

VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (SIECV)

Cancún, 24-27 de septiembre de 2004

COMUNICACIONES

TENSIÓN ARTERIAL ELEVADA EN EL ICTUS AGUDO

A. Morales-Ortiz, A. Monge-Argiles, J.A. Pérez-Vicente,
M.D. Ortega-Ortega, E. Kahn, J. Bautista

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rosell. Cartagena, Murcia, España.

Objetivos. Valorar la influencia de variables clínicas y etiológicas en las cifras de tensión arterial (TA) en las primeras horas del ictus. **Pacientes y métodos.** Se estudiaron 180 ictus isquémicos (no hemorrágicos) que acudieron al hospital dentro de las 6 primeras horas. Se registraron los valores de TA a su llegada a urgencias. Se recogieron variables clínicas, etiológicas y de localización, y se determinó su relación con la presencia o no de TA elevada (TA sistólica por encima de 140 mmHg). Para el análisis estadístico se utilizó la χ^2 , incluida en el paquete estadístico SPSS. **Resultados.** Un 81,11% de pacientes presentó cifras superiores a 140 mmHg. Las cifras tensionales altas fueron significativamente más frecuentes entre los pacientes previamente diagnosticados de hipertensión arterial (HTA). El 82,97% de los ictus arterioesclerosos, el 71,87% de los cardioembólicos, y el 82,05% de los lacunares llegaron con la TA elevada, sin que estas diferencias alcanzaran valor significativo. Los grupos de TA más elevada (TA sistólica por encima de 190 mmHg) y TA baja (TA sistólica inferior a 120 mmHg) se asociaron de manera estadísticamente significativa a escalas canadienses (EC) más bajas (el 100% de los hipotensos y el 37,5% de los hipertensos graves tenían $EC \leq 7$). El resto de los parámetros estudiados no presentó diferencias significativas entre hipertensos y normotensos. **Conclusiones.** Se confirma que la TA elevada en las primeras horas del ictus se asocia, entre otras cosas, a HTA previa. En nuestro estudio no hemos encontrado diferencias en los valores de TA entre los distintos subtipos de ictus. Nuestros resultados muestran una tendencia a presentar mayor afectación clínica en aquellos pacientes que presentan cifras de TA iniciales bajas y, en menor medida, en aquellos con TA muy elevada.

ESTUDIO MORFOLÓGICO COMPARATIVO DE ATEROESCLEROSIS EN VASOS EXTRACRANEALES E INTRACRANEALES

A. Morales^a, S. Romero^a, C. Lara^a, C. Suárez^b, M. de Bastos^c

^a Servicio de Neuropatología. ^b Servicio de Patología Cardiovascular.

Instituto Anatómico-Patológico. ^c Servicio de Neurología.

Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela.

Introducción. Se han descrito diferencias poblacionales en la aterosclerosis de los vasos extracraneales e intracraneales. **Objetivos.** Conocer y comparar la extensión, gravedad y distribución de las lesiones ateroscleróticas de los vasos extracraneales e intracraneales, en material de autopsias de población general. **Pacientes y métodos.** Se determinó el área total de íntima y el porcentaje ocupado por cada tipo de lesión aterosclerótica según los procedimientos descritos en el PIA, y mediante el método de morfometría del programa Image Pro-Plus de Windows. Análisis estadístico: se emplearon la *t* de Student y la χ^2 . **Resultados.** Se estudiaron arterias de 45 pacientes, 19 mujeres (42,2%) y 26 hombres (57,8%) con una edad media

de 46,6 y 45,7 años, respectivamente. Las lesiones ateroscleróticas eran más frecuentes (95,6%) en las carótidas extracraneales que en los vasos intracraneales (17,7%). En ambos territorios, tanto el porcentaje de superficie afectada como la gravedad de las lesiones aumenta con la edad con significación estadística. La edad promedio para los pacientes con lesiones extracraneales es de 47 años, mientras que en las intracraneales es de 67 años, con diferencia significativa. No hay diferencias por sexo. Es mayor el porcentaje de superficie lesionada en los vasos extracraneales ($p < 0,001$). Por el tipo de lesión, se apreció una diferencia significativa para las estrías lipídicas en los vasos extracraneales; sin embargo no se apreció una diferencia significativa para las lesiones elevadas. **Conclusiones.** A pesar de ser la aterosclerosis más frecuente, precoz y extensa en los vasos extracraneales, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los vasos extracraneales e intracraneales con respecto a las lesiones elevadas, las consideradas de significación clínica.

TRATAMIENTO DEL INFARTO CEREBRAL MEDIANTE TROMBÓLISIS (rtPA INTRAVENOSO), CITICOLINA EN DISTINTAS DOSIS Y SU ASOCIACIÓN ANTES O DESPUÉS DE LA REPERFUSIÓN EN UN MODELO EXPERIMENTAL EN RATA

M. Alonso de Leciñana-Cases^a, M. Gutiérrez-Fernández^b,
S. Guerrero-Monjo^b, J.M. Roda-Frame^c, F. Carceller-Benito^c,
E. Díez-Tejedor^d

^a Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Ávila. Ávila.

^b Unidad de Investigación Cerebrovascular. ^c Servicio de Neurocirugía.

Unidad de Investigación Cerebrovascular. ^d Servicio de Neurología.

Unidad de Investigación Cerebrovascular. Hospital Universitario La Paz.

Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Introducción. El tratamiento óptimo de la isquemia cerebral comprendería la asociación de reperfusión y neuroprotección. Se ha discutido si la neuroprotección sola podría ser suficiente y si debería asociarse antes o después de la trombólisis. **Objetivos.** Comparar, en un modelo de infarto cerebral embólico, el efecto de trombólisis con rtPA, neuroprotección con citicolina en distintas dosis y su combinación. **Materiales y métodos.** 37 ratas: 4 sham, 5 controles y 28 distribuidas en grupos de tratamiento: rtPA 5mg/kg 45min postisquemia; citicolina 250 o 1.000mg/kg por 3 dosis (10 min, 24 h y 48 h postisquemia); asociación de citicolina en las mismas dosis antes del rtPA; asociación de citicolina, primera dosis 10 min después del rtPA. Se comparan entre grupos las concentraciones plasmáticas de interleucina-6 y TNF- α a las 3 y a las 72 h postisquemia, el volumen de lesión (H&E) y la muerte neuronal (TUNEL) a las 72 h (Mann-Whitney). **Resultados.** La asociación de citicolina después de rtPA en cualquier dosis produce la mayor reducción del volumen de lesión y del número de células TUNEL+ ($p < 0,05$). La citicolina en dosis altas en monoterapia y antes de rtPA también reduce la lesión ($p < 0,05$). Cualquier pauta de citicolina reduce el número de células TUNEL+ ($p < 0,05$). El rtPA, cualquier dosis de citicolina después de rtPA y altas dosis de citicolina reducen el TNF- α ($p < 0,05$). La interleucina-6 disminuye sólo con citicolina en altas dosis ($p < 0,05$). **Conclusiones.** Considerando los parámetros histológicos y bioquímicos de daño isquémico, la combinación de citicolina después de reperfusión con rtPA es el tratamiento óptimo. La citicolina en altas dosis es más eficaz y supera a la trombólisis en algunos aspectos.

GLUTAMATO, TNF- α E IL-6 EN LA ISQUEMIA CEREBRAL: ¿AGENTES PATÓGENOS O MARCADORES DE LESIÓN?

M. Gutiérrez-Fernández^a, M. Alonso de Leciñana-Cases^b, J.M. Roda-Frame^a, F. Carceller-Benito^a, E. Díez-Tejedor^c

^aServicio de Neurocirugía. ^bServicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Ávila. Ávila. ^cServicio de Neurología. Unidad de Investigación Cerebrovascular. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Introducción. El TNF- α y la IL-6 se han implicado en la fisiopatología de la isquemia cerebral como citocinas inflamatorias, y el glutamato, en la excitotoxicidad, pero también se ha sugerido que son marcadores de la gravedad de la lesión. **Objetivos.** Comparar sus concentraciones plasmáticas en ratas con isquemia cerebral focal frente a otras con daño tisular no cerebral. **Materiales y métodos.** Se emplearon cinco ratas con infarto cerebral embólico, 4 sham y 12 sometidas a estrés tisular por compresión de una pata durante 5, 90 y 180 min ($n = 4$). El TNF α y la IL-6 se determinaron por ELISA, y el glutamato, por HPLC en sangre, a las 3 y a las 72 h. Las ratas se sacrificaron tras 72 h para su estudio histológico. Las concentraciones plasmáticas de citocinas y glutamato se compararon entre grupos (Mann-Whitney). **Resultados.** Sólo había daño cerebral en el grupo embolizado. El glutamato y el TNF- α se expresaron en todos los grupos estudiados. Aumentaban desde las 3 hasta las 72 h, y según la duración del daño, de modo que era menor en el grupo de 5 min de estrés y no había diferencias en el resto. La concentración plasmática de IL-6 es más alta en el grupo de infarto cerebral a las 3 h. Las citocinas y el glutamato no se correlacionan con la lesión cerebral. **Conclusiones.** El glutamato, el TNF- α y la IL-6 tienen un perfil temporal de expresión y son dependientes de la duración del daño. El glutamato y el TNF- α no parecen específicos de daño cerebral, mientras que la IL-6 podría serlo en los estadios tempranos. Estos resultados sugieren que el glutamato, el TNF- α y la IL-6 en plasma son marcadores de la gravedad de la lesión, más que los agentes patógenos.

ESTUDIO PIVE (PROTECCIÓN FRENTE AL ICTUS EN FUNCIÓN DE LA VIDA ESTROGÉNICA). CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

J.A. Egido-Herrero^a, M. Alonso de Leciñana-Cases^c, C. Fernández^b, E. Martínez-Vila^d, A. Pareja^e, A. Gil Peralta^f, I. Casado^g, J. Álvarez-Sabín^h, P.I., en nombre de los investigadores del estudio PIVEⁱ

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ^cServicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Ávila. Ávila. ^dServicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona, Navarra. ^eServicio de Neurología. Hospital Arnau de Vilanova. Lleida.

^fServicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

^gServicio de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

^hServicio de Neurología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

ⁱGEECV. Sociedad Española de Neurología. Madrid, España.

Introducción. La incidencia de ateromatosis y sus manifestaciones es menor en mujeres antes de la menopausia que en varones. Esto sugiere un efecto protector de los estrógenos, pero ensayos clínicos demuestran que la terapia hormonal sustitutiva aumenta el riesgo de ictus. **Objetivos.** Evaluar el efecto de los estrógenos naturales sobre el riesgo de ictus isquémico en un estudio observacional de casos y controles. **Pacientes y métodos.** Mujeres postmenopáusicas (caso: ictus isquémico no cardioembólico; control: no ictus) recogidas en 18 hospitales españoles. Se excluyeron mujeres con cardiopatías embolígenas y las que no podían precisar sus antecedentes ginecológicos. Se recogieron como variables primarias la edad de la menarquia y de la menopausia y la duración de la función ovárica, y como variables secundarias, el tipo de ictus y los factores de riesgo vascular. Se realizó una regresión logística multivariante condicionada especificando odds-ratio e intervalo de confianza al 95% e indicando el riesgo de presentar ictus según las variables pri-

marías. **Resultados.** Se reclutaron 1.335 sujetos (905 controles y 430 casos). La edad media de la muestra fue de 70,6 años (DE: 8,5; rango: 46-93). El tipo de ictus fue: 20,7% PACI, 6,3% TACI, 30,8% LACI, 12,1% POCI, 29,8% AIT. La hipertensión y la diabetes fueron más frecuentes entre los casos, y fueron semejantes el resto de los factores de riesgo. **Conclusiones.** El estudio permitirá evaluar el riesgo de presentar infarto cerebral no cardioembólico en función de la edad de instauración de la menarquia, la menopausia y la duración de la actividad ovárica, y dará información sobre el papel de los estrógenos naturales como factor de riesgo o factor protector.

APOPLEJÍA EN JÓVENES

M. de Bastos

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela.

Introducción. La edad constituye uno de los principales factores de riesgo para la enfermedad cerebrovascular (ECV); sin embargo, un grupo de pacientes presenta ECV a edades tempranas. **Objetivos.** Conocer las características de los ictus en los pacientes jóvenes (45 años o menos) en nuestro medio, mediante un registro iniciado el 1 de marzo de 2002. **Pacientes y métodos.** Todo paciente de 45 años o menos que ingresó desde el 1 de marzo de 2002 con diagnóstico de apoplejía isquémica o hemorragia intraparenquimatosa, se evaluó clínicamente y se exploró *in extenso* con métodos complementarios con el fin de precisar la etiología. **Resultados.** Hasta el 29 de febrero de 2004 ingresaron 86 pacientes, que representan el 11,6 % del total de ECV. Fueron 45 mujeres y 41 hombres. La estancia promedio fue de 12,5 días. Los eventos isquémicos fueron 68, que representaban el 79 % del total, y los hemorrágicos, 18 (21%). De acuerdo con la clasificación del TOAST, los isquémicos se dividieron en: 5 aterotrombóticos de grandes vasos (7,4 %), 8 lacunares (11,8%), 13 cardioembólicos (19%), 18 por causas no habituales (26,5%) y 24 por causas no determinadas (35,3%). En las hemorragias intraparenquimatosas las causas fueron: 13 hemorragias hipertensivas, una malformación arteriovenosa y cuatro sin causa determinada. La mortalidad hospitalaria general fue de siete casos (8,1%), cinco de ellos isquémicos (7,3%) y dos hemorrágicos (11,1%). **Conclusiones.** Las apoplejías en jóvenes son relativamente frecuentes. Alrededor de un tercio permanecen sin una causa precisa, y en nuestro medio persisten algunas causas prevenibles, como las lesiones valvulares reumáticas.

HIPERGLUCEMIA EN EL ICTUS AGUDO. SER O NO SER DIABÉTICO. IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

E. Díez-Tejedor^a, B. Fuentes^a, A. Dávalos^b, A. Gil-Núñez^b, J. Vivancos^b, J. Egido^b, N. Vila^b

^aUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. UAM. Madrid. ^bServicio de Neurología. Proyecto Ictus. GEECV-SEN. Girona, España.

Introducción. Se ha señalado que el efecto deletéreo de la hiperglucemia en el ictus agudo es mayor en los pacientes que no son diabéticos. Sin embargo, los datos preliminares del estudio GLIA señalan que el 82% de los pacientes sin historia de diabetes mellitus (DM) e hiperglucemia en fase aguda del ictus son realmente diabéticos no conocidos. **Objetivos.** Analizar si en las pautas de tratamiento corrector de la hiperglucemia influye el antecedente de DM. **Pacientes y métodos.** Análisis intermedio de los pacientes incluidos en el estudio GLIA (estudio multicéntrico, prospectivo observacional; Proyecto Ictus). Criterios de inclusión: ictus isquémico de menos de 24 h de evolución. Evaluaciones: glucemia, escala canadiense y tratamientos administrados (insulina, antidiabéticos orales) cada 8 h durante las primeras 48 h. AlChb al ingreso. Escala canadiense y escala de Rankin modificada a los 3 meses. **Resultados.** Se incluyeron 270 pacientes con infarto cerebral agudo. El 39,6 % presentaba una glucemia superior a 150 mg/dL (43,9% sin antecedentes de DM). Recibió tratamiento el 91,7% de los pacientes con antecedentes de DM, y sólo el 55,3% de aquellos sin antecedentes, de los que el 50% son diabé-

ticos no conocidos (HbA1c mayor del 6%). En el modelo de regresión logística, el hecho de no tener antecedentes de DM constituye un predictor independiente de riesgo de no ser tratado (OR: 8,8; IC 95%: 3,0-26,1). **Conclusiones.** Los pacientes sin antecedentes de DM tienen una probabilidad ocho veces menor de recibir tratamiento para corregir la hiperglucemia, aunque en un elevado porcentaje de casos se trata de pacientes con DM no conocida. Quedan por determinar las implicaciones pronósticas de este hecho.

¿TENER ANTECEDENTE DE ICTUS IMPLICA UNA MALA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON INFARTO CEREBRAL?

M.A. Ortega-Casarrubios^a, B. Fuentes^a, P. Martínez^a, S. Martín^b, J. Salas^b, E. Díez-Tejedor^b

^a Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. ^b Servicio de Neurología.

Hospital Universitario La Paz. UAM. Madrid, España..

Introducción. Los estudios previos señalan que el antecedente de ictus es un factor independiente de mal pronóstico. Analizamos las características diferenciales de los pacientes con ictus isquémico e ictus previo y su implicación pronóstica. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional, base de datos de ictus del servicio de neurología (1994-2003). Se seleccionan los pacientes con diagnóstico de ictus isquémico. Parámetros analizados: antecedentes personales, subtipos de ictus, gravedad al ingreso, estancia media, complicaciones intrahospitalarias, mortalidad y estado funcional al alta. Análisis descriptivo (media/mediana y porcentajes) y comparativo entre los pacientes con o sin antecedente de ictus (χ^2 , *t* de Student). **Resultados.** Se recogieron 3.408 pacientes con diagnóstico de ictus isquémico, de los que 671 tenían antecedentes de ictus. Aunque no hubo diferencias significativas en la gravedad al ingreso, éstos tuvieron mayor dependencia al alta (33,9 frente a 28,8%; $p < 0,05$) que los pacientes sin antecedentes de ictus. Presentaron además mayor edad media (70,89 frente a 69,82 años; $p < 0,05$), mayor frecuencia de antecedentes de hipertensión arterial (67,7 frente a 59,9%; $p < 0,001$), diabetes mellitus (35,3 frente a 28,1%; $p < 0,001$), cardiopatía isquémica (19,3 frente a 12,4; $p > 0,001$) y vasculopatía periférica (9,0 frente a 5,7%; $p < 0,05$), mayor porcentaje de infartos de origen aterotrombótico (33,7 frente a 26,7%; $p < 0,001$), mayor frecuencia de complicaciones sistémicas (sepsis, neumonía e insuficiencia respiratoria; $p > 0,001$), sin diferencias en estancia media y mortalidad intrahospitalaria. **Conclusiones.** Los pacientes con antecedente de ictus tienen peor evolución, con mayor dependencia al alta, que aquellos con primer ictus, a pesar de no diferir en la gravedad inicial del ictus. Esto se podría deber a la mayor frecuencia de factores de riesgo vascular y al mayor desarrollo de complicaciones sistémicas.

¿TIENEN LOS PACIENTES DIABÉTICOS PEOR EVOLUCIÓN TRAS UN ICTUS AGUDO?

B. Fuentes^a, M.A. Ortega-Casarrubios^a, J. Salas^b, S. Martín^b, M. Patricia^b, E. Díez-Tejedor^a

^a Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. ^b Servicio de Neurología.

Hospital Universitario La Paz. UAM. Madrid, España..

Introducción. El antecedente de diabetes mellitus (DM) se ha relacionado con una peor evolución de los pacientes con ictus. **Objetivos.** Analizamos las características diferenciales de los pacientes con ictus agudo, con o sin antecedentes de DM, y su implicación en la evolución hospitalaria. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional a partir de la base de datos de ictus del Servicio de Neurología (1994-2003), con inclusión de pacientes consecutivos. Seleccionamos pacientes con ictus isquémico y hemorrágico. Parámetros analizados: antecedentes personales, subtipos de ictus, gravedad al ingreso, estancia media, complicaciones intrahospitalarias, mortalidad y estado funcional al alta (excluyendo los AIT en estos dos últimos). Análisis descriptivo (media/mediana y porcentajes) y compa-

rativo entre los pacientes con o sin antecedentes de DM (χ^2 , *t* de Student). **Resultados.** Se incluyeron 4.826 pacientes con ictus agudo. De ellos, 1.283 (26,6%) eran diabéticos. Éstos tuvieron una mayor edad (70,98 frente a 69,16 años; $p < 0,001$), mayor frecuencia de hipertensión arterial (70,0 frente a 55,8%; $p < 0,001$), cardiopatía isquémica (16,8 frente a 11,4%; $p < 0,001$), vasculopatía periférica (9,1 frente a 4,7%; $p < 0,001$), dislipemia (31,1 frente a 22,3%; $p < 0,001$) e ictus previo (18,1 frente a 12,0%; $p < 0,001$), mayor porcentaje de infartos de origen aterotrombótico (28,0 frente a 17,0%; $p < 0,001$) y lacunares (24,0 frente a 20,6%; $p < 0,01$) y más complicaciones neurológicas: ictus en evolución (4,5 frente a 2,2%; $p < 0,001$) y edema cerebral (6,9 frente a 5,2%; $p = 0,027$), sin diferencias significativas en gravedad al ingreso, complicaciones sistémicas, estancia media y estado funcional al alta. **Conclusiones.** El antecedente de DM no determina por sí mismo una mayor gravedad de los pacientes ni una peor evolución del ictus agudo. Es posible que el mal pronóstico que tradicionalmente se ha asociado a la DM se deba a la presencia de hiperglucemia en la fase aguda del ictus, aspecto que no hemos recogido en nuestro estudio.

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN UN HOSPITAL MUNICIPAL. AÑOS 2002-2003

R.F. Lara-Rodríguez^a, A. Cabrera-Rojo^a, J.R. Bolaños-Valladares^a, N. Echazábal-Santana^b, R. Fernández-Carriera^c, A. González-De Quevedo^c

^a Servicio de Neurología. Hospital Calixto García. Ciudad de la Habana.

^b Servicio de Neurología. Hospital Gustavo Aldereguía. Cienfuegos.

^c Servicio de Neurología. Instituto de Neurología. Ciudad de la Habana. Cuba.

Introducción. Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) constituyen una epidemia del siglo XXI, y su estudio epidemiológico cobra un interés particular. **Objetivos.** Describir formas clinicopatológicas de ECV y su frecuencia. **Pacientes y métodos.** Se realiza un estudio descriptivo observacional, retrospectivo y transversal de las historias y necropsias de fallecidos por ECV, y se analizan las frecuencias y la significación de las variables utilizando el paquete Statistic 5. **Resultados.** Fueron 146 fallecidos con diagnóstico de ECV, con edad promedio de 72 años: 71 blancos, 35 negros y 40 mestizos. Hubo 72 casos con infarto cerebral (IC) isquémico, 7 con IC embólico, 41 con hemorragia intraparenquimatosa (HIP) y 6 con demencia vascular. Presentaron factores de riesgo 115 pacientes. La hipertensión arterial (HTA) estuvo presente en 99 casos (90,24%), y fue significativa en la HIP y en el IC trombótico; la diabetes, en 25 casos, y el estrés, en 49, significativos en IC. La escala de NIH tuvo un valor promedio de 17. El Glasgow promedió 5,5 puntos al ingreso, la cifra más baja, de 3,8, fue en la HIP. Las complicaciones pulmonares fueron las más frecuentes: estuvieron presentes en 25 (47%) de los IC y 12 (8,21%) de las HIP. El ictus previo fue significativo en la demencia. **Conclusiones.** El IC trombótico fue el más frecuente como causa de muerte en nuestra serie. El factor de riesgo más frecuente fue la HTA, que resultó significativa como antecedente en el IC y la HIP. La complicación más frecuente fue la bronconeumonía.

MORTALIDAD POR HEMORRAGIA CEREBRAL EN UN HOSPITAL PROVINCIAL

A. Cabrera-Rojo^a, R.F. Lara-Rodríguez^b, J.R. Bolaños-Valladares^c, W. Piñera-Figueroa^a, N. Echazábal-Santana^d, A. González-De Quevedo^e

^a Servicio de Neurología. Hospital Calixto García. ^b Servicio de Neurología.

Hospital Universitario. ^c Servicio de Neurología. Hospital 10 de Octubre.

Ciudad de La Habana. ^d Servicio de Neurología. Hospital Gustavo Aldereguía.

Cienfuegos. ^e Bioquímica. Instituto de Neurología y Neurocirugía.

Ciudad de La Habana. Cuba.

Introducción. La enfermedad cerebrovascular hemorrágica continúa con una elevada mortalidad y llega a considerarse un grave problema

de salud. **Objetivos.** Caracterizar los fallecidos por hemorragia cerebral. **Pacientes y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo observacional, transversal y retrospectivo de las historias clínicas y necropsias de fallecidos por hemorragia cerebral, se efectuó una base de datos en Access XP y se evaluaron las diferentes variables. **Resultados.** Se ha realizado un estudio trasversal retrospectivo de fallecidos con el diagnóstico de enfermedad cerebrovascular hemorrágica ocurridos en nuestro hospital en el período de un año. El total de hemorragias fue de 88 y el promedio de edad fue de 69,7 años. Hubo 296 años de vida potencialmente perdidos, y el índice de necropsia fue del 84,1%, con predominio del sexo femenino. El 88,1% era hipertenso. Se presentó con mayor frecuencia la hemorragia intraparenquimatosa (59,11%), seguida de la cerebromeningea (20,45%), subaracnoidea (11,36%) y sin clasificar (9,09%). El índice de Glasgow más frecuente fue de 3-5 en 51 pacientes. Los síntomas clínicos más frecuentes fueron: coma, signos menígeos, cefalea, vómitos, convulsiones y cefalea. **Conclusiones.** La mortalidad por hemorragia cerebral es elevada, y la hemorragia intraparenquimatosa espontánea es la variedad más frecuente, a pesar de poderse potencialmente prevenir con cambios de estilo de vida y controlando la hipertensión arterial.

PROYECTO SANTIAGO PARA AFRONTAR EL RETO DE LAS ENFERMEDADES CEREbroVASCULARES

J.A. Miranda-Quintana

Cerebrovascular. Hospital General de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba, Cuba.

Introducción. Las enfermedades cerebrovasculares constituyen el problema más acuciante de las enfermedades crónicas no transmisibles en nuestro territorio. Ocupan el tercer lugar como causa de muerte y son la primera causa de discapacidad no traumática. Se muestran los resultados del desarrollo de un proyecto de intervención en los factores de riesgo y organización de los servicios médicos. **Objetivos.** 1. Disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cerebrovasculares; 2. disminuir la letalidad; 3. incrementar el diagnóstico de los ATI; 4. disminuir el índice de secuelas y las complicaciones, y 5. perfeccionar la red hospitalaria en la atención al enfermo con ictus. **Pacientes y métodos.** Es una investigación aplicada, con una intervención comunitaria a toda la población de la provincia de Santiago de Cuba (un millón de habitantes) en el período de 1994-2003. Se organizó un equipo de trabajo multidisciplinar y multicéntrico, y se ejecutaron acciones de prevención, atención médica y rehabilitación en todo el territorio. Se creó un programa de atención de enfermería diferenciado, dirigido a evitar complicaciones. Se ejecutaron cursos de capacitación a médicos, enfermeras, cuidadores y pacientes, y se creó un sistema de vigilancia en salud y una base de datos que permitieron cuantificar los resultados. **Resultados.** Se logró una reducción significativa de la letalidad, el índice de secuelas y las complicaciones en los pacientes con enfermedades cerebrovasculares. Se consideraron trascendentales las acciones de seguimiento de los ATI, que generaron una reducción de los infartos establecidos. **Conclusiones.** La aplicación de este proyecto generó cambios favorables en los principales indicadores epidemiológicos relacionados con las enfermedades cerebrovasculares en la provincia.

TROMBOSIS DE SENOS DURALES Y VENAS CEREBRALES

J.H. Gutiérrez-Ronquillo, J.A. Treto-Rosales, R. Espinosa-González, R. Andrade-Machado, L. Crespo-Rodríguez

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Provincial Arnaldo Milán. Santa Clara, Villalarga, Cuba.

Introducción. La trombosis de las venas y los senos venosos constituye una entidad poco frecuente, descrita en adultos por Garcin y Pestel en 1947. Es potencialmente grave, cursa con gran hipertensión intracraneal y puede llevar a la muerte o producir graves secuelas neurológicas. El tratamiento etiológico es fundamental para lograr un mejor pronóstico. **Objetivos.** Nuestro objetivo en este tra-

bajo es el diagnóstico y el pronóstico de esta entidad. **Casos clínicos.** Se presentaron 5 pacientes, de ellos 4 mujeres, con un cuadro neurológico de déficit focal y cefalea, con grave hipertensión intracraneal, de evolución subaguda, el 60% con convulsiones. Los estudios de imagen eran compatibles con trombosis de los senos o venas cerebrales. En dos de los pacientes, el diagnóstico fue corroborado por la necropsia. El factor de riesgo más frecuente fue el puerperio, presente en cuatro pacientes. Los pacientes recibieron terapia sintomática. **Conclusiones.** El puerperio es el factor de riesgo más frecuente en la trombosis de senos y venas tributarias. La cefalea, la focalización neurológica y la afectación de la conciencia son los principales síntomas y signos. El coma, el infarto hemorrágico y las convulsiones tienen mal pronóstico y una evolución desfavorable.

REPERCUSIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREbroVASCULAR

A.J. Asencio-Guerra^a, Y.S. Rodríguez-García^b, O. Pérez-Escalona^c

^a Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Julio Trigo.

^b Facultad de Medicina Julio Trigo. Ciudad de La Habana.

^c UCI. Hospital General Docente Mártires de Mayarí. Mayarí, Holguín, Cuba.

Introducción. La enfermedad cerebrovascular (ECV) continúa siendo una de las principales causas de muerte en la actualidad. La falta de tratamiento farmacológico específico contribuyó a fomentar una actitud nihilista, pero se ha demostrado que prevenir y tratar precozmente las complicaciones mejora la evolución clínica, sobre todo si los pacientes son atendidos de forma especializada en una Unidad de Ictus. **Objetivo.** Determinar el impacto de nuestra Unidad de Ictus en los pacientes con ECV. **Pacientes y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, donde nuestro universo de trabajo lo constituyó la totalidad de los pacientes dados de alta por ECV en el Hospital General Docente Mártires de Mayarí durante los cinco primeros meses de los años 2002 y 2003. Estos últimos fueron dados de alta de la UCI que ya existía. **Resultados.** Se logró una ostensible disminución de la mortalidad en los primeros cinco meses del 2003. Hubo también una disminución de la letalidad por ECV en nuestro centro, la cual bajó de 35,5% en el año 2002 a 15,6% en 2003. Las principales causas de muerte de nuestros pacientes con ECV fueron edema cerebral y bronconeumonía bacteriana; esta última disminuyó considerablemente en 2003 con la apertura de la Unidad de Ictus en la UCI. **Conclusiones.** La disminución considerable de la mortalidad por ECV en el período analizado se debe a la existencia de un personal entrenado y a los recursos necesarios para la atención al grave.

COMPORTAMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LA MUERTE CEREBRAL

L.A. Molina-Martín

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Quirúrgico. Holguín, Cuba.

Introducción. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con el diagnóstico de muerte cerebral registrados en el territorio Oriente Norte de Cuba para conocer el comportamiento clínico epidemiológico de la muerte cerebral entre los años 2002-2003. **Pacientes y métodos.** El universo estuvo constituido por 70 pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos de las provincias de Holguín, Granma y Las Tunas. **Resultados.** Las edades más afectadas son el grupo de 40-51 años, con 21 casos (30%). Predominaba el sexo masculino, con 44 casos (62,8%). La hipertensión arterial representó el antecedente más frecuentemente encontrado, con 48 casos (68,5%). La hemorragia intraparenquimatosa fue la más frecuentemente recogida, con 27 casos (38,5%), seguida de traumatismos craneoencefálicos, con 23 casos (32,8%). Al comparar el intervalo entre evaluaciones del 2002 y 2003 se evidenció una disminución del tiempo, con una diferencia significativa de

2,11774 ($p = 0,0000$). El 27,1 % de los diagnósticos se confirmó mediante pruebas auxiliares. *Conclusiones.* Los factores de riesgo vascular fueron los más frecuentemente informados; las enfermedades cerebrovasculares y los traumatismos craneoencefálicos representaron las causas más frecuentes que llevaron al paciente al coma. El uso de pruebas auxiliares (Doppler transcraneal y electroencefalografía) disminuyó las horas y el número de evaluaciones.

PÓSTER

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA COMUNIDAD URBANA DE HONDURAS

J. Campos^a, J. Flores^a, G. Gallo^a, R. Romero^a, A. Urquía^a, R. Padilla^b, M.T. Medina^a

^a Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras.

^b Postgrado de Neurología. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.

Introducción. La hipertensión arterial (HTA) representa un factor de riesgo importante de enfermedad cerebrovascular (ECV). Existen

pocos datos sobre su prevalencia en Honduras. *Objetivo.* Determinar la prevalencia de la HTA en una población urbana en la Colonia Kennedy, Tegucigalpa, Honduras. *Pacientes y métodos.* Se realizó un estudio descriptivo, transversal, del 1 al 31 de julio de 2004, en el que se midió la presión arterial a una población urbana de la Colonia Kennedy de 838 personas, con una media de 35 años, un rango de 6 a 97 años de edad, 326 hombres y 512 mujeres. La edad media de la población hipertensa (208 personas) fue de 56 años. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 5 años y habitar en la comunidad durante más de seis meses. Se determinó la presión arterial en tres ocasiones, con un intervalo de una semana, a aquellos cuya primera toma estaba fuera del límite normal. Se clasificaron como hipertensas las personas con presiones superiores a los rangos ya establecidos por año según el *Report on the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children* y presiones mayores o iguales a 140/90 mmHg en personas mayores de 18 años. *Resultados.* La tasa de prevalencia de la HTA fue de 24,8%. El 56,15% de los pacientes hipertensos ya diagnosticados no estaban controlados. Se diagnosticaron 78 casos nuevos de HTA. Se detectaron siete casos confirmados de ECV, cinco con HTA y dos sin HTA. El 7,76% de las personas hipertensas ya diagnosticadas y el 2,50% de las hipertensas nuevas tenían 60 años o más. *Conclusión.* La HTA es una enfermedad altamente prevalente; en más del 50% de los casos no está controlada, lo cual podría aumentar el riesgo de ECV.