



Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario

Facultad de Medicina

Título: “Accidente cerebrovascular: características generales y epidemiológicas de los pacientes”.

Alumno: Cristian Fernando Creiscell

Tutor: Dr. Juan Carlos Matassa

Fecha de presentación: Agosto de 2006

Índice

Índice	1
Resumen	2
Introducción	4
Marco teórico	5
Problema	19
Objetivos	19
Material y métodos.....	20
Resultados	21
Discusión	32
Conclusión	36
Bibliografía	38
Anexo	40

Resumen

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo, realizado en base a los datos aportados por las historias clínicas de 54 pacientes con un accidente cerebrovascular (ACV) que fueron internados en el Sanatorio del Litoral, durante el período comprendido entre el 1° de octubre de 2005 y el 31 de marzo de 2006. Con el objetivo de conocer las características generales y epidemiológicas de los pacientes con ACV, analizar los antecedentes personales y evaluar cuáles pueden ser los factores desencadenantes para los accidentes cerebrovasculares.

Las conclusiones a las que se arribaron fueron:

- La población correspondía en el 57,4% al sexo femenino y en el 42,6% al sexo masculino.
- El 55,6% se ubicaba en el intervalo de 70 a 79 años.
- El 100% de los pacientes de la población en estudio presentan como antecedente la hipertensión arterial.
- El 31,5% presentaba el antecedente del hábito de fumar.
- El 16,7% presentaba el antecedente de Diabetes Mellitus.
- El 33,3% presentaba antecedente de obesidad.
- El 35,2% presentaba el antecedente de ACV previo.
- Antes del ACV actual, el 14,6% de la población no recibía ninguna medicación. El resto de los pacientes recibían tratamiento médico, incluso con combinación de drogas (23,6% enalapril; 9% furosemida; 9% amiodarona; 9% acenocumarol; etc.)
- Del total de la población medicada 26,8% no cumplía con el tratamiento.
- En el 85,2% se presentó como hallazgo en la TAC un ACV isquémico y en el 14,8% un ACV hemorrágico.
- El 66,7% de los pacientes fueron internados en sala y el 33,3% en UTI.
- De los pacientes con un ACV previo el 21,1% no estaba medicado y el 15,8% no cumplía con la medicación. Algo similar ocurría con los

pacientes que no presentaban un ACV como antecedente (25,7% y 22,9% respectivamente).

- De los pacientes internados en UTI el 27,8% no cumplía con la medicación y el 22,2% no se hallaba medicado. A diferencia de los pacientes internados en sala donde el 16,7% no cumplía con la medicación y el 25% no estaba medicado.

Introducción

La enfermedad cerebrovascular constituye una de las causas de muerte más frecuentes, luego de las cardiopatías y el cáncer.

Es el trastorno neurológico de mayor prevalencia en términos de morbilidad y mortalidad.

El término Accidente Cerebrovascular (ACV) se refiere a cualquier alteración cerebral causada por algún proceso patológico de los vasos sanguíneos; el término "Ictus" constituye la denominación clínica que se aplica en estos procesos, especialmente cuando la sintomatología se inicia de manera aguda.

La incidencia de A.C.V. aumenta con la edad, por eso, aunque la mortalidad por esta causa haya descendido en las últimas décadas, el envejecimiento creciente de estas poblaciones determina que la prevalencia de este padecimiento y su carga social no disminuyan.

Al descenso de la mortalidad se le atribuye a la creciente calidad de vida y a un mejor control de los factores de riesgo, tales como la hipertensión, tabaquismo, diabetes, dislipidemias, obesidad y sedentarismo, entre otras. Por lo tanto, se debe tener conciencia de que el control de dichos factores de riesgo son una medida eficaz de prevención, y forman parte de una importante tarea sanitaria que recae en el médico generalista.

Varios de los factores citados se inician antes de lo que se suponía, en la niñez y en la adolescencia. Esto indica que los esfuerzos preventivos deben iniciarse lo antes posible y que los hábitos dietéticos y el estilo de vida saludables deben practicarse desde la infancia.

El propósito del presente trabajo es describir las características de los pacientes con un accidente cerebrovascular, en cuanto a la edad, el sexo y los antecedentes personales. Se basará en los pacientes ingresados y diagnosticados con A.C.V. en el Sanatorio del Litoral, durante el período comprendido entre octubre de 2005 y marzo de 2006.

Marco teórico

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

Los accidentes cerebrovasculares (A.C.V.) constituyen la 3ª causa de muerte en los países industrializados, luego de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer; y son una de las principales causas de invalidez. ¹

La incidencia estimada es de 150 – 200 casos cada 100.000 habitantes por año.

El 15-20% de los pacientes que padecen un A.C.V. fallecen; el 60% queda con algún grado de incapacidad y sólo un 20-25% experimentará una recuperación tal como para volver a sus actividades normales.

CLASIFICACIÓN ¹

- ISQUÉMICOS alrededor del 80%
- HEMORRÁGICOS alrededor del 20%

Accidente cerebrovascular isquémico

Causas:

- **Enfermedad cardíaca - cardioembolia**

Insuficiencia Cardíaca con falla de bomba, puede resultar en isquemia cerebral (síncope) o infarto (encefalopatía anóxica). Responsables en un 20-25% de todos los A.C.V. isquémicos

Se debe investigar:

- Arritmias
- Lesiones valvulares
- Lesiones del miocardio

- **Oclusión o tromboembolia de grandes vasos**

Por depósitos ateroscleróticos. El material aterotrombótico puede tanto estenotar u ocluir la luz de un vaso, o puede fragmentarse y embolizar distalmente en el árbol arterial. Cuando este mecanismo es combinado con

hipertensión, hipoxia, anemia, viscosidad anormal de la sangre, e hipoglucemia, puede dar como resultado una isquemia focal o multifocal.

Áreas más comúnmente afectadas: porción proximal de las arterias Carótidas Internas; porción proximal de las arterias Vertebrales; Intracerebral: Polígono de Willis / arteria Basilar.

Displasia Fibromuscular

Disección de Arteria Carotídea

Radiación

Hiperhomocisteinemia

- **Oclusión de pequeños vasos**

Las anomalías más específicas cerebrovasculares en pacientes con H.T.A. sostenida o crónica consisten en : necrosis fibrinoide, lipohialinosis, microaneurismas miliares, resultando en una degeneración segmentaria no aterosclerótica de la pared de las arterias penetrantes. Estas son encontradas exclusivamente en cerebros de pacientes con H.T.A. y se localizan en: Ganglios Basales- Tálamo- Cerebelo- Región Subcortical.

Infartos Lacunares: Constituyen el 10 – 15% de todos los A.C.V. isquémicos. Más frecuentemente hallados como únicos en pacientes gerontes con hipertensión arterial, y pueden ser asintomáticos o sintomáticos según la localización; los infartos lacunares pueden presentarse durante el sueño y tienen buen pronóstico.

Arteritis:

a- Infecciosas

Sífilis Terciaria: causa común de A.C.V. isquémico en pacientes jóvenes en el pasado. Otras: Malaria, Enf. Por Rickettsias, Aspergilosis, Mucormicosis, H. Zoster, Triquinosis, Esquistosomiasis, Leptospirosis, Enf. De Lyme.

b- No Infecciosas

Lupus Eritematoso Sistémico (L.E.S.), Poliarteritis Nudosa, Angéitís Granulomatosa, Arteritis Temporal, Enfermedad de Takayasu.

- **Enfermedades hematológicas**

Anormalidades en las células sanguíneas y las proteínas plasmáticas que pueden producir hipocoagulabilidad o hipercoagulabilidad correspondiendo a

alteraciones en la viscosidad y éxtasis sanguíneo lo cual predispone a isquemia o hemorragias cerebrales. Como ser: Policitemia, trombocitemia, púrpura trombocitopénica, Enfermedad de células Falciformes, disproteinemias, síndrome Antifosfolipidos, deficiencias de Proteínas C., S. y Antitrombina III o resistencia a proteína C. Activada, leucemia, C.I.D.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

El comienzo puede ser: gradual, escalonado, fluctuante, o déficit severo de entrada. Varía según los territorios arteriales comprometidos.

Hemisferio Izquierdo dominante

- *Afasia, disartria Dificultad en la lectura-escritura-cálculo
- *Hemiparesia derecha
- *Pérdida de la sensibilidad del lado derecho
- *Defecto del campo visual derecho, desviación conjugada de la mirada

Hemisferio Derecho no dominante

- *Desorientación espacial
- *Disartria
- *Hemiparesia izquierda
- *Pérdida de la sensibilidad lado izquierdo
- *Defecto del campo visual, desviación conjugada de la mirada

Fosa Posterior – Cerebelo -Tronco Encefálico

- *Pérdida sensitiva o motora de los 4 miembros; signos cruzados de los miembros o marcha atáxica
- *Disartria
- *Amnesia
- *Defecto del campo visual bilateral mirada desconjugada, nistagmus.

A.C.V. isquémico motor puro (pequeña zona subcortical del hemisferio o tronco encefálico). Debilidad de la cara y miembros de un lado del cuerpo , sin alteración de las funciones troncales altas, sensibilidad o visión.

A.C.V. isquémico sensitivo puro (pequeña zona subcortical del hemisferio o tronco encefálico). Pérdida de la sensibilidad de la cara y miembros de un

lado del cuerpo sin alteración de las funciones troncales altas, función motora o visión.

EVOLUCION TEMPORAL DEL DEFICIT

A.I.T. Accidente Isquémico Transitorio: episodio de pérdida de la función cerebral causada por isquemia con recuperación total dentro de las 24 horas. Duración promedio 15 minutos; el 90% dura menos de 6 horas.

Múltiples A.I.T. que se producen en un lapso de horas se denomina “*Crescendo T.I.A*” el cual aparenta ser predictivo de la presentación de un “Ictus Inminente”.

R.I.N.D Déficit Neurológico Isquémico Reversible : episodio de pérdida de la función cerebral causada por la isquemia con recuperación total dentro de las 24 horas hasta 3 semanas.

ICTUS EN EVOLUCION La sintomatología incrementa su severidad y/o extensión en minutos u horas. La progresión puede ser gradual, escalonada o fluctuante con períodos de mejoría. Infartos Carotídeos 20%. Vertebrobasilares 40%.

ICTUS CONSOLIDADO parcial o completo.

DIAGNÓSTICO

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA (T.A.C.): sin contraste (estudio inicial más importante).

RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (R.M.N.) Es más sensible que la T.A.C. Útil en casos sospechosos de infarto cerebeloso o tronco encefálico.

ANGIORESONANCIA Puede dar importantes indicios acerca de arterias intracraneales ocluidas.

OTROS EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Estudios de imágenes de la columna cervical (si el paciente está en coma o dolor e hipersensibilidad en el cuello)
- E.C.G. fuerte correlación entre A.C.V. isquémico y presencia de enfermedades
- Rx de Tórax: I.C.C., muerte súbita. Un A.C.V. isquémico puede ocurrir simultáneamente con un I.A.M.
- Hemograma – Recuento de Plaquetas
- Tiempo de Protrombina – K.P.T.T.
- Electrolitos Plasmáticos
- Glucemia
- E.A.B.
- Estudios de función renal / hepática
- E.E.G. (si convulsiones son sospechadas)
- Punción Lumbar – Estudio del liquido cefalorraquídeo (diagnóstico diferencial H.S.A con T.A.C. negativa u otros cuadros infecciosos).
- Ecocardiograma transtorácico – transesofágico
- Ecodoppler de los vasos del cuello

Los exámenes que hacen al diagnóstico no deben demorar las conductas que hacen al manejo inicial, incluso medidas terapéuticas que imponen una” ventana” para su prescripción en tiempo.

COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS AGUDAS ³

- Edema cerebral – hipertensión endocraneana - herniación
- Convulsiones
- Transformación hemorrágica

COMPLICACIONES MAYORES NO NEUROLÓGICAS

Neumonía, Trombosis Venosa Profunda (T.V.P.), Embolia Pulmonar, Ulceras de Decúbito. Otras complicaciones: Desnutrición, Infecciones del tracto urinario.

PREVENCIÓN PRIMARIA ¹

Tabaquismo

Incrementa el riesgo de A.C.V.; aproximadamente el 40% en hombres y el 60% en mujeres. Eleva el fibrinógeno, aumenta la agregación plaquetaria, incrementa el nivel del hematocrito y la viscosidad de la sangre.

Es el más poderoso factor de riesgo que contribuye al desarrollo de aterosclerosis carotídea y parece contribuir al desarrollo de aneurismas.

El riesgo de A.C.V. disminuye sustancialmente cada año después de haber cesado el hábito de fumar y luego de cinco años el riesgo es cercano al de un paciente que nunca fumó.

Dieta

La reducción en la dieta de grasas saturadas (fuente principal de ácidos grasos saturados y colesterol son: carne, huevos, productos lácteos, etc.), disminución de la grasa a menos del 10% del total de las calorías diarias y colesterol a menos de 5 mg./día.

Restricción de la sal de la dieta a 2,3 grs./día.

Actividad física

Actividad física moderada, ayuda a control del peso, a la hipertrigliceridemia, reduce la presión arterial (particularmente la sistólica): y eleva los niveles de H.D.L.

Anticonceptivos orales

Pueden causar tromboembolia y resultar en A.C.V. isquémico o trombosis venosa cerebral. Especialmente si se asocian a tabaquismo e hipertensión arterial en mujeres jóvenes en edad reproductiva. Usar bajos componentes estrogénicos en píldoras anticonceptivas.

Alcohol

El consumo moderado disminuye el riesgo (20 –30 gramos diarios).

El alto consumo conlleva a elevación de la presión arterial, agregación plaquetaria, coagulación de la sangre, aumento de los triglicéridos.

Abuso de drogas (Alcohol – Anfetamina – Cocaína – Heroína).

Pueden producir A.C.V. hemorrágico o infarto cerebral por: vasculitis, vasoespasmo, vasculopatía no inflamatoria, disfunción cardíaca y producir arritmias. Hiper o hipocoagulabilidad. Crisis hipertensivas.

Temperatura ambiente

Bajas temperatura ambiental durante los meses de invierno esta asociado con aumento de la presión arterial, elevación de fibrinógeno y colesterol, incrementando el riesgo de A.C.V en particular hemorrágico.

Hipertensión arterial

Hipertensión Arterial sistólica o diastólica es un importante factor de riesgo para A.C.V. isquémico – hemorrágico, tanto en hombres como en mujeres de todas las edades. Debe ser descendida a valores de normalidad (140-80 mmHg.) por modificación del estilo de vida o tratamiento farmacológico, lo cual declina la ocurrencia de A.C.V. Es el factor de riesgo más prevalente y modificable.

Dislipidemia

Pacientes con enfermedad coronaria; el tratamiento con sinvastatina-pravastatina reduce claramente el riesgo de A.C.V.

Diabetes

Es un factor de riesgo independiente para el A.C.V. isquémico. El estricto control de los niveles plasmáticos de glucosa no han sido establecidos para la prevención del A.C.V. isquémico. Elevación de la glucemia al inicio del A.C.V. isquémico empeora los resultados funcionales y la mortalidad.

Enfermedades cardíacas

I.C.C.; enfermedad coronaria; I.A.M., valvulopatías, arritmias, hipertrofia ventricular, predisponen a A.C.V. isquémico.

TRATAMIENTO ⁴

Tratamiento médico

Antiagregantes plaquetarios: Estos agentes son de elección para la prevención de futuros A.C.V. isquémicos en pacientes que han experimentado un A.I.T. o algún tipo de A.C.V. isquémico excepto los cardiembólicos.

Aspirina: El más frecuente y económico agente antiagregante elegido. Habitualmente se utiliza 325 mg. con cobertura entérica para pacientes con A.I.T. inicial o recurrente.

Otras: Ticlopidina, Clopidogrel, Dipyridamol + Aspirina .

Anticoagulantes: la anticoagulación debe ser usada solamente en A.C.V. isquémicos cardioembólicos y estenosis intracraneal de alto grado.

Tratamientos específicos:

Existen en general dos mecanismos terapéuticos por los cuales se puede reducir potencialmente la injuria isquémica.

- **Trombólisis:** terapia con rtPA o Estreptoquinasa, restaura flujo sanguíneo. No está indicado luego de 4 horas.
- **Neuroprotectores:** protege a las neuronas de la injuria durante la isquemia, enlentece la actividad neuronal en los distintos escalones de la cascada isquémica y previene los procesos de injuria por reperfusión.

Tratamiento quirúrgico: ⁵

Estrechamiento por aterosclerosis de la arteria carotídea interna a nivel de la bifurcación carotídea en el cuello es causa de A.I.T. y A.C.V. isquémico.

El N.A.S.C.E.T.(North American Syntomatic Carotid Endarterectomy Trial) mostró claros beneficios de la endarterectomía para pacientes con estenosis tan grandes como un 70% confirmadas por angiografía.

Hemorragia intracerebral (H.I.C.)

La hemorragia intracerebral es responsable del 10% de todos los A.C.V.; es dos veces más frecuente que la Hemorragia Subaracnoidea.

Es el subtipo de A.C.V. más devastante y menos estudiado con una mortalidad del 50% a los 30 días. La incidencia se incrementa con la edad y es tan alta en hombres como en mujeres. ¹

ETIOLOGÍA

PRIMARIA o ESPONTÁNEA

Hipertensión Arterial causa presumida en el 70 – 90% de los pacientes.

SECUNDARIOS a PATOLOGÍAS SUBYACENTES

-Aneurismas

-Malformaciones Arteriovenosas (más frecuente en pacientes jóvenes)

-Malformaciones cavernosas

-Anormalidades hemostáticas (recuento de plaquetas menor a 100.000 / ml.)

-Tumores intracraneales primarios: gliomas, meningiomas, adenoma pituitario. secundarios: metástasis de pulmón, melanoma, coriocarcinoma

-Angiopatía amiloidea (pacientes añosos; sangrado subcortical recurrente)

-Anticoagulantes (excesiva anticoagulación aumenta riesgo de sangrado)

-Trombolíticos (hemorragia lobar o múltiples)

-Infarto hemorrágico (en A.C.V. reciente)

-Drogas simpaticomiméticas: Cocaína, Anfetaminas, Crack, Efedrina (por H.T.A. o vasculitis).

IATROGÉNICOS

-Post craneotomías

-Post cirugía del Trigémino, etc.

FISIOPATOLOGÍA

Una hipótesis que explicaría las hemorragias hipertensivas que ocurren en el Tálamo, Putamen, Cerebelo y Protuberancia; las paredes de los vasos lenticulo-estriadas y paramedianas que riegan áreas, son delgadas (en

relación a vasos de igual diámetro corticales) y además se abren en ángulo recto de los grandes vasos de origen y no tienen colaterales los que los hace más susceptibles al stress hemodinámico persistente proveniente de la Presión Arterial elevada.

Las injurias cerebrales se asocian con respuesta inflamatoria sistémica. Los H.I.C se asocian con la liberación sistémica de Citokinas.

CLÍNICA ²

El síndrome clínico de H.I.C. es de comienzo abrupto y rápida evolución de los síntomas y signos en minutos a horas, no signos de alarma o síntomas prodrómicos.

Las manifestaciones clínicas dependen de localización, tamaño, y su crecimiento.

Continuidad del sangrado es hasta 24-48 horas de iniciado los síntomas; la mayor parte lo hace durante las primeras 6 horas. Hematomas menores de 25 cc., luego de las 6 horas tienen bajo riesgo de aumento de volumen.

Factores que predisponen al aumento del volumen del Hematoma:

- Antecedentes A.C.V. isquémico
- Glucemia mayor /igual a 141 mg/dl.
- P.A.S. mayor / igual 220
- Hb. Glicosilada mayor / igual 5.1%

LOCALIZACIÓN

Los síntomas iniciales son: cefalea, nauseas, vómitos, incapacidad para la marcha, alteración del estado de conciencia.

Putaminal (35-50%)

Lobar (20-30%)

Talámico (15%)

Cerebeloso (10%)

Protuberancia (5%)

Caudado (5%)

DIAGNÓSTICO ⁵

T.A.C.: de elección para el diagnóstico de pacientes con sospecha de H.I.C.

Angiografía: debe considerarse para todo paciente sin causa clara de H.I.C. que sean candidatos a cirugía particularmente jóvenes, hematomas no hipertensivos y clínicamente estables.

R.M.N. y Angioresonancia: son de ayuda y podrían evitar la necesidad de uso de contraste en pacientes seleccionados. Estos estudios podrían ser considerados para la búsqueda de malformaciones cavernosas en pacientes sin historia de hipertensión arterial con hemorragias lobares y angiografía normal en quienes se planea una cirugía.

EVALUACIÓN INICIAL ⁴

Monitoreo en cuidados críticos

Ø Correcto manejo de la vía aérea – intubación orotraqueal para protección: en pacientes con depresión del nivel de conciencia y ventilación adecuada con adecuada oxigenación.

Ø Monitoreo de la presión arterial: uso de línea arterial.

La H.T.A. se presenta en el 90% de los pacientes con H.I.C.; excesiva hipertensión arterial debe ser evitada porque contribuye a la extensión del hematoma; contrariamente un tratamiento antihipertensivo agresivo con hipertensión endocraneana puede conducir a injuria secundaria por hipoperfusión cerebral.

El consenso es a favor de P.A.M. menor a 130 mmHg. en pacientes con H.T.A. crónica, y mantener una Presión de perfusión Cerebral de 70 mmHg. en pacientes con P.I.C elevada En el período postoperatorio se debe evitar P.A.M. mayor de 110 mmHg.

Antihipertensivos: Labetalol endovenoso, fácilmente titulable y sin afectación de la P.I.C.; Enalapril. Los vasodilatadores deben ser evitados.

Ø Monitoreo neurológico

Status mental - Movimientos oculares – Fuerza motora de cada extremidad.

** Monitoreo de la presión intracraneana*

Está indicada en pacientes con coma Score de Glasgow menor de 9/15 o pacientes con deterioro neurológico debido a aumento de la P.I.C. El monitoreo de la P.I.C. puede ayudar a guiar la terapia médica y hasta decidir la necesidad de intervención quirúrgica. Objetivo P.I.C. menor de 20 mmHg. con P.P.C. 70 mmHg. Ante P.I.C. elevada: requiere rápida intervención Hiperventilación P.CO2 30-35 mmHg. reduce la P.I.C. por corto tiempo y efecto rebote si se discontinúa.

Manitol (0.25 – 1 gr./Kg. de peso) mejora el flujo sanguíneo y la viscosidad. Barbitúricos altas dosis (10 Kgrs. /día) reduce la tasa metabólica cerebral a su vez reduce el volumen sanguíneo cerebral y la P.I.C., se indican cuando las otras medidas fallaron.

**Doppler transcraneal*

Monitoreo útil que evalúa al lado de la cama del paciente autorregulación por medición de las velocidades de flujo en los vasos intracraneales.

**Anticonvulsivantes*

Útil en particular en hematomas lobares o hemorragias subcorticales; reduce el riesgo de convulsiones(dosis de carga 10 a 18 mg./Kg. de peso; y mantenimiento, se deben controlar niveles plasmáticos). Se debe reevaluar al mes su continuidad.

**Corticoides*

No han probado su beneficio.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ³

El objetivo de la cirugía es la rápida evacuación del volumen máximo del hematoma con mínima injuria que proviene del procedimiento quirúrgico.

Hemorragia subaracnoidea - (H.S.A.)

Es una patología grave a veces devastadora, puede ser de origen traumático (lo más frecuente) o espontánea o no traumática, a la cual nos referiremos. Se producen por el vuelco de sangre en el espacio subaracnoideo donde normalmente circula el líquido cefalorraquídeo.

Mortalidad: aproximadamente el 20-40% de los pacientes que se internan, se debe sumar un 8-15% de los pacientes que fallecen y no llegan a internarse. Alrededor de un 15-25% de pacientes quedan con secuelas. ¹

CAUSAS ¹

- 1- **Ruptura de aneurisma intracraneano** (70 – 90 % de los casos).
- 2- **Otras causas menos frecuentes:** ruptura de malformación arterio-venosa, hemorragia Intracerebral con extensión al espacio subaracnoideo, hemorragia tumoral, ruptura de aneurismas micóticos, disección de arterias intracraneanas, trastornos de la coagulación, abuso de drogas, vasculitis (S.N.C.).

FISIOPATOLOGÍA

Al romperse un aneurisma irrumpe sangre a presión arterial sistémica dentro del espacio subaracnoideo, produciendo un aumento brusco de la P.I.C.; ésta tiende a igualar la presión arterial media (P.A.M.) con la consiguiente caída de la presión de perfusión cerebral (P.P.C.)

DIAGNÓSTICO ⁴

Demostrar presencia de sangre en el espacio subaracnoideo.

Detectar el origen del sangrado.

Tomografía axial computada de cráneo sin contraste: Sensibilidad del 95% en las primeras 48 horas. Se observa sangre hiperdensa en el espacio subaracnoideo, con los días la sangre se torna isodensa. Si la T.A.C. es normal y la clínica sugiere H.S.A. El procedimiento de elección es:

Punción lumbar (prueba de los 3 tubos con el objetivo que todos muestren líquido hemorrágico).

Arteriografía cerebral de los 4 vasos *por* cateterismo con técnica de sustracción digital; demostrará un aneurisma como causa de H.S.A. en el 70-80% de los casos.

MANEJO INICIAL – MEDIDAS GENERALES de TRATAMIENTO ⁵

1. Vía aérea permeable, intubación orotraqueal y A.M.R. en pacientes estuporosos o en coma y trastornos en la mecánica respiratoria.
2. Reposo físico y psíquico para disminuir riesgo de resangrado, incluso ante la necesidad uso de Benzodiazepinas o Haloperidol.
3. Analgesia, no uso de antiagregantes plaquetarios, se recomienda paracetamol o derivados morfínicos (Nalbufina, Morfina, Fentanilo).
4. H.T.A. evitar P.A.S. mayor de 170 mmHg. por mayor probabilidad de resangrado: uso de antihipertensivos labetalol - enalapril.
5. Hidratación parenteral soluciones isotónicas (S. Fisiológica 0,9%) 3000-4000 cc/ día; evitar hiperglucemias, incluso si es necesario uso de insulina.
6. Profilaxis de T.V.P. no se autoriza el uso de heparinas, por lo tanto se indica vendaje elástico o botas neumáticas intermitentes.
7. Evitar vómitos, colocación de S.N.G., incluso uso de antieméticos; ante trastornos defecatorios constipación evitar maniobras de Valsalva por esfuerzos se debe indicar laxantes- vaselina.
8. Nutrición temprana, los pacientes que padecen H.S.A. se encuentran hipermetabólicos e hipercatabólicos.
9. Profilaxis de convulsiones.
10. Corticoides no existe en la literatura evidencia para su uso
11. Nimodipina: no disminuye el vasoespasmo angiográfico, pero si disminuye en forma estadísticamente significativa los déficit y muerte debidos a lesiones isquémicas tardías y probablemente relacionados con el vasoespasmo

Problema

¿Cuáles son las características que presentan los pacientes con un accidente cerebrovascular que requieren internación?.

Objetivos

- Conocer las características generales y epidemiológicas de los pacientes con un ACV que requieren internación en el Sanatorio del Litoral de la ciudad de Rosario.
- Analizar los antecedentes personales de los pacientes con un ACV.
- Evaluar cuáles pueden ser los factores desencadenantes para un ACV.

Material y métodos

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, en base a los datos aportados por las historias clínicas de pacientes con accidentes cerebrovasculares, ingresados al Sanatorio del Litoral de la ciudad de Rosario, durante el período comprendido entre el 1º de octubre de 2005 y el 31 de marzo de 2006.

La población estudiada quedó conformada por 54 pacientes que presentaban un ACV y requerían internación.

Las variables analizadas en el estudio fueron:

- Sexo: femenino o masculino.
- Edad: en años cumplidos al momento de la internación.
- Hipertensión arterial: presente o ausente.
- Hábito de fumar: presente o ausente.
- Diabetes mellitus: presente o ausente.
- Obesidad: presente o ausente.
- ACV previo: con antecedente o sin antecedente.
- Medicación antes del ACV: detallando la o las medicaciones recibidas.
- Cumplimiento con la medicación: siempre, a veces o no medicado.
- Hallazgos en la TAC: ACV isquémico o hemorrágico.
- Internación: en sala o UTI.

Los datos obtenidos de las historias clínicas se presentan en una tabla ordenados según sexo y edad del paciente. (ver anexo)

Para el análisis estadístico los datos se resumen en tablas y gráficos, se utiliza el programa Microsoft Excell.

Resultados

SEXO

Sexo		
	<i>frecuencia absoluta</i>	<i>porcentaje</i>
femenino	31	57,4%
masculino	23	42,6%
Total	54	

Tabla 1: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del sexo de la población en estudio.

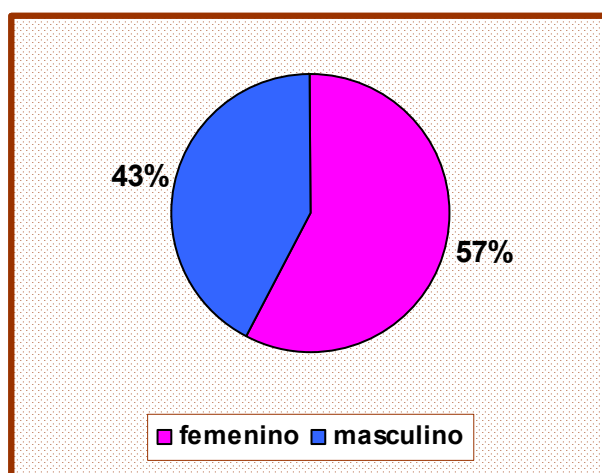


Gráfico 1: distribución de las frecuencias relativas del sexo de la población en estudio.

Del total de la población (n=54), el 57,4% corresponde al sexo femenino y el 42,6% al sexo masculino.

EDAD

Edad		
	<i>frecuencia absoluta</i>	<i>porcentaje</i>
< 70 años	8	14,8%
70 a 79 años	30	55,6%
80 a 89 años	13	24,1%
90 años o más	3	5,6%
Total	54	

Tabla 2: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad de la población en estudio.

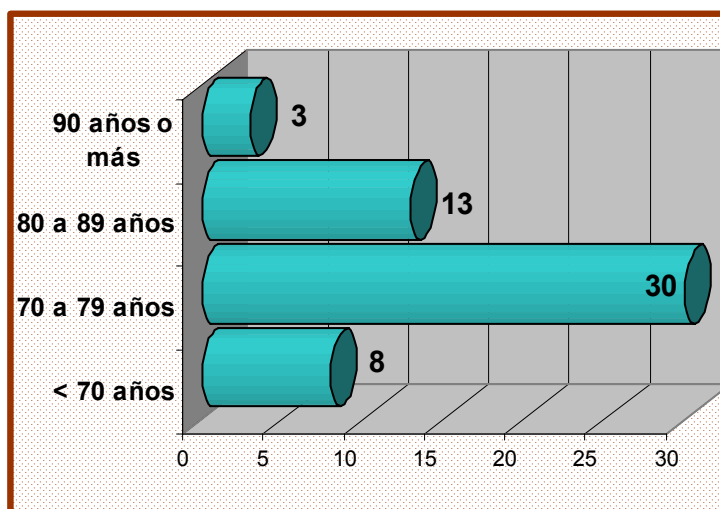


Gráfico 2: distribución de las frecuencias absolutas de la edad de la población en estudio.

El 55,6% de la población corresponde al intervalo de 70 a 79 años; el 24,1% al intervalo de 80 a 89 años; el 14,8% al intervalo de menores de 70 años y el 5,6% a los de 90 años o más.

ANTECEDENTES PERSONALES

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Hipertensión arterial		
	<i>frecuencia absoluta</i>	<i>porcentaje</i>
sí	54	100,0%
no	0	0,0%
Total	54	

Tabla 3: distribución de las frecuencias absolutas y relativa del antecedente de hipertensión arterial en la población en estudio.

El 100% de los pacientes de la población en estudio presentan como antecedente la hipertensión arterial.

HÁBITO DE FUMAR

Hábito de fumar		
	<i>frecuencia absoluta</i>	<i>porcentaje</i>
sí	17	31,5%
no	37	68,5%
Total	54	

Tabla 4: distribución de las frecuencias absolutas y relativa del antecedente de tabaquismo en la población en estudio.

Del total de la población, el 68,5% no presenta el antecedente del hábito de fumar y el 31,5% sí lo presenta.

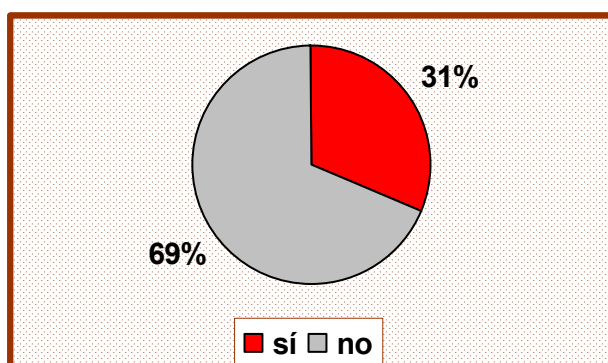


Gráfico 3: distribución de las frecuencias relativas del hábito de fumar en la población en estudio.

DIABETES MELLITUS

Diabetes Mellitus		
	<i>frecuencia absoluta</i>	<i>porcentaje</i>
sí	9	16,7%
no	45	83,3%
Total	54	

Tabla 5: distribución de las frecuencias absolutas y relativa del antecedente de diabetes mellitus en la población en estudio.

El 83,3% de la población no presenta el antecedente de Diabetes Mellitus, a diferencia del 16,7% restante que lo presenta.

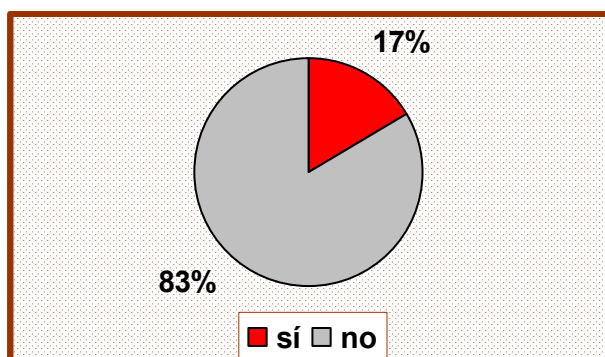


Gráfico 4: distribución de las frecuencias relativas del antecedente de diabetes mellitus en la población en estudio.

OBESIDAD

Obesidad		
	<i>frecuencia absoluta</i>	<i>porcentaje</i>
sí	18	33,3%
no	36	66,7%
Total	54	

Tabla 6: distribución de las frecuencias absolutas y relativa del antecedente de obesidad en la población en estudio.

El 66,7% de la población en estudio no presenta antecedentes de obesidad y el 33,3% presenta antecedente de obesidad.

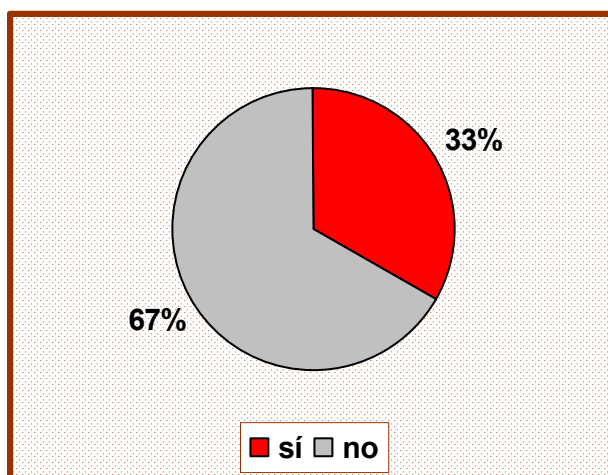


Gráfico 5: distribución de las frecuencias relativas del antecedente de obesidad en la población en estudio.

ACV PREVIO

ACV previo		
	<i>frecuencia absoluta</i>	<i>porcentaje</i>
sí	19	35,2%
no	35	64,8%
Total	54	

Tabla 7: distribución de las frecuencias absolutas y relativa del antecedente de ACV previo en la población en estudio.

El 64,8% de la población no presenta el antecedente de ACV previo, a diferencia del 35,2% que sí lo presenta.

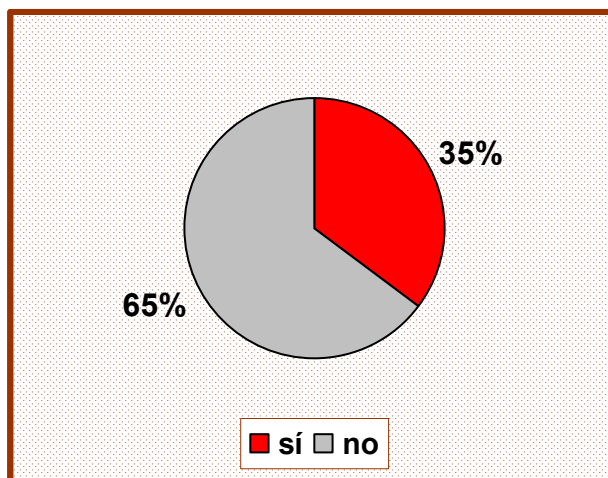


Gráfico 6: distribución de las frecuencias relativas del antecedente de ACV previo en la población en estudio.

MEDICACIÓN ANTES DEL ACV ACTUAL

Medicación antes del ACV		
	<i>frecuencia absoluta</i>	<i>porcentaje</i>
tiazida	1	1,1%
antiparkinsoniano	1	1,1%
alprazolam	1	1,1%
alopurinol	1	1,1%
digoxina	1	1,1%
fenobarbital	1	1,1%
citicolina	1	1,1%
metildopa	1	1,1%
nifedipina	2	2,2%
carbedilol	2	2,2%
diltiazem	2	2,2%
aspirina	3	3,4%
clonazepam	3	3,4%
glibenclamida	4	4,5%
atenolol	7	7,9%
acenocumarol	8	9,0%
amiodarona	8	9,0%
furosemida	8	9,0%
ninguna	13	14,6%
enalapril	21	23,6%
Total	89	

Tabla 8: distribución de las frecuencias absolutas y relativa de la medicación utilizada antes del ACV actual, en la población en estudio.

Antes del ACV actual, el 14,6% de la población no recibía ninguna medicación. El resto de los pacientes recibían tratamiento médico, incluso con combinación de drogas.

De los que recibían medicación (n=41): en el 23,6% era enalapril; en el 9% furosemida; en el 9% amiodarona; en el 9% acenocumarol; en el 7,9% atenolol; en el 4,5% glibenclamida; en el 3,4% clonazepam; en el 3,4% aspirina; en el 2,2% diltiazem; en el 2,2% carbedilol; en el 2,2% nifedipina; en el 1,1% metildopa; en el 1,1% citicolina; en el 1,1% fenobarbital; en el 1,1% digoxina; en el 1,1% alopurinol; en el 1,1% alprazolam; en el 1,1% antiparkinsoniano y en el 1,1% tiazida.

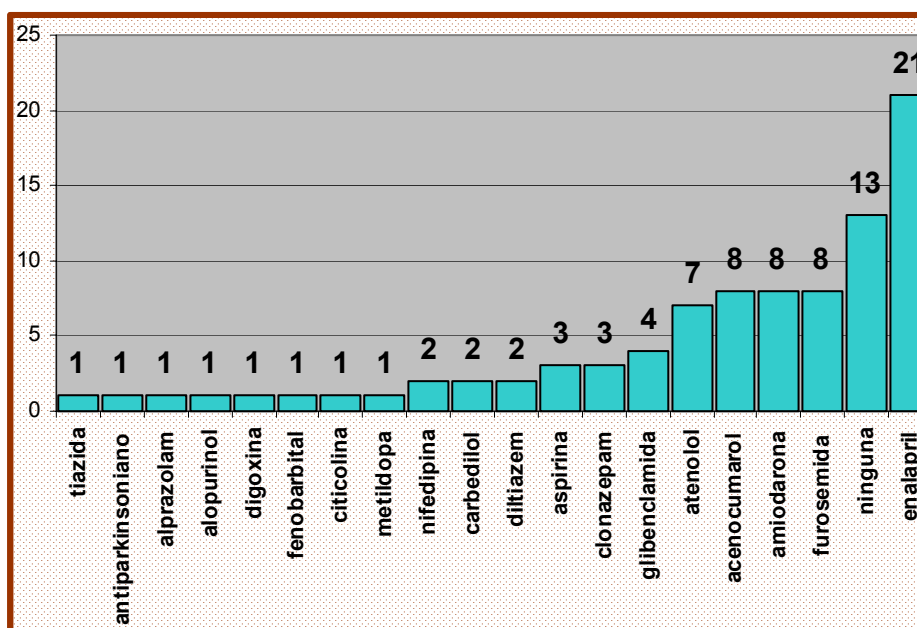


Gráfico 7: distribución de las frecuencias absolutas de la medicación utilizada antes del ACV actual en la población en estudio.

CUMPLIMIENTO CON LA MEDICACIÓN

Cumplimiento con la medicación (n=41)		
	<i>frecuencia absoluta</i>	<i>porcentaje</i>
sí	30	73,2%
a veces	11	26,8%
Total	41	

Tabla 9: distribución de las frecuencias absolutas y relativa del cumplimiento con la medicación utilizada antes del ACV actual, en la población en estudio.

Del total de la población medicada (n=41), el 73,2% refiere cumplir con el tratamiento medicamentoso, en cambio el 26,8% refiere cumplir a veces con el mismo.

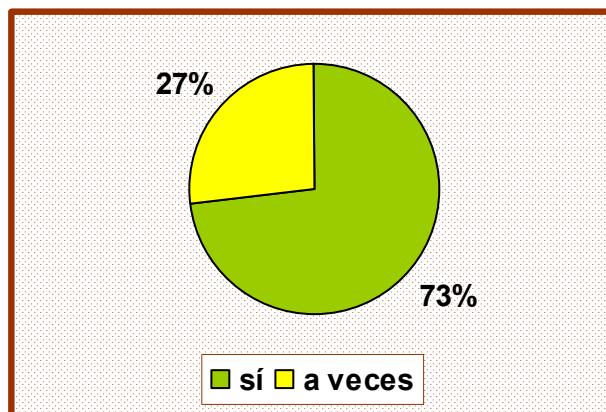


Gráfico 8: distribución de las frecuencias relativas del cumplimiento con la medicación utilizada antes del ACV actual, en la población en estudio.

HALLAZGOS EN LA T.A.C.

Hallazgos en TAC		
	<i>frecuencia absoluta</i>	<i>porcentaje</i>
ACV isquémico	46	85,2%
ACV hemorrágico	8	14,8%
Total	54	

Tabla 10: distribución de las frecuencias absolutas y relativa de los hallazgos en la TAC en la población en estudio.

Del total de paciente, el 85,2% presentó como hallazgo en la TAC un ACV isquémico y el 14,8% un ACV hemorrágico.

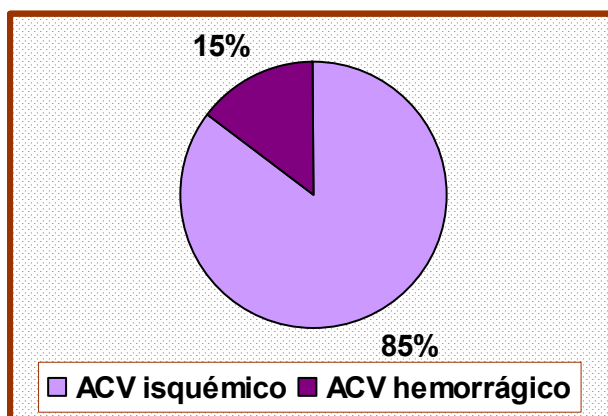


Gráfico 9: distribución de las frecuencias relativas del tipo de ACV hallado en la TAC, en la población en estudio.

INTERNACIÓN

Internación		
	<i>frecuencia absoluta</i>	<i>porcentaje</i>
en sala	36	66,7%
en UTI	18	33,3%
Total	54	

Tabla 11: distribución de las frecuencias absolutas y relativa del lugar de internación de la población en estudio.

El 66,7% de los pacientes fueron internados en sala y el 33,3% en UTI, lo que nos da una idea de la gravedad del ACV actual.

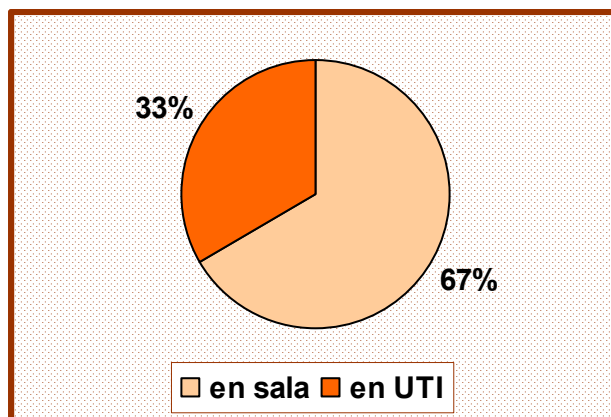


Gráfico 10: distribución de las frecuencias relativas del lugar de internación de la población en estudio.

FACTORES DESENCADENANTES DEL ACV ACTUAL

ANTECEDENTE DE ACV Y CUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN

ACV previo y cumplimiento con la medicación					
	con Acv previo		sin Acv previo		Totales
	frecuencia absoluta	porcentaje	frecuencia absoluta	porcentaje	
no cumple con la medicación	3	15,8%	8	22,9%	11
cumple con la medicación	12	63,2%	18	51,4%	30
no medicado	4	21,1%	9	25,7%	13
Totales	19		35		54

Tabla 12: distribución de las frecuencias absolutas y relativa del antecedente del ACV previo en relación con el cumplimiento de la medicación.

De los pacientes con un ACV previo el 63,2% cumple con la medicación; el 21,1% no estaba medicado y el 15,8% no cumple con la medicación.

De los pacientes que no presentan un ACV como antecedente, el 51,4% cumple con la medicación (generalmente antihipertensiva); el 25,7% no está medicado y el 22,9% no cumple con la medicación.

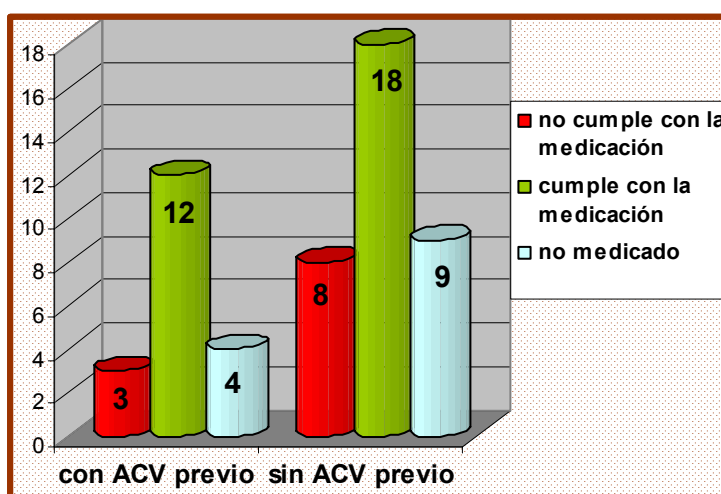


Gráfico 11: distribución de las frecuencias absolutas del cumplimiento de la medicación en pacientes con o sin ACV previos.

CUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN Y LUGAR DE INTERNACIÓN

Cumplimiento con la medicación y lugar de internación					
	internación en UTI		internación en sala		Totales
	frecuencia absoluta	porcentaje	frecuencia absoluta	porcentaje	
no cumple con la medicación	5	27,8%	6	16,7%	11
cumple con la medicación	9	50,0%	21	58,3%	30
no medicado	4	22,2%	9	25,0%	13
Totales	18		36		54

Tabla 13: distribución de las frecuencias absolutas y relativa del lugar de internación en relación al cumplimiento de la medicación.

De los pacientes internados en UTI el 50% cumplen con la medicación; el 27,8% no cumplen con la medicación y el 22,2% no se hallaba medicado.

De los pacientes internados en sala el 58,3% cumple con la medicación; el 25% no estaba medicado y el 16,7% no cumple con la medicación.

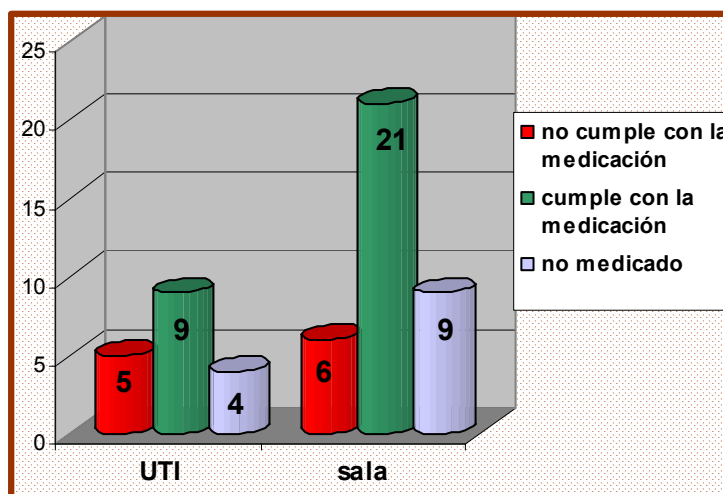


Gráfico 12: distribución de las frecuencias absolutas del cumplimiento de la medicación en pacientes internados en sala o en UTI.

Discusión

La población del presente estudio estuvo comprendida por 54 pacientes que presentaban un ACV y requerían internación, el 57,4% correspondía al sexo femenino y el 42,6% al sexo masculino. (gráfico 1) Un estudio similar realizado en la ciudad de Rosario muestra diferencia con respecto al sexo en el que con mayor frecuencia se presentan los ACV (masculino 62,5%).⁶ Se ha considerado que el sexo masculino es un factor de riesgo para todas las entidades nosológicas cerebrovasculares.^{8,9,10}

El 55,6% se ubicaba en el intervalo de 70 a 79 años; el 24,1% al intervalo de 80 a 89 años; el 14,8% al intervalo de menores de 70 años y el 5,6% a los de 90 años o más. (tabla 2) Otros autores señalan hallazgos frecuentes en pacientes de menor edad.⁶ Sin embargo, la edad avanzada es un factor de riesgo independiente de la patología vascular isquémica o hemorrágica.^{7,8,9}

El 100% de los pacientes de la población en estudio presentan como antecedente la hipertensión arterial. (tabla 3) Una cifra muy elevada en relación a otros estudios.⁶ Como señalan otros estudios, la hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante, tanto para los eventos isquémicos, como para los hemorrágicos. Se encuentra en casi el 70% de todos los ictus. El riesgo se incrementa de forma proporcional con la presión sanguínea y de 2 hasta 4 veces independientemente de los otros factores.¹¹ La HTA agrava la aterosclerosis del cayado de la aorta y de las arterias vertebrales; incide sobre las lesiones ateromatosas y la lipohialinosis de las arterias perforantes del cerebro y facilita las cardiopatías.^{8,12}

Del total de la población, el 31,5% presentaba el antecedente del hábito de fumar.(gráfico 3) Quizás esta cifra sea menor a la mayoría de los estudios sobre el tema, debido a la mayor edad de los pacientes que comprende nuestro estudio.⁶

El 16,7% presentaba el antecedente de Diabetes Mellitus. (gráfico 4) Estudios similares señalan esta frecuencia de asociación entre ACV y DBT mellitus.⁶

El 33,3% de la población en estudio presentaba antecedente de obesidad. (gráfico 5)

La población presentó en el 35,2% antecedente de ACV previo. (gráfico 6)

Antes del ACV actual, el 14,6% de la población no recibía ninguna medicación. El resto de los pacientes recibían tratamiento médico, incluso con combinación de drogas. De los que recibían medicación (n=41): en el 23,6% era enalapril; en el 9% furosemida; en el 9% amiodarona; en el 9% acenocumarol; en el 7,9% atenolol; en el 4,5% glibenclamida; en el 3,4% clonazepam; en el 3,4% aspirina; en el 2,2% diltiazem; en el 2,2% carbedilol; en el 2,2% nifedipina; en el 1,1% metildopa; en el 1,1% citicolina; en el 1,1% fenobarbital; en el 1,1% digoxina; en el 1,1% alopurinol; en el 1,1% alprazolam; en el 1,1% antiparkinsoniano y en el 1,1% tiazida. (tabla 8)

Del total de la población medicada el 73,2% refería cumplir con el tratamiento medicamentoso, en cambio el 26,8% no lo cumplía. (gráfico 8)

En el 85,2% se presentó como hallazgo en la TAC un ACV isquémico y en el 14,8% un ACV hemorrágico. (gráfico 9) Se observó una mayor proporción de ACV isquémicos que en otros estudios similares.^{6,7} Diferentes estudios señalan que el 85% de los ictus son por isquemia cerebral y el 15% restante obedecen a una hemorragia.^{12,13}

El 66,7% de los pacientes fueron internados en sala y el 33,3% en UTI, lo que nos da una idea de la gravedad del ACV actual. (gráfico 10)

De los pacientes con un ACV previo el 63,2% cumplía con la medicación; el 21,1% no estaba medicado y el 15,8% no cumplía con la medicación. Algo similar ocurría con los pacientes que no presentaban un ACV como antecedente, donde el 51,4% cumplía con la medicación (generalmente antihipertensiva); el 25,7% no estaba medicado y el 22,9% no cumplía con la medicación. (tabla 12)

De los pacientes internados en UTI el 50% cumplía con la medicación; el 27,8% no cumplía con la medicación y el 22,2% no se hallaba medicado. A diferencia de los pacientes internados en sala donde el 58,3% cumplía con la medicación; el 25% no estaba medicado y el 16,7% no cumplía con la medicación. (tabla 13)

Conclusión

Se trabajó con una población de 54 pacientes con un ACV como enfermedad actual y que fueron internados en el Sanatorio del Litoral de la ciudad de Rosario.

- La población correspondía en el 57,4% al sexo femenino y en el 42,6% al sexo masculino.
- El 55,6% se ubicaba en el intervalo de 70 a 79 años, el cual nos habla de un trabajo con pacientes ultra seleccionados.
- El 100% de los pacientes de la población en estudio presentan como antecedente la hipertensión arterial, el cual coincide con otros trabajos y con la bibliografía universal.
- El 31,5% presentaba el antecedente del hábito de fumar.
- El 16,7% presentaba el antecedente de Diabetes Mellitus.
- El 33,3% presentaba antecedente de obesidad.
- El 35,2% presentaba el antecedente de ACV previo.
- Antes del ACV actual, el 14,6% de la población no recibía ninguna medicación. El resto de los pacientes recibían tratamiento médico, incluso con combinación de drogas (23,6% enalapril; 9% furosemida; 9% amiodarona; 9% acenocumarol; etc.)
- Del total de la población medicada 26,8% no cumplía con el tratamiento.
- En el 85,2% se presentó como hallazgo en la TAC un ACV isquémico y en el 14,8% un ACV hemorrágico, coincidiendo con la bibliografía universal.
- El 66,7% de los pacientes fueron internados en sala y el 33,3% en UTI.
- De los pacientes con un ACV previo el 21,1% no estaba medicado y el 15,8% no cumplía con la medicación. Algo similar ocurría con los pacientes que no presentaban un ACV como antecedente (25,7% y 22,9% respectivamente).
- De los pacientes internados en UTI el 27,8% no cumplía con la medicación y el 22,2% no se hallaba medicado. A diferencia de los

pacientes internados en sala donde el 16,7% no cumplía con la medicación y el 25% no estaba medicado.

- De estos dos últimos ítems, se concluye que no tienen semejanza alguna con la bibliografía universal. Por lo tanto nos hace dudar acerca de la veracidad referida de los pacientes seleccionados en la anamnesis, correspondiente a la adecuada adherencia a la medicación. ¿Habría que tener en cuenta que estos hechos son muy frecuentes en la relación médico-paciente y procurar modificaciones en el interrogatorio, quizás de un modo desestructurado, a fin de obtener mejores beneficios?

Bibliografía

1. Medicina Interna – Farreras Rozman 15º edición, 2004.
2. Terapia Intensiva 3º edición Sociedad Argentina de Terapia Intensiva Edición en CD – rom; 2000
3. Guidelines for the Management of Patients With Acute Ischemic Stroke, 2000
4. NeuroCritical Care – Werner Hacke (Ed.) 1994
5. Handbook of Stroke – David O. Wiebers- Valery L. Feigin- Robert D. Brown, Jr., 1997
6. Carlson, D.; Jairala,J.; Fernández,V.; Biso,T. y Greca,A. Accidente cerebrovascular, serie de casos de pacientes admitidos en un hospital general. Rev. Med. Rosario 71: 10-16, 2006.
7. Jiménez Guerra, S.D. Enfermedad cerebrovascular en fase aguda. 1998-2000 Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente Hospital Militar Dr. Mario Muñoz. Rev Cub Med Int Emerg 2003;2(4)
8. Martínez-Vila E, Irimia P. Internet. Factores de riesgo del ictus. Disponible en:<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/biblio12/bsuple5.htm>.2002, 14 de sept. 2003).
9. Jover Sáenz A, Porcel Pérez JM, Vives Soto M, Rubio Caballero M. Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular aguda en la provincia de Lleida durante el período 1996-1997. Factores predictivos de mortalidad a corto y medio plazo. Rev Neurol 1999;28: 941-8.

10. Delgado G, Aymerich N, Herrera M. Internet. Hemorragia intracerebral. Anales de salud, volumen 23, 3-16; 2002
11. Colectivo de autores. Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Cerebrovasculares. Ministerio de Salud Pública. Cuba, 2000.
12. Martí-Vilalta L J, Martí- Fábregas J. Aterosclerosis e isquemia cerebral. Un proceso sistémico. Rev Neurol 1999;28(10):1016-1020.
13. Maravi E, Ayusio T, Gaston I, Quesada P, Muruzabal J. Internet. Ataques isquémicos transitorios. En: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple12.htm>. 2002

Anexo

Tabulación de los datos

	sexo	edad	Antecedentes personales					medicación antes del ACV	Cumplimiento con la medicación	Hallazgos en la TAC	Internación
			HTA	hábito de fumar	DBT	obesidad	ACV previo				
1	F	67	x					furosemda clonazepam	si	isquemico	sala
2	F	70	x	x				enalapril diltiazem	si	isquemico	sala
3	F	71	x	x				aspirina nifedipina	si	isquemico	sala
4	F	72	x				x	enalapril	si	isquemico	sala
5	F	72	x				x	amiodarona	a veces	isquemico	sala
6	F	72	x				x	enalapril	si	isquemico	sala
7	F	73	x		x		x	enalapril atenolol glibenclamida	si	isquemico	UTI
8	F	74	x		x		x	aspirina glibenclamida	a veces	isquemico	UTI
9	F	74	x	x			x	enalapril	a veces	isquemico	sala
10	F	74	x	x	x	x	x	enalapril	a veces	isquemico	UTI
11	F	75	x		x	x	x	no		isquemico	UTI
12	F	76	x				x	atenolol alprazolam	si	isquemico	sala
13	F	76	x				x	enalapril digoxina diltiazem acenocumarol	si	isquemico	UTI
14	F	76	x				x	antiparkinsoniano	a veces	hemorragico	UTI
15	F	76	x				x	enalapril amiodarona furosemda acenocumarol alopurinol	si	hemorragico	UTI
16	F	78	x					amiodarona	si	isquemico	sala
17	F	78	x					enalapril furosemda acenocumarol	si	hemorragico	sala
18	F	79	x				x	enalapril furosemda clonazepam	si	isquemico	sala
19	F	80	x				x	enalapril acenocumarol	si	hemorragico	sala
20	F	82	x					atenolol	a veces	isquemico	sala
21	F	82	x					furosemda carbedilol	si	isquemico	sala
22	F	83	x					no		isquemico	sala
23	F	83	x				x	enalapril furoemida acenocumarol	a veces	isquemico	sala
24	F	85	x					acenocumarol tiazida	si	isquemico	sala
25	F	86	x		x			enalapril glibenclamida	a veces	isquemico	UTI
26	F	88	x				x	enalapril carbedilol acenocumarol	si	hemorragico	UTI
27	F	88	x					enalapril amiodarona	si	isquemico	UTI
28	F	89	x					acenocumarol	si	hemorragico	UTI
29	F	91	x					amiodarona furosemda	si	isquemico	sala
30	F	93	x				x	amiodarona	si	isquemico	UTI

31	F	95	x					amiodarona	a veces	isquemico	UTI
32	M	66	x	x		x		metil-dopa	si	isquemico	sala
33	M	66	x	x				no		isquemico	UTI
34	M	67	x	x		x	x	nifedipina	si	hemorragico	UTI
35	M	68	x	x				enalapril	a veces	isquemico	sala
36	M	68	x		x		x	enalapril glibenclamida	si	isquemico	sala
37	M	69	x			x		atenolol	a veces	isquemico	sala
38	M	69	x					atenolol clonazepam	si	isquemico	sala
39	M	70	x				x	no		isquemico	sala
40	M	71	x		x	x	x	enalapril atenolol	si	isquemico	UTI
41	M	72	x	x		x		no		isquemico	sala
42	M	72	x	x	x	x		no		isquemico	UTI
43	M	72	x					aspirina atenolol	si	isquemico	sala
44	M	72	x	x				no		isquemico	sala
45	M	72	x	x				no		isquemico	sala
46	M	73	x	x		x		enalapril	si	isquemico	sala
47	M	73	x	x			x	amiodarona furosemida	si	isquemico	sala
48	M	74	x		x	x	x	no		hemorragico	UTI
49	M	75	x	x		x		no		isquemico	sala
50	M	75	x					enalapril fenobarbital citicolina	si	isquemico	sala
51	M	75	x	x				no		isquemico	sala
52	M	82	x	x				no		isquemico	sala
53	M	85	x				x	no		isquemico	sala
54	M	85	x				x	enalapril	si	isquemico	sala