercer lugar de causas más frecuentes de mortalidad, produciéndose cerca de 500,000 casos por año y 175,000 defunciones por dicha causa. (1,2).

Desde los años cincuentas ha venido presentando una disminución significativa debido a implementación de terapias eficaces para el control de la presión arterial. Las enfermedades cerebro vasculares isquémicas representan una tasa cruda de prevalencia de 1,200 por 100,000 habitantes. En América latina se encuentran diferentes variables entre las que tenemos: Bolivia, 174 por 100, 000 habitantes, Colombia, 559 por 100,000 habitantes y Perú, 647 por 100,000 habitantes. (2)

De las enfermedades cerebrovasculares el 80 – 85 % son de tipo isquémico y del 10 – 15 % son hemorrágicos. La incidencia aumenta con la edad y resulta mayor en varones que en mujeres. (3).

Las enfermedades cerebro vasculares son un gran problema de salud pública, tanto por su morbilidad, discapacidad secundaria y mortalidad, lo que ocasiona grandes costos y pérdidas a la productividad. (4)

La organización panamericana de la salud refleja que ha habido un incremento en la magnitud y gravedad de la enfermedad cerebro vascular en las Américas, siendo mayor en Latino América y en el Caribe dado que el control de los factores de riesgo es menor, esto acarreará en los próximos años un costo no sólo económico, sino social al incrementar la morbimortalidad por enfermedad cerebro vascular. (2).

ANTECEDENTES

Celis I. J., Castaño P. A. en un estudio junio 2010 se encontró que en la enfermedad cerebrovascular por el uso de la terapia dual (clopidógrrel y ASA) no ha demostrado ser efectivo y conlleva un incremento en las tasas de sangrado. Actualmente hay estudios en curso para la administración de terapia dual en pacientes con ACV isquémico agudo, igualmente está en curso otro estudio en prevención secundaria del ACV isquémico con terapia dual. Su mecanismo de acción es sobre el receptor P2Y (12), el cual es el principal receptor en la agregación plaquetaria mediada por ADP, lo bloquean en forma indirecta a través de sus tiolactonas, las cuales se unen covalentemente a este en forma irreversible generando antiagregación plaquetaria. Este receptor es en la actualidad el centro de investigación en la generación de nuevos fármacos que modulan la agregación plaquetaria, en forma tanto indirecta (Tienopiridinas) como directa, ticagrelor de uso oral y cangrelor de uso I.V. (5,12)

No existe evidencia convincente a partir de ensayos controlados aleatorizados de que la disminución de la presión arterial prevenga el desarrollo de trastornos cognitivos y demencia en los pacientes sin enfermedad cerebrovascular previa manifiesta.

La hipertensión y los trastornos cognitivos son prevalentes en las personas mayores. Se encontraron tres ensayos adecuados para analizar la efectividad de la disminución de la presión arterial para prevenir el desarrollo de deterioro cognitivo y demencia. Lamentablemente, debido a la considerable heterogeneidad entre los ensayos, a la presencia de eventos adversos que resultaron en el abandono de pacientes y al hecho de que algunos sujetos de control recibieron fármacos antihipertensivos para recuperar los valores preestablecidos, no fue posible utilizar los datos disponibles para evaluar la eficacia de los tratamientos antihipertensivos para prevenir los trastornos cognitivos y la demencia. (6,17)

Según Chávez Z. M., Hernández J. E., Herrera L. M. un estudio realizado en el HEODRA en el 2001 se encontró que:

La mayoría de los pacientes que presentaron enfermedad cerebro vascular fueron entre la quinta y octava década de la vida, lo que significa que la enfermedad cerebro vascular predomina en edades media y avanzada y que su incidencia aumenta con la edad .En este estudio predominó el sexo femenino, esto corresponde que en los últimos años los estudios realizados en Nicaragua han encontrado que la enfermedad cerebro vascular es más frecuente en mujeres que varones. Con respecto a la procedencia hubo

mayor predominio de pacientes en el área urbana esto podría explicarse por el mayor acceso a las unidades de salud que se encuentra en el área urbana lo que permite que los pacientes reciben una adecuada atención.

La enfermedad cerebro vascular de tipo hemorrágico se presentó en un 64.5 % lo cual difiere con la literatura que refiere que este tipo de enfermedad cerebro vascular se presenta en un 10-15 % de los casos. (7)

Álvarez V., Arauz J. R., Avendaño R. R., realizaron estudio en el HEODRA en el año 2004 se encontró que:

La mayoría de personas que presentan la enfermedad cerebrovascular pertenecen a las edades mayores de 51 años lo que representan un factor de riesgo importante para este estudio ya que la incidencia de la enfermedad cerebro vascular aumenta con la edad. En este estudio lo que predominó es el sexo masculino, es decir que la enfermedad cerebrovascular son más frecuente en hombres que en mujeres. Con respecto a la procedencia predominó en el área rural. Dentro de los factores de riesgo se encontró en este trabajo las siguientes variables: tabaquismo, licor, hipertensión, diabetes mellitus y la enfermedad cardiaca encontrándose a la hipertensión arterial como un factor de mayor predominio a causar la enfermedad cerebro vascular, es decir que la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo, los demás factores no representan factor de riesgo importante coincidiendo según con la literatura consultada. (8)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUÁL SERÁ EL COMPORTAMIENTO CLÍNICO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HEODRA?

JUSTIFICACION

En muchas literaturas hemos sabido acerca de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades cerebrovasculares, hay muchos reportes que nos orientan de cómo es el impacto socio-económico, emocional y laboral, que produce este tipo de enfermedad, incluso la OMS la ha catalogado como una de las enfermedades más discapacitantes de la historia. (2,3).

Sin embargo en este momento no contamos con un estudio actualizado que nos sirva de guía para conocer el comportamiento de dicha enfermedad, en nuestro municipio. Considero que hay cierta razón por la que me inclino a investigar el comportamiento actual de esta enfermedad y con que frecuencia y tipo de enfermedad cerebrovascular se está presentando, ya que esto nos ayudaría a una promoción en el primer nivel de atención y de un mejor control de las enfermedades crónicas de base que están incrementando la incidencia de esta enfermedad y así saber en que momento incidir.

El estudio que se realiza, espero que sirva de base para futuros estudios que deseen profundizar y extenderse en este tema, por el momento me limitaré a describir el comportamiento actual de esta enfermedad y según los resultados del mismo indicar que medidas se pueden emplear para la reducción de su prevalencia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

DESCRIBIR EL COMPORTAMIENTO CLÍNICO DE LAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES INGRESADAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2010.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. DESCRIBIR LOS ASPECTOS DEMOGRAFICOS DE LOS PACIENTES CON ECV
2. IDENTIFICAR EL TIPO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR INGRESADO CON MAYOR FRECUENCIA
3. DESCRIBIR LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MÁS FRECUENTES
4. IDENTIFICAR LA CONDICIÓN Y GLASGOW DE EGRESO DE ESTOS PACIENTES

MARCO TEORICO

DEFINICION Y CONCEPTO:

La enfermedad cerebro vascular es un problema grande de salud pública por su mortalidad y discapacidad secundaria, lo cual ocasiona grandes costos y pérdidas a la productividad.

En un sentido amplio el ataque cerebro vascular se define como un episodio súbito de déficit neurológico focal o global producido por un evento isquémico o hemorrágico. Un ECV se define como todo déficit neurológico debido a una falta en la circulación cerebral con una duración mayor de 24 horas cuando el déficit tiene una duración menor de 24 horas es denominado ataque isquémico transitorio. Cuando los síntomas duran más de 24 horas y resuelven en tres semanas se denomina déficit neurológico isquémico reversible el cual es un ECV menor. Esta definición posiblemente cambiará, ya que la mayoría de los AIT, revierten en los primeros 30 minutos y así no se limitará la intervención aguda en el ECV. (1,2).

Entre todas las enfermedades neurológicas de la vida adulta, las vasculares cerebrales ocupan con toda firmeza el primer lugar en frecuencia e importancia. Por lo menos 50% de los trastornos neurológicos que se ven en un hospital general son de este tipo. En un momento u otro se requerirán a cada médico para que examine a pacientes con enfermedades vasculares cerebrales, y por lo menos deberá conocer algo sobre los tipos frecuentes en particular las enfermedades en que hay una posibilidad razonable de intervención médica o quirúrgica con buenos resultados. Hay otras ventajas más que se pueden obtener con el estudio de las enfermedades de este grupo es decir que tradicionalmente han brindado un acceso que instruyen más de neurología. (1,3).

EPIDEMIOLOGIA:

Después de la cardiopatía y el cáncer los accidentes vasculares cerebrales ocupan el tercer lugar como causa más frecuente en estados unidos. Cada año se producen en estados unidos cerca de 500,000 casos de accidentes cerebro vascular, y 175,000 defunciones por esta causa. Desde 1950 de manera coincidente con la aparición de tratamiento eficaz para la

hipertensión se ha observa una reducción notable en la frecuencia de estos accidentes vasculares. Entre los residentes de Rochester, Minnesota, Broderick y Colaboradores comprobaron una reducción del 46 % en los infartos y las hemorragias cerebrales cuando compararon el periodo de 1975 a 1979 con el de 1950 a 1954, además Nicholls y Johansen informaron una disminución del 20% de estos problemas en Estados Unidos entre 1968 y 1976. Ambos sexos compartieron la reducción de la incidencia. Durante este periodo la incidencias de arteriopatía coronaria y de hipertensión maligna disminuyeron también en grado importante. Sin embargo no se han observado cambios en la frecuencia de rotura de aneurisma. Tiene interés que a pesar de la mejoría sostenida en el tratamiento de la hipertensión la tasa de incidencia de accidentes vasculares cerebrales durante el periodo 1980 a 1984 fue el 17% más elevada que en el periodo de 1975 a 1979, lo que Broderick y colaboradores atribuyen al empleo generalizado de la tomografía computarizada que incrementó la identificación de los accidentes vasculares cerebrales menos graves. (1,2).

La incidencia de evento vascular cerebral se incrementa con la edad y es mayor en los varones que en las mujeres. (1, 2, 3,9)

FACTORES DE RIESGO:

Se sabe que diversos factores incrementan la proclividad a los accidentes vasculares cerebrales los más importantes son: Hipertensión, cardiopatías, fibrilación auricular, diabetes sacarina, tabaquismo de duración prolongada, hiperlipidemia, contribuyen tambien otros factores como empleo de fármacos hormonales para el control de la natalidad y enfermedades generales relacionadas con un estado hipercoagulable pero no al grado de estos riesgos principales en la población. La hipertensión es el factor más conocido en la génesis de hemorragia intracerebral primaria: más aún parece ser que el potencial productor de accidente cerebral vascular de la hipertensión es producto de las presiones arteriales tanto sistólica como diastólica elevada. Los estudios en cooperación de la Beterans administración y el informe más reciente de Collins y colaboradores han demostrado convincentemente que el control de la hipertensión a largo plazo disminuye la frecuencia tanto de los infartos aterotrombóticos como de la hemorragia intracerebral. En cuanto a la cardiopatía, insuficiencia cardíaca congestiva y aterosclerosis coronaria aumenta en gran medida la probabilidad accidente vascular cerebral. En cuanto a los accidentes vasculares embólicos, los factores más importantes de riesgo son enfermedades cardíacas estructurales y arritmias, en particular fibrilación auricular, la diabetes acelera el proceso aterosclerótico, en las arterias grandes como pequeñas. (1, 4, 18,21).

FACTORES DE RIESGO:

Factores modificables	Factores no modificables
Hipertensión arterial	Edad (mayor de 65)
Diabetes	Sexo (hombres)
Enfermedad cardiaca (fibrilación auricular)	Raza (negros)
Tabaquismo	Genético (mayor en hijos de padres con ACV)
Consumo de alcohol	Tumores cerebrales
Abuso de drogas	Coagulopatías
	Malformación arteriovenosas
	Angiopatía amiloide (1, 9,10).

ETIOLOGIA:

Según el mecanismo fisiopatológico puede clasificarse el ACV en:

- Enfermedad de arterias penetrantes (infarto lacunar) en el 25% de los casos.
- Embolia cardiogénica en el 20%.
- Enfermedad cerebro vascular aterosclerótica en el 20 % ocasionando lesión isquémica por hipo perfusión o embolia arterial.
- Los eventos criptogénicos en el 30%.
- Causas no usuales en el 5% (estado protrombótico, disección vascular, arteritis, migraña, vaso espasmo, abuso de drogas, anticonceptivos orales), según el grupo de edad puede variar la frecuencia y tipo de ACV así en los menores de 45 años las causas no usuales puede presentarse con una frecuencia mayor y la enfermedad aterosclerótica con una frecuencia menor.
- Hipertensión.
- Anomalías vasculares entre ellas: aneurismas cerebrales, malformaciones arteriovenosas, malformaciones cavernosas.
- Infarto hemorrágico.
- Angiopatía cerebral amiloide.
- Coagulopatías
- Tumores.
- Abuso de drogas (1, 5, 9,13).

PRESENTACION CLINICA

En la enfermedad cerebro vascular isquémica la presentación clínica será consecuencia del territorio arterial afectado por lo que se puede clasificar de la siguiente manera:

ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR

- Déficit motor y sensitivo contra lateral de la pierna más que brazo.
- Incontinencia urinaria
- Confusión
- Trastornos del comportamiento (1,3,4)

ARTERIA CEREBRAL MEDIA

- Pérdida sensitiva y motora contra lateral, hemianopsia homónima y ojos desviados a la lesión.
- Afasia cuando se afecta hemisferio dominante, apraxia y confusión en afectación no dominante. (1,3,4)

ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR

- Hemianopsia homónima contra lateral, agnosia y alucinaciones visuales.
- Afectación de penetrantes: síndrome de weber: (pedúnculo cerebrales) ipsilateral más hemiparesia contra lateral síndrome de Bénédict: (núcleo rojo) weber más hemiataxia, temblor, hiperquinesia (1,3,4)

ARTERIA BASILAR

- Síndrome locked – in
- Síndrome wallenber: bulbo dorso lateral.

Pérdida sensitiva facial ipsilateral más pérdida sensitivo contra lateral, vértigo, ataxia, disartria, disfagia, horner, cuadriparesia (miosis, ptosis, anhidrosis). (1, 3,4)

ARTERIAS CEREBELOSAS

- Vértigo
- Vómitos
- Ataxia ipsilateral
- Nistagmus (1,3,4)

Otras manifestaciones de afectación vascular cerebral

- Alteración cognitiva vascular (VCI): demencia vascular o multinfarto.
- Daño de la sustancia blanca: peri vascular y córtico – subcortical
- Asociado a HTA, DM, Tabaquismo, Consumo de alcohol, Hipercolesterolemia y Fibrilación auricular. (18)

La característica clínica del paciente con ACV hemorrágico puede variar desde mínimos síntomas neurológicos hasta el coma o la muerte súbita. La presentación clásica usual es la de un déficit neurológico focal asociado a cefalea y alteración del estado de la conciencia, muchos pacientes presentan algún grado de hemiparesia contra lateral al hematoma. El 50% de los pacientes presentan deterioro progresivo del estado de la conciencia. La cefalea súbita y severa al comienzo sólo ocurre en el 30%, la mayoría de las Hemorragia intracraneal se presentan durante las actividades diarias normales y un 10% bajo tensión física o emocional. La causa de la cefalea tiene como mecanismo la distensión meníngea por el efecto de masa local, la HIC o por la hemorragia leptomeníngea asociada. El vómito es común y precoz y ocurre con mayor frecuencia en la HIC de la fosa posterior. La presentación de el es un signo pronóstico pobre, ocurre en el 20 % de los casos y tiene mortalidades mayores del 80%.Las convulsiones ocurren también como signo inicial especialmente en las hemorragias lobares hasta un 20%. (9,21)

Se considera que es infrecuente la hemorragia recurrente en el mismo sitio, como sucede en el caso de aneurisma sacular y de malformaciones arteriovenosas. Sin embargo en la actualidad se reconocen en estudios seriados de TC que en muchos casos conforme se empeora el estado del paciente en plazo de pocas horas el hematoma va aumentando de tamaño. La sangre que se ha extravasado hacia el tejido cerebral se elimina con lentitud durante un periodo de semana y meses que se caracteriza porque los síntomas y los signos van desapareciendo con lentitud. De aquí que el déficit neurológico nunca sea transitorio en caso de HIC, como sucede con tanta frecuencia en caso de embolia por el mismo motivo no cabe esperar mejoría rápida al déficit neurológico entre una exploración y la siguiente. (1, 3, 11, 12,14).

DIAGNOSTICO

- **HISTORIA CLINICA:** Es la base para el diagnóstico debiéndose hacer detección de los signos clínicos tempranos e iniciar manejo a todos los pacientes con tres o más de los síntomas de alarma de un ataque cerebral.
- **TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA CEREBRAL SIMPLE.**
- **ANGIOGRAFIA POR TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA.**
- **RESONANCIA MAGNETICA CEREBRAL.**
- **ANGIOGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA.**
- **ANGIOGRAFIA DIGITAL DE 4 VASOS.**
- **ESTUDIO HEMATOLOGICO:** Deben tomarse muestras para glicemia (igualmente por glucometría para resultado más rápido), hemoleucograma, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, monograma con calcio y magnesio, gases arteriales y perfil lipídico.
- **ELECTROCARDIOGRAMA.**
- **PUNCION LUMBAR.**
- **RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL Y DE TORAX.**
- **EVALUACION DE LA CIRCULACION CEREBRAL POR ULTRASONIDO.**
- **ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA.**
- **ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORAXICA**
- **HEMATOLOGIA ESPECIALIZADA:** Se indica en quienes se sospechó causas de alteración en el sistema de coagulación. En menores de 45 años se indican; VDRL, anticardiolipina IgG e IgM, complemento serico C3 y C4, niveles de antitrombina III, proteína c y proteína s. (1, 5, 10,12).

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

- Retrospectivo, descripción de casos.

Población de estudio:

- De un total de 150 expedientes revisados, 109 fueron incluidos en la investigación ya que reunían los criterios y 41 expedientes se eliminaron del mismo por no tener criterios para incluirlos.
- Pacientes que se diagnosticaron como enfermedad cerebrovascular en el servicio de Medicina Interna en el periodo antes mencionado siendo la muestra igual al universo.

Unidad de Estudio

- La constituyen pacientes con enfermedad cerebrovascular que cumplen con los criterios de inclusión y de exclusión.

Definición de caso:

Enfermedad cerebrovascular se define como un episodio súbito de déficit neurológico focal o global producido por un evento isquémico, hemorrágico o ambos incluyendo isquémico transitorio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con enfermedad cerebrovascular ingresados durante el periodo comprendido entre 1ro de enero 2009 al 31 de diciembre 2010 independiente de su procedencia, incluyendo diagnóstico clínico, TAC o resonancia magnética de cráneo.
- Estancia hospitalaria mayor de 2 horas.

Criterios de exclusión:

- Pacientes ingresados por otra morbilidad y que durante su ingreso presentaron como complicación enfermedad cerebro vascular.
- Expediente incompleto o letra no legible.
- Pacientes ingresados como enfermedad cerebrovascular y egresados con otro diagnóstico

- Fuentes; Secundaria

Técnica de recolección: Se solicitó al departamento de estadísticas la lista de expedientes que se ingresaron con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular, luego se llevó al archivo de expedientes donde se procedió a la búsqueda de los mismos, de los casos encontrados se procedió a recopilar aquellos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. El instrumento fue elaborado tomando en cuenta las variables que se destinaron para cada objetivo

- Análisis de datos:

La información se proceso manualmente realizando distribución simple de frecuencia, porcentaje y cruzamiento de variables según los objetivos del estudio.

- Consideraciones éticas:

Se realizó la solicitud a la Dirección del HEODRA, donde se expuso el objetivo de la investigación, que no era invasivo y solo serían utilizados los expedientes de los pacientes, así como el sigilo que se tomaría con los datos recolectados y lo que se pretendía con los resultados, en bien de la población siendo aprobado.

Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICION	VALOR	CATEGORIA
Edad	Periodo de vida en años que tiene el paciente al momento del estudio desde el nacimiento.	Años de vida	15 a 20 años 21 a 30 años 31 a 50 años 51 a 60 años 61 a 80 años Mayor de 80 años
Sexo	Condición biológica de distingue a hombres de mujeres.	Femenino Masculino	Femenino Masculino
Ocupación	Empleo que realice el paciente al momento de ser ingresado, toda persona mayor de 60 años que no ejerza ningún trabajo se tomará como jubilado.	Ficha	Campesino Obrero Ama de casa Desempleado Jubilado Profesional
Escolaridad	Grado de estudio que logro alcanzar la persona estudiada se toma en cuenta si es alfabeto aunque no haya ido a la escuela.	Años de estudio	Analfabeto Alfabeto Primaria Secundaria Educación Superior
Procedencia	Lugar donde habita el paciente	Ficha	Rural Urbano
Antecedentes personales patológicos	Todas las enfermedades crónicas principalmente aquellas que tengan factores de riesgo para ECV	Ficha	Todas las enfermedades crónicas de base.
No patológicas	Hábitos de los pacientes que generan factores de riesgo	Ficha	Alcoholismo Fumado

Medio diagnóstico empleado	Medio empleado por el medico para confirmar o descartar la enfermedad de estudio	Se incluye desde el método clínico hasta exámenes especiales	Clínica Tomografía computarizada Resonancia magnética Punción lumbar Otros (especifique)
Diagnóstico definitivo de ECV	Diagnostico de egreso confirmado por los diferentes medios diagnóstico empleados	Ficha	Enfermedad cerebrovascular: Isquémico Hemorrágico Mixto
Condición de egreso del paciente	Modo de egreso del paciente del centro hospitalario	Ficha	Alta Abandono Traslado Defunción Fuga

RESULTADOS

Se realizó la revisión de un total de 150 expedientes clínicos obteniendo sólo 109 expedientes que cumplían con los criterios de inclusión y otros se eliminaron del estudio ya que cumplían con los criterios de exclusión. De acuerdo a la variable edad se obtuvo que los grupos etéreos con mayor porcentaje fueron: mayores de 71 años con 40.4%. Con respecto al nivel de educación de los pacientes entre los más afectados están el nivel de primaria con 53.2%, seguido por el grupo de analfabetismo con 23.9% y los que llegaron a secundaria con un 11%, el resto con porcentajes menores. (Tabla 1)

Se comparó de acuerdo al sexo obteniendo para el sexo femenino 54.1% y para el sexo masculino 45.9%.(Tabla 1, grafico 1)

De acuerdo a su procedencia se estimó que la mayoría correspondía al municipio de León con un 57.8%, seguido por el Sauce con 9.2% y otros municipios con menor porcentaje. Siguiendo con la procedencia también cabe señalar que el urbano supero con 68.8% de acuerdo al rural con el 31.2%.(tabla 2,3. grafico 2)

Comparando la ocupación de los pacientes, se encontró que las ama de casa las representaron el mayor porcentaje con 46.8%, seguido por los jubilados 22%, los obreros, campesinos y profesionales con menores porcentajes. (Tabla 4)

Se indagó sobre los factores de riesgo para enfermedad cerebrovascular entre los que sobresalieron la hipertensión arterial con un 73.4%, las cardiopatías con 24.8%, diabetes mellitus 22.9%, abuso de alcohol 21.1%, insuficiencia renal crónica 16.5%, enfermedad cerebrovascular 15.6% otras como tabaquismo, aterosclerosis, VIH, dislipidemias con menos porcentaje. (Tabla 5)

Tomando en cuenta el método diagnóstico empleado para confirmar el diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en estos pacientes tenemos: tomografía computarizada de cráneo con 54.1%, por clínica de 43.1% y en un porcentaje mucho menor aquellas diagnosticadas con punción lumbar 2.8%. (Tabla 6, grafico 3)

Con el diagnóstico de egreso se encontró que la mayoría correspondió al de tipo isquémico con 50.5% y de este el trombótico con 72.7%, hemorrágico con 46.8% y mixto de solo 2.7%. (Tabla 8 y 9, grafico 4) y aquellos que se logró realizar tomografía de encontró la siguiente distribución que no difiere mucho con el anterior; isquémico 51%, hemorrágico 44% y mixto 5%. Se realizo la relación entre tipo de ECV y edad con mayor porcentaje para el grupo mayor de 71 años con 40.4% de 51 a 70 años con 38.5% (Tabla 10). De acuerdo a la arteria cerebral más afectada resulto la arteria cerebral media con 52.5%, las demás arterias con

menor porcentaje, hay que señalar aquellas en las que no se pudo especificar la arteria afectada que representa un 13.6%. Se tomó en consideración la afectación derecha e izquierda de las arterias siendo mayor en el lado izquierdo. (Tabla 11)

Con respecto al egreso del paciente el 69.7% fue de alta, 25.7% abandono, defunción en un 2.8% y sólo un 1.8% se trasladó. (Tabla 12, grafico 5). El Glasgow con el que egresaron mayoría entre el 13 a 15 puntos con 65.1%, entre 8 y 12 puntos 20.2% y menos de 7 puntos un 14.7%. (Tabla 13)

DISCUSION

Se obtuvo información de 109 expedientes de pacientes ingresados en el servicio de medicina interna en el que se encontró que el grupo etáreo con mayor prevalencia correspondió aquellos mayores de 71 años, si se compara con la literatura encontramos que la prevalencia es mayor en pacientes mayor de 65 años (1,2,4) lo que no difiere mucho con el estudio. De acuerdo al sexo difiere de la encontrada en la literatura ya que según la investigación la prevalencia fue mayor en el sexo femenino lo que se debiera de verificar en un estudio más prolongado y mayor población. (9)

Con el grado de escolaridad se encontró que la mayoría corresponde a los de menor nivel de educación no se explica en la literatura como factor de riesgo el nivel académico bajo, sin embargo se debería tener en cuenta ya que no se tiene el mismo cumplimiento del tratamiento así como los estilos de vida saludable en los diferentes niveles de educación. (1, 2,4)

Con la procedencia se identificó que la mayoría era de León lo que se puede explicar por la mayor accesibilidad al centro de atención y la masa poblacional comparado con otros municipios del departamento, el área urbana fue de mayor proporción que la rural por la accesibilidad ya explicada y difiere con el estudio que se realizó en el 2004 que predominó el área rural. (8)

En lo que corresponde a la ocupación del paciente no se encontró datos significativos de acuerdo a esto ya que los más afectados son las amas de casa y los jubilados, los jubilados representados por la mayoría de los pacientes mayores de 65 años y se entendería su factor de riesgo y las amas de casa además de su edad se debería tomar en cuenta otros factores como incumplimiento de tratamiento de co-morbilidades no tratadas o mal tratadas. (1,4,9,13)

De los factores de riesgo la hipertensión arterial es la de mayor prevalencia tal y como la describe la literatura, seguido por cardiopatías, así como la diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, el alcoholismo, insuficiencia renal crónica y en menor porcentaje otras patologías incluyendo pacientes con VIH. (1, 3, 4,9)

De acuerdo al medio diagnóstico confirmativo en su mayoría, se empleo la tomografía, seguido por el clínico que se tiene que tomar en cuenta ya que según la literatura representa entre un 85 a 90 % del diagnóstico y en nuestro medio no contamos con exámenes especiales en tiempo y forma para tomar a estos como rutina. (9)

El diagnóstico de egreso de mayor prevalencia fue la enfermedad cerebrovascular isquémico a como lo demuestra la literatura pero con menor porcentaje a expensas del hemorrágico difiriendo de la literatura que es entre 15 a 20%, (1, 9,10) por lo que se deberá tomar en cuenta a la hora de

realizar otro estudio e aquí la importancia de la realización de TAC o resonancia en todos los pacientes con este diagnóstico. Además al relacionar edad, sexo y tipo de ECV es equivalente al grupo etáreo, sexo y tipo de ECV antes descrita. De las ECV isquémicas, la mayoría corresponde a las trombóticas como lo menciona la literatura. (2) De las que se pudo definir el territorio afectado la mayoría correspondió a la arteria cerebral media y de esta el área izquierda a como lo describe la literatura (9), sin embargo hay un gran número, que no se pudo definir la afectación arterial ya que para esto se tubo que haber empleado angiografía, angiotomografía y/o angioresonancia. (9,10)

Los pacientes egresaron en su mayoría como alta, sin embargo menos de las reportadas por la literatura que es de aproximadamente de 80%, (1, 2, 3) seguidos por los abandonos, las defunciones encontradas fueron poco porcentaje lo que se puede explicar por el alto porcentaje de abandonos. El Glasgow de la mayoría de egresos fue de entre 13 y 15 puntos, los menores de 12 puntos porcentaje casi comparativo al de abandonos.

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo antes expuesto se puede concluir así:

- Los pacientes más afectados fueron mayores de 71 años, seguido por el grupo entre 51 y 70 años. El sexo femenino fue la mayoría. Las amas de casa fueron las más afectadas. El nivel escolar con mayor porcentaje aquellos con poco nivel de educación como los analfabetos y los que cursaron sólo primaria. En lo que corresponde a la procedencia en su mayoría fue del municipio de León y del área urbana.
- El diagnóstico de ECV en su mayoría era el de tipo isquémico.
- Entre los principales antecedentes patológicos encontrados en primer lugar la hipertensión arterial, luego las cardiopatías, diabetes mellitus, alcoholismo y el antecedente de enfermedad cerebrovascular.
- En su mayoría los pacientes egresaron como alta, pero hay un alto porcentaje de abandonos, la mayoría de egresados oscilaban en un Glasgow entre 13 y 15 puntos.

RECOMENDACIONES

- Realizar una mejor promoción en el primer nivel de atención, de los estilos de vida saludable.
- Realizar estudio a nivel primario de forma prospectiva, para vigilar el comportamiento de la enfermedad de base y la intervención oportuna de la misma.
- Se recomienda a las autoridades del primer nivel de atención proveer en tiempo y forma de la farmacoterapia del paciente para prevenir complicaciones propias de su enfermedad de base.
- Se consideró que debería ser adecuado el mejor acceso de algunos exámenes, para mejor valoración y ende del seguimiento clínico del paciente, (lípidos, electrolitos, coagulación e imagen).
- Se consideró que se debe implementar un estudio a nivel secundario de mayor periodo de tiempo de tipo prospectivo y con mayor población de estudio, con el objetivo de valorar paralelamente la enfermedad de base y tratamiento de mantenimiento.
- Se recomienda al Ministerio de educación implementar charlas y/o talleres en conjunto con el Ministerio de Salud en las escuelas de primaria y secundaria sobre la importancia de las enfermedades crónicas y su correcto control para prevenir complicaciones como la enfermedad cerebrovascular.
- Implementar charlas y promoción del control de las enfermedades crónicas y estilos de vida saludable en las comunidades y barrios en conjunto Universidad y Ministerio de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Celis, J. ataque cerebrovascular isquemico, problemas neurológicos; paciente en estado crítico, Vélez H. y colaboradores, fundamentos de neurología Corporación para investigaciones Biológicas, Medellín Colombia; 2003: 486 – 494.
2. Celis J. I., Villa L. A., Volchy M.I, Ángel S., Enfermedad cerebro vascular Oclusiva, Trombosis venosa cerebral y Enfermedad cerebro vascular hemorrágica, Vélez H. y colaboradores, Neurología, Fundamentos de Medicina, Corporación Para Investigaciones Biológicas, Medellín Colombia, 6ta Edición, 2002; 24 y 25;338 – 367
3. Aminoff M. J. MD, DSC, FRCP. Isquemia cerebral transitoria, Accidente vascular cerebral, Diagnostico clínico y tratamiento, 47^a Edición, MC Graw Hill, 2008; 850 – 858.
4. Yomada K. A., Awadwlla S., Enfermedad vascular cerebral, Trastornos neurológicos, Cooper D. MD y colaboradores, Manual Washington de Terapéutica Medica, 32^a Edición, 2007; 557 – 560.
5. Perez G. Thienopyridines in stroke treatment. Acta Neurol Colombia 2010;26:16-45-52
6. Mc Guinness B, Todd S, Passmore P, Bullock R. Efectos de la Hipertensión en lo cognitivo y demencia en pacientes sin enfermedad cerebrovascular previa manifiesta (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. Chávez zapata M., Hernández J. E., Herrera López M., Estudio clínico y epidemiológico de la enfermedad cerebrovascular en pacientes ingresados en el HEODRA durante el año 2001. UNAN – LEON; 2001.
8. Álvarez V., Arauz Jiménez R., Avendaño Ramírez R., Factores de Riesgo para Enfermedad cerebrovascular en la sala de Medicina interna del HEODRA en el periodo comprendido, Enero 2002 – Agosto 2003. UNAN – LEON; 2003.

9. Smith W., Johnston C., Easton J., Cerebrovascular Disease, Diseases of Central Nervous System, Harrison's Principles of Internal Medicine; Mc Graw Hill, 16th Edition, 2005; XV; 2372 – 2393.
10. Granado c., Evento vascular cerebral, Neurología y Psiquiatría, Manual de terapéutica Medica, 5a Edición, Mc Graw Hill, 2006; 8 ;438 – 448.
11. Messing R. O.MD, Mcphee S. Gannon W. , Evento cerebro vascular, Trastorno del Sistema Nervioso, Fisiopatología Medica; una introducción a la Medicina Clínica, Manual Moderno, 5ta Edición, 2007; 7; 180 – 185.
12. Kosner S., Morgesten L., Trastorno cerebrovascular, ACP Medicine, Editorial científica Medica Latinoamericana S.A. de C.V., II/2005; IV; 1 -12.
13. Li C., Angstrom G, Hedblad, Blood pressure control and risk of stroke. A population base perspective cohort study; Malmo University Hospital, Malmo Sweden. Stroke, 2005; 36: 725-730.
14. Cao PG, De Rango P, Zannetti S, Giordano G, Ricci S, Celani MG. La endarterectomía con eversión versus la endarterectomía convencional de la carótida para la prevención del accidente cerebral vascular. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
15. De Schryver E., Algra A, van Gijn J. Dipiridamol para la prevención de accidentes cerebrovasculares y otros eventos vasculares en pacientes con enfermedad vascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
16. Bereczki D, Fekete I, Prado GF, Liu M. Manitol para el accidente cerebrovascular agudo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de

The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

17. López-Arrieta, Birks J. Nimodipina para la demencia degenerativa primaria, mixta y vascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
18. Tercero Guevara B, Subregistro de Mortalidad por Diabetes Mellitus en pacientes fallecidos por Infarto Agudo al Miocardio o Accidente cerebrovascular en el Hospital Antonio Lenín Fonseca, Roberto Calderón y Alemán Nicaragüense, Enero – diciembre del año 2004, UNAN Managua, 2005.
19. Vega Fontana M., Uso de antihipertensivos Durante la Fase Aguda del Evento Cerebrovascular en el Hospital Roberto Calderón de Enero – Diciembre del año 2006, UNAN – Managua, 2007.
20. Gómez Castellón P. J., Mortalidad Hospitalaria por SAPSV II/Apache II y capacidad funcional de los pacientes con Hemorragia subaracnoidea aneurismática, Atendidos en el servicio de Neurocirugía del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca Durante el Año 2007, UNAN – Managua, 2008.
21. Isaacson R. MD, Hemorragia subaracnoidea, Benatar M. M.BCh.B y colaboradores, Consultor clínico Ferri, Editorial Océano, España; 2008; 1; 396 – 397.

ANEXOS

Tabla 1: DATOS DEMOGRAFICOS, COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HEODRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO 01 ENERO 2009 AL 31 DE DICIEMBRE 2010.

EDAD	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
15 a 30 años	5	4.6
31 a 50 años	18	16.5
51 a 70 años	42	38.5
Mayor de 71 años	44	40.4
Total	109	100
ESCOLARIDAD		
ANALFABETO	26	23.9
ALFABETO	5	4.6
PRIMARIA	58	53.2
SECUNDARIA	12	11
E. SUPERIOR	8	7.3
Total	109	100
OCUPACION		
Campeño	9	8.2
Obrero	10	9.2
Desempleado	3	2.7
Ama de casa	51	46.8
Jubilados	28	25.7
Profesionales	8	7.4
Total	109	100
SEXO		
Femenino	59	54.1%
Masculino	50	45.9%
Total	109	100

Fuente: expedientes clínicos

Nº: 109

Tabla 2: PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES, COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HEODRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO 01 ENERO 2009 AL 31 DE DICIEMBRE 2010.

PROCEDENCIA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
Urbano	75	68.8
Rural	34	31.2
Total	109	100

Fuente: expedientes clínicos
Nº: 109

Tabla 3: PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES POR, COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HEODRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO 01 ENERO 2009 AL 31 DE DICIEMBRE 2010.

PROCEDENCIA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
León	63	57.8
Sauce	10	9.2
Nagarote	6	5.5
La Paz Centro	7	6.4
Quezalguaque	4	3.7
Sta Rosa del peñón	1	0.92
Télica	2	1.8
Jícaral	3	2.8
Mina el Limón	3	2.8
Achuapa	1	0.92
Chichigalpa	1	0.92
Posoltega	2	1.8
Chinandega	2	1.8
Matagalpa	1	0.92
Malpaisillo	1	0.92
Las Peñitas	1	0.92
Total	109	100

Fuente: expedientes clínicos
Nº: 109

Tabla 4: RELACION OCUPACIONY SEXO, COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HEODRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO 01 ENERO 2009 AL 31 DE DICIEMBRE 2010.

Sexo	Obrero	Campesino	Ama de casa	Desempleado	Profesional	Jubilado	Total
Femenino			51		4	4	59
Masculino	10	9		3	4	24	50
Total	10	9	51	3	8	28	109
Por ciento	9.2	8.2	46.8	2.7	7.4	25.7	100

Fuente: expedientes clínicos
Nº: 109

Tabla 5: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HEODRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO 01 ENERO 2009 AL 31 DE DICIEMBRE 2010.

Antecedentes	Nº de casos	Porcentaje
Diabetes mellitus	25	22.9
Hipertensión arterial	80	73.4
Cardiopatías	27	24.8
Insuficiencia renal crónica	18	16.5
EPOC	15	13.7
ECV	17	15.6
Alcoholismo	23	21.1
Tabaquismo	17	15.6
Aterosclerosis	4	3.7
Dislipidemia	2	1.8
VIH	2	1.8
Obesidad	2	1.8
Sin antecedentes	8	7.3

Fuente: expedientes clínicos
Nº: 109

Tabla 6: MEDIOS DIAGNÓSTICOS EMPLEADOS PARA CONFIRMAR ECV, COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HEODRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO 01 ENERO 2009 AL 31 DE DICIEMBRE 2010.

Medio diagnóstico	Nº de casos	Porcentaje
Clínica	47	43.1
Tomografía computarizada de cráneo	59	54.1
Punción lumbar	3	2.8
Total	109	100%

Fuente: expedientes clínicos
Nº: 109

Tabla 7: DIAGNÓSTICO DE ECV, ATRAVES DE LOS DISTINTOS MEDIOS DIAGNOSTICOS, COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HEODRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO 01 ENERO 2009 AL 31 DE DICIEMBRE 2010.

Diagnóstico	Nº de casos	Porcentaje
ECV isquémico	55	50.5
ECV hemorrágico	51	46.8
ECV mixto	3	2.7
Total	109	100

Fuente: expedientes clínicos
Nº: 109

Tabla 8: DIAGNÓSTICO DE ECV, COMFIRMADAS POR TAC CRANEO, COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HEODRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO 01 ENERO 2009 AL 31 DE DICIEMBRE 2010.

Diagnóstico	Nº de casos	Porcentaje
ECV isquémico	30	51
ECV hemorrágico	26	44
ECV mixto	3	5
Total	59	100

Fuente: expedientes clínicos

Tabla 9: TIPOS DE ECV ISQUEMICOS POR TAC DE CRANEO, COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HEODRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO 01 ENERO 2009 AL 31 DE DICIEMBRE 2010.

ECV ISQUEMICO	Nº de casos	Porcentaje
TROMBOTICO	17	56.7
TRANSITORIO	7	23.3
EMBOLICO	6	20
TOTAL	30	100

Fuente: expedientes clínicos

Tabla 10: RELACION ENTRE, SEXO, EDAD Y TIPO DE ECV, COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HEODRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO 01 ENERO 2009 AL 31 DE DICIEMBRE 2010.

Edad	Femenino	Masculino	Total	Isquémico	hemorrágico	Mixto	Total
15-30 años	2	3	5	3	2		5
31-50 años	12	6	18	7	11		18
51-70 años	23	19	42	19	23		42
Más de 71 años	22	22	44	22	19	3	44
Total	59	50	109	55	50	3	109
Porcentaje	54	46	100	50.5	46.8	2.7	100

Fuente: expedientes clínicos
Nº: 109

Tabla 11: ARTERIA CEREBRAL AFECTADA, COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HEODRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO 01 ENERO 2009 AL 31 DE DICIEMBRE 2010.

Arteria	Nº de casos	Porcentaje	Izquierda	derecha	Ambos lados
Anterior	4	6.8	75%	25%	
Media	31	52.5	61%	32%	7%
Posterior	4	6.8	75%	25%	
Anterior y media	4	6.8	50%	50%	
Media y posterior	3	5	66.7%	33.3%	
De las tres arterias	4	6.8	100%	25%	-
No especificado	8	13.6	--	--	--
Total	59	100			

Fuente: expedientes clínicos

Tabla 12: CONDICIÓN DE EGRESO DEL PACIENTE, COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HEODRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO 01 ENERO 2009 AL 31 DE DICIEMBRE 2010.

Condición de egreso	Nº de casos	Porcentaje
Alta	76	69.7
Abandono	28	25.7
Traslado	2	1.8
Defunción	3	2.8
Total	109	100

Fuente: expedientes clínicos
Nº: 109

Tabla 13: GLASGOW DE EGRESO DE LOS PACIENTES COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HEODRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO 01 ENERO 2009 AL 31 DE DICIEMBRE 2010.

Glasgow	Nº de casos	Porcentaje
Menor de 7 pts	16	14.7
8 a 12 pts	22	20.2
13 a 15 pts	71	65.1
Total	109	100

Fuente: expedientes clínicos
Nº: 109

Gráfico 1: Distribucion según sexo. Comportamiento de las ECV ingresadas al servicio de Medicina Interna Enero 2009 a Diciembre 2010

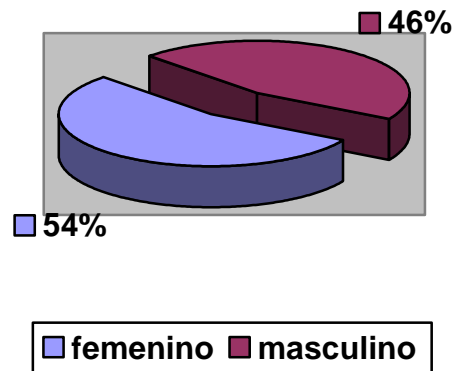


Gráfico 2: Distribución de procedencia de casos. Comportamiento de las ECV ingresadas en el servicio de Medicina Interna, Enero 2009 a Diciembre 2010

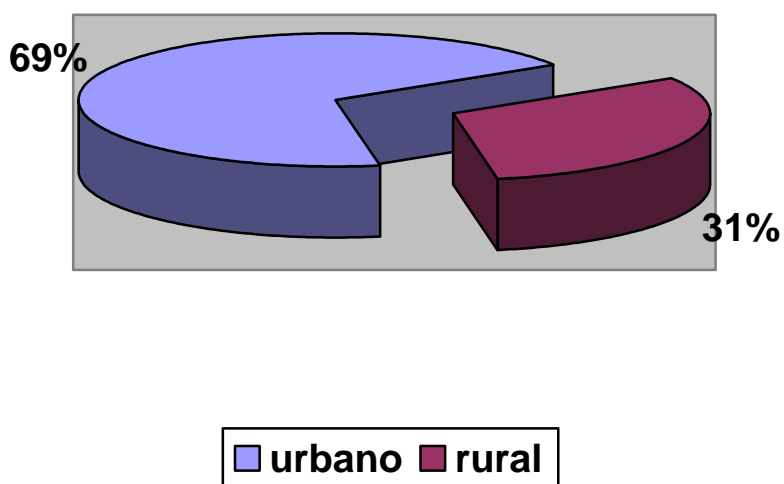
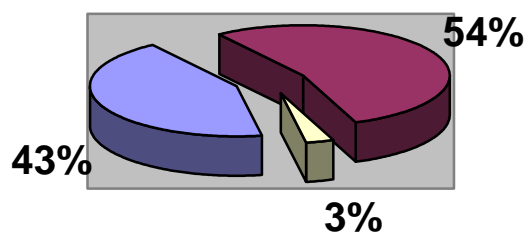


Gráfico 3: Medios diagnósticos empleados para confirmar ECV. Comportamiento de las ECV ingresadas en el servicio de Medicina Interna Enero 2009 a Diciembre 2010



■ clínica ■ tomografía ■ punción lumbar

Gráfico 4: Distribución de los tipos de ECV diagnósticados. Comportamiento de las ECV ingresados al servicio de Medicina Interna Enero 2009 a Diciembre 2010

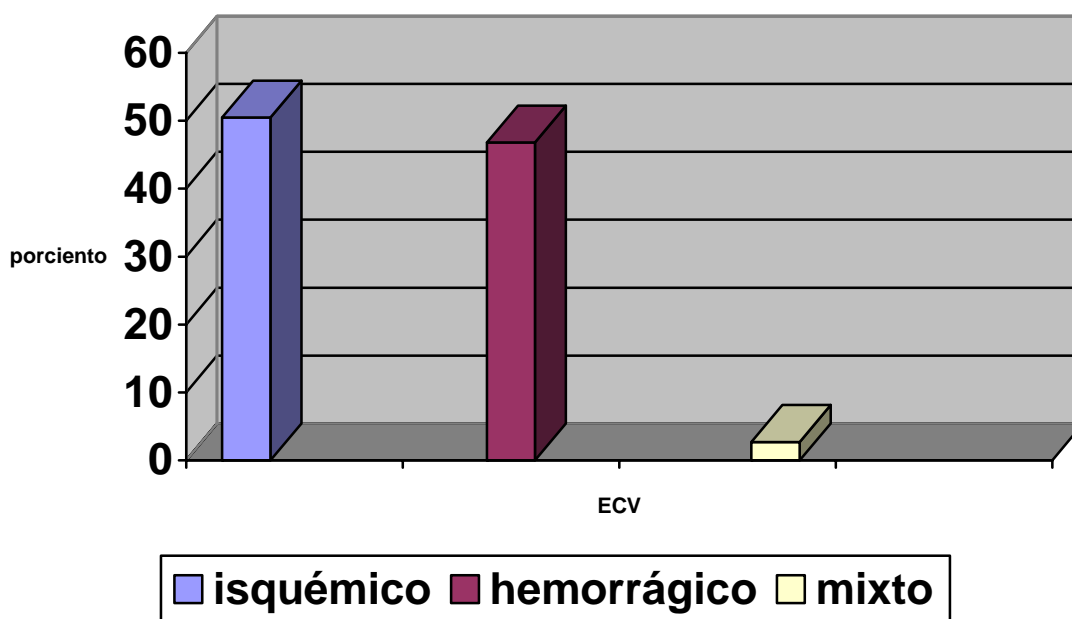
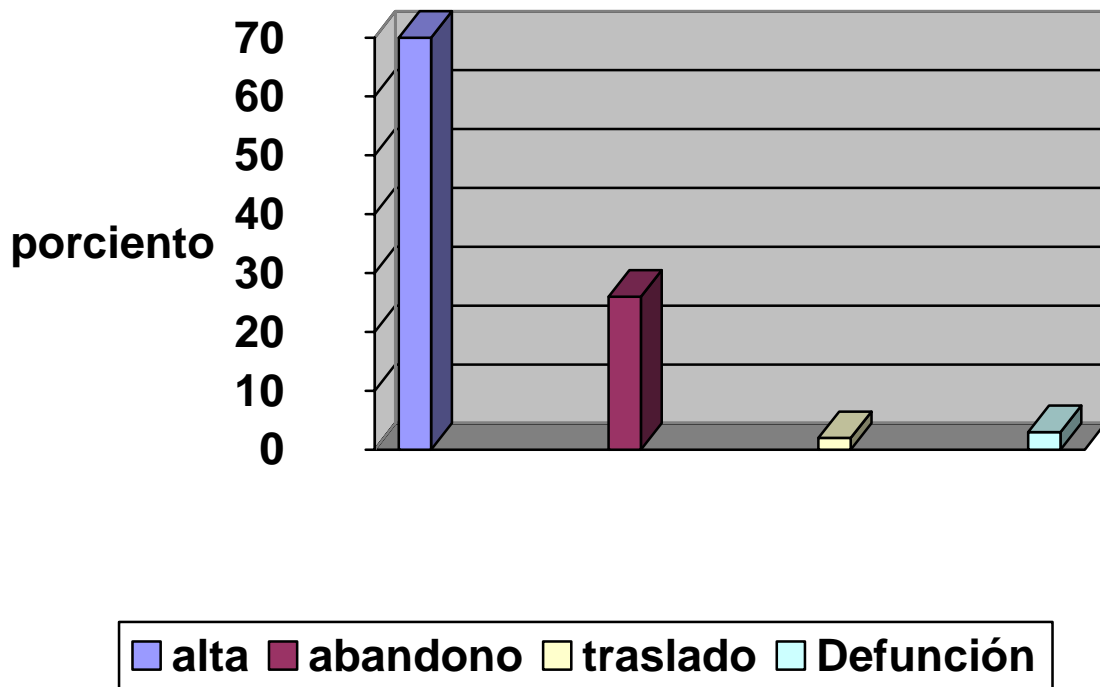


Gráfico 5: condicion de egreso de los pacientes con ECV, comportamiento de las ECV en el servicio de Medicina Interna Enero 2009 a Diciembre 2010



FOMULARIO PARA PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES DEL HEODRA DEL AÑO 2009 AL 2010.

1- FICHA N° _____ 5- PROCEDENCIA _____

2- EDAD _____ 6- OCUPACION _____

3- SEXO _____ 7- ESCOLARIDAD _____

8- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS:

- DIABETES MELLITUS _____
- CARDIOPATIAS _____
- HIPERTENSION ARTERIAL _____
- TRASTONOS HEMATOLOGICOS _____
- INSUFICIENCIA HEPATOCELULAR _____
- INSUFICIENCIA RENAL CRONICA _____
- ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA _____
- CANCER _____
- ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR _____
- ALCOHOLISMO Y ABUSO DE DROGAS _____
- TABAQUISMO _____
- OTRAS (ESPECIFIQUE) _____

2) MEDIOS DE DIAGNOSTICOS CONFIRMATIVOS EMPLEADOS

- CLINICA _____
- TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA _____
- RESONANCIA MAGNETICA _____
- PUNCION LUMBAR _____
- OTROS(ESPECIFIQUE) _____

3) DIAGNOSTICO DEFINITIVO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

4) CONDICION DE EGRESO DEL PACIENTE

- ALTA_____
- ABANDONO_____
- TRASLADO_____
- DEFUNCION_____
- FUGA_____

5) GLASSGOW DE EGRESO DE LOS PACIENTES:

- MENOR DE 7 PUNTOS
- DE 8 A 12 PUNTOS
- DE 13 A 15 PUNTOS