

Caracterización de un grupo de pacientes con infarto cerebral en la consulta de Medicina Interna

Characterization in a group of patients with cerebral infarct at Internal Medicine consultation

Dr. Kiopper Tartabull Poutriel ^I; Lic. Elizabeth Nicolau Pestana ^{II}

^I Policlínico Comunitario Docente Oscar Primelles Cisneros. Santa Cruz del Sur, Camagüey, Cuba.

^{II} Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: el infarto cerebral constituye la tercera causa de muerte en Cuba y en la mayoría de los países desarrollados, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Objetivo: conocer el comportamiento de la enfermedad cerebrovascular en la consulta de Medicina Interna.

Método: se realizó un estudio descriptivo a 47 pacientes egresados de los hospitales Enrique Santiesteban Báez del municipio Santa Cruz del Sur y del Manuel Ascunse Domenech de la provincia de Camagüey con el diagnóstico de infarto cerebral desde el 1^{ro} de septiembre de 2006 hasta el 1^{ro} de septiembre del 2007.

Resultados: el rango de edad de 71 años y más constituyó el 67 % de la casuística. La hipertensión arterial, el tabaquismo y la dislipidemia predominaron en el sexo masculino como factores de riesgo con 91, 5, 65, 9 y 61, 7 %, respectivamente. El infarto aterotrombótico se presentó en el 44, 7 % de los pacientes.

Conclusiones: el sexo masculino, la edad de 71 años y más fueron los más frecuentes en nuestro estudio, el territorio vascular de mayor afección lo constituyó

el carotídeo en ambos sexos. La diabetes mellitus predominó en el femenino. El infarto cerebral aterotrombótico fue el más frecuente.

DeCS: Epidemiología descriptiva; infarto cerebral/clasificación/prevención & control

ABSTRACT

Background: the cerebral infarction constitutes the third fatal cause in Cuba and in the majority of developed countries, only surpassed for cardiovascular diseases and cancer.

Objective: to know the cerebrovascular disease behavior at Internal Medicine consultation.

Method: a descriptive study to 47 patients discharged from the hospitals Enrique Santiesteban Báez of Santa Cruz del Sur municipality and Manuel Ascunse Domenech of Camagüey province was performed with the diagnosis of cerebral infarction from September 1st 2006 to September 1st 2007.

Results: the age range of 71 years and more constituted the 67 % of the casuistics. Hypertension, smoking and dyslipidemia predominated in the masculine sex as risk factors with 91, 5, 65, 9 y 61, 7 %, respectively. The atherothrombotic infarction showed up in the 44, 7 % of the patients.

Conclusions: the masculine sex, the age of 71 years and more were the most frequent in our study, the vascular territory of bigger affection was constituted by the carotid in both sexes. Diabetes mellitus predominated in the female sex. The atherothrombotic cerebral infarction was the most frequent.

DeCS: Epidemiology descriptive; cerebral infarction/classification/prevention & control

INTRODUCCIÓN

Con el aumento de la expectativa de vida en nuestro país la enfermedad cerebrovascular isquémica, así como la hemorrágica constituyen problemas de salud frecuentes, a los que se tienen que enfrentar el médico en su labor diaria. El infarto cerebral o ictus como es definido en el glosario médico español es la causa más frecuente reportada en la literatura con 85 % de los pacientes. ¹

El infarto cerebral constituye la tercera causa de muerte en Cuba y en la mayoría de los países desarrollados, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Por otra parte, alrededor de un tercio de los sobrevivientes a un ictus cerebral son incapaces de valerse por sí mismos y aproximadamente el 75 % pierde sus facultades para reincorporarse laboralmente, se considera la causa más frecuente de incapacidad neurológica.² Las enfermedades cerebrovasculares tienen además un enorme coste por los recursos necesarios en los sistemas de salud, para su atención en fase aguda, además de los cuidados a largo plazo de los sobrevivientes, con su consecuente incapacidad.³

El ictus junto con la cardiopatía isquémica se considera una epidemia vascular en los países desarrollados y un problema socio-sanitario de primer orden. En las últimas décadas ha sido identificado como la segunda causa de muerte en la población mundial y la tercera en el mundo occidental, y se considera responsable del 12 % de la mortalidad global de la población.¹ Constituye la primera causa de discapacidad en los países desarrollados y la segunda causa de demencia tras la enfermedad de Alzheimer. La incidencia anual de ictus en estos países es de 200-250 casos por 100.000 habitantes/año y en las últimas dos décadas ha permanecido estable o en ligero aumento.³⁻⁵ Se observa desde 1993 una tendencia al incremento moderado de la incidencia de ictus a la vez que se registra un descenso en la morbimortalidad debida a cardiopatía isquémica.⁶⁻⁸ La tasa de mortalidad anual por ictus es del 26, 27 %. Estudios recientes apuntan que las cifras oficiales sobre la incidencia anual de ictus están infraestimadas incluso hasta en un 50 %.⁹ Con el objetivo de caracterizar un grupo de pacientes con infarto cerebral, así como el tipo de infarto presente y el comportamiento de algunos factores de riesgo se realizó esta investigación.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de caracterizar a un grupo de pacientes egresados de los hospitales Enrique Santiesteban Báez del municipio Santa Cruz del Sur y del Manuel Ascunse Domenech de la provincia de Camagüey desde el 1^{ro} de septiembre de 2006 hasta el 1^{ro} de septiembre de 2007, con el diagnóstico de infarto cerebral, a los cuales se le realizó tomografía computarizada para confirmar el diagnóstico y fueron seguidos en la consulta de Medicina Interna del Policlínico Comunitario Docente Oscar Primelles Cisneros.

El universo estuvo representado por 47 pacientes los que asistieron a la consulta de seguimiento de Medicina Interna donde se reevaluaron. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, factores de riesgo, tipo de ictus y defecto funcional.

Se incluyeron en este estudio todos los pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular con estudios de neuroimagen realizados que corroboraron la enfermedad cerebrovascular isquémica.

Criterios tomográficos de ictus isquémico ⁴

Infarto cerebral aterotrombótico. Hipondensidad mayor de 2cm ³

Infarto cerebral lacunar. Hipondensidad menor de 2cm ³

Infarto cerebral embólico. Hipondensidad cortical / subcortical en forma de cuña

Control semántico:

Hipertensión arterial: definida como la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg o más , primer ruido Korotkoff, o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg o más si se tiene en cuenta la desaparición de los ruidos, V ruido Korotkoff, o ambas cifras inclusive. ⁵

Fibrilación auricular: en el ECG de la FA se observa típicamente la ausencia de onda P, los complejos QRS son habitualmente de morfología normal, pero pueden haber latidos con grados intermedios de aberrancia o totalmente aberrantes, la no-equidistancia de los complejos QRS y la presencia de ondas auriculares rápidas, desorganizadas de morfología variable, con una frecuencia entre 400-600. ⁷

Dislipidemia: se definieron aquellos pacientes con elevaciones de las cifras de colesterol sérico por encima de 5,2 mmol/L y/o triglicéridos por encima de 1,7 mmol/L. ⁵

Diabetes mellitus: pacientes con el antecedente de esta enfermedad o que tuvieran durante el seguimiento en la consulta dos glucemias en ayunas mayores o iguales a 7,0mmol/l o una glucemia al azar mayor igual a 11,0mmo/L.

Obesidad: pacientes con IMC mayor igual a 30Kg/m ².

En el procesamiento estadístico de los datos se utilizó el programa Microstat y el programa Excel versión Windows 2003.

RESULTADOS

Con respecto al comportamiento de la edad y el sexo en el infarto cerebral, el 60 % de los pacientes pertenecieron al sexo masculino, al estudiar la edad se encontró el mayor por ciento de pacientes en los de 71 y más con 63, 2 y 64, 3 %, respectivamente para ambos sexos. Tabla 1.

Tabla 1. Comportamiento de la edad y el sexo en los pacientes con infarto cerebral

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
30-50	2	10,5	-	-	2	4
51-70	5	26,3	10	35,7	15	32
71 y más	12	63,2	18	64,3	30	67
Total	19	40	28	60	47	100

Fuente: Planilla de vaciamiento

Al analizar la relación entre el sexo y el territorio vascular afectado, se constató que el sistema vascular carotídeo fue el más afectado con 89, 4 % del total de los pacientes de ambos sexos. Tabla 2.

Tabla 2. Relación entre el sexo y el territorio vascular afectado

Sexo	Carotídeo		Vertebrobasilar		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	17	36,2	2	4,2	19	60
Masculino	25	53,2	3	6,4	28	40
Total	42	89,4	5	10,6	47	100

Fuente: Planilla de vaciamiento

La relación de los factores de riesgo con el sexo en los pacientes con infarto cerebral arrojó que de un total de 47 pacientes estudiados el 91, 5 % padecían de HTA, el 65, 9 % correspondió al tabaquismo y la dislipidemia el 61, 7 % los que predominaron en el sexo masculino. La DM predominó en el sexo femenino con 25, 5% de un total de 19 pacientes. Tabla 3.

Tabla 3. Relación de los factores de riesgo con el sexo en los pacientes con ictus

Factores de riesgo	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
HTA	15	31,9	28	59,6	43	91,5
Tabaquismo	6	12,7	25	53,2	31	65,9
Dislipidemia	11	23,4	18	38,3	29	61,7
Obesidad	14	29,8	9	19,1	23	48,9
Diabetes Mellitus	12	25,5	7	14,9	19	40,4
Fibrilación auricular	5	10,6	2	4,3	7	14,9

Fuente: Planilla de vaciamiento

Con respecto al comportamiento del ictus según la etiopatogenia el infarto aterotrombótico fue el de mayor frecuencia con 44,7 % seguidos por el lacunar y el embólico con 38,3 y 17,0 %. Tabla 4.

Tabla 4. Comportamiento del Ictus según su etiopatogenia

Tipo de ictus	No.	%
Aterotrombótico	21	44,7
Lacunar	18	38,3
Embólico	8	17,0
Total	47	100

Fuente: Planilla de vaciamiento

DISCUSIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) constituyen un grupo de enfermedades que involucran invariablemente a los vasos sanguíneos encargados de la irrigación

del sistema nervioso, donde va a existir un área cerebral afectada de forma permanente o transitoria.¹⁰

En nuestro estudio se realizó una caracterización de los pacientes con infarto cerebral, se analizó el comportamiento de la edad y el sexo donde obtuvimos predominio del sexo masculino con 60 % de los casos, también el rango de edad de 71 y más como el de mayor casuística, estos resultados coinciden con los obtenidos en estudios nacionales de los cuales podemos señalar el realizado por Rodríguez Acosta R et al¹¹ en el cual predominó el sexo masculino y la edad de más de 60.

El sistema carotídeo ha sido señalado por la literatura como el más afectado en los eventos isquémicos cerebrales¹², en nuestro estudio se encontró concordancia con lo anterior, sin demostrar relación de los territorios afectados y el sexo, predominó el sistema vascular carotídeo para los dos. Investigaciones como la realizada por Rodríguez López AJ et al¹³ señalan el infarto cerebral del territorio antes referido como el de mayor incidencia en 52 pacientes estudiados.

La HTA es el factor de riesgo más importante en los pacientes con ictus isquémico, existen otros, los cuales guardan estrecha relación con la progresión de la aterosclerosis como son el tabaquismo, la dislipidemias y la diabetes mellitas^{14, 15} favoreciendo el desarrollo de los ictus aterotrombóticos, la fibrilación auricular es el factor predisponente para los infartos de causa embólica.¹⁶

Al analizar como incidieron los factores de riesgo en ambos sexos encontramos que la HTA, el tabaquismo y la dislipidemia fueron los más frecuentes, el número mayor de pacientes en el sexo masculino, en el caso de la diabetes mellitus predominó en el sexo femenino con 25, 5 % de los 19 pacientes con la enfermedad nosológica anterior.

La HTA ha sido uno de los factores de riesgo más importante en el desarrollo de un Ictus isquémico, así lo refleja la literatura consultada¹⁶ en una investigación donde se evalúan diferentes factores de riesgo, ocupando la HTA el 77, 29 %, el segundo lugar lo ocupó el tabaquismo con un 40, 59 %.

La hipercolesterolemia, tema debatido en cuanto a su rol como factor de riesgo vascular, sin embargo, en investigaciones recientes la cuales involucran a las estatinas en la prevención secundaria del ictus demuestran que el tratamiento agresivo en reducción de las cifras de colesterol disminuyen la incidencia de ictus aterotrombóticos como demuestra el estudio SPARCL (Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels).¹⁷

La prevalencia de DM en accidentes cerebrovasculares varía entre el 10 y el 36 % en las diversas series publicadas.^{16, 18} Varios estudios demuestran que la DM es un importante factor de riesgo para la ateromatosis extracraneal e intracraneal.¹⁸ En nuestro grupo de pacientes representó el 40, 4 % del total de casos.

Múltiples son los autores que reportan al ictus aterotrombótico como el de mayor frecuencia.² Se considera que de un 15 a un 20 % de los IC se deben a embolismos cardíacos.¹⁹ En el Registro de Lausanne el 24 % de los infartos cerebrales fueron cardioembólicos y el 43, 2% se atribuyeron a aterosclerosis.²⁰ Nuestra serie reportó un 44, 7% de infartos aterotrombóticos seguidos por ictus lacunar y el embólico con un 38, 3 % y 17 %, respectivamente.

CONCLUSIONES

El sexo masculino, así como la edad de 71 años y más fueron los predominantes en nuestro estudio.

El territorio vascular de mayor afección lo constituyó el carotídeo en ambos sexos. La HTA, el tabaquismo y la dislipidemia fueron los factores de riesgo más frecuentes, predominó en el sexo masculino y la diabetes mellitus fue la enfermedad predominante en el femenino.

El infarto cerebral aterotrombótico fue el más frecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murray CJL, López AD. Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1269-76.
2. Fernández O, Rodríguez L. Caracterización de los pacientes con infarto cerebral dados de alta en un hospital de La Habana durante 1998. *Rev. neurol.* 2001;32(10):929-934
3. CarodArtal FJ, EgidoNavarro JA, González Gutiérrez JL, Varela de Seijas E. Coste directo de la enfermedad cerebrovascular en el primer año de seguimiento. *Rev Neurol* 1999; 8: 112-330.
4. Harrinson. Principios de Medicina Interna .16ta Edición Madrid .Mc Graw-Hill-Interamericana. 2006. vol 2769-96
5. Hipertensión Arterial .Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2008. 19-57
6. Broderick J, Kothari R, Miller R, Houry J, Pancioli A, Gebel J, et al. The Greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study: preliminary first-ever and total incidence rates of stroke among blacks. *Stroke* 1998; 29: 415-21.
7. Váldez Viera B, Hernández Falcon A, Machado Navarro V. Arritmias cardíacas . *Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos* 2006; vol 11 (1), 31-39.

8. National Heart, Lung and Blood Institute. Fact Book Fiscal Year 1996. Bethesda: US Dept. of Health and Human Services, National Institutes of Health; 1997.
9. Williams GR, Jiang JG, Matchar DB, Samsa GP. Incidence and occurrence of total (firstever and recurrent) stroke. *Stroke* 1999; 30: 2523-8.
10. Oliva Linares J, Enríquez Sansevero LE, Cusa Serrano R, Ángel Canetti Puebla E, Fernández Brito JE. Enfermedad Cerebrovascular: comportamiento en el Hospital Docente «Dr. Salvador Allende» Año 1997. *Rev cuba invest biomed* 2001;20(3):197-201
11. Rodrigues Acosta R, Campo Batueca R, Bez Medina R. Infarto Cerebral Isquémico. Comportamiento clínico y tomográfico. *Archivo Médico de Camagüey* 2004;8(1) ISSN 1025-0255.
12. Morales A, Morera-Guitart J, Bautista-Prados J, Clar C, Herruzo E, Mas G, et al. Diagnóstico etiológico del infarto cerebral en el hospital comarcal. *Rev Neurol* 2003; 36: 405-11.
13. Rodríguez López A J, Pila Pérez R, Pila Peláez R et al. Factores determinantes del pronóstico en el ictus isquémico en Cuba. *Rev Mapfred Medicina* 2005;16:15-23.
14. Grau AJ, Weimar CH, Bugge G, Heinrich A, Goertler M, Neimaier S, et al. Risk factors, outcomes and treatment in subtypes of ischemic stroke: the German Stroke Data Bank. *Stroke* 2001; 32: 2559-66.
15. Schulz UG, Rothwell PM. Differences in vascular risk factors between etiological subtypes of ischemic stroke: importance of population based studies. *Stroke* 2003; 34: 2050-9.
16. Di Carlo A, Lamassa M, Baldereschi M, Pracucci G, Basile AM, Wolfe CH, et al, for the European BIOMED Study of Stroke Care Group. Sex differences in the clinical presentation, resource use, and 3-month outcome of acute stroke in Europe. Data from a multicenter multinational hospital-based registry. *Stroke* 2003; 34: 1114-1117.
17. Amarenco P, Bogousslavsky J, Callahan A, Goldstein LB, et al. The Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) Investigators. *N Engl J Med* .2006.p.133-88.
18. Mendes I, Baptista P, Soares F, Oliveira V, Ferro JM. Diabetes mellitas y estenosis intracraneal. *Rev Neurol* 1999; 28: 10303.
19. Láinez Andrés JM, Santonja Labata JM. Historia natural de la enfermedad vascular cerebral. En Castillo Sánchez J, Álvarez-Sabín J, Martí-Vilalta JL, Martínez-Vila F, Matías-Guiu J, eds. *Manual de enfermedades vasculares cerebrales*. Barcelona: JR Prous; 1995. p. 5560.

20. Bogouslavsky J, van Melle G, Regli F. The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1000 consecutive patients with first stroke. Stroke. 1988; 19: 1083-92.

Recibido: 3 de julio de 2008.

Aceptado: 21 de noviembre de 2008.

Dr. Kiopper Tartabull Poutriel. Especialista de I Grado en Medicina Interna. MSc en Urgencias Médicas. Instructor. Policlínico Comunitario Docente Oscar Primelles Cisneros. Santa Cruz del Sur, Camagüey, Cuba.

kiopper@finlay.cmw.sld.cu