

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. SEGUIMIENTO Y REHABILITACIÓN EN LA COMUNIDAD

Clara Raisa Vera Miyar¹ y Carlos Morales Pérez²

RESUMEN: Se realizó un estudio de pacientes adultos que sufrieron enfermedades cerebrovasculares (ECV) en 38 consultorios pertenecientes al área urbana del Policlínico "Idalberto Revuelta" de la ciudad de Sagua la Grande en el período comprendido de septiembre de 1995 a septiembre de 1997. Se determinó su comportamiento y seguimiento en los consultorios médicos, encontrándose un predominio en general de la ECV de tipo isquémico en las personas mayores de 63 años; a su vez la hipertensión arterial fue el factor de riesgo fundamental, seguido del hábito de fumar y las enfermedades cardíacas. Los pacientes con ECV isquémica, que fueron en su mayoría adultos mayores, presentaron mayor capacidad de independencia respecto a los hemorrágicos, y esto a su vez guardó estrecha relación con la ventana terapéutica y la rehabilitación. La complicación más frecuente fue la bronconeumonía.

DeCS: ISQUEMIA CEREBRAL/rehabilitación; FACTORES DE RIESGO; BRONCONEUMONIA/complicaciones.

En Cuba la población envejece de forma muy similar a la de muchos países desarrollados, el 12 % de los cubanos tiene más de 60 años, cifra que continuará aumentando hasta el 13,4 % en el año 2000 y el 20,1 % en el 2025, estimándose que en el año 2015 en Cuba habrá más ancianos que niños. El grupo de 60 y más años continuará creciendo cada día con mayor rapidez, y se estima que para el año 2000 más del 30 % de la población mundial estará integrada por ancianos.¹

Nuestra provincia, Villa Clara, es la de mayor envejecimiento en el país teniendo el 15,8 % de la población por encima de 60 años,²⁻⁴ y nuestro municipio, según el Comité Estatal de Estadísticas, que tiene una población de 61 201 personas, dentro de la provincia ocupa el segundo lugar con un 14,8 % de la población envejecida.

Este comportamiento de la población cubana sugiere que el personal que labora en la esfera de la salud tendrá que emplear mayor cantidad de su tiempo en la atención

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Policlínico Docente y Principal de Urgencias "Mario A. Pérez" de Sagua la Grande, Villa Clara.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente y Principal de Urgencias "Mario A. Pérez" de Sagua la Grande, Villa Clara.

al adulto mayor, lo que nos obliga a estar más preparados frente a los factores de riesgo, morbilidad y seguimiento de este grupo poblacional para poder enfrentar este problema.

Nos vimos motivados a realizar este trabajo pues conocemos los resultados devastadores que causan la enfermedad cerebrovascular (ECV) en el anciano y en cualquier otra persona que lo sufra, dejándole secuelas que lo afectan desde el punto de vista psíquico, social y económico; y nos interesó saber la evolución de ellos después del egreso hospitalario en su área de salud respecto a su seguimiento y rehabilitación, por lo que consideramos les resultará de interés este trabajo, pues permitirá conocer algo más acerca del comportamiento de esta enfermedad en la comunidad.

Nos propusimos como objetivo general, determinar el comportamiento y seguimiento que tienen los ancianos con ECV en los consultorios médicos estudiados; y más específicamente, reconocer la prevalencia de la ECV en el área de salud estudiada, definir cuáles fueron los factores de riesgo mayores y menores hallados en estos pacientes, comparar la capacidad de independencia con la ventana terapéutica, analizar la rehabilitación con respecto a la capacidad de independencia de los pacientes y reconocer las complicaciones más frecuentes que presentaron.

Métodos

Se estudiaron en el policlínico "Idalberto Revuelta" de la ciudad de Sagua la Grande, que atiende a una población de 24 744 habitantes, a todos los pacientes dispensarizados como grupo III por haber sufrido una ECV, o por presentar secuela de la ECV (grupo IV), en los 38 consultorios

que pertenecen al área urbana en el período comprendido de septiembre de 1995 a septiembre de 1997.

Los datos necesarios fueron obtenidos directamente por los autores de este trabajo con la colaboración del médico y la enfermera de cada consultorio objeto de estudio, mediante la revisión de la historia clínica de los pacientes y la visita a los enfermos en su hogar, entrevistándolos a ellos y en caso necesario a sus familiares. Se consideró oportuno hacer la clasificación siguiente:

Independientes: Son aquellos pacientes a los que les aplicamos la encuesta de capacidad de independencia y sus resultados fueron superiores a 70 puntos.

Dependientes: En los que el valor fue inferior a 70 puntos.

Ventana terapéutica: Es el tiempo que demora desde que el paciente comienza con el inicio de los síntomas hasta el inicio del tratamiento.⁵

Rehabilitación inmediata: Consideramos aquella que se realiza en el centro hospitalario antes del alta.

Rehabilitación mediata: Se realiza posterior al alta hasta aproximadamente 21 días.

Rehabilitación tardía: Se realiza posterior a los 21 días.

Se empleó como método estadístico la prueba de homogeneidad Chi cuadrado considerando valores ($p > 0,05$) no significativo; ($p < 0,05$) significativo; ($p < 0,01$) muy significativo y ($p < 0,001$) altamente significativo (anexo).

Resultados

En la tabla 1 apreciamos un predominio de los accidentes isquémicos con un 85,7 %, y dentro de ellos las trombosis con

un 57,6 % respecto a los hemorrágicos que fueron solo de 14,3 %. Las edades más frecuentes fueron para la ECV isquémica, las más avanzadas, ya que observamos que de 63 a 78 años fue de un 39,4 %, y en mayores de 79 años de un 33,3 %; en cambio, las hemorrágicas aparecen en edades más tempranas con un 45,5 % de 47 a 62 años (tabla 2).

TABLA 1. Prevalencia de la ECV en el área de salud estudiada

	Diagnóstico	Pacientes	%
Isquémicos	ATI	25	37,9
	Trombosis	38	57,6
	Embolia	3	4,5
	Subtotal	66	85,7
Hemorrágicas	HSA	4	36,4
	H. cerebral	7	63,8
	Subtotal	11	14,3
Total general		77	100

ATI. Ataque transitorio de isquemia.

HSA. Hemorragia subaracnoidea.

H. cerebral: Hemorragia cerebral.

Fuentes: Encuestas.

Entre los factores de riesgo (tabla 3) predominó la HTA para ambos eventos con 59 y 54,5 % respectivamente, seguidos por el hábito de fumar (33,3 %) para los isquémicos, y 45,5 % para los hemorrágicos. Se comprobó que las cardiopatías isquémicas tuvieron una prevalencia en la población mayor que 60 años que alcanzó un 19,6 % en la isquémica, y un 18,2 % en las hemorrágicas. En cuanto a los factores de riesgo menores tenemos que el consumo de drogas anticonceptivas predominó en los isquémicos con un 4,5 %, y en las hemorrágicas el sedentarismo y el alcoholismo con 9,1 % en ambos. En la tabla 4 observamos que presentaron mayor capacidad de independencia los pacientes que sufrían ECV isquémicas (47 %) respecto a los no independientes en el caso de las hemorrágicas, que fue de 90,9 %, lo cual tuvo significación estadística ($p < 0,05$).

La ventana terapéutica menor fue directamente proporcional a un mayor grado de independencia (tabla 5). Esta asociación fue altamente significativa ($p < 0,001$) en nuestro estudio, ya que aquellos pacientes atendidos en menos de 2 h en la institución

TABLA 2. Edad de los pacientes con ECV

Edad (años)	ECV isquémicas		Hemorrágicas	
	No.	%	No.	%
15-30	1	1,5	-	-
31-46	1	1,5	4	36,4
47-62	16	24,3	5	45,5
63-78	26	39,4	-	-
+ 79	22	33,3	2	18,1
Total	66	100	11	100

Fuente: Encuestas.

$X^2 = 24,38$ ($p < 0,01$)

TABLA 3. Factores de riesgo mayores y menores encontrados en pacientes con ECV

Factores de riesgo Mayores	Isquémicos		Hemorrágicos	
	No.	%	No.	%
HTA	39	59	6	54,5
Hábito de fumar	20	33,3	5	45,5
Cardiopatía	13	19,6	2	18,2
Diabetes mellitus	5	7,6	-	-
Obesidad	3	4,5	1	9,1
Menores	No.	%	No.	%
Drogas anticonceptivas	3	4,5	-	-
Sedentarismo	2	3	1	9,1
Alcoholismo	-	-	1	9,1

Fuente: Encuestas.
p> 0,05.

TABLA 4. Capacidad de independencia de pacientes con ECV

	Isquémicas		Hemorrágicas	
	No.	%	No.	%
Independiente	31	47	1	9,1
No independiente	35	53	10	90,9
Total	66	100	11	100

Fuente: Encuestas.

TABLA 5. Capacidad de independencia con la ventana terapéutica

Ventana terapéutica	Independientes		Dependientes	
	No.	%	No.	%
Menos de 2 h	23	71,9	10	22,2
2,5 h	6	18,7	15	33,3
+ 6 h	16	24,3	5	45,5
Total	32	100	45	100

Fuente: Encuestas.

hospitalaria en un 71,9 % conservaron una buena capacidad de independencia; mientras que aquellas a las cuales se les aplicó la terapéutica pasadas las 6 h, llevaron un mayor grado de dependencia.

La rehabilitación inmediata fue significativa ($p < 0,01$) en el estudio (tabla 6), lográndose el 78,1 % de los pacientes con

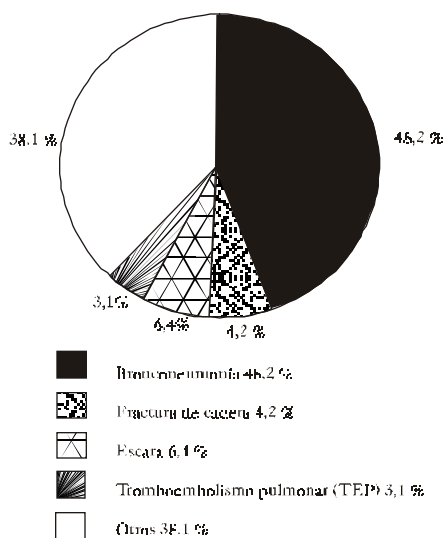
independencia, respecto al 66,7 % que quedaron dependientes al no ser rehabilitados.

Al definir las complicaciones en la ECV (fig.) hallamos predominio de las neurológicas, siendo las bronconeumonías con 48,2 % las más frecuentes, observando que las escaras, las fracturas de cadera y el tromboembolismo pulmonar son raras en nuestra casuística.

TABLA 6. Rehabilitación respecto a la capacidad de independencia en pacientes con ECV

Rehabilitación	Independientes		Dependientes	
	No.	%	No.	%
Inmediata	25	78,1	-	-
Mediata	5	15,6	-	-
Tardía	2	6,3	15	33,3
Nunca	-	-	30	66,7
Total	32	100	45	100

Fuente: Encuestas.



Fuente: Encuesta.

FIG. Complicaciones de la ECV.

Discusión

En esta enfermedad predomina el tipo isquémico, lo cual coincide con la bibliografía que señala que entre 70-80 % de todas las ECV son isquémicas.⁶⁻⁸ En cuanto al predominio en edades más avanzadas de la vida algunos autores consideran que la edad es el principal factor de riesgo en la ECV isquémica,⁹ pues en la vejez existen determinados procesos degenerativos

vasculares, que al afectar la circulación cerebral, pueden comprometer la irrigación de un área determinada y provocar el *ictus*. Se considera que la aterosclerosis es la principal causa de *ictus* en nuestro medio con una tendencia a empeorar el pronóstico de la enfermedad con la edad.¹⁰

El predominio de la HTA como factor de riesgo es explicable, pues este predispone a la arteriosclerosis, acelera el paso de los lípidos a través de las células endoteliales de la íntima y provoca la degeneración fibrinoide de las arterias cerebrales, potencializando el desarrollo y la rotura de aneurismas del polígono de Willis, y el efecto nocivo de la misma radica tanto en la sistólica como en la diastólica.^{11,12} El hábito de fumar lo podemos explicar también, pues el cigarrillo es capaz de aumentar el hematocrito, la agregación plaquetaria, el fibrinógeno y otros factores de coagulación, además produce daño directo endotelial, y es importante componente de los procesos ateroscleróticos.¹³

Consideramos que la mayor capacidad de independencia de los pacientes con ECV isquémicas respecto a las hemorrágicas en nuestro estudio se debe a que estos últimos se someten a un período de reposo que a veces llega hasta 21 días y que impide una adecuada rehabilitación, no siendo así en las isquémicas las cuales desde las primeras 24 a 48 h se comienza la fisioterapia.

Sin duda alguna, la rápida y precisa terapéutica de las ECV es fundamental y está determinada por la reducción de la ventana terapéutica, la cual es directamente proporcional a una mejor rehabilitación basada en la mejoría de la función sanguínea cerebral, reducción del área de penumbra isquémica y por tanto, un mayor grado de independencia. La rehabilitación por su parte estuvo directamente relacionada con

la posterior capacidad de independencia de los pacientes, pues se observó que aquellos pacientes que por cuestiones de lejanía del centro de rehabilitación o por falta de apoyo familiar, no llegaron a mantenerla o no la realizaron, permanecen independientes de su medio familiar lo que eleva el costo y la dependencia social, y los hace más susceptibles a las complicaciones. Respecto a estas últimas consideramos sea la bronconeumonía la más frecuente, pues al no estar rehabilitado el paciente, se provoca cierto grado de permanencia en cama que disminuye su mecánica ventilatoria y aparece dicha afección.

Conclusiones

1. Predominó la ECV isquémica en el área estudiada y en edades más avanzadas.
2. El principal factor de riesgo controlable fue la HTA, seguida por el hábito de fumar y las enfermedades cardíacas.
3. Los pacientes rehabilitados precozmente presentaron una mayor capacidad de independencia respecto a los que no lo hicieron o se rehabilitaron tardíamente.
4. A menor tiempo de ventana terapéutica mayor capacidad de independencia.
5. La complicación más frecuente fue la bronconeumonía bacteriana hipostática.

ANEXO

Encuesta

Edad _____ Sexo _____

Trabaja: Sí _____ No _____

Tiempo que hace que sufrió la ECV _____

Tipo de ECV:

Secuela _____

Sin secuela _____

Tratamiento actual:

Temporal _____

Permanente _____

Complicaciones:

Bronconeumonía _____

Escaras _____

Fractura de cadera _____

Otras _____

Antecedentes patológicos personales _____

HTA _____ Dislipidemias _____ Hábito de fumar _____

Diabetes _____ Enfermedades cardíacas _____ Obesidad _____ Otros _____

Tiempo que demoró en ser llevado al hospital:

Menos de 2 h _____ 2 a 5 h _____ más de 6 h _____

Tiempo en que comenzó a realizarse la fisioterapia:

Inmediato _____ Mediato _____ Tardío _____ Nunca _____

Capacidad de independencia:

I- Come

Sin ayuda _____

Con ayuda _____

Necesita ser alimentado _____

II- Lavado

Sin ayuda _____

Con ayuda _____

III- Cuidado corporal (peinado, cepillado, afeitado)

Sin ayuda _____ Con ayuda _____

IV- Vestirse

ANEXO. Continuación

Sin ayuda _____
Con ayuda _____
Sólo con posible ayuda _____
Completamente incapaz _____
V- Control de la defecación
Con laxante, sin ayuda _____
A veces incontinencia, precisa ayuda _____
Incontinencia _____
VI- Control de la micción
Sin problemas _____
Necesita ayuda _____
Incontinencia y sondaje _____
VII- Empleo del retrete (permanencia en cama enteramente dependiente)
Uso sin ayuda del retrete _____
Necesita ayuda _____
Permanencia en cama, dependiente _____
VIII- Paso de cama a sillón de ruedas
Uso sin ayuda del sillón de ruedas _____
Precisa algún tipo de ayuda _____
Puede estar sentado, pero necesita ayuda constantemente _____
Permanente en cama _____
IX- Capacidad de movimiento
Puede andar 50 pasos (con bastón, sin andador) _____
Puede andar 50 pasos con ayuda _____
Puede moverse 50 pasos en sillón de ruedas _____
Incapacidad para desplazarse con el sillón de ruedas _____
X- Subida de escaleras
Sin ayuda ajena _____
Sólo con ayuda _____
Imposibilidad _____

SUMMARY: A study of adult patients who suffered cerebrovascular diseases (CVD) was conducted at 38 family physician's offices corresponding to the urban area of "Idalbero Revuelta" Polyclinic, in the city of Sagua la Grande, from September, 1995, to September, 1997. Their behavior and follow-up at the family physician's offices was determined and it was found a predominance in general of CVD of ischemic type in individuals over 63. Arterial hypertension was the fundamental risk factor, followed by smoking habit and heart diseases. Those patients with ischemic CVD that were mostly older adults had a greater capacity of independence compared with the hemorrhagic patients. This had a close relation with the therapeutic window and rehabilitation. Bronchopneumonia was the most frequent complication.

Subject headings: **CEREBRAL ISCHEMIA/rehabilitation; RISK FACTORS; BRONCHOPNEUMONIA/ complications.**

Referencias bibliográficas

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992;8(3):271-87.
2. Prieto Ramos O, Vega García E. Algunos sistemas de atención al anciano: programa para la atención integral al anciano. En: *Temas de Gerontología*. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1996:102-5.
3. Prieto Ramos O, Vega García E. Envejecimiento y sociedad. En: *Temas de Gerontología*. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1996:15-9.
4. Espinosa Brito A, Quintana Galeade ML. Aspectos demográficos y epidemiológicos en el estudio de los ancianos. En: *Temas de Gerontogeriatría*. *Rev Finlay Cienfuegos. Órgano Científico Médico*, s/a:3-26.
5. Rigol Ricardo O, Pérez Carbellas F, Perea Corral J, Fernández Sacasa J, Fernández Mirabal JE. *Medicina General Integral*. 2 ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1994;T 4:246.
6. Álvarez Sintés R, Presno Labrador C, Gasmely Escalona B, Torre Montejo E de la. Dejar de fumar y disminuir el riesgo de accidentes vasculares encefálicos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1994;10(3):301.
7. López González F, Aldrey JM, Pardillo H, Castillo J. Morbilidad por hemorragia intracerebral. *Rev Neurol* 1998; 27(159): 755-8.
8. Lovesio C. *Medicina intensiva*. Buenos Aires: Editorial Medi-Libros, 1996:253.
9. Catto AJ, Grant PJ, Kath M. Risk factors for cerebrovascular diseases and the role of coagulation and fibrinolysis. *Blood Coagul Fibrinol* 1995;6(6):497-510.
10. Romero Valdés A, Cárdenas Álvarez M, García-Viniegras CV, Zacca Peña E, Rodríguez Pérez I. Aterosclerosis periférica y factor de riesgo en la población geriátrica. *Rev Cubana Med* 1994;33(1):14-21.
11. Goldstein LB, Bonito J. Prevención del accidente vascular encefálico en los Estados Unidos de América. *Stroke* 1995;26:1607-15.
12. Anthony S. Cigarettes smoking and stroke. *Ann Inter Med* 1994;11201:458-62.
13. Álvarez Sabin J. Accidentes isquémicos transitorios. Diagnóstico en régimen de hospitalización ambulatoria. *Rev Neurol Esp* 1997;20(5):1104-9.

Recibido: 27 de septiembre de 1999. Aprobado: 2 de noviembre de 1999.

Dra. Clara Raisa Vera Miyar. Solís No. 114 entre Libertadores y Plácido, Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba.