

## **Enfermedad cerebrovascular en el Policlínico Docente José Antonio Echeverría, de Cárdenas**

### **Cerebrovascular disease in the Teaching Polyclinic Jose Antonio Echeverría, of Cardenas**

**Dra. Rosabel González Romo, Dr. Leonel de Armas Rodríguez, Dra. Bárbara  
Gavilla González, Dra. Dunia Justa Díaz Camellón**

Policlínico Docente José Antonio Echeverría Bianchi. Cárdenas. Matanzas, Cuba.

---

#### **RESUMEN**

Se realizó un estudio comparativo para determinar el comportamiento de algunos aspectos epidemiológicos de la enfermedad cerebrovascular, durante los períodos enero de 2002-agosto de 2003, y enero de 2010-agosto de 2011, en el Policlínico Docente José Antonio Echeverría, de Cárdenas. El universo quedó constituido por 153 pacientes pertenecientes al área de salud e ingresados en el Hospital Julio M. Arístegui Villamil, de la misma ciudad, con dicho diagnóstico en los períodos referidos, de los cuales 66 correspondieron al primer período y 87 al segundo, respectivamente. Mediante la revisión de las historias clínicas del hospital y de las historias clínicas individual y familiar del consultorio, se obtuvieron las variables estudiadas. El sexo masculino y los mayores de 60 años fueron los más afectados en ambos períodos. La hipertensión arterial estuvo como factor de riesgo en el 50 % de los casos durante el 2002-2003, y en un 79,3 % en el período 2010-2011. El tipo de enfermedad cerebrovascular más frecuente fue el isquémico, con un 91 % en el primer período, y de estos pacientes, el 81,8 % ingresó en salas abiertas, mientras que en el segundo período, la enfermedad cerebrovascular isquémica ocupó el 84,0 % y el 77,1 % de los pacientes fue hospitalizado en dichas salas. Durante el primer período analizado, el 61,3 % de los pacientes no estaba dispensarizado en el área de salud, y en el segundo período el 83,1 %. Se concluye que hay insuficiencias en el manejo de estas entidades, tanto en la atención primaria como en la secundaria.

**Palabras clave:** enfermedad cerebrovascular, epidemiología, isquemia.

---

## ABSTRACT

We developed a comparative study to determine the behavior of some epidemiologic aspects of the cerebrovascular disease, during the period from January 2002 to August 2003, and from January 2010 to August 2011, in the Teaching Policlinic José Antonio Echeverría, of Cardenas. The universe was formed by 153 patients of the health area, who entered the Hospital Julio M. Arostegui Villamil with that diagnosis in the mentioned periods, 66 of them in the first period, and 87 in the second respectively. Reviewing the clinical records of the hospital and the familiar and individual clinical records of the family doctor offices, we obtained the studied variables. The male patients aged more than 60 years were the most affected in both periods. Arterial hypertension was a risk factor in 50 % of the cases during the period 2002-2003, and in 79,3 % of the cases in the period 2010-2011. The most frequent kind of cerebrovascular disease was the ischemic one, with 91 % in the first period (81,8 % of these patients entered open wards, while in the second period the ischemic cerebrovascular disease represented 84,0 % and 77,1 % of the patients were in-patients of those wards. During the first period, 61,3 % of the patients were not treated in the health area, and during the second period 83,1 %. We concluded that there are deficiencies in the management of these diseases, as much in the primary health care as in the secondary one.

**Key words:** cerebrovascular disease, epidemiology, ischemia.

---

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es una de las causas principales de invalidez y morbimortalidad en los países desarrollados, con el costo económico y social que ello supone. En los países occidentales es la tercera causa de mortalidad tras las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias.<sup>(1)</sup>

Los estudios de incidencia de ictus muestran una tasa relativamente homogénea que varía entre 1,5 y 2,9 casos nuevos por 1 000 habitantes por año y dentro de ellos, los accidentes isquémicos transitorios tienen una tasa entre 0,5 y 3 casos nuevos por 1 000 habitantes por año.<sup>(2,3)</sup> Los datos de prevalencia mundial son escasos, pero se sitúa entre 800 casos por 10 000 habitantes, correspondiendo aproximadamente a un 10% de los fallecimientos.<sup>(4,5)</sup>

La mortalidad intrahospitalaria por ictus se cifra entre 10-34 % y todos los investigadores coinciden en que es mayor para las hemorragias. Un 19 % de las muertes acaecen en los primeros 30 días, siendo posteriormente de 16-18 % anual.<sup>(6,7)</sup>

Según datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el acápite "Estadística de Defunciones según las causa de Muerte", en Cuba durante el año 2011, la ECV ocupó el tercer lugar (posición que ostenta desde 1970), con 8 641 defunciones, precedidas únicamente por las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos. Del total de muertes antes referido, podemos plantear que la

provincia más afectada fue La Habana con 1965 casos y en nuestra provincia cobró 505 vidas,<sup>(8)</sup> a pesar del desarrollo de las técnicas de neuroimagen que permiten identificar el tipo, extensión y localización de las lesiones.<sup>(9,10)</sup>

La ECV constituye un problema de salud aun no resuelto en el mundo, en nuestro país y en el área del Policlínico José Antonio Echeverría, lo que nos hace pensar como problema científico, que existen factores epidemiológicos y relacionados con su manejo, que influyen en el aumento de la incidencia y la letalidad en nuestra área de salud y no el desconocimiento científico y tecnológico para su diagnóstico, lo que nos motivó a realizar este trabajo, para comparar el comportamiento de estos aspectos en los períodos 2002-2003 y 2010-2011.

## **MÉTODOS**

Se realizó un proyecto de investigación, en el cual se llevó a cabo un estudio descriptivo en el Policlínico Docente José Antonio Echeverría, de Cárdenas, para comparar el comportamiento de aspectos epidemiológicos de la enfermedad cerebrovascular (ECV) en los períodos comprendidos de enero de 2002 a agosto de 2003 y enero de 2010 a agosto de 2011.

El universo quedó constituido por 153 pacientes que ingresaron en el Hospital Territorial Docente Julio M. Arístegui Villamil, de Cárdenas, por este diagnóstico, en los períodos anteriormente referidos y pertenecientes al área de salud mencionada, de los cuales 66 correspondieron al primer período y 87 al segundo período estudiado.

A través de la revisión de las historias clínicas del hospital, se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de ECV por el diagnóstico al egreso, destino o referencia al egreso, factores de riesgo reconocidos para la ECV y tipo de sala para su ingreso. Mediante la revisión de las historias clínicas individual y familiar del consultorio, se obtuvieron datos acerca de si se tomó en cuenta o no la dispensarización de los pacientes egresados vivos, según los factores de riesgos antes referidos en las historias clínicas hospitalarias.

La información recogida se procesó y analizó en el programa estadístico SPSS 10.0. Los resultados se expresaron en frecuencia absoluta y relativa y se presentaron en tablas. Se determinó la media aritmética como medida de resumen para la edad.

Los textos se procesaron en word y las tablas se confeccionaron en el gestor Excel de Microsoft Office 2003.

## **RESULTADOS**

En la Tabla 1 se puede apreciar que en los 66 pacientes estudiados durante el primer período, más del 70 % se encuentra en las edades de más de 60 años, sobresaliendo ligeramente el grupo de 70-79 años, con 24,2 %. En los 87 pacientes

analizados en el segundo período, se aprecia que la mayor incidencia de ECV continúa siendo en los mayores de 60 años, predominando de igual manera el de 70-79 años, con un 32,2 %.

**Tabla 1.** Grupos etarios de los pacientes ingresados por ECV en los períodos de estudio

Grupos etarios	Enero 2002- agosto 2003		Enero 2010- agosto 2011	
	No.	%	No.	%
41 - 49	7	10,6	9	10,3
50 – 59	11	16,6	13	15
60 – 69	15	22,7	15	17,2
70 – 79	16	24,2	28	32,2
80 – 89	14	21,2	16	18,4
90 y más	3	4,5	6	6,9
Total	66	100	87	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Territorial Docente Julio M. Arístegui Villamil.  
X = 69 años. X = 70 años.

En la Tabla 2 se observa que hubo un discreto predominio del sexo masculino, con un 51,5 % entre enero de 2002 y agosto de 2003, situación que se mantuvo en el segundo período de estudio, con un 57,4 %.

**Tabla 2.** Sexo de los pacientes ingresados por ECV.  
Policlínico Docente José Antonio Echeverría

Sexo	Enero 2002- agosto2003		Enero 2010- agosto2011	
	No.	%	No.	%
F	32	48,5	37	42,5
M	34	51,5	50	57,4
Total	66	100	87	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Territorial Docente Julio M. Arístegui Villamil.

Se observa en la tabla 3, que el factor de riesgo más frecuente encontrado en el primer período, fue la hipertensión arterial (HTA), que estuvo presente en el 50 % de los pacientes, seguidas por los ataques transitorios de isquemia (ATI) anteriores, con 39,4 %, y los antecedentes de enfermedades del corazón, con 18,2 %. En el segundo período, la HTA se mantiene como factor de riesgo más frecuente, pero ahora en un 79,3 % de los casos. Le siguen en orden de prioridad las enfermedades del corazón y el hábito de fumar, ambos con un 45,9 %.



**Tabla 5.** Letalidad según tipo de ECV en los pacientes ingresados.  
Policlínico José Antonio Echeverría

Tipo de ECV	Enero 2002-Agosto 2003 n=66				Enero 2010-Agosto 2011 n=87			
	Casos ingresados		Casos fallecidos		Casos ingresados		Casos fallecidos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Isquémico	60	90,9	11	18,3	73	83,9	15	20,5
Hemorrágico	6	9,1	6	100	14	16,1	13	92,8

Fuente: Historias Clínicas del Hospital.

Se observa en la tabla 6, que durante el primer período estudiado el 61,3 % de los pacientes egresados vivos, no estaban dispensarizados, mientras que durante el segundo período, se encontraban en esta misma situación el 83,1 % de los casos.

**Tabla 6.** Dispensarización de los pacientes con ECV al egreso hospitalario.  
Policlínico José Antonio Echeverría

Tipo de ECV	Enero 2002-agosto 2003 n=49				Enero 2010-agosto 2011 n=59			
	Dispensarización				Dispensarización			
	Sí		No		Sí		No	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Isquémico	19	38,7	30	61,3	10	16,9	48	81,4
Hemorrágico	-	-	-	-	-	-	1	1,7
Total	19	38,7	30	61,3	10	16,9	49	83,1

Fuente: Historias clínicas individual y familiar del consultorio.

Por último, en la Tabla 7, se aprecia que entre los años 2002 y 2003 se encontraban sin dispensarizar el 80 % de los que poseían como factor de riesgo el hábito de fumar. Tampoco se controló el 50 % de los pacientes con enfermedades del corazón asociadas, el 84,7 % de los que sufrieron ATI anteriores y el 52,4 % de los hipertensos. También es de destacar que, durante los años 2010-2011, no fueron dispensarizados el 60 % de los pacientes con hábito de fumar, el 33,3 % de los que padecían diabetes mellitus (DM), el 69,3 % de las enfermedades del corazón, el 93,4 % de los pacientes que habían tenido antecedentes de ATI y el 78 % de los hipertensos.

**Tabla 7.** Dispensarización de los pacientes con ECV con factores de riesgo. Policlínico José Antonio Echeverría

Factores de riesgo	Enero 2002- agosto 2003					Enero 2010- agosto 2011				
	Total	Dispensarización				Total	Dispensarización			
		Sí		No			Sí		No	
		No.	%	No.	%		No.	%	No.	%
Hábito de fumar	10	2	20	8	80	30	12	40	18	60
Diabetes mellitus	1	1	100	-	-	3	2	66,7	1	33,3
Enfermedades del corazón	10	5	50	5	50	26	8	30,7	18	69,3
ATI anterior	13	2	15,3	11	84,7	15	1	6,7	14	93,4
Hipertensión arterial	21	10	47,6	11	52,4	59	13	22	46	78

Fuente: Historias clínicas individual y familiar del consultorio.

## DISCUSIÓN

La edad es uno de los factores de riesgo no modificable de la ECV, pero a pesar de no ser susceptible de intervención, permite identificar a las personas que pueden beneficiarse con una prevención más rigurosa mediante el tratamiento de los factores de riesgo modificables.

En la investigación realizada el grupo etario más afectado coincide con los obtenidos por el Dr. Borrego Díaz,<sup>(4)</sup> en el municipio Bolívar, Venezuela, durante los años 2006-2007, donde concluyó que el rango de edades más afectadas en su estudio fue entre 57-77 años, para un 41 %, es decir que predomina en los mayores de 60 años. También coincide con los de la Lic. Sánchez Salabarría,<sup>(11)</sup> LLánes<sup>(12)</sup> y la Dra. Licona Rivera,<sup>(13)</sup> quienes encontraron una mayor incidencia de esta enfermedad en las edades más avanzadas de la vida, mientras que otros autores confirman que el riesgo de ictus se duplica cada década sucesiva a partir de los 55 años.<sup>(14)</sup>

En relación al sexo, los resultados coinciden con la Dra. Licona Rivera,<sup>(13)</sup> quien estudió a 56 pacientes con diagnóstico de ECV, quienes fueron atendidos en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) durante el año 2006, reflejando que el sexo masculino fue el más afectado, tanto en los eventos isquémicos como hemorrágicos. Obtuvimos resultados similares a Rodríguez Rueda,<sup>(15)</sup> Sánchez Salabarría,<sup>(11)</sup> Flores Podadera,<sup>(16)</sup> Díaz Masip,<sup>(17)</sup> así como Astorga Castillo.<sup>(18)</sup> Según el Dr. Buergo Zuaznábar,<sup>(14)</sup> el ictus es más frecuente en hombres y la prevalencia es de 174 contra 122 mujeres.

La identificación y el tratamiento adecuado de los factores de riesgo cerebrovasculares, es el punto clave para disminuir la incidencia y la mortalidad por ictus y así, sus nefastas consecuencias humanas, familiares o sociales. El factor

que mayor impacto poblacional tiene es el control de la HTA y con gran importancia, las enfermedades cardíacas, el hábito de fumar y la diabetes mellitus.

La HTA fue el factor de riesgo predominante en este estudio en ambos periodos, lo que coincide con el estudio realizado por el Dr. Ordúñez García,<sup>(19)</sup> en el cual encontró que es el factor de riesgo más importante y que se asocia con el 62 % de las ECV, y con un 49 % de las enfermedades coronarias. Los resultados de la investigación también concuerdan con los de Licona Rivera TS<sup>(13)</sup> y Enseñat A.<sup>(20)</sup>

La Organización Panamericana de la Salud dice que 140 millones de personas en el continente sufren de HTA, pero casi la mitad desconoce que padece esta enfermedad.<sup>(21)</sup> Es importante también destacar lo planteado en su estudio por Buergo Zuaznabar MA,<sup>(22)</sup> donde se expone que el tratamiento adecuado, sistemático y consciente de la HTA, se asoció con una reducción significativa de todos los ictus recurrentes, ictus no fatal, infarto agudo del miocardio y todos los eventos vasculares.

Según Pablo C. Spada, Presidente del Comité de Stroke de la Sociedad de Cardiología del Oeste Bonaerense, el consumo de cigarrillos es el factor de riesgo modificable más poderoso que contribuye a la enfermedad cerebrovascular.<sup>(23)</sup> Los pacientes que son fumadores tienen un riesgo doble de padecer ictus en comparación con el resto de la población general no fumadora (lo mismo ocurre con los fumadores pasivos). El riesgo de ictus decrece después del cese del consumo de cigarrillos y desaparece luego de 5 años sin fumar. Por otra parte, el abandono del hábito disminuye las hospitalizaciones debido a un ictus.<sup>(22)</sup> Resultados similares a los del estudio, fueron obtenidos por la licenciada en Psicología LLánes Torres,<sup>(12)</sup> quien en su trabajo encontró que el tabaquismo ocupó el segundo lugar dentro de los factores de riesgo más frecuentes de dichos pacientes, con un 44 % de los casos, solamente superado por la HTA. Coinciden también el Dr. Borrego,<sup>(4)</sup> así como las investigaciones realizadas por el Dr. Enseñat,<sup>(20)</sup> Rubio<sup>(24)</sup> y Suárez Saldívar.<sup>(25)</sup>

También se ha demostrado clínicamente la interrelación que existe entre las enfermedades cerebrovasculares y las cardiovasculares,<sup>(26)</sup> por lo que es evidente que la identificación de estas entidades en pacientes neurológicamente asintomáticos, nos ofrece una oportunidad para hacer prevención primaria de posibles cardioembolias.

Según el *Anuario de Salud en Cuba*, desde el año 1970 las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar dentro de las causas de muerte, con 12 704 defunciones en ese año, aumentando ostensiblemente su incidencia hasta llegar a 22 178 en el 2011.<sup>(8)</sup>

En este aspecto no se obtuvo en el presente estudio resultados similares a los del Dr. Borrego,<sup>(4)</sup> donde el riesgo cardiovascular ocupó en su estudio el cuarto lugar con solamente 13 pacientes, para un 11,6 %; lo mismo ocurrió con LLánes,<sup>(12)</sup> que del total de pacientes estudiados solamente el 10 % presentó como factor de riesgo la enfermedad cardiovascular. Igual situación se encontró al revisar el trabajo desarrollado por la Sánchez Salabarría,<sup>(11)</sup> el que arrojó que el riesgo cardiovascular ocupó el cuarto lugar, con un 15,6 %.

Se considera que la falta de concordancia con estos trabajos pudieran deberse al tamaño de la muestra que se utilizaron en ellos, así como al hecho de que dentro del término "enfermedades cardiovasculares", estos autores solamente incluyeron la cardiopatía isquémica y la fibrilación auricular; mientras que el el presente



enmarcó un número mucho más amplio de patologías que forman parte de este síndrome.

La ECV una vez instaurada no puede ser vista con pesimismo, pues esto llevaría a la inacción por parte del equipo de salud, sino todo lo contrario. Está demostrado que las nuevas estrategias terapéuticas son efectivas en las primeras horas de la entidad, lo que nos hace reflexionar en la necesidad de verla como una emergencia médica y por tanto ser tratada en una sala cerrada, al menos hasta su estabilización, ya que solo el tratamiento médico-quirúrgico intenso puede minimizar las consecuencias que provoca, a veces catastróficas.<sup>(27)</sup> La unidad de cuidados intensivos emergentes (UCIE), aunque se considera por muchos como una sala de tránsito, fue considerada en este estudio como sala cerrada, por ser el primer escalón necesario para la adecuada atención. Sin embargo, se aprecia que un bajo porcentaje de pacientes con ECV es atendido en dichas salas, lo que puede estar relacionado, además de las condiciones estructurales, con el pensamiento médico.

Durante un taller regional sobre ECV realizado en La Habana en el año 2011, se trataron determinados aspectos, muy importantes a nuestro juicio, sobre algunas características y condiciones que debiera tener una Unidad de Ictus.

Se refirió en dicho taller, que estas unidades deben poseer una estructura delimitada con camas específicas para el cuidado de pacientes con ictus; con personal entrenado, específicamente dedicado, coordinado por un neurólogo experto (u otro especialista adiestrado); con servicios diagnósticos disponibles durante las 24 horas del día, y disponer de protocolos escritos para el manejo de los pacientes basados en las Guías de Práctica-ECV.

Objetivos de las unidades de ictus: garantizar cuidados generales y especializados de enfermería; monitorear parámetros y aparición de complicaciones; iniciar precozmente la fisioterapia; realizar las pruebas diagnósticas durante las primeras 72 horas, que permitan un rápido enfoque etiológico e iniciar la prevención de las recurrencias.

Con las unidades de ictus se ha logrado una mejoría de los siguientes parámetros: mortalidad, complicaciones generales y neurológicas, secuelas neurológicas, estancia hospitalaria y costos.

En cuanto al equipamiento y personal adiestrado se planteó que las unidades de ictus primaria deben contar con: equipos de monitoreo, electrocardiógrafos y equipo de doppler transcraneal (cuando la situación económica lo permita).

Para hospitales con unidades de ictus primaria, debe usarse en función del paciente con ictus: tomógrafo, ecodoppler de troncos supra-aórticos, ecocardiograma y coagulómetro.

Para hospitales con unidades de ictus especializadas adicionalmente requieren: servicio de Neurocirugía, servicio de Neuroradiología (angiógrafos, AngioTAC), garantizar cobertura de imágenes por resonancia magnética y la introducción de la terapia endovascular y cobertura de radiocirugía (dependiendo de las posibilidades económicas).<sup>(3)</sup>

Según un estudio realizado por Rojas Fuentes JO,<sup>(28)</sup> titulado "Atención a pacientes con ECV en hospital general. Experiencia de dos años", se analizó a 1 038 pacientes adultos que se hospitalizaron en la sala de ECV y rehabilitación del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, en el período

comprendido entre enero de 2008 y diciembre de 2009. Dicha sala contó con el equipo multidisciplinario entrenado y los medios técnicos necesarios para la atención de estos pacientes. Los resultados fueron: de los 1 038 pacientes, la enfermedad fue confirmada en 972 (93,6 %). Se compararon algunos indicadores hospitalarios antes y después de la creación de esta sala especializada, y se observó la disminución de la estadía hospitalaria, así como la letalidad por ECV de estos pacientes, descendiendo los costos tanto para el enfermo y su familia como para el centro hospitalario, mejorando también la calidad de su atención y de su vida.

La ECV más frecuente fue la isquémica en ambos períodos de análisis, datos que coinciden con estudios realizados por Borrego Díaz LR,<sup>(4)</sup> que obtuvo un 74,1 % de este tipo de ictus; Llanes Torres HM,<sup>(12)</sup> Sánchez Salabarría SJ,<sup>(11)</sup> con un 76,4 %; así como Licona Rivera TS,<sup>(13)</sup> cuyo análisis arrojó que el 68 % de los casos estudiados sufrieron una ECV isquémica.

En el estudio encontramos una alta letalidad en las ECV de tipo hemorrágica en ambos períodos analizados, con un aumento en la incidencia de esta entidad de un 7 % durante los años 2010-2011 con relación al 2002-2003.

Pensamos que estas cifras de letalidad tan elevadas pudieran deberse, en primer lugar, al hecho de que en nuestro municipio no contamos con unidades de Ictus para el adecuado tratamiento y cuidados del paciente aquejado por esta entidad, además, al hecho de que en el hospital de Cárdenas, los casos de hemorragia subaracnoidea son remitidos generalmente hacia el hospital provincial, con el objetivo que sean atendidos por el servicio de neurocirugía, el cual no existe en el municipio y habitualmente solo se quedan para ser tratados los pacientes con hemorragias intraparenquimatosas, que presentan una letalidad más elevada.

Los resultados que se obtienen coinciden con los datos ofrecidos en el taller regional de ECV en el año 2011, donde se recoge que en el 2010 la tasa de mortalidad por ECV fue de 84,6 por 100 000 habitantes, (superior a la del 2009, 83,7 por 100 000 habitantes) y continúa siendo la tercera causa de muerte en el mundo y en Cuba, comporta el 10 % de todas las muertes en el país y el 19 % de los pacientes que sufren ictus, mueren en los primeros 30 días.<sup>(3)</sup>

Se considera además, que pudieran existir dificultades para dispensarizar en los consultorios a los pacientes egresados del hospital con diagnóstico de ECV, debido a la deficiente comunicación e interrelación existente entre las atenciones primaria y secundaria, pues no son todos los enfermos egresados los que reciben por parte del personal médico del hospital, la hoja de referencia con los datos relacionados con su enfermedad, así como las diferentes conductas que se tomaron al respecto y que debe ser conocido por el médico de la familia. Por otra parte, tampoco son todos los pacientes o sus familiares que deciden personarse voluntariamente en el consultorio para informar la situación de salud ocurrida, pues prefieren mantener seguimiento en la atención secundaria, sin tener en cuenta que en la mayoría de las ocasiones de emergencia, el médico más cercano y que le puede brindar ayuda precozmente, es el de su consultorio.

En cuanto a la dispensarización de los diferentes factores de riesgo de estos pacientes, debemos plantear que los resultados no son para nada alentadores y sí en extremo preocupantes, pues el porcentaje de dispensarización de la hipertensión arterial (factor de riesgo más frecuente de ECV en el trabajo) descendió en el segundo período, así como el de las enfermedades cardiovasculares, y aunque la dispensarización por hábito de fumar aumentó a un 40 % en el segundo período, se considera aún insuficiente. El factor de riesgo que más se dispensarizó fue la DM en

ambos períodos, pero sin alcanzar por cientos relevantes. Este ligero ascenso de dispensarización de los pacientes con DM, pensamos se explica por el hecho de que no se le puede renovar la dieta anualmente a los mismos, sino se realiza el control adecuado y se escribe en la Historia Clínica individual, pues así se exige en el área de salud.

El factor de riesgo menos dispensarizado fue el ATI anterior en ambos períodos, situación alarmante, pues es conocido que los ATI a repetición pueden conducir a un infarto o hemorragia cerebral con todas sus secuelas y complicaciones, incluyendo la muerte.

Ante este panorama, se impone la interrogante, ¿de qué manera puede realizarse la prevención primaria de las ECV, si no se dispensarizan adecuadamente los factores de riesgo de ella? y entonces, ¿cómo disminuir la incidencia de esta entidad?

En la bibliografía revisada no se encuentran referencias de trabajos anteriores en los que se analizara esta variable de dispensarización y por tal motivo, no resultó posible establecer comparaciones al respecto.

En la investigación no se encontró reflejado en ninguna historia clínica individual indicaciones de tratamiento de rehabilitación, por lo que no se expresó ningún resultado relacionado con esto.

A modo de síntesis, los autores quieren expresar en el análisis de los resultados que se acaban de exponer, se hace evidente el insuficiente trabajo que se está realizando en la Atención Primaria de Salud (APS) para disminuir la incidencia, prevalencia y letalidad de las ECV, pues sin una adecuada dispensarización de los factores de riesgo en la población y especialmente en los pacientes que ya sufrieron ECV, es imposible realizar las prevenciones primaria, secundaria y terciaria que le corresponden a este nivel de atención.

De igual forma, queda evidenciado que el cuidado de los pacientes que ingresan en el hospital Julio M Aristegui Villamil, de Cárdenas, con ECV no se realiza en salas con las condiciones que esta entidad requiere, tomando en consideración que se trata de una urgencia médica y que es necesario actuar en consecuencia. Por lo que se considera que la atención secundaria también contribuye al aumento en la letalidad de los accidentes cerebrovasculares.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ministerio de Salud Pública. Guías Nacionales de Práctica Clínica para ECV. La Habana: MINSAP; 2007.
2. Maya C. Urgencias Neurológicas. La Habana: ECIMED; 2007.
3. Ministerio de Salud Pública. Taller Regional. Implementación de las guías de práctica clínica para las enfermedades cerebrovasculares. La Habana: MINSAP; 2011.
4. Borrego Díaz LR, Camacho Gómez AS, Gonzáles Sapsin K. Comportamiento de

las enfermedades cerebrovasculares en pacientes del Municipio Bolívar. Venezuela, 2006-2007. Correo Cient Med Holguín [Internet]. 2009 Mar [citado 29 oct 2012];13(3). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no133/no133ori08.htm>.

5. Bargiela CA, Bargiela MMG. Accidente Cerebro Vascular. Med Interna [Internet]. 2005 [citado 18 Sept 2009]; 2(2): [aprox. 19 p.]. Disponible en: [http://www.smiba.org.ar/med\\_interna/vol\\_02/02\\_05.htm](http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_02/02_05.htm).

6. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Atención hospitalaria organizada (unidad de accidentes cerebrovasculares) para el accidente cerebrovascular. [Internet]. La Biblioteca Cochrane. 2008. [citado 19 Mar 2009]. Disponible en: <http://www.update-software.com/abstractsEs/AB000197-ES.htm>.

7. Armas Padrino I. Disminuirá Cuba muertes por enfermedades cardiovasculares [Internet]. 2009. [citado 12 Mar 2009 ]. Disponible en: <http://www.granma.cubaweb.cu>.

8. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de la República de Cuba. La Habana: MINSAP; 2011.

9. Delgado Zapata SH, Valdespino Llerena D, Malpica Selleck J. Enfermedades cerebrovasculares, investigación de los servicios y calidad del proceso de atención médica. Un nuevo enfoque. Resumed [Internet]. 2000 [citado 12 Mar 2012];13(4):170-3. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol13\\_4\\_00/res05400.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol13_4_00/res05400.htm).

10. Blecio S, Bogousslavsky J. General Management of patient with ischemic stroke: Clinical features and epidemiology. Current in Neurology. 2005; 8: 30-7. Citado en PubMed; PMID: 7749514.

11. Sánchez Salabarría SJ. Comportamiento de las ECV. Área Intensiva Municipal. Cumanayagua, 2008. La Habana: ECIMED; 2010.

12. Llanes Torres HM, Alonso Pavón Y, Amaro Hernández AH. Comportamiento de la mortalidad por enfermedad cerebro vascular en el municipio Madruga. Rev Ciencias Méd La Habana [Internet]. 2010 [citado 18 Sep 2010];16(1). Disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol16\\_1\\_10/hab03110.pdf](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol16_1_10/hab03110.pdf).

13. Licona Rivera TS, Aguilera Sandoval MI. Perfil clínico epidemiológico en pacientes con ECV en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. Rev Med Hondur [Internet]. 2009 [citado 12 Mar 2012];77(3):104-6. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=564451&indexSearch=ID>.

14. Buergo Zuaznabar MA. Cap.1 Recomendaciones para la prevención primaria de la enfermedad cerebrovascular. En: Buergo Zuaznabar MA. Guías de prácticas clínica. Enfermedad cerebrovascular [Internet]. La Habana: Ecimed; 2009 [citado 23 oct 2009]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/guia\\_enf\\_cerebrovascular/cap1.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/guia_enf_cerebrovascular/cap1.pdf).

15. Rodríguez Rueda JM, Polanco Rodríguez FO, Olivera Vacallao, LD, Pérez Chávez JL, Fabelo Mora CJ, Rodríguez González I. Comportamiento de la ECV en un período de dos años. Rev Cubana Med [Internet]. 2006 [citado 10 dic 2008];35(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielophp?script=sci\\_arttex&pid=SO138-65572006000400003-&lng=es&nm=iso](http://scielo.sld.cu/scielophp?script=sci_arttex&pid=SO138-65572006000400003-&lng=es&nm=iso).

16. Flores Podadera H. Comportamiento de la enfermedad cerebrovascular en la Unidad de Cuidado Intensivo del municipio Centro Habana [tesis]. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana; 2005.
17. Díaz Masip M. Corazón y cerebro ramas de un mismo tronco: aterosclerosis. Unidad Cuidados Intermedios de Medicina. [tesis]. Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Medicina Militar Juis Díaz Soto; 2005.
18. Astorga Castillo JL. Aspectos clínico epidemiológicos de la Enfermedad Cerebrovascular. Servicio reemergencia del Hospital Arzobispo Loayza [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
19. Ordúñez García P, Pérez Flores E, Hospedales J. Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. Rev Panam Salud Pública. 2010;28(4):311-8. Citado en PubMed; PMID: 21152720.
20. Enseñat A. Caracterización de la enfermedad cerebrovascular en Servicios de Cuidados Intermedios: estudio multicentro en la región central de Cuba. Medisur [Internet]. 2005 3(1): 3-13. [citado 23 sept 2009] Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu>.
21. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa para la prevención integrada de las enfermedades no transmisibles en las Américas. PAHO. Washington: OPS/OMS; 2009 [citado 21 ago 2010]. Disponible en: <http://http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/carmen-info.htm>.
22. Buergo Zuaznabar M A. Cap.3. Prevención secundaria de la enfermedad cerebrovascular. Guías de práctica clínica. Enfermedad cerebrovascular [Internet]. La Habana: Ecimed; 2009. [citado 15 Ene 2010]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/guia\\_enf\\_cerebrovascular/cap3.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/guia_enf_cerebrovascular/cap3.pdf).
23. Spada PC, Fernández DA, Villanueva JH. Factores de riesgo de ECV. Rev Fed Arg Cardiol. 2003;32:534-40.
24. Rubio F. Epidemiología y clasificación sindrómica. Barcelona: Ed. Prous; 2005 [citado 8 Abr 2009]. Disponible en: <http://www.seacv.org/revista/1.htm>.
25. Suárez Zaldívar R, Castillo Alarcón Y, Suárez Díaz D, Suárez Díaz M. Enfermedades cerebrovasculares: algunos aspectos clínicos patológicos. Las Tunas: Hospital Ernesto Guevara; 2008.
26. Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, García Martí S, Kopitowski K. Estimación de la carga de enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 8 Abr 2009];27(4):237-45. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n4/a01v27n4.pdf>.
27. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna. La Habana: ECIMED; 2011.
28. Rojas Fuentes JO, Cutiño Mass Y, Verdecia Fraga R. Atención a pacientes con enfermedad cerebrovascular en un hospital general: experiencia de 2 años. Medisur [Internet] 2010 [citado 8 oct 2010];8(4). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1232/5902>

Recibido: 1 de diciembre de 2012.  
Aprobado: 23 de diciembre de 2012.

*Rosabel González Romo*. Policlínico Docente José Antonio Echeverría. Minerva No. 410 esq. a Progreso. Cárdenas. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: [leoneldearmas.mtz@infomed.sl.cu](mailto:leoneldearmas.mtz@infomed.sl.cu)

### **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

González Romo R, Armas Rodríguez L, Gavilla González B, Justa Díaz Camellón D. Enfermedad cerebrovascular en el Policlínico Docente José Antonio Echeverría, de Cárdenas. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 Ene-Feb [citado: fecha de acceso]; 35(1). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol1%202013/tema02.htm>