



UNIVERSIDAD DE ORIENTE

NUCLEO BOLÍVAR

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA.

DETERMINACIÓN DE LA INCIDENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE
ENFERMEDADES CEREBROVACULARES EN LOS ANCIANOS RESIDENTES
DE LA ASOCIACIÓN CIVIL ASILO O CASA HOGAR “SAN VICENTE DE PAUL”
DE CIUDAD BOLIVAR EN MAYO DE 2014.

TUTOR: Lil Dommar de Nuccio

Integrantes:

Acuña, Liliana

Betancourt, Mariana

Flores, Marines

Fuentes, Rosiely

Golindano, Betsanes

Gómez, Daniela.

Romero, Hilda

Ciudad Bolívar, Junio 2014

INTRODUCCIÓN

Hipócrates, el padre de la medicina, reconoció el derrame cerebral por primera vez hace más de 2.400 años. En aquellos tiempos el derrame cerebral se llamaba "apoplejía", que significa "ataque violento" en griego. Esto se debe al hecho de que el paciente sufría de repente una parálisis y un cambio en su bienestar total. En aquellos tiempos los médicos apenas tenían conocimientos sobre la anatomía y el funcionamiento del encéfalo, la causa del derrame cerebral, ni sobre cómo tratarlo.

A mediados del siglo XVII Jacob Wepfer se dio cuenta de que los pacientes que morían de derrame cerebral tenían una hemorragia en el encéfalo. También descubrió que una obstrucción en uno de los vasos sanguíneos del encéfalo podía causar el derrame cerebral.

La ciencia médica continuó estudiando las causas, los síntomas y el tratamiento del derrame cerebral y, finalmente, en 1928 se dividió el derrame cerebral en dos categorías basadas en la causa del problema en los vasos sanguíneos. Así nació el término "derrame cerebral" o "accidente cerebrovascular" (su sigla en inglés es CVA). El derrame cerebral se suele llamar hoy en día "ataque cerebral" para poner de manifiesto el hecho de que su causa es una falta de suministro de sangre en el encéfalo, de forma parecida a cómo la falta de suministro de sangre en el corazón produce un "ataque al corazón". El término "ataque cerebral" también conlleva el mensaje al público general de buscar ayuda y tratamiento urgente.

En la actualidad se dispone de una gran cantidad de información sobre la causa, la prevención, los riesgos y el tratamiento de los ataques cerebrales. Aunque no existe curación, la mayoría de las personas que sufren un derrame cerebral tienen muchas posibilidades de sobrevivir y de recuperarse. El tratamiento inmediato, los cuidados de apoyo y la rehabilitación pueden mejorar la calidad de vida de las víctimas del derrame cerebral.. Alrededor de 15 millones de personas en el mundo experimentan un ictus, es decir, 1 de cada 6 personas.

Las enfermedades cerebro vasculares ocupan la primera causa de morbi-mortalidad en el Mundo, denominamos ictus a un trastorno brusco de la circulación cerebral, que altera la función de una determinada región del cerebro.Sin embargo en Venezuela las enfermedades cerebro vasculares son la primera causa de morbi-mortalidad, paralelamente producen la muerte de un venezolano cada 30 minutos y se estima que de cada cuatro muertes que se producen en el país una corresponda a esta patología. Aunque no hay cifras estadísticas exactas, la incidencia es cerca de 150 casos por 100.000 habitantes y es considerada como la cuarta causa de muerte en el país, además de ser la primera causa de discapacidad en el mundo.

Son trastornos que tienen en común su presentación brusca, que suelen afectar a personas ya mayores, aunque también pueden producirse en jóvenes y que

frecuentemente son la consecuencia final de la confluencia de una serie de circunstancias personales, ambientales, sociales, entre otras, a las que denominamos **factores de riesgo**.

Las enfermedades cerebro vasculares dejan muchos supervivientes con secuelas invalidantes de por vida, es por ello que la prevención es un objetivo de salud pública de máxima importancia, lo que exige la identificación y control de los factores de riesgo logrando la disminución de los mismo, garantizándole mejor calidad de vida a la población susceptible.

El término **ictus o enfermedad cerebrovascular hace referencia a cualquier trastorno de la circulación cerebral, generalmente de comienzo brusco**, aproximadamente el 85 % de los ictus son isquémicos y el 15% hemorrágico como la rotura de un vaso, son menos frecuentes pero con mayor mortalidad.

Dentro de los factores de riesgo de esta patología tenemos: la edad comprendida entre 40-60 años siendo más frecuente a los 60 años; el sexo, se presenta 2:1 mas en hombres que en mujeres; hipertensión arterial, cada 10 pacientes hipertensos 6 tendrán un ictus; uso de anticonceptivos orales, historia familiar de ictus, tabaquismo, colesterol y triglicéridos elevados, obesidad, diabetes, inactividad física, migraña, drogadicción, síndrome de apnea del sueño. Padecer dos o tres factores de riesgo significa que la persona tiene mayor probabilidad de padecer un ICTUS, por ello es vital la prevención.

La mayoría de los pacientes que sufren de ictus requieren rehabilitación por secuelas motoras y un 30% necesitara asistencia para la marcha, atención adecuada y apoyo a largo plazo y cerca de 30 millones han tenido un Ictus y la mayoría permanece con discapacidad residual.

Por los datos antes descritos es importante realizar un estudio donde nos permita conocer y determinar la incidencia de los factores de riesgo en las enfermedades cerebro vasculares en la población residente de la Asociación Civil Asilo o Casa Hogar “San Vicente de Paul” de ciudad bolívar y de esta manera utilizar esta investigación como herramienta preventiva de los factores de riesgo en dicha población.

En el presente estudio se plantea como propósito principal determinar la incidencia de los factores de riesgo de las enfermedades cerebro vasculares en los ancianos residentes de la Asociación Civil Asilo o Casa Hogar “San Vicente de Paul”, con el fin de establecer los individuos con mayor probabilidad de padecer enfermedades cerebrovasculares.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de los factores de riesgo de Enfermedades Cerebrovasculares en Ancianos Residentes de la Asociación Civil Asilo o Casa Hogar “San Vicente de Paúl” de Ciudad Bolívar en Junio de 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los factores de Riesgo de Enfermedades Cerebrovasculares.
- Determinar la presencia de los factores de riesgo en la población Estudiada.
- Cuantificar el número de casos de Ictus previos en la población Estudiada.
- Caracterizar el número de casos de Ictus previos por edad y sexo en la población estudiada.
- Determinar tipo de Ictus previos en la población estudiada.

MARCO TEÓRICO

Al igual que cualquier otra célula viva las neuronas necesitan energía para sobrevivir. Se pueden distinguir tres niveles de necesidades energéticas: un primer nivel mínimo que es absolutamente imprescindible para mantener la estructura celular y que si no puede obtenerse conduce hacia un daño neuronal irreversible y la neurona muere; un segundo nivel necesario para mantenerse en condiciones de realizar su función, es decir, la energía necesaria para mantener los gradientes de concentración iónica y un tercer nivel, que es la energía necesaria para realizar esa función.

El sistema nervioso por sus características especiales difiere notablemente del resto de los tejidos en lo referente a su metabolismo energético. El peso del cerebro es solamente el 2% del peso total del cuerpo pero recibe el 15% del flujo cardíaco y utiliza el 20% del oxígeno que consume el cuerpo. La energía le es suministrada en su totalidad por el metabolismo de la glucosa, excepto en circunstancias especiales, como cetosis y ayuno prolongado. La capacidad de depósito de glucosa y glucógeno del cerebro es reducida ya que esta reserva es capaz de cubrir los requerimientos energéticos cerebrales solamente durante un minuto.

Estas diferencias con otros tejidos se cree que están debidas a que las neuronas no funcionan autónomamente, sino dentro de complejos neuronales, que para su funcionamiento se integran con otras partes del sistema nervioso. Por otro lado es necesario considerar el fenómeno de la selectividad de la barrera hematoencefálica, el cual limita la velocidad de transferencia de moléculas desde la sangre al cerebro. Esta barrera que se ha desarrollado para proteger al cerebro de sustancias nocivas, condiciona también los sustratos potenciales para el metabolismo energético. Estas características del tejido nervioso, especialmente la utilización exclusiva de glucosa y el

escaso margen de almacenamiento, obliga a un estrecho acoplamiento entre perfusión, metabolismo energético y función. Su desacoplamiento durante el insulto isquémico nos explicaría la fisiopatología de la isquemia

CLASIFICACIÓN

Según su etiología, un ACV tiene dos variantes, isquémicos y hemorrágicos. La clínica es variada y depende del área encefálica afectada.

De Origen Isquémico

Un accidente cerebrovascular isquémico o accidente cerebrovascular oclusivo, también llamado infarto cerebral, se presenta cuando la estructura pierde la irrigación sanguínea debido a la interrupción súbita e inmediata del flujo sanguíneo, lo que genera la aparición de una zona infartada y es en ese momento en el cual ocurre el verdadero "infarto cerebral" y se debe sólo a la oclusión de alguna de las arterias que irrigan la masa encefálica, ya sea por acumulación de fibrina o de calcio o por alguna anomalía en los eritrocitos, pero generalmente es por arterioesclerosis o bien por un émbolo (embolia cerebral) que procede de otra localización, fundamentalmente el corazón u otras arterias (como la bifurcación de la carótidas o del arcoaórtico). La isquemia de las células cerebrales puede producirse por los siguientes mecanismos y procesos:

1. **De origen vascular** o hemodinámico: Estenosis de las arterias (vasoconstricción) reactiva a multitud de procesos ("vasoespasmo cerebral"). Con frecuencia se debe a una disminución del gasto cardíaco o de la tensión arterial grave y mantenida, produciendo una estenosis y su consecuente bajo flujo cerebral.
2. **De origen intravascular:**
 1. **Trombótico** o aterotrombótico: Se forma un coágulo en una de las arterias que irrigan el cerebro (trombo), provocando la isquemia. Este fenómeno se ve favorecido por la presencia de placas de aterosclerosis en las arterias cerebrales.
 2. **Embólico:** Consecuencia de un coágulo formado en una vena de otra parte del cuerpo (émbolo) y que, tras desprenderse total o parcialmente, viaja hacia el cerebro a través del torrente sanguíneo, o bien otro material llegado al torrente circulatorio por diferentes motivos: normalmente coágulo formado en el corazón y también fracturas (*embolismo* *graso*), tumores (*embolismo metastásico*), fármacos o incluso una burbuja de aire. Al llegar a las pequeñas arterias cerebrales el émbolo queda encallado cuando su tamaño supera el calibre de las mismas, dando lugar al fenómeno isquémico.

3. De origen extravascular:

1. Estenosis por fenómenos compresivos sobre la pared vascular: Abscesos, quistes, tumores, etc...

Origen Hemorrágico

Se deben a la rotura de un vaso sanguíneo encefálico debido a un pico hipertensivo o a un aneurisma congénito. Pueden clasificarse en: intraparenquimatosos y hemorragia subaracnoidea.

La hemorragia conduce al Ictus por dos mecanismos. Por una parte, priva de riego al área cerebral dependiente de esa arteria, pero por otra parte la sangre extravasada ejerce compresión sobre las estructuras cerebrales, incluidos otros vasos sanguíneos, lo que aumenta el área afectada. Ulteriormente, debido a las diferencias de presión osmótica, el hematoma producido atrae líquido plasmático con lo que aumenta nuevamente el efecto compresivo local. Es por este mecanismo por lo que la valoración de la gravedad y el pronóstico médico de una hemorragia cerebral se demora 24 a 48 horas hasta la total definición del área afectada. Las causas más frecuentes de hemorragia cerebral son la hipertensión arterial y los aneurismas cerebrales.

FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo no modificables

Algunos factores para tener un ataque cerebral no pueden modificarse con el tratamiento médico o los cambios de estilo de vida.

Edad. El ataque cerebral se produce en todos los grupos de edades. Estudios muestran que el riesgo de tener un ataque cerebral se duplica por cada década entre los 55 y 85 años. Pero los accidentes cerebrovasculares también pueden producirse en la niñez o la adolescencia. Aunque el ataque cerebral a menudo se considera una enfermedad del envejecimiento, el riesgo de tener un ataque cerebral en la niñez es realmente más alto durante el período perinatal, que comprende los últimos meses de la vida fetal y las primeras semanas posteriores al nacimiento.

Sexo. Los hombres tienen mayor riesgo de tener un ataque cerebral, pero más mujeres mueren del mismo. Generalmente los hombres no viven tanto como las mujeres, así que generalmente los hombres son más jóvenes cuando sufren sus accidentes cerebrovasculares y por ello tienen una tasa más alta de supervivencia.

Raza. Las personas de ciertos grupos étnicos tienen mayor riesgo de tener un ataque cerebral. Para los afroamericanos, el ataque cerebral es más común y más fatal—aún en los adultos jóvenes y de mediana edad—que para cualquier otro grupo étnico o racial en los Estados Unidos. Estudios muestran que la incidencia ajustada para la edad de ataque cerebral es cerca del doble en afroamericanos e hispanoamericanos comparada con caucásicos. Un factor de riesgo importante para afroamericanos es la anemia drepanocítica o de células falciformes, que puede causar un estrechamiento de

las arterias e interrumpir el flujo sanguíneo. La incidencia de varios subtipos de ataque cerebral también varía considerablemente en distintos grupos étnicos.

Antecedentes familiares del ataque cerebral. El ataque cerebral parece darse en algunas familias. Varios factores pueden contribuir al ataque cerebral familiar. Miembros de una familia pueden tener una tendencia genética para tener factores de riesgo del ataque cerebral, como una predisposición hereditaria a tener presión arterial alta (hipertensión) o diabetes. La influencia de un estilo de vida común entre familiares también contribuye al ataque cerebral familiar.

Factores de riesgo modificables

Algunos de los factores de riesgo tratables más importantes del ataque cerebral son:

Presión arterial alta, o hipertensión: la hipertensión arterial es por lejos el factor de riesgo más poderoso del ataque cerebral. La hipertensión causa un aumento de dos a cuatro veces en el riesgo de tener un ataque cerebral antes de los 80 años. Si su presión arterial es alta, usted y su médico necesitan crear una estrategia individual para reducirla al rango normal. Algunas maneras que funcionan: mantener el peso adecuado. Evitar los medicamentos que se sabe que aumentan la presión arterial. Comer correctamente: comer menos sal y comer frutas y verduras para aumentar el potasio en su dieta. Hacer más ejercicios. Su médico podría recetarle medicamentos que ayudan a disminuir la presión arterial. Controlar la presión arterial también ayudará a evitar la enfermedad cardíaca, diabetes, e insuficiencia renal.

Fumar cigarrillos; Fumar cigarrillos causa cerca del doble del aumento en el riesgo de ataque cerebral isquémico y hasta cuatro veces el aumento en el riesgo de ataque cerebral hemorrágico. Ha sido vinculado con la acumulación de sustancias grasas (aterosclerosis) en la carótida, la arteria principal del cuello que abastece de sangre al cerebro. El bloqueo de esta arteria es la causa principal de ataque cerebral en los estadounidenses. Además, la nicotina aumenta la presión arterial; el monóxido de carbono del cigarrillo reduce la cantidad de oxígeno que su sangre puede transportar al cerebro; y el humo del cigarrillo espesa su sangre y la hace más propensa a la coagulación. Fumar también promueve la formación de aneurismas. Su médico puede recomendar programas y medicamentos que pueden ayudarle a dejar de fumar. Al dejar, a cualquier edad, usted también reduce su riesgo de tener enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, y un número de cánceres, incluyendo el cáncer de pulmón.

Enfermedad cardíaca: Los trastornos cardíacos comunes como la **enfermedad coronaria**, defectos valvulares, latido cardíaco irregular (fibrilación auricular), y aumento de tamaño de una de las cámaras cardíacas pueden dar como resultado coágulos sanguíneos que pueden desprenderse y bloquear vasos dentro del cerebro o que van hacia él. La fibrilación auricular—más prevalente en personas mayores—es responsable de uno en cuatro accidentes cerebrovasculares después de los 80 años, y se asocia con mortalidad y discapacidad más altas. La enfermedad vascular más común

es la **aterosclerosis**. La hipertensión promueve la aterosclerosis y causa daño mecánico a las paredes de los vasos sanguíneos. Su médico tratará su enfermedad cardíaca y también podría recetar medicamentos, como la aspirina, para ayudar a prevenir la formación de coágulos. Su médico podría recomendar la cirugía para limpiar una arteria del cuello tapada si usted presenta un perfil de riesgo particular. Si tiene más de 50 años, los científicos de NINDS consideran que usted y su médico deben tomar una decisión acerca de la terapia con aspirina. Un médico puede evaluar sus factores de riesgo y ayudarlo a decidir si se beneficiará con la aspirina u otra terapia anticoagulante.

Signos de advertencia o antecedentes de ataque isquémico transitorio al cerebro o ataque cerebral: Si tiene un **ataque isquémico transitorio**, obtenga ayuda de inmediato. Si previamente ha tenido un ataque isquémico transitorio o un **ataque cerebral**, su riesgo de tener un ataque cerebral es muchas veces mayor que alguien que no ha tenido ninguno. Muchas comunidades alientan a aquellos con los signos de advertencia del ataque cerebral que disquen 911 para solicitar asistencia médica de emergencia. Si ha tenido un ataque cerebral en el pasado, es importante que reduzca su riesgo de tener un segundo ataque cerebral. Su cerebro le ayuda a recuperarse de un ataque cerebral pidiéndole a las regiones cerebrales no afectadas que cumplan tarea doble. Esto significa que un segundo ataque cerebral puede ser el doble de malo.

Diabetes: En términos de ataque cerebral y enfermedad cardiovascular, tener **diabetes** es el equivalente a envejecer 15 años. Usted puede pensar que este trastorno afecta solamente la capacidad del cuerpo de usar el azúcar, o glucosa. Pero también causa cambios destructivos en los vasos sanguíneos de todo el cuerpo, incluso el cerebro. Además, si los niveles de glucosa sanguínea son altos en el momento de un ataque cerebral, entonces el daño cerebral es generalmente más severo y extenso que cuando la glucosa sanguínea está bien controlada. La **hipertensión** es común entre los diabéticos y es responsable de mucho del aumento del riesgo de tener un ataque cerebral. Tratar la diabetes puede retrasar el inicio de las complicaciones que aumentan el riesgo de tener un ataque cerebral.

Desequilibrio del colesterol: La lipoproteína de baja densidad del colesterol (LDL) transporta al colesterol (una sustancia grasa) a través de la sangre y la lleva a las células. El LDL en exceso puede causar que se acumule el **colesterol** en los vasos sanguíneos, llevando a la **aterosclerosis**. La aterosclerosis es la causa principal de estrechamiento de los vasos sanguíneos, llevando **al ataque cardíaco** y al **ataque cerebral**.

Inactividad física y obesidad: La **obesidad** y la inactividad están asociadas con la hipertensión, diabetes, y enfermedad cardíaca. La proporción entre la circunferencia de la cintura respecto de la circunferencia de la cadera que sea igual o superior al valor medio de la población aumenta tres veces el riesgo de ataque cerebral isquémico.

CLASIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Factores Modificables			Factores No Modificables
Estilo de Vida	Acceso a los Establecimientos de Salud	Ambiente	Biología Humana
• Dieta rica en grasas saturadas y carbohidratos, baja en frutas y vegetales. • Sedentarismo, para evitarlo se recomienda realizar actividades físicas como caminatas (3horas semanales). • Tabaquismo • Alcohol hasta la embriaguez. • Drogadicción • Anticonceptivos orales	• Acceso Físico (lejanía al establecimiento) • Bajos ingresos económicos que limiten el acceso a profesionales de la salud y al la posibilidad de mantener un tratamiento médico.	• Stress • Ocupación • Ansiedad • Hostilidad • Aislamiento social • Personalidad Tipo A	• Edad • Diabetes Mellitus • Cardiopatía previa • Raza Negra • Migrañas • ECV previo • Presión arterial elevada • LDL elevado (por encima de 100 mg/dl) • HDL descendido (Normal: superior a 35 mg/dl en el hombre y 40 mg/dl en la mujer) • Fibrinógeno (rango normal es de 200 a 400 mg/dL) • Postmenopausia • Historia familiar

DIAGNÓSTICO

Ante la sospecha de enfermedad cerebrovascular, se necesita identificar la lesión y su ubicación y obtener información sobre el estado estructural del parénquima del cerebro y su condición hemodinámica como consecuencia de la lesión.³⁶ La evaluación neuropsicológica de sujetos con daño producido por enfermedad cerebrovascular está enfocada en conocer las funciones afectadas y depende del tipo de evento. En el infarto cerebral se estudia por imágenes radiológicas los aspectos topográficos de la lesión, especialmente antes de las 24 horas del inicio del trastorno súbito. Los más utilizados son la tomografía computarizada, la resonancia magnética y el estudio del flujo sanguíneo regional cerebral.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser individualizado, según las condiciones de cada paciente y la etapa de la enfermedad cerebrovascular, sopesando los riesgos frente a los posibles beneficios. En general, hay tres etapas de tratamiento: la prevención del accidente cerebrovascular; la terapia provista inmediatamente después de la persona sufrir un accidente cerebrovascular; y la rehabilitación del paciente después de sufrir el accidente cerebrovascular.

Para la prevención de eventos cerebrovasculares, un estudio demostró que el uso de ramipril era efectivo en pacientes de alto riesgo con o sin hipertensión arterial o ECV previo. La vitamina E no parece ser efectivo en reducir el riesgo de accidente cerebrovascular fatal o no fatal.

El traslado veloz es esencial para evaluar al paciente que puede tener síntomas neurológicos como la tartamudez. La valoración de la glicemia capilar rápidamente descarta la hipoglucemia, la cual cursa con síntomas muy similares a ciertas ECV, como el accidente isquémico transitorio. Siempre se asegura una buena vía para terapia intravenosa y se interroga sobre el uso de medicamentos o drogas.

No todas las ECV cursan con depresión del sistema nervioso central, de las vías respiratorias o con compromiso cardíaco. De hecho, en algunos casos se espera que el nivel de conciencia y la exploración neurológica esté dentro de los límites normales.

Evaluación inicial

La evaluación inicial tiene por objeto excluir condiciones emergentes que pueden simular una enfermedad cerebrovascular como la hipoglucemia o convulsiones. Los signos vitales deben ser valorados sin demora y manejarlos según lo indicado. La monitorización cardíaca suele diagnosticar trastornos del ritmo cardíaco. La oximetría de pulso evalúa la presencia de hipoxia en el organismo.

Los estudios de laboratorio que con mayor frecuencia se solicitan en la sala de emergencias incluyen el hemograma, pruebas de coagulación y los niveles de electrolitos en la sangre. En todos los casos se solicita un electrocardiograma para evaluar los ritmos cardíacos o buscar evidencia de isquemia. Los pacientes pueden estar significativamente hipertensos para el momento de un accidente cerebrovascular, por lo que, a menos que haya una justificación médica específica, la presión arterial se trata en forma conservadora, hasta descartar un accidente cerebrovascular isquémico.

Terapia farmacológica

El tratamiento médico está destinado a reducir los riesgos y/o complicaciones de un accidente cerebrovascular a corto y largo plazo. El uso de antitrombóticos se indica tan pronto como se ha descartado una hemorragia intracraneal.

Las enfermedades cerebrovasculares no cardioembólicas, no hemorrágicas son tratadas con agentes antiplaquetarios, en lugar de la anticoagulación oral como tratamiento inicial. La aspirina, administrada entre 50-325 mg diarios, o combinada con dipyridamol de liberación prolongada, y el clopidogrel (75 mg diarios) son las opciones recomendadas de primera línea. La combinación de aspirina y clopidogrel, que bloquea la activación de la plaqueta por el difosfato de adenosina, puede ser superior a la aspirina sola en la reducción de riesgo de eventos cerebrovasculares isquémicos. La aspirina en combinación con el clopidogrel aumenta el riesgo de hemorragia y no se recomienda combinada de forma rutinaria para los pacientes con accidente isquémico transitorio.

Para casos con enfermedad cerebrovascular cardioembólico como la fibrilación auricular, prótesis de las válvulas cardíacas o prolapso de la válvula mitral, se indica la anticoagulación a largo plazo, principalmente con heparina no fraccionada, obteniendo un INR de 1,5-2,5. La administración de 325 mg diarios de aspirina se recomienda para aquellos que no pueden tomar anticoagulantes orales. En casos de infarto agudo de miocardio con trombo ventricular izquierdo puede combinarse la anticoagulación oral con aspirina hasta 162 mg diarios. En pacientes con miocardiopatía dilatada también se indican anticoagulantes orales o algunos clínicos consideran iniciar la terapia antiplaquetaria.

Normalmente no se recomienda añadir agentes antiplaquetarios a la warfarina en casos con enfermedad reumática de la válvula mitral, a menos que el paciente tenga una embolia recurrente a pesar de tener un INR terapéutico. En casos de calcificación del anillo mitral se suele administrar tratamiento antiplaquetario. Los pacientes con regurgitación mitral pueden recibir warfarina o aspirina.

Cerca de un 4-28% de los pacientes con hemorragia intracerebral presentan convulsiones, las cuales pueden ser rápidamente controladas con una benzodiazepina, como lorazepam o diazepam, acompañado de fenitoína o fosfenitoína. El uso de una

terapia anticonvulsiva de manera profiláctica en todos los casos de hemorragia intracerebral es controvertido, ya que no hay ensayos controlados que han demostrado un beneficio claro.

La trombólisis con activador tisular del plasminógeno se ha definido como el tratamiento de primera línea del infarto isquémico agudo, pero debe ser administrada durante las tres horas posteriores al accidente cerebrovascular.

Control de la tensión arterial

Aunque no hay estudios controlados que definan los niveles óptimos de presión arterial en pacientes con ECV, el seguimiento de los niveles de presión arterial es importante. Se cree que la presión arterial muy elevada puede conducir a nuevas hemorragias y/o la expansión de un hematoma intracraneal. Por otra parte, la bajada súbita de una presión arterial elevada puede comprometer la perfusión cerebral.

Las dos excepciones al manejo conservador de la hipertensión arterial son posterior al uso de activador del plasminógeno tisular y ante un concomitante infarto de miocardio. El nicardipino, labetalol, esmolol, y la hidralazina son agentes que pueden ser utilizados cuando sea necesario el control de la presión arterial. No se suele usar el nitroprusiato ya que puede elevar la presión intracraneal.

La American Heart Association publica las siguientes pautas para el tratamiento de la hipertensión arterial:

Si la presión arterial sistólica es > 200 mmHg o la presión arterial media (PAM) es > 150 mmHg, se considera la reducción agresiva de la presión arterial con la infusión intravenosa continua con valoraciones frecuentes de la presión arterial (cada 5 min).

1. Si la presión arterial sistólica es > 180 mmHg o PAM es > 130 mmHg y hay evidencia o sospecha de hipertensión intracraneal (PIC), entonces se considera la vigilancia de la PIC y se reduce la presión arterial con el uso de medicamentos por vía intravenosa de manera intermitente o continua para mantener la presión de perfusión cerebral > 60 -80 mmHg.

2. Si la presión arterial sistólica es > 180 o PAM es > 130 mmHg y no hay pruebas ni sospecha de elevación de la PIC, se considera una modesta reducción de la presión arterial (PAM diana de 110 mmHg o presión arterial deseada de 160/90 mmHg) con controles de la presión arterial cada 15 minutos.

Pronóstico

La complicación más catastrófica de los diversos tipos de enfermedad cerebrovascular es la isquemia súbita e irreversible de alguna parte del cerebro, es decir, el accidente cerebrovascular, especialmente frecuente en ancianos. La severidad varía, desde la recuperación total de las funciones cerebrales y aquellas que del cerebro dependen, en menos de 24 horas, hasta la discapacidad severa y la muerte. La mortalidad por ECV isquémico en el primer mes oscila entre el 17 y 34%, mientras la del hemorrágico puede ser dos veces mayor.

El pronóstico esta dado la **escala ABCD²**, que es el resultado de una puntuación clínica para determinar el riesgo de accidente cerebrovascular dentro de los primeros dos días después de un accidente isquémico transitorio(AIT), un trastorno en la cual la escasez de oxígeno en el cerebro produce disfunción cerebral temporal.

Recientemente se ha demostrado su utilidad en predecir el riesgo de accidente cerebrovascular recurrente en las siguientes horas seguidas de un AIT o de un accidente cerebrovascular leve.

La escala ABCD² se basa en cinco parámetros (por sus siglas en inglés): edad (Age), presión arterial(**B**lood pressure), las características **C**línicas, y la **D**uración de la AIT, y la presencia de la **D**iabetes. Cada parámetro recibe una calificación y los resultados se añaden a un resultado que oscila entre cero y siete. El resultado de la escala ABCD² es una versión modificada de la antigua escala ABCD, que abarcaba los mismos parámetros, menos la diabetes.

La escala ABCD² deriva de la escala ABCD, diseñada por un equipo de investigadores en Oxford, Inglaterra en el año 2005. Usando tres cohortes de pacientes, los autores desarrollaron criterios para predecir el riesgo de accidente cerebrovascular en los 7 días después del diagnóstico de accidente isquémico transitorio (AIT), mejorando así el manejo de estos pacientes. Los resultados demostraron que a mayor número de factores de riesgo presentes en pacientes con un AIT, mayor es la probabilidad de un derrame cerebral. En 2007, otro grupo de investigadores en San Francisco y Oakland añadió el quinto criterio, la diabetes renombrando la estratificación ABCD², que en el presente es la estratificación de riesgos más validada para asegurar las intervenciones adecuadas en pacientes con AIT

Los pacientes que son abordados inmediatamente después de un accidente isquémico transitorio deben ser evaluados en base a su riesgo a corto plazo de presentar un accidente cerebrovascular. Una estratificación de los factores de riesgo permite a los especialistas clínicos tomar decisiones racionales sobre quien hospitalizar, que pacientes requieren intervenciones de urgencia o evaluaciones adicionales para prevenir un accidente cerebrovascular. El riesgo de un derrame cerebral puede ser estimado de la escala ABCD² de la siguiente manera:

- Puntuación 1-3 (bajo riesgo)

- Riesgo al cabo de 2 días = 1.0%
- Riesgo al cabo de 7 días = 1.2%
- Puntuación de 4-5 (riesgo moderado)
 - Riesgo al cabo de 2 días = 4.1%
 - Riesgo al cabo de 7 días = 5.9%
- Puntuación de 6-7 (riesgo alto)
 - Riesgo al cabo de 2 días = 8.1%
 - Riesgo al cabo de 7 días = 11.7%

La escala ABCD² tiene la desventaja que no correlaciona con el subtipo etiológico de AIT de mayor riesgo de recurrencia: el infarto isquémico aterotrombótico. Además, aunque las investigaciones han tolerado el escrutinio de la comunidad científica, tiene cierta debilidad por razón de que el diagnóstico del accidente isquémico transitorio no se fundamentó en una definición uniforme.

Por lo general, la evaluación de un accidente isquémico transitorio se completa con un ultrasonido carotideo sistemático y, en algunos casos, una angiografía por tomografía computarizada y un electrocardiograma en las primeras 24 horas desde el inicio de la sintomatología.

MARCO METODOLÓGICO

La población en estudio fueron los ancianos residentes de la Asociación Civil Asilo o Casa hogar “San Vicente de Paul” el cual está constituido por 51 ancianos, fue tomada la población total para nuestra investigación.

• ¿Tipo de investigación?

La investigación es un estudio de tipo descriptivo en donde se indaga, observa, registra y definen los resultados de la encuesta realizada a los ancianos residentes Asociación Civil Asilo o Casa Hogar “San Vicente de Paul” de Ciudad Bolívar

• Recolección de Datos

La información fue obtenida mediante encuestas realizadas a Ancianos residentes Asociación Civil Asilo o Casa Hogar “ San Vicente de Paul” de Ciudad Bolívar en junio de 2014.

• Presentación y análisis de los resultados

Los datos se presentaron en tablas y gráficos para la mejor compresión de los mismos.
Presentación y análisis de datos.

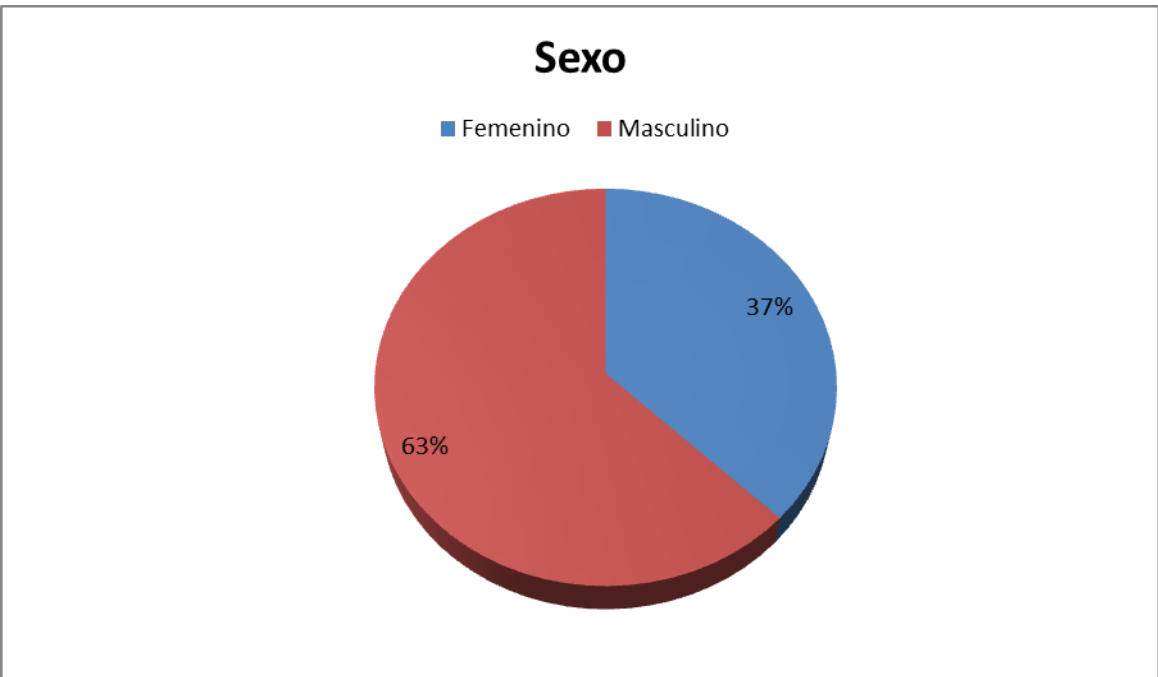
A continuación se presentan los resultados de cada uno de los ítems con sus respectivos análisis.

Pregunta 1: Sexo de la población.

Cuadro 1.

Sexo	Nº de personas	Porcentaje
Femenino	19	37%
Masculino	32	63%

Fuente: encuesta realizada a los ancianos residentes de la Asociación Civil Asilo o Casa Hogar “San Vicente de Paul” en Ciudad Bolívar en junio de 2014.



Fuente: *cuadro 1.*

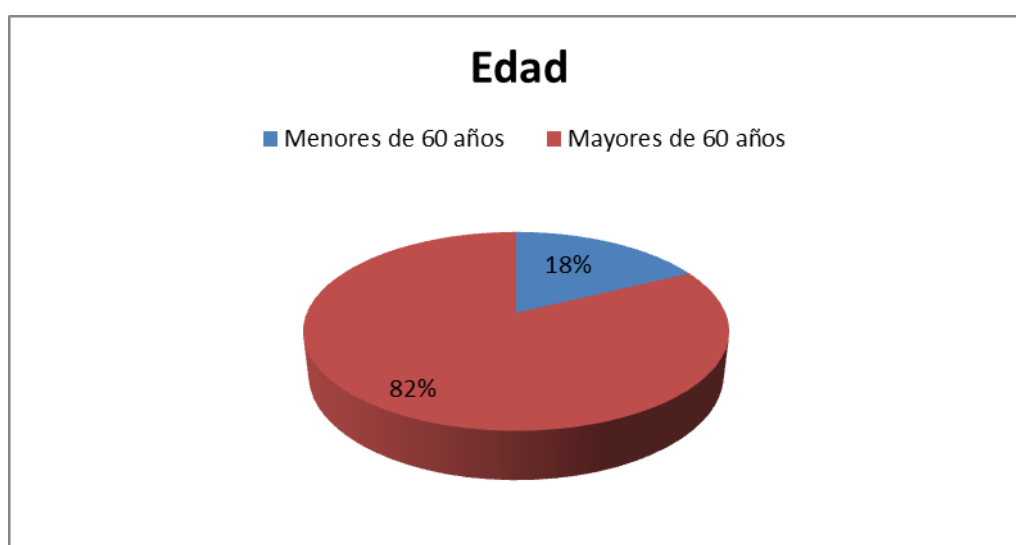
De los encuestados el 63% son del sexo masculino, y el 37% son del sexo femenino.

Pregunta 2: Edad de la población

Cuadro 2.

Edades	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 60 años	9	18%
Mayores de 60 años	42	82%

Fuente: encuesta realizada a los ancianos residentes ancianos residentes de la Asociación Civil Asilo o Casa Hogar “San Vicente de Paul” en Ciudad Bolívar en junio de 2014.



Fuente: cuadro 2.

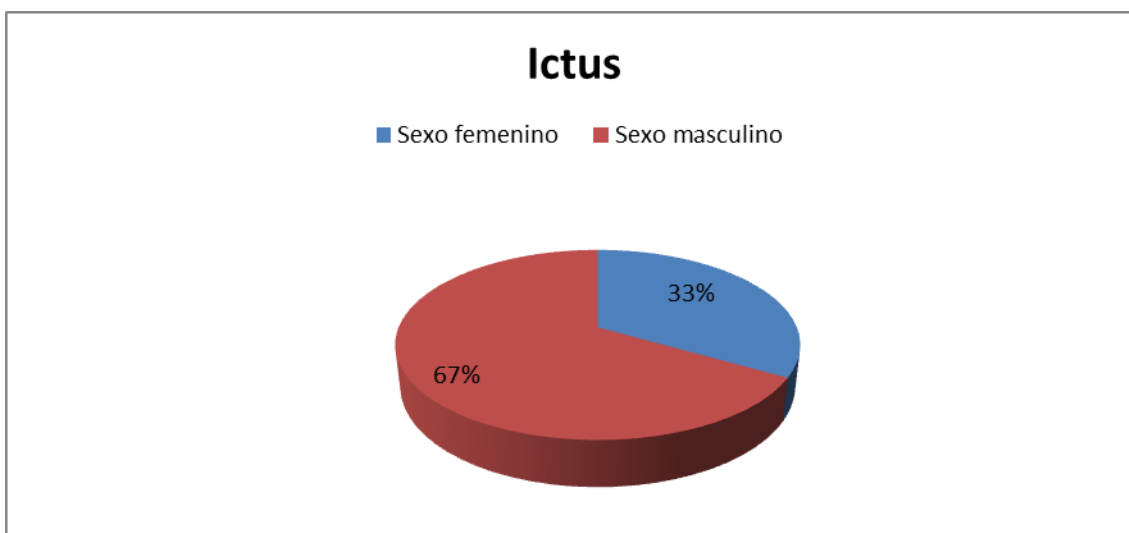
De los encuestados, el 82% son mayores de 60 años, y el 18% son menores de 60 años.

Pregunta 3: ¿Ha tenido Ictus?

Cuadro 3.

Respuestas	Femenino	Porcentaje	Masculino	Porcentaje
Sí	1	5%	2	7%
No	18	95%	30	93%

De los 3 encuestados que refirieron ictus, el 100% señaló que era hemorrágico.



Fuente: *cuadro 3.*

De los encuestados, el 67% de los que tuvieron ictus eran masculinos, mientras que el 33% eran del sexo femenino.

Pregunta 4: ¿Usted fumó alguna vez cigarrillo?

Cuadro 4.

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Si	42	82%
No	9	18%

Fuente: encuesta realizada a los ancianos residentes de la Asociación Civil Asilo o Casa Hogar “San Vicente de Paul” en Ciudad Bolívar en junio de 2014.

Fuente: *cuadro 4.*

El 82% de los ancianos encuestados afirman que han consumido cigarrillo, y el 18% no ha consumido cigarrillo.

Pregunta 5: ¿Usted tiene actividad física?

Cuadro 5.

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	59%
No	21	41%

Fuente: encuesta realizada a los ancianos residentes de la casa hogar” San Vicente de Paul” en Ciudad Bolívar en junio de 2014.



Fuente: *cuadro 5.*

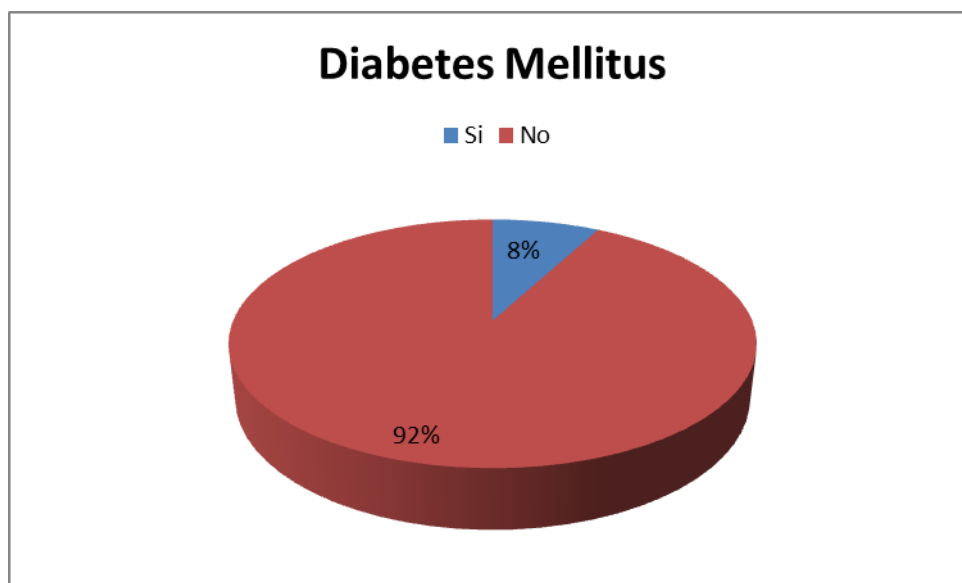
El 59% de los encuestados afirman que tienen actividad física, mientras que el 41% no tienen actividad física.

Pregunta 6: ¿Sufre usted de diabetes mellitus?

Cuadro 6.

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	8%
No	47	92%

Fuente: : encuesta realizada a los ancianos residentes de la Asociación Civil Asilo o Casa Hogar “San Vicente de Paul” en Ciudad Bolívar en junio de 2014.



Fuente: *cuadro 6.*

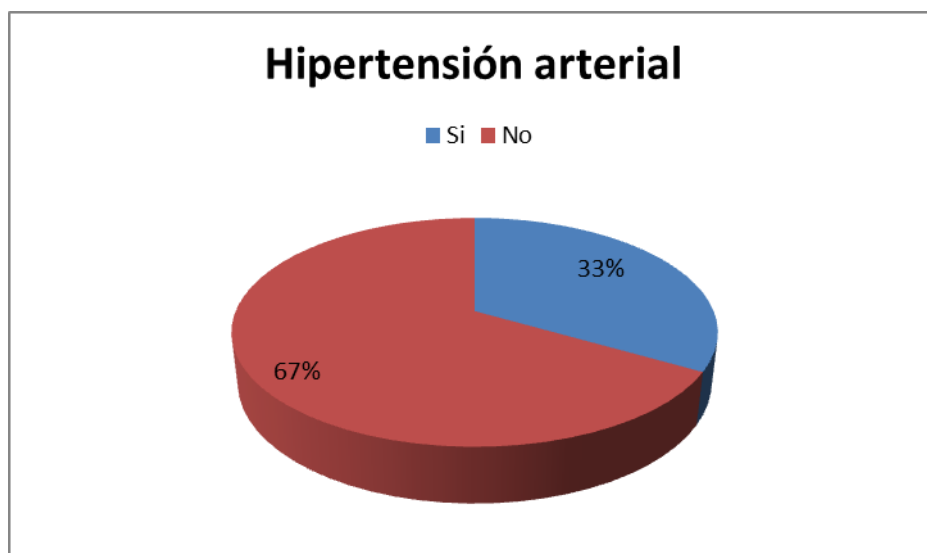
El 92% de los encuestados no ha cursado con Diabetes Mellitus, mientras que el 8% si sufre de esta patología.

Pregunta 7: ¿Sufre usted de hipertensión arterial?

Cuadro 7.

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	33%
No	34	67%

Fuente: : encuesta realizada a los ancianos residentes de la Asociación Civil Asilo o Casa Hogar “San Vicente de Paul” en Ciudad Bolívar en junio de 2014.



Fuente: *cuadro 7.*

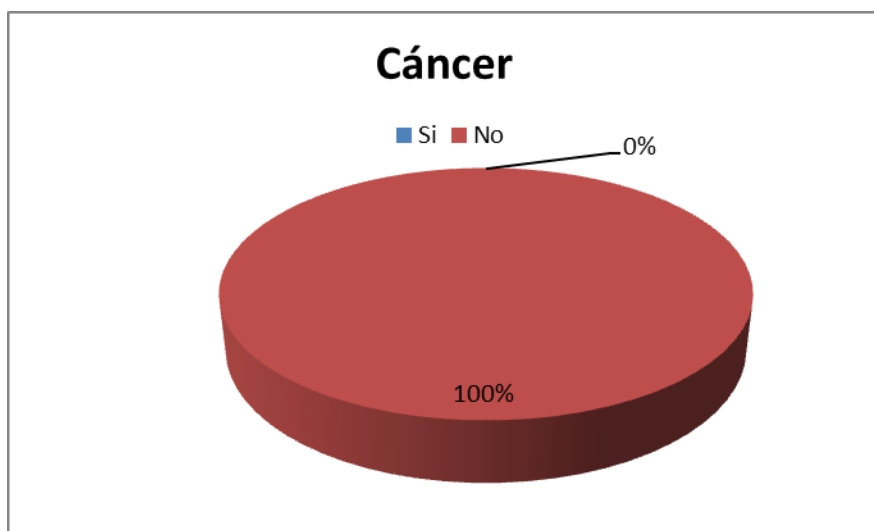
El 67% de los encuestados afirman que no han cursado con hipertensión arterial, y el 33% si tiene esta patología.

Pregunta 8: ¿Sufre usted de cáncer?

Cuadro 8.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	51	100%

Fuente: : encuesta realizada a los ancianos residentes de la Asociación Civil Asilo o Casa Hogar “San Vicente de Paul” en Ciudad Bolívar en junio de 2014.



Fuente: *cuadro 8.*

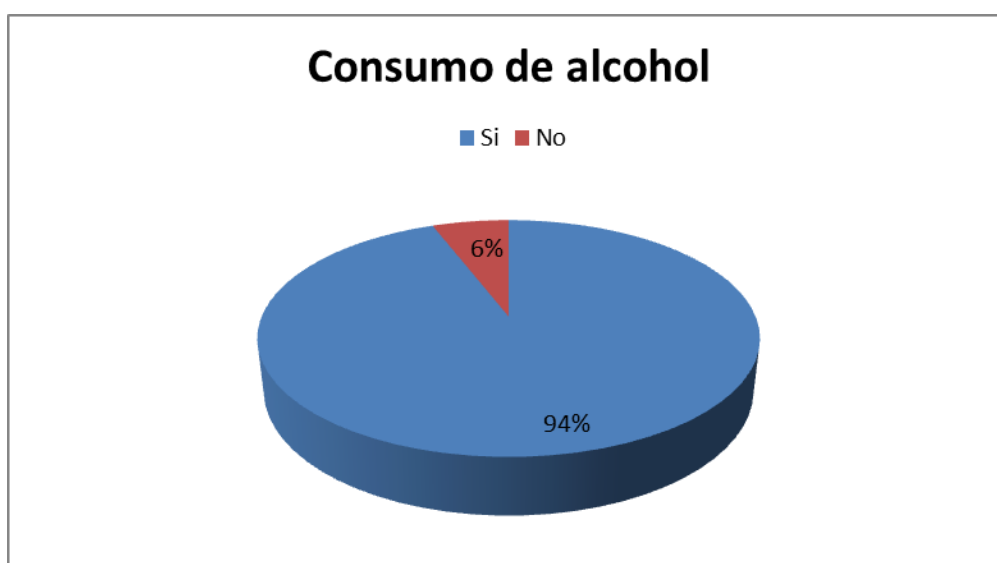
De los encuestados ningún anciano ha cursado con cáncer.

Pregunta 9: ¿Consume usted alcohol?

Cuadro 9.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	94%
No	3	6%

Fuente: : encuesta realizada a los ancianos residentes de la Asociación Civil Asilo o Casa Hogar “San Vicente de Paul” en Ciudad Bolívar en junio de 2014.



Fuente: *cuadro 9.*

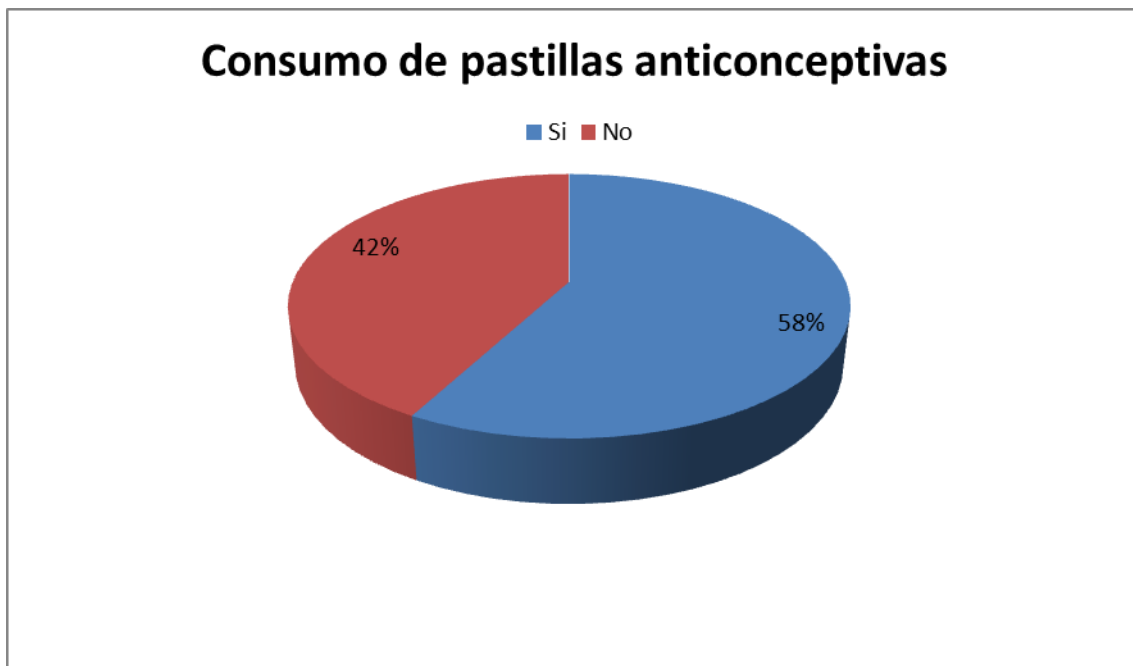
El 94% de los encuestados consume alcohol, mientras que el 6% niega el consumo de este.

Pregunta 10: ¿Consumió usted pastillas anticonceptivas?

Cuadro 10.

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	58%
No	8	42%

Fuente: : encuesta realizada a los ancianos residentes de la Asociación Civil Asilo o Casa Hogar “San Vicente de Paul” en Ciudad Bolívar en junio de 2014.



Fuente: *cuadro 10.*

De las mujeres encuestadas, el 58% consumió pastillas anticonceptivas mientras que el 42% no consumió estas.

Pregunta 11: ¿Sufre usted de obesidad?

Cuadro 11.

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	35%

No	33	65%
----	----	-----

Fuente: : encuesta realizada a los ancianos residentes de la Asociación Civil Asilo o Casa Hogar “San Vicente de Paul” en Ciudad Bolívar en junio de 2014.



Fuente: *cuadro 11.*

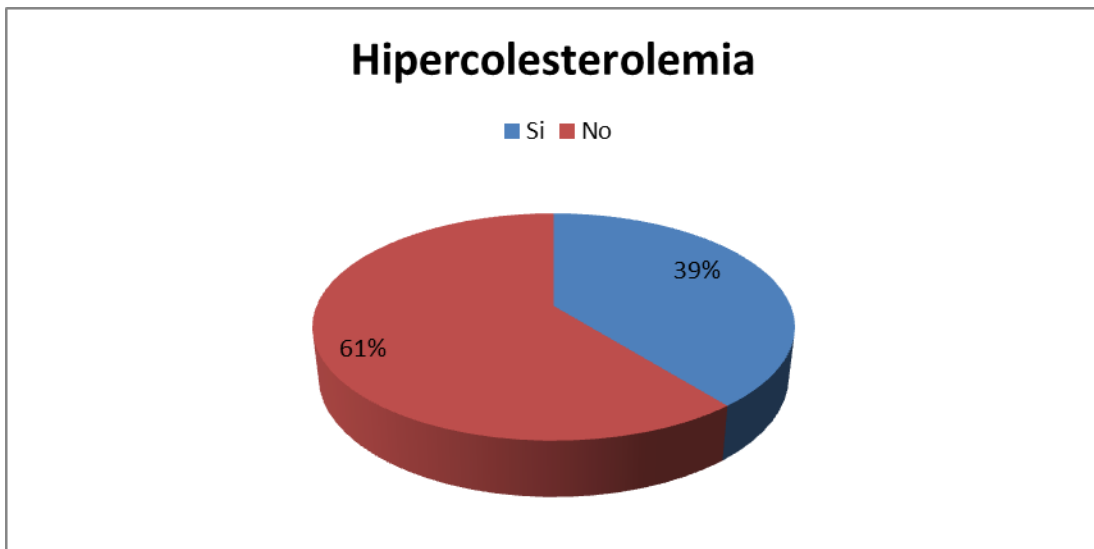
De los encuestados el 65% no cursan con obesidad, y el 35% cursa con obesidad.

Pregunta 12: ¿Tiene usted alguno de los siguientes valores elevados?

Cuadro 12.

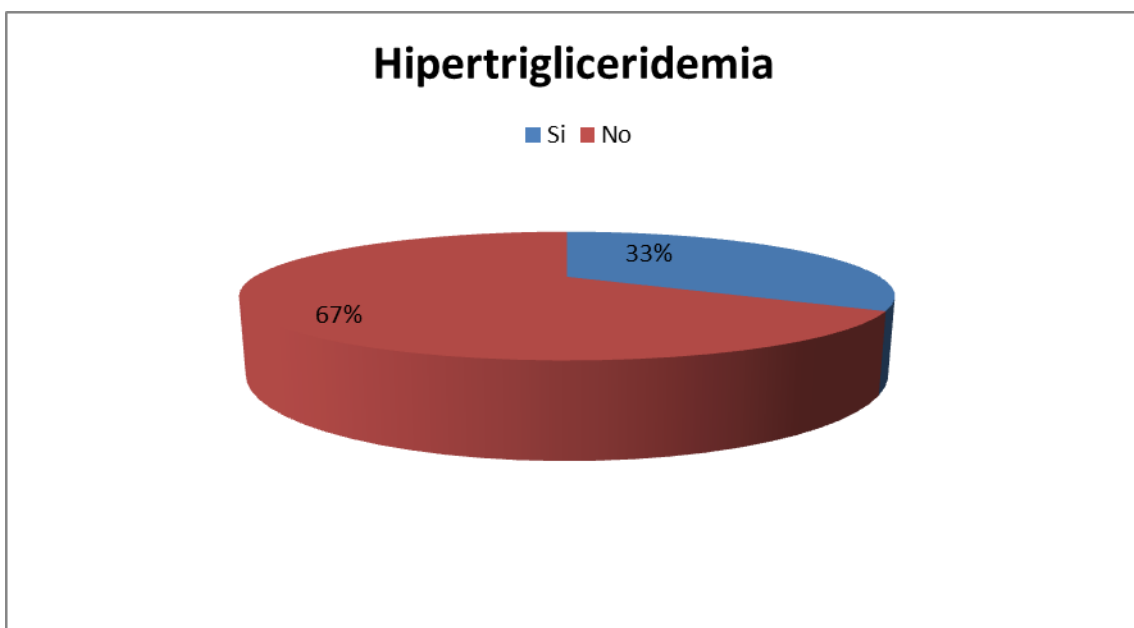
Respuestas	Hipercolesterolemia	Porcentaje	Hipertrigliceridemia	Porcentaje
Si	20	39%	17	33%
No	31	61%	34	67%

Fuente: : encuesta realizada a los ancianos residentes de la Asociación Civil Asilo o Casa Hogar “San Vicente de Paul” en Ciudad Bolívar en junio de 2014.



Fuente: *cuadro 12.*

El 61% de los encuestados no tienen hipercolesterolemia, mientras que el 39% tienen estos valores alterados.



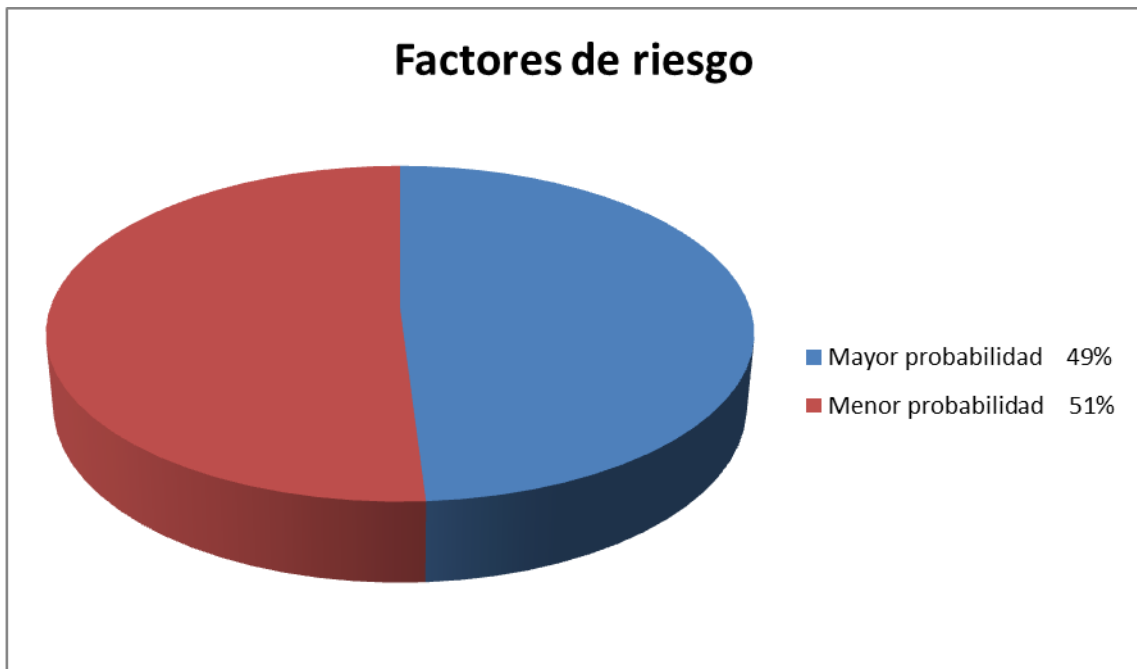
Fuente: *cuadro 12.*

El 67% de los encuestados no tienen hipertrigliceridemia, mientras que el 33% si tiene estos valores alterados.

Presencia de los factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular.

Para conocer la probabilidad de enfermedades cerebro vasculares presente en nuestra población estudiada se tomaron los factores de riesgos con un porcentaje de 8,3% cada uno para un total de el 100%.

Factores de riesgo	Población total	Porcentaje absoluto
Edad > 60 años	42	6%
Sexo masculino	32	7%
Antecedente de enfermedad cerebro vascular.	3	0,5%
Fumador o (a).	42	7%
Sedentarismo	21	3%
Diabetes	4	1%
Hipertension arterial	17	3%
Habitos alcoholicos	48	8%
Consumo de anticonceptivos orales	11	5%
Obesidad	18	3%
Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia	17	6%



Fuente: encuesta realizada a los ancianos residentes de la Unidad Geriátrica San Vicente de Paul de Ciudad Bolívar, Junio 2014.

CONCLUSIONES

Con el estudio previamente realizado se pudo llegar a diferentes conclusiones con respecto a factores de riesgos que predisponen a enfermedades cerebro vasculares en los ancianos residentes en la unidad geriátrica san Vicente de Paul de Ciudad Bolívar, en donde la prevalencia en estudio estuvo marcada en el sexo masculino con un porcentaje de 63 % en comparación con el sexo femenino que arrojó un 37 %.

Referente a las edades, se pudo destacar que la mayoría de la población en estudio fueron aquellos pacientes que se encontraron en una edad comprendida mayor a 60 años con un 83% mientras que personas menores a este rango es decir menores a 60 años de edad se mantuvieron con un porcentaje de 18 %.

También se pudo destacar que un porcentaje de 2% en mujeres y un 4% en hombres presentaron la enfermedad, mientras que el 98% en mujeres y 96% en hombres no han mostrado esta patología.

Basándose en el consumo de cigarrillos en esta población se observó que el 82% tienen hábito tabáquico en comparación con el resto de la población que es de un 18%. Un 59% afirma que realizan actividades físicas mientras que el otro 41 % desconoce esta posibilidad

También dentro de los factores de riesgo encontramos ciertas patologías que predisponen a la prevalencia de esta enfermedad como lo son la Diabetes Mellitus que en estos pacientes solo el 8% afirma presentar dicho padecer sin embargo un 92% de los encuestados alegan no tener esta dolencia; Asimismo encontramos a la hipertensión arterial en el 33% de la población pero un 67% de ella no la presenta, cuando hablamos sobre el cáncer ninguno de los encuestados padece de esta enfermedad, sin embargo al mencionar el uso de anticonceptivos el 58% confirma su utilidad y un 42 % niega haberlo usado, además agregamos la obesidad como otro predisponente donde la prevalencia en la población fue de un 35% y el otro 65% no sufre de problemas de sobrepeso, y por último y no menos importantes se encuentran ciertos valores elevados como lo son la hipercolesterolemia donde el 39% sufre de este mal y la hipertrigliceridemia que en estos pacientes se baso en un 33% del resto de los encuestados que alegan no sufrir de estos valores elevados.

De tal manera es de gran importancia el estudio de cada uno de estos factores de riesgo y luego realizar diferentes medidas preventivas para evitar las incidencias en ciertas poblaciones susceptibles.

RECOMENDACIONES

Se invita a realizar una serie de actividades, tales como charlas, entregas de folletos, bailoterapias, despistajes y cualquier otra acción que favorezca a la información y prevención de dicha patología, importante abordar aquellas poblaciones en riesgo para así evitar las recidivas o disminuir en su totalidad esta afectación.

Contribuir consecuentemente en crear hábitos preventivos en cada persona como el asistir anualmente a chequeos médicos, realizar ejercicios por lo menos 30 minutos diarios, mejorar los hábitos alimenticios, erradicar el consumo de cigarrillos y alcohol, para de esta manera plantearle a la población un estilo de vida en pro a su salud física y mental.

BIBLIOGRAFIA

ARGENTE, at el. Semiología médica. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente. Editorial médica panamericana. Madrid – España 2006.

Cardinali, D., 2007. Neurociencia aplicada sus fundamentos. 1era ed. Ed Panamericana. Buenos Aires.

Dirección Regional de Salud de Bolívar. Dirección Distrital N° 1. DSP-04. Instituto de Salud Pública. Estado Bolívar.

HARRISON, at el. 2009. Principios de Medicina interna. Editorial McGraw Hill. 17° Edición. México.

<http://www.eluniversal.com/vida/131029/una-de-cada-seis-personas-tendra-un-acv-en-su-vida-imp>

<http://www.efesalud.com/blog-salud-prevencion/factores-de-riesgo-ictus/>

