

Caracterización del ictus en grupo de adultos mayores atendidos en el hospital “Dr. León Cuervo Rubio”, 2015-2017

Linares Cánovas, Lázaro Pablo¹
Lemus Fajardo, Nora María²
Linares Cánovas, Liyansis Bárbara¹
Linares Montano, Adalina¹
Guerrero González, Chavelys¹

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río/ Facultad de Ciencias Médicas Dr. Ernesto Guevara de la Serna, Pinar del Río, Cuba, lp.knovas@ucm.pri.sld.cu

² Hospital Docente Clínico Quirúrgico Dr. León Cuervo Rubio, Pinar del Río, Cuba. nlemus@infomed.sd.cu

Resumen:

Introducción: el envejecimiento poblacional, trae aparejado un alza de las enfermedades crónicas no transmisibles, incluyéndose en este grupo el ictus. **Objetivo:** caracterizar el ictus en grupo de adultos mayores. **Material y métodos:** estudio observacional descriptivo longitudinal, realizado en el hospital Dr. León Cuervo Rubio entre junio de 2015 a enero de 2017. Fue seleccionada aleatoriamente una muestra de 138 adultos mayores con ictus diagnosticado, respetándose los criterios de inclusión y exclusión. El interrogatorio, revisión de la historia clínica, y la aplicación de instrumentos permitieron obtener la información, que dio salida a las variables estudiadas. Se respetaron los principios éticos. **Resultados:** predominaron las féminas (60,14 %), el grupo etáreo 60-69 años de edad (47,10 %), y el ictus isquémico (87,68 %), siendo el infarto aterotrombótico el más representativo (42,98 %). El consumo de una dieta aterogénica (87,68 %) fue el principal factor de riesgo, siendo la parálisis de miembros (52,17 %) la principal secuela. Predominó la afectación neurológica grave y el deterioro cognitivo (35,51 y 52,17 % respectivamente), mostrando la escala Rankin modificada predominio de los adultos mayores que se encontraban moderadamente (28,26 %) mientras el índice de Barthel mostró predominio de los dependientes severos (32,61 %). **Conclusiones:** la caracterización de los pacientes con ictus permitió conocer las particularidades de dicho grupo, lo cual permite trazar estrategias de trabajo con dicha población, lo cual permita una mejoría de su calidad de vida; así como identificar qué factores deben ser estudiados en grupos propensos a desarrollar dicha enfermedad, previniendo su aparición.

Palabras clave: Adulto mayor, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedad cerebrovascular, ictus

I. INTRODUCCIÓN

La sociedad actual se encuentra inmersa en un proceso de envejecimiento, que ha traído consigo múltiples repercusiones socioeconómicas, convirtiéndose en el gran desafío del tercer milenio, pues si bien la prolongación de la esperanza de vida ha sido un anhelo de la humanidad, y representa, sin duda alguna un éxito del sistema de salud, va a traer aparejado múltiples repercusiones, que explican la importancia de numerosos estudios y enfoques realizados y por realizar sobre el envejecimiento, pues esta mayor expectativa de vida se está viviendo a nivel personal y familiar como un problema desde un punto de vista médico-social. Cuba ante ello, no queda exenta, estimándose que para el 2020 se convierta en el país latinoamericano de mayor proporción de adultos mayores (AM), con un 25 %; a este fenómeno se va a sumar un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, figurando las enfermedades cerebrovasculares (ECV) dentro de ellas.¹

La EVC, es una de las causas más frecuentes de mortalidad y discapacidad a nivel mundial, siendo su incidencia y prevalencia mayor conforme incrementa la edad de la población. Ante ello, se tiene que las 10 millones de defunciones que presenta anualmente, la convierten en la segunda causa de muerte para algunos países, después de la cardiopatía isquémica. Constituye además causa principal de años perdidos de vida saludable: séptima mundial y quinta en Cuba. En nuestro país ocupa la tercera causa de muerte desde hace varios años, precedidas por las enfermedades cardiovasculares y las patologías malignas.²⁻⁴

La ECV, para su clasificación va a quedar dividida en cuatro grandes grupos, siendo la ECV focal la de mayor interés por parte del personal médico, agrupándose acá el ictus y el ataque transitorio de isquemia (ATI). Al respecto se tiene que el ictus, stroke, accidente cerebrovascular o accidente vascular encefálico como puede ser igualmente denominado⁵, se puede definir como el desarrollo rápido de signos clínicos de disturbios de la función cerebral o global, con síntomas que persisten 24 horas o más, o que llevan a la muerte con ninguna otra causa evidente que el origen vascular, producida cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado por un coágulo u otra partícula. Debido a esta ruptura o bloqueo, parte del cerebro no consigue el flujo de sangre que necesita. La consecuencia radica en que las células nerviosas del área afectada no reciben oxígeno, por lo cual no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos.⁶

Dicha afección se caracteriza por tener una etiología multifactorial en la que intervienen factores de riesgo con diferente grado de importancia, de forma que su suma se asocia a un aumento del riesgo de sufrir estos eventos cerebrovasculares, siendo frecuente la asociación de los mismos en individuos de la tercera edad.^{7, 8}

Teniendo en cuenta lo antes referido y que la población pinareña es una de las más envejecidas de la isla, es que surge la necesidad por parte de los autores de realizar la presente investigación, la cual tuvo como objetivo caracterizar el ictus en grupo de adultos mayores atendidos en el hospital Dr. León Cuervo Rubio de junio de 2015 a enero de 2017.

II. MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en pacientes adultos mayores con antecedentes de ictus, que fueron atendidos en el Hospital "Dr. León Cuervo Rubio" entre junio de 2015 y enero de 2017. El universo de estudio lo integran todos los pacientes que fueron atendidos en dicha

institución con diagnóstico de ictus, siendo seleccionada aleatoriamente una muestra de 138 pacientes. Como criterio de inclusión se tuvo que los pacientes estuviesen interesados en participar en la investigación, expresándolo mediante el consentimiento informado, así como la previa realización del diagnóstico clínico e imagenológico (se realizó a través de la Tomografía Computarizada (TC)). Se excluyeron los pacientes con enfermedades terminales, demencia previa, retraso mental o psicosis y otras enfermedades asociadas con alto grado de discapacidad.

Se realizó interrogatorio, examen físico y revisión de la historia clínica para la recolección de datos generales a todos los pacientes. Se empleó una ficha clínica confeccionada al efecto que recogía los aspectos clínicos, sociodemográficos y epidemiológicos; además fue elaborado un cuestionario para la recogida de datos adicionales, los cuales le dieron salida a las variables estudiadas en el presente estudio: edad, sexo, extensión de la lesión, hemisferio afectado, síntomas iniciales, presencia de secuelas, grado de afectación neurológica, deterioro cognitivo, factores de riesgo asociados y estado funcional del paciente.

Para definir la extensión de la lesión se utilizó la clasificación del Oxfordshire Community Project (OSCP)⁹, que clasifica el infarto cerebral en: infarto total de la circulación anterior, infarto parcial de la circulación anterior, infarto lacunar e infarto vertebrobasilar.

Mientras para el grado de afectación neurológica se utilizó la escala para el ictus del Instituto Nacional de Salud de los EU (siglas en inglés, NIHSS). La misma fue desarrollada por T. Brott y un equipo de trabajo del Hospital de Cincinnati, aunque la versión actual es la validada por Goldstein, tiempo después. Afectación leve (≤ 4 puntos), afectación moderada (5–16 puntos), afectación grave (17–24 puntos) y afectación severa (≥ 10 puntos).¹⁰

Para determinar la existencia de deterioro cognitivo (DC) se utilizó estrategia similar a la empleada por Fernández Concepción O¹¹, quien para determinar la existencia de DC utiliza dos instrumentos de pesquisa ampliamente conocidos: el Examen Mínimo del Estado Mental (siglas en inglés, MMSE), con un punto de corte por debajo de 24 puntos de un máximo de 30, y la Prueba del Reloj a la Orden (PRO), con un punto de corte por debajo de 7 puntos de un máximo de 10. Clasificando entonces como DC los individuos que presentaron puntuaciones por debajo del punto de corte en una de las dos pruebas.

Igualmente se sigue su estrategia para evaluar el estado funcional, definiéndose el mismo mediante los criterios de la Academia Americana del Corazón (en inglés, American Heart Association, AHA), la cual combina los resultados del Índice de Barthel para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), y la escala de Lawton para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Estos criterios definen cinco niveles de afectación funcional; sin embargo, para el análisis de datos se utilizó una dicotomía en correspondencia con los niveles funcionales; los pacientes con nivel funcional IV y V se clasificaron como “dependientes” para las AVD; mientras, aquellos con nivel funcional entre I y III se clasificaron como “independientes” para las AVD. Otro de los instrumentos utilizados para evaluar el estado funcional del adulto mayor fue la Escala de Rankin Modificada (mRS)¹², la cual se utiliza para medir el resultado funcional después de un stroke. Dicha escala se puntúa desde un grado 0 (asintomático) hasta el 6 (muerte).

La información obtenida fue llevada a una base de datos en Microsoft Excel 2010 y procesada con el programa estadístico Statiscal Package for the Social Sciencies (SPSS), versión 15,0. Para describir el comportamiento de las variables se realizó procedimiento descriptivo mediante medidas de tendencia central y porcentajes. Los resultados se expusieron a través de gráficos y tablas.

Se consultó el Comité de Ética de la institución para la aplicación de la encuesta, se garantizó la confidencialidad de la información, se informó en detalle a cada estudiante los objetivos y características del estudio y se les solicitó por escrito el consentimiento informado de sus padres o tutores legales, para participar en el mismo, explicándoles que los resultados obtenidos en la investigación serían utilizados con fines investigativos.

III. RESULTADOS

Dentro de la muestra estudiada (tabla 1), se constató predominio del sexo femenino (60,14 %), así como de los adultos mayores comprendidos en el grupo etáreo 60-69 años de edad (47,10 %), teniendo-se una media de 72,45 años de edad.

Tabla 1. Distribución de pacientes con diagnóstico de ECV, según edad y sexo. Hospital "Dr. León Cuervo Rubio", 2015-2017

Grupo de edades*	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
60-69	28	20,29	37	26,81	65	47,10
70-79	14	10,14	31	22,46	45	32,61
> 80	13	9,42	15	10,87	28	20,29
Total	55	39,86	83	60,14	138	100

***Media: 72,45 años**

Dentro de la ECV se constató (tabla 2) predominio de la de origen isquémico (87,68 %), siendo la trombosis cerebral o infarto aterotrombótico el más representativo (42,98 %), seguida del accidente transitorio isquémico (23,97 %).

Tabla 2. Distribución de pacientes según etiología

Clasificación		No.	%
Isquémica*	Accidente transitorio isquémico	29	23,97
	Infarto aterotrombótico	52	42,98
	Infarto cardioembólico	15	12,40
	Infarto lacunar	13	10,74
	Infarto de causa inhabitual	5	4,13
	Infarto indeterminado	7	5,79
Hemorrágica**			

*** n= 121 (87,68 %)**

**** n= 17 (12,32 %)**

Dentro de los factores de riesgo presentes en la muestra estudiada (gráfico 1) se constató predominio de una dieta aterogénica (87,68 %) y el sedentarismo (69,57 %), comportándose la HTA (64,49 %) y la diabetes mellitus (7,1 %) como comorbilidades y a la vez como factores de riesgo.

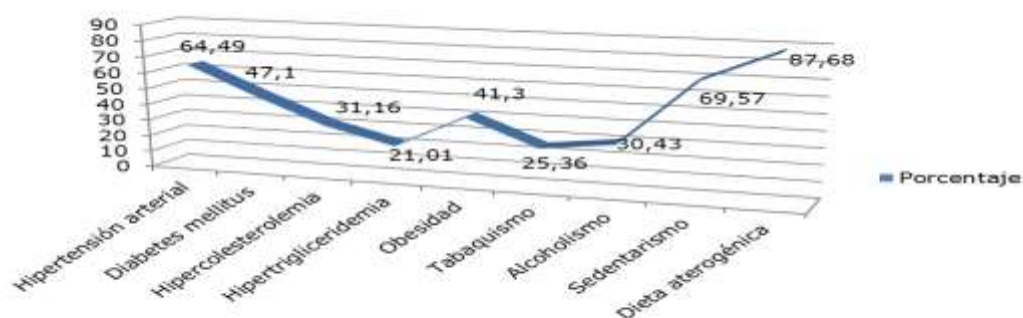


Gráfico 1. Presencia de factores de riesgo en la muestra

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de otras variables analizadas

Variable		No.	%
Extensión de la lesión	Infarto total de la circulación anterior	38	27,54
	Infarto parcial de la circulación anterior	53	38,41
	Infarto vertebrobasilar	34	24,64
	Infarto lacunar	13	9,43
Hemisferio afectado	Derecho	85	61,59
	Izquierdo	53	38,41
Síntoma inicial	Déficit motor	70	50,72
	Alteraciones del lenguaje	41	29,72
	Deterioro del nivel de conciencia	13	9,42
	Cefalea	9	6,52
	Otros	5	3,62
Secuelas	Trastornos de la visión	46	33,33
	Trastornos de la memoria	52	37,68
	Trastornos de la audición	20	14,49
	Trastornos del lenguaje	29	21,01
	Trastornos de la micción	25	18,12
	Parálisis de miembros	72	52,17
	Incapacidad para la marcha	55	39,68

Dentro de los pacientes con ECV se pudo constatar (tabla 3) que acorde a la extensión de la lesión hubo predominio del infarto parcial de la circulación anterior (38,41 %), siendo el hemisferio derecho el más afectado (61,59 %). A su vez se constató predominio del déficit motor como síntoma inicial (50,72 %) y de la parálisis de miembros superiores y/o inferiores (52,17 %) como la principal secuela dejada por dicha entidad.

Acorde al grado de afectación neurológica (tabla 4) predominaron los que tuvieron una afectación grave (35,51 %), teniendo el 52,17 % deterioro cognitivo.

Tabla 4. Distribución de adultos mayores acorde al grado de afectación neurológica y deterioro cognitivo

Variable		No.	%
Grado de afectación neurológica	Afectación leve	23	16.67
	Afectación moderada	41	29.71
	Afectación grave	49	35.51
	Afectación severa	25	18.12
Deterioro cognitivo	Presente	72	52,17
	Ausente	66	47,83

Tabla 5. Estado funcional del paciente según resultados de escala Rankin modificada e Índice de Barthel

Variable		No.	%
Escala de Rankin modificada	Asintomático	-	-
	Muy leve	21	15,22
	Leve	10	7,25
	Moderado	39	28,26
	Moderadamente grave	36	26,09
	Grave	32	23,19
	Muerte	-	-
Índice de Barthel	Independiente	8	5,80
	Dependiente leve	19	13,77
	Dependiente moderado	32	23,19
	Dependiente severo	45	32,61
	Dependiente total	34	24,64

Teniendo en cuenta el estado funcional (tabla 5), se puede apreciar predominio de los que se encuentran moderadamente (28,26 %) seguidos de los moderadamente graves (26,09 %), según los resultados de la escala de Rankin modificada; mientras que predominaron los dependientes severos (32,61 %), según el índice de Barthel.

IV. CONCLUSIONES

Se puede concluir que en la serie de pacientes estudiada la caracterización de los mismos permitió conocer las particularidades de dicho grupo, lo cual permite trazar estrategias de trabajo con dicha población con vistas a disminuir tanto las afectaciones que puedan presentar, como su morbilidad, punto donde entra a jugar la rehabilitación como instrumento que permita elevar la funcionalidad de este individuo afecto, lo cual permita una mejoría de su calidad de vida. Igualmente la realización del presente trabajo permite identificar qué factores deben ser estudiados en grupos propensos a desarrollar dicha enfermedad, permitiendo prevenir su aparición.

REFERENCIAS

1. Linares Cánovas LP, Lemus Fajardo NM, Linares Cánovas LB, Lazo Herrera LA, Díaz Pita G. Caracterización de pacientes adultos mayores con tratamiento farmacológico antihipertensivo atendidos en el hospital "Dr. León Cuervo Rubio". Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet]. 2017; 42(6). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/1184>
2. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez-Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. Lancet 2015 Feb 7; 385(9967):549-62. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61347-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61347-7.pdf)
3. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennett DA et al. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. 2014; 383(9913):245-255. Disponible en: <http://europepmc.org/articles/pmc4181600?pdf=render>
4. Sánchez-Lozano A, Lozano-Leblanc A, Rojas-Fuentes J, Cutiño-Mass Y, Verdecia-Fraga R, Bernal-Valladares E. Letalidad hospitalaria por enfermedad cerebrovascular en la provincia de Cienfuegos. Revista Finlay [revista en Internet]. 2014 [citado 2018 Ene 5]; 4(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sldcu/index.php/finlay/article/view/303>
5. Fernández Concepción O, Pando Cabrera A, Buergo Zuasnábar MA. Afecciones más frecuentes del sistema nervioso central. Enfermedad cerebrovascular. En: Álvarez Síntes R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Martínez Gómez C, Jiménez Acosta S, et al. Medicina General Integral. Principales afecciones en los contextos familiar y social. 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas [citado 30 Dic 2015]; 2014. Disponible en: http://www.bvs.sldcu/libros_texto/mgi_tomo5_3raedicion/cap_120.pdf
6. Berenguer Guarnaluses LJ, Pérez Ramos A. Factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares durante un bienio. MEDISAN [Internet]. 2016 Mayo [citado 2018 Ene 05]; 20(5): 621-629. Disponible en: http://scielo.sldcu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000500005&lng=es
7. Vila-Córcoles A, Satué-Gracia E, Ochoa-Gondar O, Diego-Cabanes C, Vila-Rovira A, Bladé J, et al. Incidencia y letalidad del ictus isquémico en la población mayor de 60 años del área de Tarragona, España (2008-2011). Rev Neurol 2014; 59:490-96.

8. Serrano-Villar S, Fresco G, Ruiz-Artacho P, Bravo A, Valencia C, Fuentes-Ferrer M, et al. El ictus en pacientes muy ancianos: mitos y realidades. *Med Clin (Barc)* 2013; 140:53-8.
9. Mead GE, Lewis SC, Wardlaw JM, Dennis MS, Warlow CP. How well does the oxfordshire community stroke project classification predict the site and size of the infarct on brain imaging? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000; 68:558—62. Disponible en: <http://jnnp.bmj.com/content/68/5/558.full.pdf>
10. Goldstein LB, Bertels C, Davis JN. Interrater reliability of the NIH Stroke Scale. *Arch Neurol* 1989; 46:660-2.
11. Fernández Concepción O, Marrero Fleita M, Mesa Barrero Y, Santiesteban Velázquez N, Rojas Fuentes R. Depresión post-ictus: frecuencia y factores determinantes. *Rev Cubana Neurol Neurocir*. 2012; 2(1):9-16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3876492.pdf>
12. Askiel B, Akinwuntan AE, Chen Lin, Close B, Davis K, Baute V et al. Simplified Modified Rankin Scale Questionnaire. Reproducibility over the Telephone and Validation with Quality of Life. *Stroke*. 2011; 42(8):2276-2279. Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/content/42/8/2276.full.pdf?download=true>