

## ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

*Keidy Sabater Bueno,<sup>1</sup> Aniceto Cabeza Suárez,<sup>2</sup> Maricela Estupiñán García<sup>2</sup> y Elia Margarita Pestana Knight<sup>3</sup>*

**RESUMEN:** Se realiza un estudio retrospectivo-descriptivo para evaluar las acciones de salud que el Médico de la Familia realizó sobre los pacientes con enfermedad cerebrovascular y que fallecieron por ese motivo en el Área de Salud "Carlos Verdugo", Matanzas, durante los años 1994 y 1995. Se estudiaron 50 fallecidos en entrevista médico-familiar; se obtuvieron los datos de, edad, sexo y antecedentes patológicos personales que recogieron: enfermedades crónicas y factores de riesgo; dispensarización, que recogió número de controles realizados en los últimos 12 meses que precedieron a la defunción ya fueran en consultas, visitas de terreno y visitas integrales, así como el cumplimiento del tratamiento indicado. Se encontró que se dispensarizaron en el 100% de los fallecidos la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, la obesidad y la hiperlipidemia. El 72,4% (12 fallecidos) recibió entre 1 y 3 controles en consultas. El 79,3% (16 fallecidos) recibió entre 1 y 3 controles en visitas de terreno y el 100% se controló entre 1 y 3 ocasiones en visitas integrales a la familia. Se concluyó que el cumplimiento del tratamiento indicado para la enfermedad cerebrovascular, los factores de riesgo y enfermedades crónicas no fue satisfactorio en el grupo estudiado. Se recomienda realizar un mayor número de controles en la atención primaria a los pacientes con enfermedad cerebrovascular sobre todo cuando en la dispensarización se encuentra la asociación hipertensión arterial, hábito de fumar y mayores de 65 años.

Descriptores DeCS: TRASTORNOS CEREBROVASCULARES; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; MÉDICOS DE FAMILIA.

La dispensarización es el agrupamiento, registro y control periódico por el Médico de la Familia de todos los pacientes de su área de salud, ya sean sanos o enfermos, por lo que todo paciente debe ser controlado anualmente independientemente de

su estado de salud.<sup>1</sup> Este proceder garantiza al médico un amplio conocimiento de cada uno de los individuos de su población y facilita el trabajo de prevención y control de muchas enfermedades, sobre todo las enfermedades crónicas transmi-

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina Interna.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Medicina Interna.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Neurología.

bles que en la actualidad están en alza en nuestra población.<sup>2-4</sup>

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es una de las que mayor tasa de morbimortalidad exhibe en la provincia de Matanzas (Cuadro Epidemiológico de las Enfermedades No Transmisibles. Enero-julio, 1995. Matanzas. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. 1995). La disminución de la tasa de morbimortalidad por ECV en países desarrollados se ha logrado a expensas del trabajo en el control de los factores de riesgo y enfermedades crónicas predisponentes,<sup>5-8</sup> es por esto que el papel del Médico de la Familia en la labor de reducción de la morbimortalidad por estas enfermedades se convierte en primordial. Este estudio pretende realizar un análisis de la atención que recibieron en su área de salud un grupo de pacientes que fallecieron por ECV.

## Métodos

**Grupo estudio:** Se realizó un estudio retrospectivo-descriptivo del total de 58 pacientes fallecidos por ECV en el Área de Salud "Carlos Verdugo" durante los años 1994-1995.

**Método:** Entrevista médico-familiar: Se realizó a los Médicos de Familia de los consultorios en los cuales falleció algún paciente por ECV y también se entrevistaron a los familiares de los fallecidos, se obtuvieron los datos siguientes:

- Datos generales: nombre, edad, sexo, dirección y consultorio.
- Enfermedades crónicas y factores de riesgo: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, ataque transitorio de isquemia (ATI), diabetes mellitus, edad mayor de 65 años, fumar cigarrillos, obesidad e hiperlipidemias<sup>9,10</sup> y otras

que tienen una relación demostrada con la ECV.

Se definió como:

**Fumador:** aquellos pacientes que consumieron cigarrillos durante cualquier etapa de su vida y en cualquier cantidad.

**Obeso:** a los pacientes que tenían un incremento de un 20 % sobre su peso ideal.

**Hiperlipidemias:** a los pacientes con cifras de colesterol o triglicéridos superior a las cifras establecidas (colesterol > 5,2 mmol/L, triglicéridos > 2,6 mmol/L).

**Hipertensos:** a los pacientes con cifras de tensión arterial sistólica mayor de 140 mmHg y diastólica superior a 85 mmHg en más de 3 tomas de tensión arterial.

**Cardiopatía isquémica:** todo paciente con antecedentes de angina de pecho o infarto del miocardio comprobado clínica o electrocardiográficamente.

**Ataque transitorio de isquemia:** todo paciente con al menos un defecto neurológico focal isquémico reversible en menos de 24 h para el territorio carótido y 48 h para el territorio vértebro-basilar.<sup>11</sup>

**Diabetes mellitus:** pacientes con cifras de glicemia superior a 6,1 mmol/L en ayunas y superior a 11 mmol/L en la prueba de tolerancia a la glucosa.

- Dispensarización: este dato fue recogido de las historias clínicas familiares e individuales, obteniéndose el número de controles realizados en los últimos 12 meses que precedieron a la muerte.
- Cumplimiento del tratamiento recibido en el último año: fue aportado por el Médico de la Familia y se comprobó en la entrevista a los familiares.
- Tipo de ECV: isquémica o hemorrágica.

**Análisis estadístico:** para correlacionar el cumplimiento del tratamiento y el tipo de ECV que ocasionó la defunción se aplicó la

**TABLA 1. Dispensarización de los fallecidos por ECV según enfermedades crónicas y factores de riesgo**

Enfermedades crónicas y factores de riesgo	Total de pacientes	Total de dispensarizados	%
Edad de 65 años y más	48	37	77
Hipertensión arterial	39	39	100
Hábito de fumar	33	11	33,3
ECV anterior	22	21	95,5
Cardiopatía isquémica	16	16	100
Diabetes mellitus	13	13	100
Obesidad	5	5	100
Hiperlipidemia	3	3	100

prueba de Chi cuadrado con el objetivo de aceptar o rechazar la hipótesis de relación o dependencia con una confiabilidad de  $p < 0,05$  para el rango de significación y de  $p < 0,01$  para el rango de muy significativo. Se aplicó el programa estadístico MICROSTAT.

## Resultados

La dispensarización de los pacientes estudiados según las enfermedades crónicas y factores de riesgo presentados, aparece en la tabla 1. La hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, la obesidad y la hiperlipidemia, se dispensarizaron en el 100 % de los casos. Hay 2 factores de riesgo que se encuentran entre los que más afectaron a esta población y que no fueron dispensarizados en la totalidad de los casos, ellos fueron la edad 65 años y más, que se dispensarizó en un 77 % (37 pacientes) y los fumadores en un 33,3 % (11 pacientes).

Los controles a los pacientes que tuvieron ECV, en el área de salud estudiada (tabla 2), se realizaron a través de consultas, visitas de terreno y visitas integrales. Se efectuaron entre 1 y 3 controles en consultas a 42 de los pacientes que fallecieron (72,4 %), y se realizaron más de 4 con-

troles a 16 pacientes (27,6 %). En visitas de terreno se efectuaron entre 1 y 3 controles a 46 de los pacientes (79,3 %), y 4 y más controles a 12 pacientes (20,7 %). En visitas integrales se controlaron los 58 pacientes (100 %) entre 1 y 3 ocasiones.

**TABLA 2. Controles realizados a los pacientes con ECV**

Controles realizados	Tipo de control realizado					
	Consultas		Terreno		Visitas integrales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Entre 1 y 3	42	72,4	46	79,3	58	100
4 y más	16	27,6	12	20,7	0	0
Total	58	100	58	100	58	100

En la tabla 3 aparece la relación entre el cumplimiento del tratamiento de los pacientes y el tipo de enfermedad cerebrovascular. El 100 % de los pacientes estudiados tenían tratamiento para su enfermedad crónica y factores de riesgo, pero de ellos sólo el 67,2 % cumplía con sistemáticamente el tratamiento, de ellos un 61,5 % (24 pacientes) fallecieron por enfermedad vasculocerebral isquémica, mientras que los 19 restantes casos de la muestra (32,8 %) incumplían el tratamiento. De ellos fallecie-

TABLA 3. Cumplimiento del tratamiento para la ECV. Enfermedad crónica y/o factores de riesgo según el tipo de ECV

Cumplimiento del tratamiento	Hemorrágico		Tipo de ECV Isquémico		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cumplido	15	25,8	24	41,4	39	67,2
Incumplido	11	18,9	8	13,9	19	32,8
Total	26	44,7	32	55,3	58	100

ron por ECV hemorrágica un total de 11 pacientes (57,9 %). Se aplicó la prueba de Chi cuadrado y se obtuvo  $X^2 = 1,951$ ,  $p = 0,1625$ ,  $p > 0,05$ . El resultado obtenido no permitió aceptar la hipótesis de relación de dependencia entre el cumplimiento sistemático o no del tratamiento, y el tipo de ECV que originó la muerte de forma significativa para el percentil prefijado.

### Discusión

Se debe señalar que hay 2 factores de riesgo que se encuentran entre los que más afectaron a esta población y que no fueron dispensarizados en la totalidad de los casos, ellos fueron la edad 65 años y más y los fumadores. Estos factores tienen una gran asociación con la hipertensión arterial, de ahí la importancia de su adecuada dispensarización. En un Trabajo de Terminación de Residencia realizado en el Hospital Clínicoquirúrgico de Matanzas por el doctor *De Armas* (Enfermedad Cerebrovascular y la Atención Primaria) se analizó la calidad de la atención primaria que recibió un grupo de pacientes previo a su ingreso por ECV; se encontró que las principales causas de dispensarización fueron tener más de 65 años (37,5 %), la hipertensión arterial (32,5 %) y por ECV previo (20 %). El 12,5 % de los pacientes no se dispensarizó. Encontraron un bajo porcen-

taje en dispensarización, a diferencia de nuestra investigación.

Cuando se analizan los datos aportados por el Informe Anual de Salud en 1988 se observa que la tasa de prevalencia en pacientes dispensarizados por el Médico de la Familia para la diabetes mellitus era de 75,5 %<sup>12</sup> y otra Tesis de Terminación de Residencia realizada en 1991 por el doctor *Domínguez* (Hábitos tóxicos y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la población mayor de 60 años, residente en el área de los consultorios 9 y 10 del Policlínico Docente "Héroes del Moncada" del municipio de Cárdenas) ya se aprecia que los pacientes diabéticos al igual que en nuestro estudio, se encontraron dispensarizados en el 100 % de la población estudiada. Lo mismo sucedió para el resto de las enfermedades que encontramos en nuestro estudio dispensarizadas en un 100 %. Este incremento en el porcentaje de dispensarización se debe al mayor desarrollo y experiencia que ha adquirido el plan del Médico de la Familia.

En nuestro estudio se encontró un bajo porcentaje de dispensarización por hábito de fumar entre los pacientes con ECV y esto pudiera ser debido a que el hábito de fumar tradicionalmente se asocia más a los procesos neoplásicos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades coronarias;<sup>13-15</sup> no obstante, ha sido ampliamente demostrado en este estudio y en otros

revisados, el papel del hábito de fumar en la ECV tanto isquémica como hemorrágica.<sup>7,8,10,16</sup>

La edad mayor de 65 años en este estudio tampoco se encontró dispensarizada en la mayoría de los casos. En Cuba la expectativa de vida alcanza 75,2 años<sup>12</sup> y este incremento ha traído aparejado que los individuos lleguen a la edad geriátrica con mejores condiciones físicas y de salud. El envejecimiento biológico es definido como los cambios que el tiempo provoca sobre la vida<sup>17,18</sup> y se conoce que existen muchos factores ambientales como el ejercicio físico que puede hacer que se mantenga estable y se retrase el proceso de envejecimiento.

Cada día son más los pacientes que llegan a estas edades con mejores condiciones físicas y de salud, lo cual hace que no sean vistos en el medio como personas en etapa geriátrica de la vida, sobre todo cuando no se encuentra asociación con otros factores de riesgo ni presentan discapacidad física, según lo demuestra la Tesis de Terminación de Residencia del doctor *Enseñat* (Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y hábitos tóxicos en la población mayor de 60 años en el Policlínico Docente "Héroes del Moncada" en el año 1991).

Al analizar el número de controles y su modalidad, se debe tener en cuenta que en el período en que se realizó este trabajo, el número de controles a realizar estaba a consideración del Médico de la Familia, quien realizaba una evaluación de las necesidades individuales en cada caso, pero el número de control debe ser mayor teniendo en cuenta que en estos pacientes se asocian más de una enfermedad crónica y factor de riesgo. Es por esta razón que en la actual carpeta metodológica se establece para los pacientes con enfermedades con secuelas un control cada 6 meses.<sup>4</sup>

En el estudio del doctor *De Armas* se encontró que del total de pacientes con ECV la mayoría recibió antes de su ingreso más de 4 controles y más de 4 terrenos, y que después de su egreso el número de controles se mantuvo bajo. Ellos plantearon que esto se debió a que un grupo de pacientes pasó a ser atendido por la consulta externa del hospital y otros quedaron incapacitados para asistir a su área de salud.<sup>19</sup> Para nosotros esto no es una explicación satisfactoria, ya que el Médico de Familia está encargado de controlar a todos sus pacientes independientemente de que reciban atención en niveles secundarios y terciarios.

La muerte de los pacientes estudiados no estuvo en relación con el cumplimiento del tratamiento médico impuesto como lo demuestran los resultados de este estudio, sino con otros elementos, como los factores de riesgo que presentaron, el control de las enfermedades crónicas reportadas, el estado mismo de la ECV que padecían y las complicaciones que sobrevinieron debido a la conjugación de todos estos elementos; pero al no encontrarse relación entre el tipo de ECV que ocasionó la defunción y el cumplimiento o no del tratamiento indicado, se demuestra que el cumplimiento del tratamiento médico para la enfermedad en sí, los factores de riesgo y las enfermedades crónicas asociadas son de vital importancia tanto para la ECV isquémica, como para la hemorrágica. Otros estudios también demuestran que luego del egreso, sólo el 35 % de los pacientes con el ECV cumplían tratamiento médico.<sup>20</sup>

## **Recomendaciones**

1. Dispensarizar al 100 % de la población que presenta factores de riesgo como los mayores de 65 años y fumadores,

por su importante asociación con la enfermedad cerebrovascular isquémica y hemorrágica.

2. Teniendo en cuenta que en la actual carpeta metodológica se encuentra normado el número de controles a realizar a los pacientes con enfermedades crónicas, sugerimos realizar un mayor número de

controles a los pacientes con ECV en los que se asocian la hipertensión arterial y el hábito de fumar, así como la edad mayor de 65 años.

3. Insistir durante los controles en el cumplimiento del tratamiento de la ECV, y de las enfermedades crónicas y factores de riesgo que predisponen a ella.

**SUMMARY:** A retrospective descriptive study was conducted to evaluate the health actions taken by the family physician in connection with those patients that suffered from cerebrovascular disease and died due to this cause in the "Carlos Verdugo" health area, Matanzas, during 1994 and 1995. 50 dead patients were studied through doctor relative interviews. The following data were obtained: age, sex, personal pathological history; including chronic diseases and risk factors, classification; which made possible to know the number of controls made during the last 12 months before death at the physician office or through field visits and comprehensive visits, and the fulfilment of treatment. 100% of the dead patients were classified into arterial hypertension, ischaemic heart disease, obesity and hyperlipidaemia. 72.4% (12 deceased patients) received between 1 and 3 controls at the physician's office. 79.3% (16 dead patients) were controlled between 1 and 3 times by field visits, whereas 100% were controlled from 1 to 3 occasions in comprehensive visits to the family. It was concluded that the fulfilment of the treatment indicated for the cerebrovascular disease, the risk factors and the chronic diseases was not satisfactory in the studied group. It is recommended to increase the number of controls at the primary care level among those patients with cerebrovascular disease, mainly when within the classification there is an association between hypertension and smoking habit in patients over 65.

Subject headings: CEREbrovascular DISORDERS; PRIMARY HEALTHCARE; PHYSICIANS, FAMILY.

## Referencias bibliográficas

1. Colectivo de autores. Rigol Delgado O, Pérez Caballás F, Perea Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal JF. El Médico General como Especialista. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987;167-77.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, Propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 1992:10-11.
3. Ochoa R. Fundamentación de la lucha contra las enfermedades crónicas y dispensarización. Rev Cubana Med Gen Integr. 1992;8(3):190-94.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Balance Anual de Salud. 1995. Metodología para el año 1996. La Habana. MINSAP. 1996:12.
5. Somoza J. Epidemiología de la Enfermedad Cerebrovascular Isquémica. Acta Proceedings VIII Panamerican Congress of Neurology. Montevideo: Imprenta Americana, 1995: 71-4.
6. Biller J. Protocolo de tratamiento del accidente vascular cerebral. Rev. Neurol 1997: 25(137):114.
7. Brown RD Jr, Evans BA, Wiebers DO, Petty GW, Meissner I, Dale AJD. Transient Ischemic Stroke: An algorithm for Evaluation and Treatment. Mayo Clin Proc. 1994;69:1027-39.

8. Mayberg MR, Batjer HH, Dacey R, Diringer M, Holey EC, Heros RC, et al. Guidelines for the management of aneurysmal Subarchnoid hemorrhage. *Stroke* 1994;25(11):2315-28.
9. Whisnont JP: A population study of stroke and T/A Edimburg: Churschil Livingstone, 1976:86.
10. Ad Hoc Committe of Guidelines for the Management of Transient Ischemic Attacks of the Stroke Council of the America Heart Association. Guidelines for the Management of Trasient Ischemic Attacks. *Stroke* 1994;25(6):1320-35.
11. García Tijera J. Tratamiento del Paciente con enfermedad cerebrovascular isquémica. *Conjunto* 1987;10(1):3-60.
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Informe Anual (Datos Estadísticos). La Habana. 1989. MINSAP.
13. Toma Ruíz JB. Alteraciones electrocardiográficas en ancianos. Estudio realizado en los ancianos de un sector del Policlínico Comunitario Docente "Pedro Borrás" de Pinar del Río. *Rev Cubana Med*. 1986;25(5):527-533.
14. Díaz Novín J. Morbilidad Geriátrica en Alamar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1985;1(3):4-13.
15. Rowe JW. La atención de salud de los ancianos. *Rev Cubana Med* 1988;27(10):110- 27.
16. Adam HP, Brott TG, Crowell RM, Furlan AJ, Gómez CR, Grotto J, et al. Guidelines for the Management of Patients with Acute Ischemic Stroke. *Circulation* 1994; 90(3):1588-601.
17. Alonso G. Tellez A. Algunas consideraciones sobre Gerontología. *Rev Cubana Med* 1988;25(5):539-43.
18. Cárdenas S. El envejecimiento, realidades y perspectivas. *Rev Cubana Med* 1989;28(1-2).
19. Pons Bravet P. Principales problemas en Medicina preventiva Geriátrica. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1986;2(2):5-12.
20. Cisneros A. Defunciones por Enfermedad Cerebrovascular en Ciudad de La Habana durante 1981. *Rev Hosp psiquiatr Habana* 1987;28(4):625-36.

Recibido: 27 de octubre de 1997. Aprobado: 10 de noviembre de 1997.

*Dra. Keidy Sabater Bueno.* Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "José Ramón López Tabranes". Matanzas, Cuba.