

**MORBIMORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR:
ESTUDIO DE OCHO AÑOS.**

Autores:

- *Dr. Fernando Grondona Torres***
- **Dr. Carlos Manuel Maya Enteza***
- ***Enf. Int. Mayelín Valdés Quijano***
- ****Dr. Pedro L. Véliz Martínez***

**** Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos. Profesor Asistente.***

***** Especialista de Segundo Grado en Neurología.***

****** Enfermera Intensivista.***

******* Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Instructor.***

**Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo
Zapata y C, Municipio Plaza, Ciudad de la Habana
Correo electrónico: fgrondona@infomed.sld.cu**

RESUMEN:

INTRODUCCION: La Enfermedad Cerebro Vascular (ECV) constituye la tercera causa de muerte en los países desarrollados con una elevada morbimortalidad e incidencia de secuelas invalidantes motoras y cognitivas. **OBJETIVOS:** Determinar la morbimortalidad por ECV en nuestra unidad. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se revisaron de manera retrospectiva 2167 historias clínicas (H.C) que constituyen el total de pacientes ingresados por ECV durante los últimos ocho años en la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalentes (UCIP) del Hospital Manuel Fajardo (1997-2004) que representan el 23% del total de ingresos en nuestra unidad en ese período. **RESULTADOS:** La ECV fue más frecuente en el hombre (1300-60 %) que en la mujer (867- 40%), con una proporción 1:1,3, de mayor incidencia y mortalidad en la raza negra y el 75% de los casos eran mayores de 60 años, con una edad promedio de 65 años. Del total de pacientes, el 86 % correspondió a la ECV isquémica con una mortalidad del 18% y dentro de ella, el Infarto Aterotrombótico representó el 74 % , el Cardioembólico el 6 % y los Ataques Transitorio de Isquemia (ATI) el 20% para una mortalidad del 23% y el 17% respectivamente . Ningún paciente con ATI falleció. El otro 14 % correspondió a la ECV hemorrágica con una alta mortalidad (50 %) y dentro de ella la Hemorragia Intraparenquimatosa representó el 45 %, la Cerebromeningea el 38% y la Subaracnoidea el 17% para una mortalidad del 64 %, el 49% y el 14% respectivamente. La Mortalidad global fue del 23%. **CONCLUSIONES:** La ECV Isquémica es más frecuente que la Hemorrágica pero, esta última tiene una elevada mortalidad es más frecuente en hombres y la edad avanzada demostró ser el factor de riesgo más importante y un índice de mal pronóstico en cuanto a mortalidad.

PALABRAS CLAVES: Enfermedad Cerebro Vascular, Morbimortalidad

INTRODUCCION

La organización mundial de la salud define la Enfermedad Cerebro Vascular (ECV) como la entidad caracterizada por el rápido desarrollo de signos clínicos de alteración focal y global de la función cerebral con síntomas que duran 24 horas o más que conducen a la muerte sin ninguna otra causa aparente diferente de una Vascular. (1)

La ECV predomina en las edades medias y avanzadas de la vida y ocupa la tercera causa de muerte en países desarrollados y en nuestro país afecta alrededor del 5% de la población mayor de 65 años y representa el 10% del total de fallecidos, ocurriendo más del 90% de las muertes en mayores de 50 años y más del 50% de los que sobreviven presentan alguna discapacidad cognitiva o motora. (1-5)

La mortalidad por ECV ha disminuido considerablemente desde los inicios del siglo a un ritmo constante de un 1% por año hasta 1969 y desde entonces en un 5% anual, manteniéndose en la actualidad de manera global entre un 15-30%, se incrementa exponencialmente con la edad doblándose cada 5 años, con una sobremortalidad femenina en la actualidad y una disminución en los grupos de edad avanzada a pesar

de un incremento en la incidencia de este grupo etario, oscilando su tasa de mortalidad entre 35 a 200 casos por 100 000 habitantes en el mundo desarrollado y en Cuba oscilan en 70 por 100 000 habitantes. (6,7)

LA ECV isquémica es el tipo más frecuente (85-90%), dentro de ella los Infartos Aterotrombóticos van del 14-40%, los Cardioembólicos y Lacunares un 15-30% y causas indeterminadas hasta un 40 % La variedad hemorrágica representa el 10-15 % restante de la ECV con una frecuencia del 5 % para la Hemorragia Subaracnoidea y de un 10-12 %, para la Intraparenquimatosa sin embargo , a pesar de un menor número de casos , la ECV hemorrágica reporta mayor mortalidad hospitalaria (40%) que los isquémicos (15-20%).(8,9)

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 2167 historia clínicas (H.C) , que constituyen el total de pacientes ingresados por ECV durante los últimos ocho años en la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalentes (UCIP) (1997-2004) que representaron el 21% del total de ingresos de nuestra unidad en ese período . La muestra la constituyeron 1300 hombres y 867 mujeres, todos mayores de 40 años y con una edad promedio de 65 años, a los que se aplicó la clasificación clínica recomendada por el National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS-1990) internacionalmente aceptada agrupándose según causa isquémica (1859 pacientes) o hemorrágica (308 pacientes) en sus respectivas variantes clínicas de presentación, por sexo y grupos etarios.

Se confeccionó un formulario cuyos datos fueron obtenidos del libro de ingreso y estadísticas de la propia UCIP, de las H.C y de los protocolos de necropsia de los fallecidos. Los datos se procesaron en minicomputadora y se confeccionaron las tablas y gráficos correspondientes. Se confrontaron los resultados en cada año y se observó que eran comparables, para lo cual se empleó la prueba de Chi cuadrado Los resultados se analizaron por medio de métodos estadísticos de comparación de promedios.

RESULTADOS

En la Tabla No.1 se puede apreciar que la ECV fue más frecuente en hombres (1300-60%) que en mujeres (867- 40%) a una proporción de 1:1,3 con una incidencia y mortalidad tres veces mayor en la raza negra en correspondencia con los reportes internacionales.

En la Tabla No.2 podemos ver que del total de casos (2167), el 75 % eran mayores de 60 años y el 45% mayores de 70 años, con una edad promedio de 65 años y no se reportó ningún caso menor de 40 años lo cual confirma a la edad avanzada como principal factor de riesgo para la ECV además de marcador de pronóstico.

La Tabla No.3 muestra la mayor frecuencia de la variedad isquémica (1859 casos) en relación a la hemorrágica (308 casos) para un 86% y un 14% de incidencia

respectivamente. Sin embargo la mortalidad se comporta a la inversa siendo mayor en la variedad hemorrágica para un 50% contra solo de un 18 % en la variedad isquémica.

La Tabla No.4 nos muestra que a la ECV Isquémica correspondió el 86 % , de ellos el Infarto Aterotrombótico representó el 74% , el Cardioembólico el 6 % y los ATI el 20% , para una mortalidad del 23 % y del 17 % respectivamente . Llama la atención que ningún paciente con ATI sufrió complicaciones mortales.

La Tabla No.5 nos muestra que a la ECV Hemorrágica correspondió el 14 %, de ellos la Hemorragia Intraparenquimatosa representó el 45 %, la Cerebromeningea el 38% y la Subaracnoidea el 17%, para una mortalidad del 64%, 49% y 14% respectivamente . La Mortalidad Global por ECV fue el 23% (2167-489), en la variedad isquémica del 18 % (1859-335) y en la hemorrágicas del 50% (308-154).

DISCUSIÓN

La ECV constituye la tercera causa de muerte en los países desarrollados (1,4,7,10) con una elevada mortalidad e incidencia de secuelas invalidantes motoras y cognitivas (5,11); siendo la edad avanzada y la hipertensión arterial sus factores de riesgo fundamentales. En nuestro trabajo, del total de fallecidos, el 74% eran mayores de 60 años, no reportándose defunción en menores de 40 años, lo cual confirma la edad avanzada como marcador de mal pronóstico y elevada mortalidad . (5,11)

La ECV es más frecuente en hombres que en mujeres, (2,3) con una incidencia y mortalidad tres veces mayor en la raza negra (11). Nuestro estudio mostró una proporción de 1:1,3 a predominio masculino.

La ECV Isquémica es mucho más frecuente que la Hemorrágica (12) y de ellos el Infarto Aterotrombótico agrupa al mayor número de pacientes (6) con una mortalidad que oscila entre el 15 y 30 %. Los ATI e Infartos Lacunares suelen tener baja mortalidad en su primer episodio, incrementándose con las recidivas. Los embolismos cerebrales tanto los Cardioembólicos como los Arteria-Arteria son recidivantes pero, no suelen tener elevada mortalidad. (13) Los resultados de nuestro trabajo se corresponden con estos reportes internacionales.

La ECV Hemorrágica suele presentarse con menor frecuencia (14) pero, con una mortalidad elevada entre el 30-50%. De sus formas clínicas la Hemorragia Subaracnoidea suele tener menor incidencia y mortalidad (9,15) que las Hemorragias Intraparenquimatosas con independencia de su etiología teniendo estas últimas una alta mortalidad dada la elevada frecuencia de complicaciones derivadas del edema cerebral severo como la Hipertensión Endocraneana con herniación y la depresión respiratoria con sus temidas complicaciones infecciosas. (16)

En nuestra serie la ECV hemorrágica tuvo elevada mortalidad (50 %) mientras la isquémica solo fue de un 18% con una mortalidad global del 23% , lo cual se corresponde con lo reportado por otros autores .(14-16)

Lo que determina la mayor eficacia en el manejo del ictus es el modelo organizativo y las Unidades de Ictus han demostrado que permiten una mayor y mejor atención en los cuidados generales y una disminución en las complicaciones, beneficios que tienden a consolidarse con el tiempo de funcionamiento y son independientes de la edad, sexo, comorbilidad y gravedad del ictus (17,18).

Con la futura aplicación terapéutica de la trombolisis en la ECV isquémica y la creación de las unidades de ictus y los equipos de ictus a escala nacional el panorama actual se verá modificado y se espera un impacto en la disminución de la mortalidad y de las secuelas invalidantes tanto motoras como cognitivas. De igual manera los cambios que impone la aplicación del desarrollo científico técnico modificarán el actual enfoque ante la HSA, y será posible aplicar con mayor eficiencia los estudios y las intervenciones terapéuticas necesarias con mayor celeridad y eficacia para una mayor calidad en la atención de estos casos. (17,18)

Debemos abandonar las conductas contemplativas ante la ECV, pacientes a los cuales muchas veces se asiste a la evolución natural de la enfermedad con poca o ninguna intervención terapéutica más allá de la rehabilitación, por conductas más intervencionistas dirigidas a disminuir las complicaciones, la mortalidad y elevar la calidad de vida de estos pacientes con una rehabilitación integral temprana, multidisciplinaria y efectiva.

CONCLUSIONES

La ECV es más frecuente en hombres y la edad avanzada es el factor de riesgo más importante, constituyendo un índice de mal pronóstico en cuanto a mortalidad. La ECV Isquémica es más frecuente y dentro de ella la variedad Aterotrombótica, que la hemorrágica sobre todo la Intraparenquimatosa. La variedad hemorrágica tiene una elevada mortalidad (50%) con un elevado índice de secuelas invalidantes.

BIBLIOGRAFIA

1. Dodick DW. Stroke: introduction to a four-Article symposium Postgrad Med. 2000; 107(6):29
2. Matías-Guiu J. Epidemiología descriptiva del accidente isquémico transitorio: Estudio en Muro d' Alcoi. Rev Neurol. 1995;23:422-4
3. Falip R, Matías-Guiu J. Epidemiología de las Enfermedades Vasculares Cerebrales. En: Castillo J, Álvarez Sabin, Martí – Vilalta JL, Proas JR, editores. Manual de Enfermedades Vasculares Cerebrales. Barcelona; 1995. p.33 – 41
4. Ingall TJ. Preventing ischemic stroke: current approaches to primary and secondary prevention. Potgrad Med. 2000;107(6):34-50

5. Samsa GP, Bian J. Epidemiology of recurrent cerebral infarction. *Stroke*. 1999; 30:338-49
6. Cooper R, Sempos C, Hsieh SC Kovar MG. Slowdown in the decline of stroke mortality in the United States 1971-1986. *Stroke*. 1990;21:1274-9
7. 2000 heart and stroke statistical update. Dallas American Heart Assoc; 2000.
8. Matías-Guiu J, Falip R. Infarto Cerebral En: Martí-Vilalta JF, editor. *Enfermedades Vasculares Cerebrales*. Barcelona: MCR; 1993. p.273-92.
9. Muñoz Sánchez MA, Maestre Romero, Murillo Cabezas A. Hemorragias subaracnoideas aneurismáticas. *Med Intensiva*. 1996;20(2):113-9.
10. Flemming KD, Brown RD, Cerebral infarction and transient ischemic attacks. *Potgrad Med*. 2000;107(6):55-83.
11. Sacco RL, Shi T, Zamanillo MC. Predictors of mortality and recurrence after hospitalized cerebral infarction in an urban community: the northern Manhattan stroke study. *Neurology*. 1994;44:626-34.
12. Enfermedad Cerebro Vascular En: *Tratado de Medicina Interna de Harrison [CD-ROOM]*. 14ª Edición. p.2644-68
13. Massons AA, Oliveres J, García M, Titus F. Mortalidad en la fase aguda de la Enfermedad Cerebro Vascular: Registro de la Alianza – Hospital central de Barcelona *Med Clin (Barc)*. 1994;103:529-33
14. Martí-Vilalta J. Hemorragia Subaracnoidea En: Codona A, editor. *Tratado de Neurología*. Madrid: ELA; 1994.p.297-301
15. Bougouslavsky J, Melle GV, Regli F. The Lausanne stroke registry: Analysis of 1000 consecutive patients with first strokes. *Stroke*. 1998;1083-92
16. Stroke symposium In: *Postgraduate Med*. 2000 May 15;107(6).
17. Fuentes B, Díez-Tejedor E, Lara M, Frank A, Barreiro P. Organización asistencial en el cuidado agudo del ictus. Las unidades de ictus marcan la diferencia. *Rev Neurol*. 2001;32(2):101-6
18. Jorgensen HS, Kammergaard LP, Houth J, Nakayama H, Raaschou HP, et al. Who benefits from treatment and rehabilitation in a stroke unit? A community-based study. *Stroke*. 2000;31:434-9.

TABLA No 1: MORBILIDAD SEGÚN SEXO

SEXO	PACIENTES	%
HOMBRES	1300	60
MUJERES	867	40
TOTALES	2167	100

TABLA No 2: MORBILIDAD SEGÚN GRUPO ETARIO

GRUPO ETARIO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
			CASOS	%
40 – 50 Años	65	43	108	5
50 – 60 Años	260	173	433	20
60 – 70 Años	390	260	650	30
Mas de 70 Años	585	391	976	45
TOTALES	1300	867	2167	100

TABLA No 3: MORBIMORTALIDAD SEGÚN VARIEDAD DE ECV

Variedad de ecv	ptes	%	FALLECEN	LETALIDAD
ECV ISQUEMICA	1859	86	335	18%
ECV HEMORRAGICA	308	14	154	50%
TOTAL	2167	100	489	23%

ECV: Enfermedad Cerebro vascular

TABLA No 4: MORBIMORTALIDAD DE LA ECV ISQUEMICA

Variedad de ecv	ptes	%	FALLECEN	LETALIDAD
ECV ISQUEMICA	1859	84%	334	18%
ATEROTROMBOTICA	1376	74%	316	23%
CARDIOEMBOLICA	111	6%	18	17%
ATI	372	20%	-----	-----

ECV: Enfermedad Cerebro vascular

ATI: Ataque Transitorio de Isquemia

TABLA No 5: MORBIMORTALIDAD DE LA ECV HEMORRAGICA

Variedad de ecv	ptes	%	FALLECEN	LETALIDAD
ECV HEMORRAGICA	308	14	154	50%
HIP	139	45	89	64%
CEREBROMENINGEA	117	38	57	49%
HSA	52	17	8	14%

ECV: Enfermedad Cerebrovascular

HIP: Hemorragia Intraparenquimatosa

HSA: Hemorragia Subaracnoidea