Facultad de Ciencias Médicas.

Universidad Abierta Interamericana.

Sede Regional Rosario.

Marzo 2013

"Factor de riesgo prevalente en el desarrollo de Accidente Cerebrovascular en el Hospital zonal de Agudos San Felipe, 2012."

Autora: Condori Delgado; Leonora G.

Tutor: Dr. Hilario Brandolisio.

Quiero expresar un sincero agradecimiento en primera instancia a mis padres por el estimulo y apoyo en mi labor. Al Dr. Hilario Brandolisio por su aporte académico, experiencia en la investigación y permanente ánimo en este trayecto de la carrera. A la Lic. Adriana Arcas por su apoyo estadístico y a la Dra. Ana Caceres por los conocimientos y ayuda contribuida para lograr el trabajo

.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los ACV son la segunda causa de muerte en el mundo industrializado luego de las enfermedades del corazón. (1) Los tratamientos han mejorado el pronóstico de los pacientes con ACV, pero la forma más segura de seguir abatiendo la morbimortalidad por esta patología sigue consistiendo en una efectiva prevención y conocimiento de sus factores de riesgo.

OBJETIVOS: Determinar cuál es el factor de riesgo prevalente y su relación con el tipo de ACV.

MATERIALES Y MÉTODOS: se llevo un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana y modo) y de dispersión (desvío estándar). Se utilizo el test de “Chi cuadrado de Pearson”, para determinar la relación entre dos variables.

RESULTADOS: Se evaluaron 73 pacientes. La edad promedio del total de los pacientes con diagnóstico de ACV fue de 69 años, por cada mujer hubo 1,28 varones. 6 de cada 10 pacientes sufrieron un ACV de tipo Isquémico. 4 de cada 10 pacientes con diagnóstico de ACV fumaban. Se observo que 3 de cada 10 pacientes tiene diagnosticado obesidad y 1 de cada 10 pacientes eran alcohólicos. 9 de cada 10 pacientes eran Hipertensos y 2 de cada 10 pacientes tenían Hipercolesterolemia.1 de cada 10 pacientes con diagnóstico de ACV tenían Co-morbilidad Cardíaca (FA, valvulopatía). Se observó que 4 de cada 10 pacientes con diagnóstico de ACV tenían Diabetes. No hay relación estadística significativa entre la hipertensión arterial y el tipo de ACV.

CONCLUSION: El factor prevalente en esta patología en pacientes que asistieron al consultorio de Neurología del Hospital “San Felipe”, es sin duda la hipertensión arterial, siendo el mismo “modificable” y su presencia no determina el tipo de AVC que pueda padecer el paciente.

PALABRAS CLAVES: Factores de riesgo, Hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, ataque cerebrovascular.

INDICE

Introducción página 1

Marco teórico página 3

- Factores de riesgo página 5
- Clasificación etiopatológica página 7
- Presentación y Diagnostico clínico página 11
- Conducta preventiva página 14

Problema página 18

Objetivos página 18

Materiales y métodos página 18

Resultados página 21

Discusión página31

Conclusión página 33

Bibliografía página 34

Anexo página 37

INTRODUCCIÓN

Los ACV son la segunda causa de muerte en el mundo industrializado luego de las enfermedades del corazón y por encima de cáncer de pulmón y mama. Es la causa más común de muerte por enfermedad neurológica, la primera causa de discapacidad severa en adultos y el principal diagnostico de egreso en pacientes trasladados de hospitales a centros de rehabilitación.

El ataque cerebral causa además un elevado “costo humano”. Aproximadamente una tercera parte de las victimas requieren asistencia para actividades de la vida diaria o para su cuidado personal. Un 16% de los pacientes permanecen hospitalizados a largo plazo, 20% necesitan de asistencia para caminar, 70% no pueden regresar a su trabajo previo.

Un 5 % de los individuos mayor de 65 años sufrirán un ACV en algún momento de su vida y el 75% ocurren en este grupo etario. La mortalidad de ACV en los primeros 30 días es de alrededor del 20% y pueden llegar al 40% durante el primer año. (1)

La incidencia disminuyo más de un 50% en todos los grupos etarios, y la causa más probable de esto es la detección y tratamiento de los factores de riesgo (tales como la hipertensión, tabaquismo, diabetes, obesidad y sedentarismo, entre otras), la atención más eficaz y manejo de las fuentes cardioembólicas.(2) Varios de los factores citados, tienen su auge durante los primeros años de vida y en la adolescencia, por lo que se considera detectar y tratar lo antes posible los mismos, al mismo tiempo mantener hábitos dietéticos y estilo de vida saludable para un crecimiento saludable y prevención de patologías.

Recientes datos epidemiológicos han mostrado un nuevo aumento en la incidencia por causas aun pocos claras, debiéndose considerar que la probabilidad de padecer esta patología aumenta con la edad, y por lo tanto el envejecimiento creciente y el aumento de la población añosa que sobrevivió al infarto agudo de miocardio y al cáncer, determina que la prevalencia en este padecimiento no disminuya.

Al ser una entidad de diagnostico retrospectivo, su incidencia varía de acuerdo con la población estudiada y el índice de sospecha de los médicos. Es decir que es posible que la tendencia de los factores de riesgo que causan ACV difiera de una zona geográfica a otra y de un lapso de tiempo en relación con los anteriores. Por lo cual he decidido realizar mi trabajo en la investigación de dichos factores en el Hospital zonal de Agudos San Felipe, establecimiento público de la localidad de San Nicolás de los Arroyos.

MARCO TEÓRICO

El termino accidente cerebrovascular o ACV es una definición puramente clínica que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, designa signos clínicos de desarrollo rápido de una perturbación focal o global de la función cerebral de origen presumiblemente vascular y de más de 24 horas de duración. Quedan incluidos en esta definición la mayoría de los casos de:

- Infarto cerebral
- Hemorragia cerebral
- Hemorragia subaracnoidea.

Pero son deliberadamente excluidos aquellos casos en los que la recuperación se produce dentro de las 24 horas. Estos últimos casos son denominados ataques isquémicos transitorios (AIT). [(3)]

Desde el punto de vista etiopatogénico designa cualquier anomalía en el cerebro como resultado de un proceso patológico en el vaso, es decir:

- la oclusión de la luz por embolia o trombosis,
- ruptura,
- alteración de la permeabilidad,
- viscosidad u otro cambio en la calidad de la sangre que fluye a través de dicho vaso cerebral.

El proceso patológico vascular puede ser considerado no sólo en sus groseros aspectos - embolismo, trombosis, disección o ruptura -, sino también en el trastorno más básico o principal, la aterosclerosis, hipertensión, cambios arterioscleróticos, arteritis, la dilatación aneurismática, y malformación del desarrollo.

Según el suceso patológico que se produzca podemos separar a aquellos con consecuencias más graves donde el paciente se presente hemipléjico e incluso comatoso, un evento tan importante que recibe sus propias designaciones como apoplejía. Y por otro lado en su forma más leve que consiste en un trastorno neurológico trivial insuficiente incluso para demandar atención medica. Se observan todas las etapas de gravedad entre ambos extremos, pero en todas las formas el aspecto importante es el perfil temporal de los eventos neurológicos. Es característico que los accidentes embólicos ocurran de manera repentina y que el déficit alcance su máximo casi al mismo tiempo. Los accidentes trombóticos pueden tener un inicio súbito similar, pero muchos de ellos evolucionan con un poco mas de lentitud durante varios minutos y horas, y a veces días; en el último caso el accidente vascular suele progresar de una manera saltatoria, es decir, en una serie de etapas, más que con suavidad. En la hemorragia cerebral hipertensiva el déficit, desde su inicio, puede ser casi estático o más a menudo progresar de manera sostenida durante un periodo de minutos u horas.

Entonces, a partir de la etiopatología y la clínica que va a definir el déficit neurológico, vamos a poder presumir tanto la localización como el tamaño del infarto o la hemorragia. La hemiplejia constituye el signo clásico de todas las enfermedades cerebrales vasculares, ya sean del hemisferio cerebral o del tallo cerebral, pero también ocurren muchas otras manifestaciones en un número caso infinito de combinaciones. Estas incluyen confusión mental, adormecimiento y déficit sensitivo de muchos tipos, afasia, defectos de campos visuales, diplopía, mareos, disartria, etc. Estos síndromes no solo permiten al médico localizar la lesión, sino muchas veces también detectar con precisión la rama arterial

afectada e indicar si la lesión es un infarto o una hemorragia. Sin embargo, algunas lesiones vasculares cerebrales son clínicamente silenciosas o causan trastornos de la función tan leves que el paciente ni sus familiares pueden indicar la fecha de inicio de la enfermedad. Otros incidentes pequeños originan quejas solo cuando sus efectos acumulativos se manifiestan. (4)

FACTORES DE RIESGOS

Factores de riesgo se puede definir como hábitos, caracteres y anomalías que se acompañan de un aumento notable de la susceptibilidad para el desarrollo de una enfermedad determinada. Los que han sido identificados hasta el momento en modificables y no modificables.

Muchas veces la diferencia que se observa en los mecanismos etiopatogénicos de los distintos subtipos de ACV coincide con factores de riesgo también distintos en el caso de cada uno de ellos. Por ejemplo, el infarto cerebral tiene factores de riesgo diferentes de los que favorecen a la hemorragia cerebral. En el conjunto de variados subtipos de ACV y de los múltiples factores de riesgo conocidos la hipertensión arterial es unánimemente aceptada como el más importante. (5)

1. Factores de riesgo modificables:

- Hipertensión arterial: Es reconocida como el principal factor de riesgo debido a su alta prevalencia en la población. El riesgo de ACV en hipertensos en relación con normotensos es de 3,1 en los hombres y 2,9 en las mujeres.

- Enfermedades cardiacas: asociada o no con la estenosis mitral reumática la fibrilación auricular es el principal factor cardiaco de riesgo de ACV.
- Diabetes: Se considera que junto con la hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo que duplica las posibilidades de padecer ACV.
- Hipercolesterolemia: Es un significativo factor en la génesis de la ateromatosis.
- Factores hematológicos: Hacen referencia a las alteraciones que generan un desequilibrio entre los mecanismos procoagulantes y anticoagulantes.
- Hiperhomocisteinemia: factor de riesgo independiente para el desarrollo de aterosclerosis.
- Obesidad: Su importancia se debe a las modificaciones que produce en varios de los reconocidos factores de riesgo vascular (hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, etc).
- Tabaquismo: el riesgo comparado con el de no fumadores es de 2 a 4 veces mayor.
- Alcoholismo: >300g/semana, aumenta la incidencia.
- ACO: Importante factor que favorece la trombogénesis, especialmente en mujeres fumadoras, mayores de 35 años.

2. Factores de riesgo no modificables:

- El sexo,
- la edad,
- la raza,

- la herencia.[5]

La hipertensión arterial es el factor de riesgo reconocido más fácilmente en la génesis de la hemorragia intracraneal. Los estudios en cooperación de la Veterans Administration y el informe más reciente de Collins y colaboradores (que recopilaron 14 pruebas al azar sobre fármacos antihipertensivos), han mostrado convincentemente que el control de la hipertensión a largo plazo disminuyen la frecuencia tanto de los infartos ateroembólicos como de las hemorragias intracraneales. [6]

Se la reconoce como principal factor de riesgo en la génesis de ACV, debido a que no da síntomas de su presencia y evolución; y al ser desconocida no se realizan los tratamientos adecuados o no hay una buena adherencia al tratamiento y controles médicos. La misma va progresando en sus estadios y produce daños en la pared arterial, la cual aparece engrosada, con dilataciones segmentarias, dando una debilidad y endurecimiento.

Como se menciona anteriormente, los tratamientos han mejorado el pronóstico de los pacientes con ACV, pero se sigue asegurando que la forma más segura de abatir la morbimortalidad por esta patología sigue consistiendo en una efectiva prevención y conocimiento de sus factores de riesgo. La investigación permanente sobre estos datos es fundamental para la actualización de la patología, y resulta interesante, determinar con exactitud los factores que tienen mayor influencia en la misma.

CLASIFICACIÓN ETIOPATOLOGICA.

Los ACV se pueden dividir en dos grandes grupos:

1. ACV isquémico: se produce falta de riego sanguíneo a una zona concreta del cerebro debido a una trombosis o una embolia.
2. ACV hemorrágico: se produce derrame de sangre dentro del parénquima cerebral porque rotura de un vaso sanguíneo.

Dentro de los ACV hay varias clasificaciones dependiendo de su localización, forma de producirse y evolución. (7)

Aproximadamente entre 80%-85% de los casos corresponden a ataques isquémicos y a los hemorrágicos se atribuye 15%-19%. (8)

Las enfermedades vasculares cerebrales son muy numerosas, debido a ello tienen una compleja nomenclatura que depende de los siguientes factores: naturaleza de la lesión, tamaño y morfología, mecanismo de producción y etiología.

La clasificación etiopatogénica es de particular relevancia tanto para el manejo terapéutico, como para la prevención primaria y secundaria.

ACV isquémico. Causas.

- **Oclusión total de una arteria: trombosis.** En general debido a una placa de ateroma, aunque también puede ser un embolo que proviene de un segmento de arteria proximal (embolia arteria-arteria). Este es, en general, el mecanismo más frecuente, siendo también la arterioesclerosis uno de los factores de riesgo más importantes como causa de un gran número de ictus.
- **Estenosis arterial.** Debe existir una oclusión de más de un 80% de la luz vascular para que haya repercusión hemodinámica. Este sería el mecanismo fisiopatológico de una disección espontanea de arteria carótida

y de arteria vertebrobasilar, que supone un 15% de todas las causas de ictus agudo, y el 35% de las causas de ictus en pacientes menores de 50 años. En este caso la estenosis es la consecuencia del desgarro de la intima de la pared, fundamentalmente por el defecto estructural, con formación de un trombo y posterior obstrucción al flujo.

- **Embolismo de origen cardiaco:** es el caso de las valvulopatias (estenosis mitral, prolapso o calcificación valvular), y de las arritmias, siendo la más frecuente la fibrilación auricular. Esta se ha convertido en el factor de riesgo cardiovascular relacionado con mayor incidencia de esta patología y se ha demostrado una mayor gravedad y mortalidad en los ictus que se hallaban en pacientes con fibrilación auricular crónica. Por ello se recomienda la prevención de ACV en individuos con arritmia supraventricular crónica, particularmente por fibrilación auricular mediante la anticoagulación y/o antiagregación.

Así mismo conviene recordar que un porcentaje elevado (30%) de ictus isquémico, no tienen una fisiopatología aclarada, puesto que no se demuestra ni estenosis ni embolismo cardiogénico, considerándose como posible causa una embolia arteria-arteria transitoria en la que tras varias horas, se haya diluido el trombo.

Si hay acuerdo general en la importancia del control de los factores de riesgo cardiovascular: arterioesclerosis, sea de origen genético o ambiental (secundaria a HTA y/o a hipercolesterolemia); dislipemias; fibrilación auricular; y la hipertensión arterial, que por sí misma causa en la arterias del cerebro cambios degenerativos como hipertrofia de la media y degeneración fibrinoide, con el consecuente estrechamiento de la luz y posible producción de ictus.

- **otras causas menos frecuentes:**

i) Hipoperfusión cerebral: por hipovolemia o por disminución del gasto cardiaco.

ii) Las vasculitis no infecciosas: enfermedad de Takayasu, arteritis de la temporal, Panarteritis Nodosa, angeítis Granulomatosa, síndrome de Wegener, entre otras.

iii) Las arteriopatías genéticas (por ejemplo: malformación arteriovenosas, la enfermedad de Marfan, enfermedad de Ehler-Danlos, etc)

iv) Arteritis infecciosa (por ejemplo: sífilis o infecciones víricas próximas a la carótida, como en la amigdalitis)

v) Drogas (cocaína, anfetaminas), asociadas tanto a hemorragia cerebral como a isquemia.

vi) Trombosis venosa y encefalopatía hipertensiva (asociada esta ultima a hemorragia intraparenquimatosa)

vii) Enfermedad hematológica: policitemia, anemia intensiva.

ACV hemorrágico. Causas.

- **Hemorragia intracerebral e intraparenquimatosa.**

Hemorragias primarias o espontaneas: La gran mayoría son atribuidas a la HTA, a pesar de que gracias a la terapia antihipertensiva, se ha logrado disminuir su incidencia. El mecanismo por el cual la HTA produce una hemorragia es por dilatación de las arterias cerebrales de manera crónica, produciendo microaneurismas de Charcot y Bouchard, que al romperse en un momento dado, son los que producen la hemorragia.

Hemorragias secundarias. Constituyen un 9-10% de todos los casos de sangrado intraparenquimatoso. Se incluyen: aneurismas congénitos o adquiridos, fragilidad arterial, hemorragias por sustancias toxicas, traumatismo craneoencefálico, frio, emociones, eclampsia. Finalmente no hay que olvidar que uno de los factores de riesgo bien demostrado es el alcoholismo crónico que, por un mecanismo no bien conocido, causa hemorragia, sea por la HTA asociada, por la hepatopatía, o por otro mecanismo no bien conocido.

- **Hemorragia subaracnoidea:**

La causa más frecuente de hemorragia primaria subaracnoidea no traumática (HSA) la constituyen los aneurismas saculares, siendo una indicación de cirugía urgente, sobre todo en personas jóvenes (40-50 años). Los aneurismas suponen el 30-60% de las causas de estas hemorragias, el 5-10% están causadas por trastornos de la coagulación (discrasias sanguíneas, arteritis, trombosis venosa, y otras entidades como tumores e infecciones) y un 5-10% son debidas a malformaciones vasculares (arteriovenosas).

La hipertensión como única etiología se encuentra en el 10-15% de los casos, y en un 15-30% no hay causa establecida. Es importante destacar que en niños y jóvenes la causa más frecuente de hemorragias subaracnoidea la constituyen las malformaciones arteriovenosas, en adultos son los aneurismas y en los ancianos otras causas. El habito tabáquico constituye otro factor de riesgo de HSA. [9]

PRESENTACIÓN Y DIAGNOSTICO CLÍNICO.

El primer objetivo de la evaluación diagnóstica inicial es confirmar que las alteraciones del paciente se deben a ictus isquémico y no debido a otra

enfermedad sistémica o neurológica. En segundo lugar, la evaluación ayuda a determinar la conveniencia del tratamiento agudo, ya que la distinción entre ictus isquémico o hemorrágico es especialmente importante debido a la marcada diferencia en el manejo de estas condiciones. En tercer lugar, los estudios de diagnóstico se llevan a cabo para la detección de graves complicaciones médicas o neurológicas de accidente cerebrovascular. Finalmente, la evaluación proporciona datos históricos u otra información que se puede utilizar para establecer la distribución vascular y para proporcionar claves acerca de su fisiopatología y etiología probable. Estos datos son esenciales para la toma de nuevas decisiones racionales acerca de la prevención del accidente cerebrovascular recurrente. (10)

La localización anatómica basada en las características clínicas pueden ayudar a determinar la distribución vascular de la lesión isquémica. La forma de instauración y progresión puede determinar la etiopatogenia (súbita en la embolia, en minutos la hemorragia, en horas en la trombosis, escalonada en la embolia o trombosis, progresiva en días o semanas en el tumor. También se debe observar la alteración de la conciencia (brusca, con pérdida inicial y recuperación con déficit: embolia; progresiva disminución del nivel de conciencia: hemorrágica. Se debe prestar especial atención a los signos vitales del paciente. Las cuestiones relacionadas con la importancia de los trastornos de la respiración, arritmias, hipertensión, o la fiebre y su tratamiento se discuten posteriormente. Sin embargo, los signos vitales también proporcionan pistas sobre la causa del accidente cerebrovascular y el pronóstico.

- Un ritmo cardíaco irregular podría sugerir la fibrilación auricular.

- Elevación grave de la presión arterial podría apuntar a encefalopatía hipertensiva o aumentar la probabilidad de una hemorragia intracraneal primario.
- La fiebre puede apuntar hacia una causa infecciosa de accidente cerebrovascular o puede ser secundaria a una complicación aguda de la enfermedad neurológica.

Tener en cuenta también los factores de riesgo: hipertensión arterial, cardiopatías, claudicación intermitente, diabetes, tabaquismo, tóxicos y drogas (anticoagulantes orales y antiagregantes) [10-11]

No hay datos clínicos absolutamente fiables para distinguir con seguridad un ACV isquémico de uno hemorrágico.

Orientan hacia un ACV hemorrágico:

- Cefalea brusca e intensa.
- Deterioro del estado de conciencia mantenido o progresivo.
- Vómitos sin vértigo.
- Rigidez de nuca.
- Antecedentes de hipertensión arterial grave, alcoholismo, tratamiento anticoagulantes.
- Cuadro desencadenado por maniobras de Valsalva.

Orientan hacia un ACV isquémico:

- síntomas que aparecen durante la noche, al levantarse por la mañana o en la primera micción
- Progresión en horas
- Antecedentes de AIT, cardiopatía isquémica, claudicación intermitente.

- Valvulopatía conocida. [11]

Otros síntomas:

- entumecimiento o debilidad repentinos, especialmente de un lado del cuerpo.
- repentina confusión o dificultad para hablar o para comprender lo que se habla.
- problema repentino para ver con uno o ambos ojos.
- Dificultad repentina para caminar, mareo o pérdida de equilibrio o de coordinación.

CONDUCTA PREVENTIVA.

- Prevención primaria:

En las intervenciones en la población general (esencialmente sana y si tiene enfermedad cerebrovascular aun no lo sabe), se debe intensificar la prevención primaria, intentando disminuir el impacto de los factores de riesgo y realizarse controles mas frecuentes.

a) Edad avanzada: el 75% de los ACV ocurren en mayores de 64 años.
b) Hipertensión arterial: cuadriplica el riesgo de padecer un ACV.
c) Cardiopatía: la presencia de enfermedad coronaria representa un aumento de cinco veces de sufrir un ACV, la hipertrofia del ventrículo izquierdo (por ECG), de nueve veces y la cardiomegalia (por radiografía de tórax), de tres veces. También representa mayor riesgo la patología valvular, la endocarditis y la insuficiencia cardiaca. La fibrilación auricular es un factor de riesgo especial de sufrir un evento cerebrovascular.
d) Enfermedad aterotrombotica en cualquier localización del cuerpo: las placas ateroscleróticas del arco aórtico de más de 4mm de grosos son

predictivas independientes de eventos cerebrovaculares recurrentes en los pacientes mayores de 65 años.

e) Hipercolesterolemia.

f) Diabetes mellitus.

g) Antecedentes familiares de enfermedad vascular.

h) Tabaquismo.

i) Hiperviscosidad sanguínea.

La indicación de auscultar el cuello en busca de un soplo carotideo, como parte de una estrategia del rastreo, podría recomendarse solo en los pacientes con dos o más factores de riesgo y, eventualmente, en todos los mayores de 60 años. (2)

- Prevención secundaria:

a) Abandono del consumo de productos del tabaco: un profesional de salud debe aconsejar a todos los pacientes con enfermedad cerebrovascular establecida que abandone el hábito de fumar cigarrillos y apoyarlos en ese empeño. Se puede proponer el tratamiento sustitutivo con nicotina a los pacientes que sigan fumando por lo menos 10 cigarrillos diarios o más, que pueden ser muy adictos a la nicotina. Se debe aconsejar a los pacientes no fumadores, evitar la exposición al humo ambiental del tabaco en lo posible.

b) Modificaciones del régimen alimentario: se debe aconsejar a todos los pacientes que adopten un régimen de alimentación que permita reducir el riesgo de enfermedad vascular recurrente, es decir, bajo consumo de sal, salto consumo de frutas y hortalizas, bajo consumo de grasas total (menos de 30% del total de calorías) y de grasa saturada (menos de 10% del total de calorías).

c) Tratamiento antiplaquetario: todos los pacientes con antecedentes de ataque isquémico transitorio o accidente cerebrovascular presuntamente causado por isquemia o infarto cerebral deben tratarse con aspirina a largo plazo (tal vez durante toda la vida), si no hay contraindicaciones claras. Medicación recomendada: Aspirina 75-325mg diarios.

d) Reducción de la tensión arterial: se debe considerar la necesidad de reducir la tensión arterial en todos los pacientes con casos previos de ataque isquémico transitorio o accidente cerebrovascular a un nivel <130/<80.85 mmHg.

e) Reducción del colesterol sanguíneo con estatinas: se debe considerar la posibilidad de tratar con una estatinas a todos los pacientes con enfermedad cerebrovascular establecida. Medicación recomendada: simvastatina, 10mg administrados una vez al día por la noche.

f) Tratamiento anticoagulante: no se recomienda la administración de anticoagulantes a largo plazo a los pacientes de ritmo sinusal con antecedentes de ataque isquémico transitorio o accidente cerebrovascular. Se recomienda la administración de anticoagulantes a largo plazo a los pacientes con antecedentes de ataque isquémico transitorio o accidente cerebrovascular que estén en estado de fibrilación auricular, a los expuestos a poco riesgo de hemorragia y a quienes sea posible vigilar con seguridad si reciben el tratamiento con anticoagulantes. En circunstancias en que esto último no sea posible, o si un paciente no puede tomar anticoagulantes, conviene ofrecer un tratamiento con aspirina. Medicación recomendada: aspirina 75-325mg diarios.

g) Endartectomía carotidea: reduce el riesgo de accidente cerebrovascular recurrente y de muerte en pacientes con casos previos de ataque isquémico transitorio o de accidente cerebrovascular no discapacitante con estenosis carotidea ipsolateral grave (70-99%), y quizás en quienes tienen un grado moderado de estenosis (50.69%), aunque no en grados más leves. (12)

PROBLEMA

- ¿Cuál es el factor de riesgo prevalente en los pacientes con ACV, que asistieron al consultorio de Neurología del Hospital Zonal de Agudos “San Felipe”, San Nicolás de los Arroyos entre mayo y octubre 2012?

OBJETIVOS

Generales.

- Determinar cuál es el factor de riesgo prevalente en la etiopatogenia del ACV, en pacientes que concurrieron al consultorio de Neurología del Hospital Zonal de agudos “San Felipe”, de la ciudad San Nicolás de los Arroyos, entre mayo y octubre 2012.

Específicos.

- Describir los factores de riesgo que prevalecen en el ACV.
- Identificar el potencial factor de riesgo modificable.
- Estudiar la posible relación entre el principal factor de riesgo y el tipo de ACV.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevo a cabo un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo en base a los datos aportados por historias clínicas de un grupo de pacientes con diagnostico de ACV, que asistió al consultorio de Neurología del Hospital Zonal Agudos San Felipe, de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos entre junio y noviembre 2012. Se Incluyeron aquellos pacientes cuyos diagnósticos se han basaron en la clasificación empleada por la Organización Mundial de la Salud. [3]

La población estudiada quedo conformada por 73 pacientes y las variables utilizadas fueron:

- Edad: en el momento del Diagnóstico.
- Sexo: masculino- femenino.
- Tabaquismo: Mas de 10 cigarrillos diarios.[12]
- Obesidad: IMC>30kg/m^2.[13]
- Presencia de consumo de alcohol: > 300g/semanales.[14]
- Hipertensión arterial: 140mmHg de sistólica y 90mmhg de diastólica.[5]
- Hipercolesterolemia: colesterol LDL> 160-189 mg/dl.[15]
- Comorbilidades cardiacas: Transtornos del ritmo, coronariopatías, valvulopatias. [5]
- Diabetes mellitus: Glucosa plasmática en ayunas mayor o igual 126mg/dl (7mmol/litro).[16]

La filiación del paciente y su derecho a la confidencialidad fueron resguardados acorde con lo dispuesto por la ley Nacional Nº 26.529, solicitando permiso y consentimiento correspondiente para examinar las historias clínicas. El Director del Hospital Zonal de agudos “San Felipe” San Nicolás, Ernesto Onchalo, extendió la autorización correspondiente para realizar el estudio.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron:

- Pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular según definición de la Organización Mundial de la Salud.

- Mayores o igual a 50 años y menores a 80 años.
- Seguimiento iniciado luego de mayo 2012.

Los criterios de exclusión que tomaron en cuenta fueron:

- Pacientes con diagnostico de ACV previo a mayo 2012.

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel, se tabularon y se presentaron en cuadros y gráficos para su posterior análisis. Se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana y modo) y de dispersión (desvió estándar), para las variables cuantitativas. Para determinar la relación entre dos variables se utilizó el test de “Chi cuadrado de Pearson”, para un nivel de significación P= <0.05.

RESULTADOS

- Se estudio un total de 73 paciente con diagnostico de ACV

CUADRO Nº 1

EDAD Y SEXO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR – Hospital Zonal Agudos San Felipe, de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos– Año 2012

(Expresado en cantidad)

Sexo / Edad	Varones	Mujeres	TOTAL
50 – 55	1	1	2
55 – 60	3	5	8
60 – 65	4	8	12
65 – 70	12	2	14
70 – 75	3	8	11
75 – 80	18	8	26
TOTAL	**41**	**32**	**73**

Del total de paciente se observo que 32 de ellos eran mujeres y 41 varones.

Se observó también que:

- 1 de cada 10 pacientes tenían entre 55 y 60 años,
- 2 de cada 10 tenían una edad comprendida entre 60 y 65 años,
- 2 de cada 10 entre 65 y 70 años,
- 1 de cada 10 entre 70 y 75 años,
- y 4 de cada 10 tenían entre 75 y 80 años,
- Se observó dos pacientes de ambos sexos entre 50 a 55 años.

La razón de masculinidad fue de 1,28 esto significa que por cada mujer hubo 1,28 varones.

La edad promedio del total de los pacientes con diagnóstico de ACV fue de 69 años con un desvío en ± 8 años. Para los varones la edad promedio fue de 70

años con un desvío de ± 7 años y para las mujeres la edad promedio fue de 68 años con un desvío de ± 8 años.

La Mediana para el total de los pacientes con diagnóstico de ACV fue de 70 años esto significa que el 50% del total de los pacientes fueron menores o iguales a 70 y el otro 50% mayores a 70 años. Para los varones la Mediana fue de 70 años y para las mujeres de 69 años.

El Modo o edad más frecuente de los pacientes con diagnóstico de ACV para el total fue de 76 años. Para los varones fue de 79 y para las mujeres de 71 años.

CUADRO Nº 2

TIPO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTES CON ESTE DIAGNOSTICO según SEXO– Hospital Zonal Agudos San Felipe -San Nicolás de los Arroyos– Año 2012

(Expresado en cantidad)

Sexo / Tipo de ACV	Varones	Mujeres	TOTAL
Isquémico	22	19	41
Hemorrágico	19	13	32
TOTAL	**41**	**32**	**73**

Del total de pacientes con ACV de tipo Isquémico, 5 de cada 10 eran Varones y 5 de cada 10 Mujeres, no se observó diferencia en cuanto al sexo.

Del total de pacientes con ACV de tipo Hemorrágico, 6 de cada 10 eran Varones y 4 de cada 10 Mujeres. Para este grupo analizado, en este tipo de ACV hay una mayor cantidad de varones que de mujeres.

CUADRO Nº 3

TIPO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTES CON ESTE DIAGNOSTICO según edad – Hospital Zonal Agudos San Felipe -San Nicolás de los Arroyos– Año 2012

(Expresado en cantidad)

Tipo de ACV / Edad	Hemorrágico	Isquémico	TOTAL
50 - 55	1	1	2
55 – 60	1	7	8
60 - 65	6	6	12
65 - 70	3	11	14
70 – 75	4	7	11
75 - 80	17	9	26
TOTAL	**32**	**41**	**73**

Se observó que:

- Para el grupo entre 50 y 55 años se registró por igual el tipo de ACV.

- En el grupo de 55 a 60 años la proporción de los que tuvieron Hemorrágico fue de 0,125 mientras que la proporción de los que tuvieron Isquémico fue de 0,875.

- En relación al grupo entre 60 a 65 años, se da por igual ambos tipos de ACV.

- Con respecto al grupo entre 65 y 70 años, 2 de cada 10 tuvieron Hemorrágico mientras que 8 de cada 10 manifestaron Isquémico.

- Para el grupo 70 a 75 años 4 de cada 10 tuvieron Hemorrágico mientras que 6 de cada 10 registraron Isquémico.

- En el grupo de 75 a 80 años 7 de cada 10 manifestaron Hemorrágico mientras que 3 de cada 10 registraron Isquémico.

Para este grupo analizado se podría decir que los ACV Hemorrágicos se dieron con mayor prevalencia en las edades más grandes mientras que los Isquémicos se manifestaron en menos edad.

CUADRO Nº4

TIPO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTES CON ESTE DIAGNOSTICO – Hospital Zonal Agudos San Felipe -San Nicolás de los Arroyos– Año 2012

(Expresado en cantidad)

Tipo de ACV	Cantidad
Isquémico	41
Hemorrágico	32
TOTAL	**73**

Se observó que:

- 6 de cada 10 pacientes con diagnóstico de ACV sufrieron un ACV de tipo Isquémico,
- mientras que 4 de cada 10 manifestaron un tipo de ACV Hemorrágico.

Es decir que del total de 73 pacientes estudiados, 41 de ellos presentó ACV de tipo isquémico y 31 de ellos tenía diagnostico de ACV de tipo hemorrágico.

CUADRO Nº 5

FACTOR DE RIESGO "TABAQUISMO" EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ACV – Hospital Zonal Agudos San Felipe -San Nicolás de los Arroyos– Año 2012

(Expresado en cantidad)

¿Fuma ?	Cantidad
Si fuma	30
No fuma	43
TOTAL	**73**

4 de cada 10 pacientes con diagnóstico de ACV fumaban al momento del diagnostico, mientras que 6 de cada 10 no lo hacían.

CUADRO Nº 6

FACTOR DE RIESGO "OBESIDAD" EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ACV – Hospital Zonal Agudos San Felipe -San Nicolás de los Arroyos– Año 2012

(Expresado en cantidad)

¿Presenta Obesidad?	Cantidad
Es obeso	21
No es obeso	52
TOTAL	**73**

3 de cada 10 pacientes con diagnóstico de ACV presentaban criterios para el diagnostico de obesidad, mientras que 7 de cada 10 no los presentaban.

CUADRO Nº 7

FACTOR DE RIESGO "ALCOHOLISMO" EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ACV – Hospital Zonal Agudos San Felipe -San Nicolás de los Arroyos– Año 2012

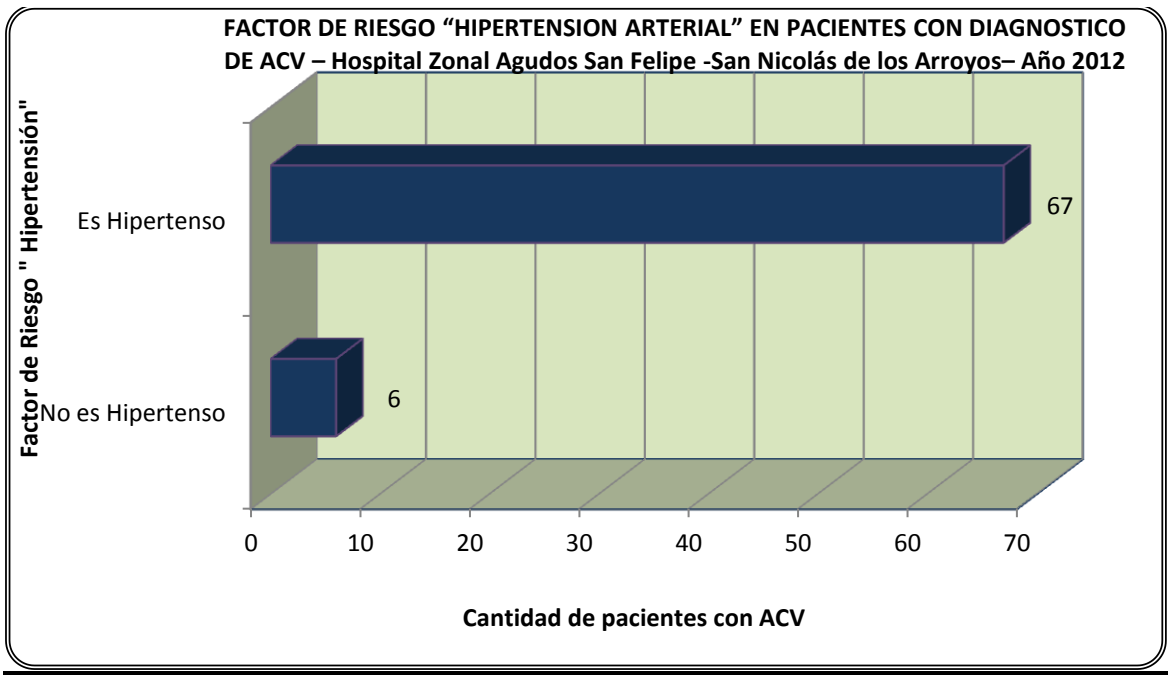
(Expresado en cantidad)

¿Es alcohólico?	Cantidad
Si	10
No	63
TOTAL	**73**

1 de cada 10 pacientes con diagnóstico de ACV eran alcohólicos mientras que 9 de cada 10 no tenían presentaban alcoholismo.

GRÁFICO Nº 8

FACTOR DE RIESGO "HIPERTENCION ARTERIAL" EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ACV – Hospital Zonal Agudos San Felipe -San Nicolás de los Arroyos– Año 2012



Se observó que 67 pacientes de un total de 73, eran hipertensos al momento del diagnostico de ACV, mientras que 6 de ellos, no lo eran.

Es decir que: 9 de cada 10 pacientes con diagnóstico de ACV eran Hipertensos mientras que 1 de cada 10 no presentaban Hipertensión.

CUADRO Nº 9

FACTOR DE RIESGO "HIPERCOLESTEROLEMIA" EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ACV – Hospital Zonal Agudos San Felipe -San Nicolás de los Arroyos– Año 2012

(Expresado en cantidad)

¿Tiene Hipercolesterolemia?	Cantidad
Si tiene	13
No tiene	60
TOTAL	**73**

En este grupo estudiado, 2 de cada 10 pacientes con diagnóstico de ACV tenían Hipercolesterolemia mientras que 8 de cada 10 no la presentaban.

GRAFICO Nº 10

FACTOR DE RIESGO "COMORBILIDAD CARDIACA" EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ACV – Hospital Zonal Agudos San Felipe -San Nicolás de los Arroyos– Año 2012

Del total de la población estudiada, 68 de ellos no presentaban una comorbilidad cardiaca (Fibrilación Auricular, Valvulopatia), 5 de ellos la presentaban al momento del diagnostico. Es decir que: 1 de cada 10 pacientes con diagnóstico de ACV tenían Co-morbilidad Cardíaca mientras que 9 de cada 10 no la presentaban.

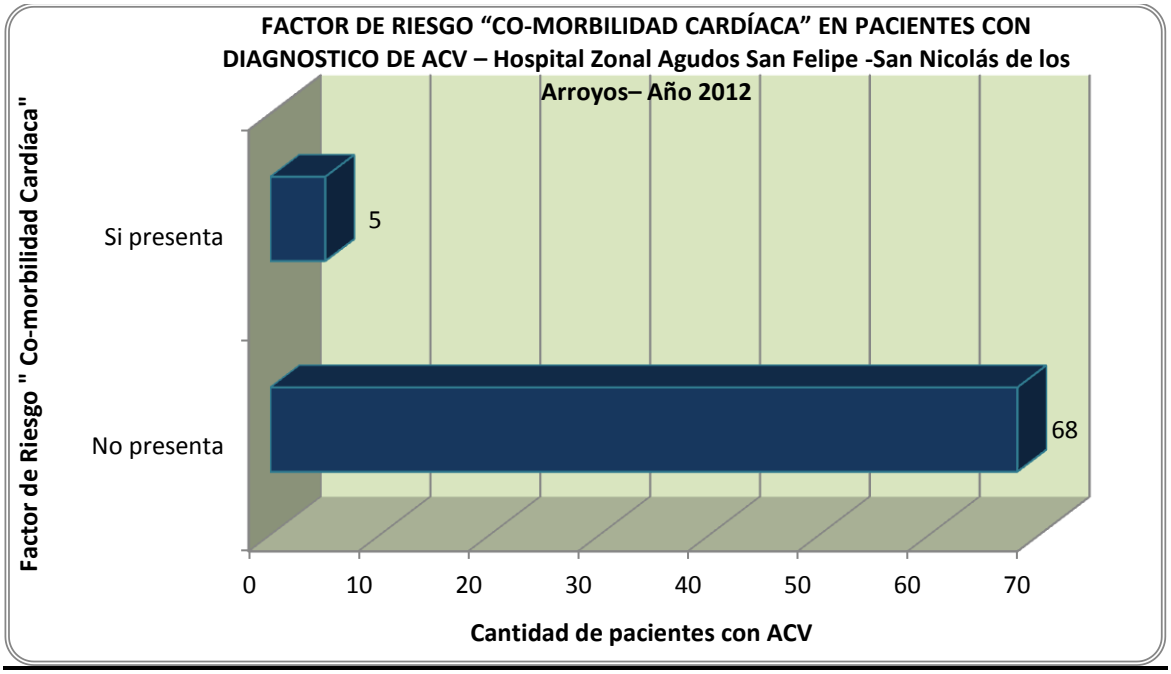
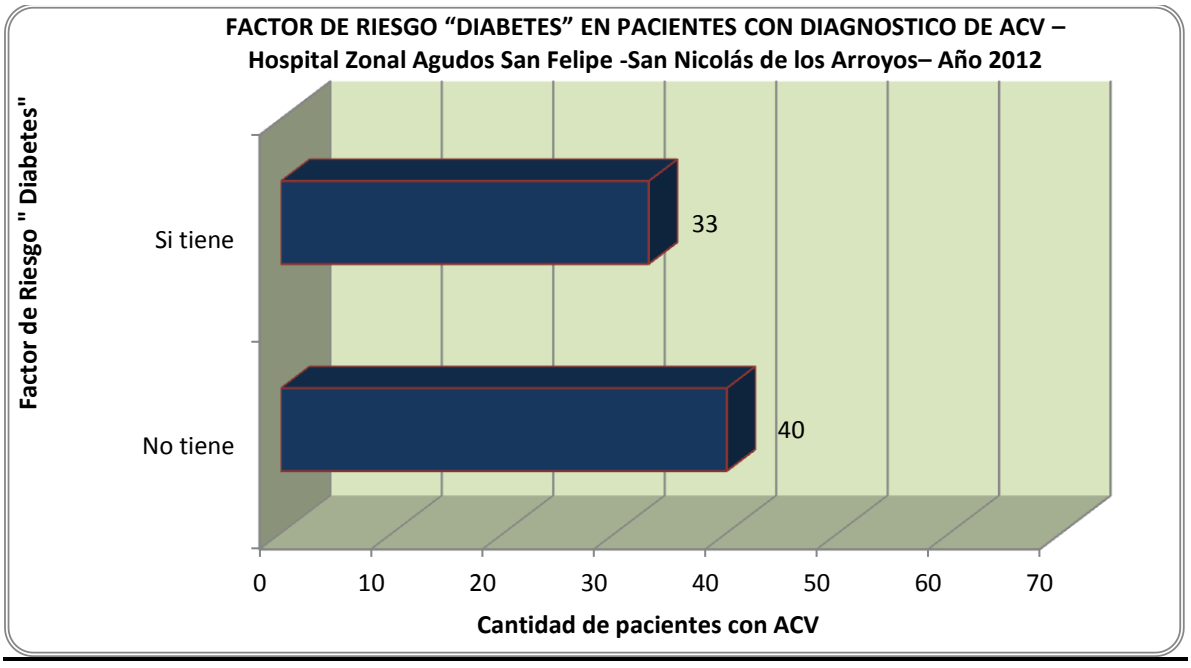


GRAFICO Nº 11

FACTOR DE RIESGO "DIABETES" EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ACV – Hospital Zonal Agudos San Felipe -San Nicolás de los Arroyos– Año 2012



Del total de los 73 paciente, 33 de ellos tenían diagnostico de diabetes, y 40 no. Se segura entonces que: 4 de cada 10 pacientes con diagnóstico de ACV tenían Diabetes mientras que 6 de cada 10 no la presentaban.

CUADRO Nº 12

TIPO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTES CON ESTE DIAGNOSTICO SEGÚN FACTOR DE RIESGO "HIPERTENSION" – Hospital Zonal Agudos San Felipe -San Nicolás de los Arroyos– Año 2012

(Expresado en cantidad)

Hipertensión / Tipo de ACV	Es Hipertenso	No es Hipertenso	TOTAL
Isquémico	38	3	41
Hemorrágico	29	3	32
TOTAL	**67**	**6**	**73**

Para determinar si existe relación entre el tipo de ACV y el principal factor de Riesgo detectado en este trabajo, "Hipertensión Arterial", se aplica el Test de Chi Cuadrado de Pearson.

Nivel de Confianza: 95%

Con una seguridad del 95% (α =0.05) el valor teórico de una distribución ji-cuadrada con un grado de libertad es 3,84.

Valor del Chi-cuadrado Observado= 0,10

Se acepta la Hipótesis nula de que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables "Tipo de ACV" y "el Factor de riesgo Hipertensión". Esto posiblemente se deba a que la muestra no fue satisfactoria en relación a la cantidad (n: 73 pacientes).

Conclusión: Para este grupo analizado la Hipertensión no determina cuál es el tipo de ACV.

DISCUSIÓN

Este estudio puso en evidencia que la edad promedio de presentación del ACV es 70 años (±7años), para el hombre y 68 (±8), en la mujer. Estos valores sugieren similitudes en los resultados encontrados en trabajos realizados en la localidad de Rosario [18], donde el promedio de edad se encuentra entre 70-79 años. Ratificando lo expresado en la literatura que refiere que el riesgo de padecer la patología, aumenta con la edad [7].

Así también se pudo observar la prevalencia significativa (9 de cada 10 pacientes), de la hipertensión arterial corroborada también por varios autores [18-19]. Como nos referimos en este estudio, la hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante, tanto para los eventos isquémicos, como hemorrágicos y su presencia no determina definitivamente el tipo de ACV que pueda padecer el paciente.

Respecto al sexo, en nuestra experiencia fue mayor la prevalencia del sexo masculino que en la población que asistió al Sanatorio del Litoral, donde predominaba el sexo femenino (57,4%) [18]. Nuestros datos se asimila mas a trabajos realizados en otros países, donde también predomina el sexo masculino [19].

En este estudio se observo que la obesidad, diabetes y el tabaquismo tienen diferencias similares a las encontradas en el estudio realizado en Rosario.[18].

En el caso del tabaquismo estudios realizados en otros lugares, como Iran [19], la prevalencia de su presencia es mayor en esa población pudiéndose deber a

un menor conocimiento de cómo controlar ese factor o a una mayor cobertura de salud en la localidad de san Nicolás. Aunque también hace falta evaluar esta variable en la población general para llegar a una conclusión definitiva. En este mismo trabajo también, observamos que en ambos se halla similitud en la predominancia de tipo de ACV isquémico. Lo que corrobora la mayor incidencia de los ACV isquémicos en nuestra población, expresada por autores de la literatura médica [2,8].

Por otro lado no se encuentra trabajos científicos, de fuentes confiables, que citen la relación entre las variables hipercolesterolemia, alcoholismo, comorbilidad cardiaca y el trabajo realizado.

A partir de estos estudios, se pueden generar estrategias de intervenciones que permitan mejorar el control de algunos factores de riesgo cerebrovasculares en la población. Existen bibliografías que aseguran que debe abordarse el estadio primario mediante la detección y control de los factores de riesgo, principalmente de la HTA. Por tanto, hay que promocionar hábitos de vida saludable que mejoren o retrasen su aparición, como la práctica de actividad física, el control de peso y la reducción del consumo de tabaco, alcohol y la sal en la dieta. El manejo adecuado de estos factores es crucial para evitar los nuevos casos y los ictus recurrentes. [17]

CONCLUSIÓN

La acción de la prevención primaria de los factores de riesgo modificables es un instrumento importante y fundamental en el manejo de ACV.

Sin duda se infiere que el factor predominante en esta patología es la hipertensión arterial, dato ratificado por otros autores [1,4,5,18,19], y el conocimiento del mismo nos obliga tomar medidas antes de que ocurra el suceso como una vez ocurrido este. Al mismo tiempo, un reconocimiento precoz con controles en la población general y un tratamiento oportuno evitaría las cifras altas de la prevalencia del ACV, que se registran en la bibliografía médica.

Se concluye que para esta muestra de población los datos que se aportaron, además de revelar al ACV isquémico como el tipo de mayor incidencia y a la HTA como el factor de mayor prevalencia, observamos que su existencia no determina exactamente si el paciente presenta ACV isquémico o hemorrágico. Y por lo tanto presumimos que debemos tomar en cuenta a todos los factores de riesgos para orientarnos a un certero diagnostico.

BIBLIOGRAFÍA.

(1) Leiguarda Ramón. Neurología. 1ra Ed. Argentina: El Ateneo; 2005.

(2) Rubinstein A, Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. 2da edición. Bueno Aires: Panamericana; 2006.

(3) Downie, Cash. Neurología para Fisioterapeutas. 4ta Edición. Buenos Aires: Panamericana; 2006.

(4) Adams Rd, Victor M, Ropper A. Principles of Neurology. Eighth Edition. New York: Mc.Graw-Hill; 2005.

(5) Micheli F, Nogues M, Aconape J, Fernandez Pardal M, Biller J. Tratado de Neurología Clínica. 1ra Ed. Buenos Aires: Panamericana S.A; 2003.

(6) Adams, Victor, Ropper. Principios de Neurología. 6ta Edición en castellano. México D.F.: Mc Graw-Hill. Interamericana; 1999.

(7) Sanidad. El Celador en el área de Urgencias. 2da ed. España: Vértice; 2012.

(8) Uribe Granja M, Van Meerbeke A, Prada Gaviria D, Moreno Lopez C. Decisiones en Neurología. Primera Edición. Bogotá D. C.: Universidad del Rosario; Septiembre de 2005.

(9) Jose Miguel Perez Villares. Enfermedad cerebrovascular aguda en las unidades de cuidado intensivo de Andalucía. Características epidemiológicas y calidad de vida al año del episodio [tesis]. Granada: Universidad de Granada; julio 2006.

(10) Adams Hp Jr., Adams Rj, Brott T, Del Zoppo Gj, Furlan A., et al. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke: a scientific

statement from the Stroke Council of the American Stroke Association. [Article scientific electronic]. Stroke*:* 2003. [Ref. 3 de octubre del 2012]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12677087

(11) L. Jimenez Murillo, F.J.Montero Perez. Medicina de urgencias y emergencias. Guia Diagnostica y protocolos de actuación. Tercera Ed. España: Elsevier; 2006.

(12) Organización Mundial de la Salud. Ataque cardíaco y accidente cerebrovascular: Prevención. 1ra. Ed. Washington, DC: OPS; 2005.

(13) Kathleen Maham L, Escott - Stump S. Krause Nutrición y Dietoterapia.12a. Ed. España: Elsevier Masson; 2009.

(14) Silva Rodriguez M R, Sobran Calderon S, Silva Garcia L. Diplomados en enfermería del consorcio Hospital General Universitario de Valencia. 1ra Ed. España: Mad, S.L.; Noviembre 2004.

(15) Salas Salvador J, Bonada I Sanjaume A, Trallero Casanas R, Salo I Sola M, Burgos Delaez R. Nutrición y dietética clínica. 2da. Ed. Barcelona: Elsevier massan; 2008.

(16) Tebar Masso F, Escobar Jimenez F. La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica. 1ra. Ed. España: Panamericana; 2009.

(17) Joan Montaner. Prevención del Ictus Isquémico. Avances en patología neurovascular. Primera edición. España: ICG Marge, SL. 2008.

(18) Creiscell, Cristian Fernando. Accidentes cerebrovascular: características generales y epidemiológicas de los pacientes. [tesis]. Rosario: Universidad Abierta Interamericana, sede regional Rosario; 2006.

(19) Nooshim Fahimfar; Davood Khalil; Reza Mohibi; Fereidown Azizi; Farzood Hadaeh. Risk factor of isquemic stroke, result from 9 years of Iran. [artículo científico en línea]. 2 de octubre 2012. [ref. 3 de octubre de 2012]. Disponible en: http://www.biomedcentral.com/1471-2377/12/117.

ANEXO

Anexo 1.

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
Facultad de Medicina
Carrera de Medicina

Servicio de Neurología del Hospital zonal de agudos San Felipe.

Director médico y jefe del Hospital

Dr. Ernesto Onchalo.

De mi mayor consideración:

Por intermedio de la presente, solicito su autorización para consultar los datos de las historias clínicas de pacientes del Servicio de Neurología a cargo del Doctor Brandolisio Hilario, en carácter de poder llevar a cabo mi Trabajo Final de Grado *"Factor de riesgo prevalente en el desarrollo de accidente cerebrovascular en el Hospital zonal general agudos San Felipe, 2012"*. El mismo es realizado por la alumna Condori D. Leonora, de la carrera de medicina de la Universidad Abierta Interamericana, bajo la supervisión del Dr. Brandolisio Hilario.

Los datos personales serán protegidos y se conservara el anonimato con las garantías de la ley 26.529.

_____ _____ _____

Firma Aclaración Fecha

Yo, Condori Delgado Leonora G. (DNI 32.898.238) me comprometo a respetar la **Ley 26.529** de derechos del Paciente y conservando el anonimato de los pacientes.

_____ _____ _____

Firma Aclaración Fecha

Anexo2. Tabulación de los Datos.

numero de paciente	sexo	edad	tipo de acv	tabaquismo	obesidad	alcohol	hta	hiper-colesterolemia	comorbilidad cardiaca	diabetes
1	f	78	isquémico	si	no	no	si	no	no presenta	no
2	m	59	isquémico	si	si	si	si	no	no presenta	si
3	f	76	hemorrágico	si	no	no	si	no	no presenta	si
4	f	64	hemorrágico	si	si	no	si	no	no presenta	no
5	m	55	isquémico	si	si	si	si	no	no presenta	si
6	m	80	hemorrágico	no	no	no	si	no	no presenta	no
7	m	70	isquémico	si	no	no	si	no	no presenta	no
8	f	71	isquémico	no	no	no	si	no	no presenta	no
9	m	76	hemorrágico	no	no	no	si	no	no presenta	si
10	m	66	isquémico	no	no	no	si	no	no presenta	si
11	m	60	isquémico	no	si	si	si	si	no presenta	si
12	f	70	isquémico	si	no	no	si	no	no presenta	no
13	f	59	isquémico	si	no	no	si	no	no presenta	si
14	m	76	hemorrágico	no	no	no	si	no	no presenta	si
15	f	61	isquémico	no	si	no	si	no	no presenta	no
16	f	71	hemorragico	no	no	no	si	no	no presenta	si
17	m	54	hemorragico	si	no	si	no	si	no presenta	si
18	m	69	isquémico	si	no	no	si	no	no presenta	si
19	m	66	isquémico	si	si	no	si	si	no presenta	si
20	m	69	isquémico	no	no	no	si	no	presenta	no
21	m	72	hemorrágico	no	no	no	si	no	no presenta	si
22	f	52	isquémico	si	no	si	si	si	no presenta	si
23	m	65	isquémico	no	si	no	si	no	no presenta	si
24	m	67	isquémico	no	no	no	si	no	no presenta	no
25	f	73	isquémico	si	no	no	si	no	no presenta	no
26	f	80	hemorrágico	si	no	no	si	no	no presenta	no
27	m	79	isquémico	no	si	no	si	no	no presenta	si
28	m	75	hemorrágico	si	no	no	si	no	no presenta	no
29	f	71	hemorrágico	si	no	no	si	no	no presenta	no
30	f	79	isquémico	si	no	no	si	no	presenta	no
31	m	77	isquémico	no	no	no	si	no	no presenta	si
32	m	59	isquémico	no	si	si	si	no	no presenta	no
33	m	64	isquémico	si	no	no	si	no	no presenta	no
34	f	68	isquémico	no	no	no	si	no	no presenta	no
35	f	61	hemorrágico	no	si	no	si	no	no presenta	si

36	m	76	hemorrágico	no	no	no	si	no	presenta	no
37	f	63	isquémico	no	no	no	si	no	no presenta	si
38	m	68	hemorrágico	no	si	no	no	no	no presenta	si
39	f	58	isquémico	no	no	si	si	si	no presenta	si
40	m	67	isquémico	no	no	no	si	no	no presenta	no
41	f	74	hemorrágico	si	no	no	si	no	no presenta	no
42	f	68	isquémico	si	si	no	si	no	no presenta	si
43	m	76	hemorrágico	si	no	no	si	no	no presenta	si
44	m	77	hemorrágico	si	no	no	si	no	no presenta	no
45	f	55	isquémico	no	no	no	no	si	no presenta	no
46	f	76	hemorrágico	no	no	no	si	no	no presenta	no
47	m	62	hemorrágico	no	si	no	si	no	no presenta	no
48	f	59	hemorrágico	no	si	si	no	no	no presenta	no
49	m	69	isquémico	si	no	no	si	no	no presenta	si
50	f	63	hemorrágico	no	no	no	si	si	no presenta	no
51	f	64	hemorrágico	no	no	no	si	no	no presenta	no
52	m	74	isquémico	no	no	no	si	no	no presenta	no
53	m	69	hemorrágico	si	si	no	si	si	no presenta	no
54	f	74	isquémico	no	no	no	si	no	no presenta	si
55	m	61	isquémico	no	si	si	no	no	no presenta	no
56	f	63	hemorrágico	no	si	no	si	no	no presenta	no
57	m	66	hemorrágico	no	si	no	si	no	no presenta	no
58	m	77	isquémico	si	no	no	si	no	no presenta	no
59	f	78	isquémico	no	no	no	si	no	no presenta	si
60	f	71	isquémico	no	si	no	si	si	no presenta	no
61	m	80	hemorrágico	no	no	no	si	no	presenta	si
62	m	80	hemorrágico	si	no	no	si	no	no presenta	no
63	f	62	isquémico	si	si	no	si	si	no presenta	no
64	m	79	hemorrágico	no	no	no	si	no	no presenta	si
65	f	77	isquémico	no	no	no	si	no	no presenta	si
66	f	75	hemorrágico	no	no	si	si	no	no presenta	no
67	m	76	hemorrágico	si	no	no	si	si	no presenta	no
68	m	78	hemorrágico	no	no	no	si	no	no presenta	si
69	f	59	isquémico	no	si	no	si	no	no presenta	si
70	m	68	isquémico	si	no	no	no	si	presenta	no
71	m	78	isquémico	si	no	no	si	no	no presenta	no
72	m	80	hemorrágico	no	no	no	si	no	no presenta	si
73	m	75	isquémico	no	no	no	si	si	no presenta	si