

CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN “JULIO DÍAZ”

Título: PRINCIPALES FACTORES DE RIEGOS EN ADULTOS MAYORES CON ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES CENTRO DE REHABILITACIÓN “JULIO DÍAZ”, 2013.

PRINCIPAL RISK FACTORS IN ADULTS MAJOR WITH STROKE REHABILITATION CENTRE "JULIO DIAZ", 2013.

ARTÍCULO ORIGINAL

Autores: MSc. Mercedes Pérez Puldón. Profesora Instructora.

mpuldón@infomed.sld.cu

MSc. Dr. Julio Zamarreño Hernández. Profesor Auxiliar.

Dra. Noraida M. Dominguez Cecilia.

RESUMEN

El accidente cerebro vascular constituyen la principal causa de discapacidad en la población adulta y repercute en la calidad de vida del paciente, así como en la de su entorno familiar, se presenta en gran parte de la población mundial afectando a ambos sexos, con una elevada frecuencia en consultas, siendo objeto de atención y tratamiento en los Centros de Rehabilitación. Se realizó un estudio descriptivo y longitudinal de tipo retrospectivo para valorar el comportamiento de los factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de accidente cerebro vascular, ingresados en el Servicio de Lesión Cerebral del Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz, en el municipio Boyeros, provincia La Habana, en el período comprendido de mayo de 2012 a diciembre del 2012. El universo estuvo constituido por pacientes vistos en la consulta de clasificación en el servicio de lesión cerebral que no habían recibido tratamiento rehabilitador, con un periodo de rehabilitación de ocho semanas. La muestra de 94 pacientes de ambos sexos. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, color de la piel, estado civil, ocupación, nivel escolar, hábitos tóxicos, Antecedentes Patológicos Personales. Se aplicaron las siguientes escalas funcionales: Índice de Barthel para evaluar el grado de discapacidad y el examen mental se confecciono con el objetivo de identificar la existencia de demencia. Estas evaluaciones se realizaron antes y después de haber transcurrido un periodo de ocho semanas, tiempo de duración del tratamiento con un programa de terapia física y rehabilitación.

Palabras Clave: Accidente cerebro vascular, Adulto mayor, Factores de Riesgo.

SUMMARY

The brain vascular accidents are the leading cause of disability in adults and affect the quality of life of patients as well as that of their families, are presented in much of the world's population affecting both sexes, with high frequently in consultations, being subject to care and treatment in rehabilitation centers. A descriptive and retrospective longitudinal study was conducted to assess the behavior of risk factors in patients diagnosed with stroke, admitted to the National Brain Injury Rehabilitation Centre Julio Diaz. In Boyeros municipality of the province's Havana, in the period of May 2012 to December 2012. The universe consisted of viewed in consulting service classification in brain injury patients who had not received rehabilitation treatment with a rehabilitation period of 8 weeks. In the sample of 94 patients of both sexes, the variables studied were age, sex, skin color, marital status, occupation, educational

level, substance abuse, Pathologic Personal Background. The following functional scales were applied: Barthel index to assess the degree of disability and mental examination was made with the aim of identifying the existence of dementia. These assessments were performed before and after a period of 8 weeks duration of treatment with a program of physical therapy and rehabilitation has elapsed.

Key words: cerebrovascular accident, senior adult, risk factors.

INTRODUCCIÓN

Una vida prolongada ha sido la aspiración, anhelo y empeño del hombre a través de la historia de su propia existencia. En los comienzos de la Edad Moderna tiene un comportamiento muy diferente, con un progresivo aumento en las expectativas de vida. En Cuba la expectativa de vida es de 77.97 años y el 18.3 % de su población tiene más de 60 años de edad, hasta el 31 de diciembre de 2012. Esa cifra representa 1.908.532 personas, de ellas más de un millón son mujeres. Cuando un cubano o cubana llega a 60 años, tiene la esperanza de alcanzar otros 21 años, y cuando cumple 80, puede aspirar a vivir ocho años más. Hoy se puede afirmar que siete de cada diez cubanos logran vivir más de 60 años. Las personas que cumplen los 60 años en Cuba, viven después de esta edad como promedio, más de 20 años. La expectativa de vida, ha ganado casi 20 años desde la década de los cincuenta a la actualidad, algo poco visto en el mundo desarrollado. Si en 1950 era de 15,5 años, en menos de 40 años se elevó a 20,5 años; estos niveles de esperanza de vida de la población senescente son comparables con los más altos del mundo ¹.

En América Latina y el Caribe hay 160 millones de personas con más de 60 años. Con un amplio contraste entre los diferentes países del mundo, hoy se estima que existe una cifra de 49 millones de personas con más de 60 años y para el año 2050 llegarán a 190 millones. Cuba y Barbados poseen las poblaciones más envejecidas de la región geográfica ^{1,2}.

De acuerdo a investigaciones de la Organización Mundial de la Salud, las personas que participan en grupos sociales y comparten pensamientos, emociones, sentimientos y experiencias mantienen un estado de salud superior a los que se encuentran socialmente aislados, lo que implica que el fortalecimiento de los lazos sociales, familiares y comunitarios son factores trascendentes en la promoción de salud, calidad de vida y estilo de vida del adulto mayor. Llevar una vida activa y

practicar ejercicios controladamente mejora el estado físico y psicológico, aumenta la funcionalidad, previene lesiones y enfermedades ^{1,2}.

El Sistema de Salud Pública cubano realiza esfuerzos para lograr que la población de adultos mayores se mantenga vinculada a la sociedad y mejore su calidad de vida y ha generado nuevos retos para el Sistema de Salud, con la creación del Programa Integral de Atención al Adulto Mayor, el cual consta de tres subprogramas: Atención Comunitaria, Atención Institucional y Atención Hospitalaria. Dentro de ellos funcionan exitosamente el Círculo del Abuelo, La Casa del Abuelo y la Cátedra del Adulto Mayor, integrando diferentes acciones desde el punto de vista multisectorial, como deporte, cultura, salud y educación ³. Su repercusión sobre el sistema de salud radica en que son los ancianos los mayores consumidores relativos o absolutos, de medicamentos y servicios de salud ⁴.

La búsqueda de formas de conservar y mejorar las habilidades funcionales de las personas al envejecer y ayudarles a manejarse independientemente en la comunidad, es uno de los objetivos del tratamiento de fisioterapia en el paciente geriátrico. En el envejecimiento normal existe una pérdida de reserva funcional del organismo por ejemplo; la piel se arruga, disminuye la agudeza visual, la capacidad muscular es menor, lo mismo sucede con la función cerebral y generalmente existe cierta lentitud motora y disminución de la memoria. Desde el punto de vista neuroanatómico y neurofisiológico los cambios asociados al envejecimiento revelan una disminución de peso y volumen cerebral ^{5,6}.

Hace más de 2400 años el padre de la medicina, Hipócrates reconoció y describió el accidente cerebro vascular como el inicio repentino de parálisis. En la antigüedad el accidente cerebro vascular se conocía como apoplejía, un término general que los médicos aplicaban a cualquier persona afectada por parálisis. Debido a que muchas condiciones pueden conducir a una parálisis repentina, el término apoplejía no indicaba diagnóstico o causa específica. Los médicos sabían muy poco acerca de la causa del accidente cerebro vascular y la única terapia establecida era alimentar y cuidar al paciente hasta que el mismo siguiera su curso ⁷.

En 1971 Margani describió que la parálisis se encontraba en el lado opuesto de la lesión cerebral. Hacia la segunda mitad del siglo XVII, Willis describió el polígono vascular que lleva su nombre, en la base del cerebro. Wepfer indicó que la apoplejía, además de ser ocasionada por la hemorragia en el cerebro podría también ser

causada por el bloqueo de una de las arterias principales que suministran sangre al cerebro; así pues la apoplejía vino a conocerse como accidente cerebro vascular ⁷.

Las enfermedades cerebro vasculares comprenden un conjunto de trastornos vasculares cerebrales que conllevan a una disminución del flujo sanguíneo en el cerebro con la consecuente afectación, de manera transitoria o permanente, de la función de una región generalizada del cerebro o de una zona más pequeña o focal, sin que exista otra causa aparente que el origen vascular, son de inicio súbito y de rápido desarrollo, y causan una lesión cerebral en minutos. Por lo general, esta progresión suele interrumpirse, aunque no siempre, dando paso a períodos de estabilidad en que el área de tejido necrosado deja de crecer de forma transitoria o en los que se observa cierta mejoría ⁷.

Los accidentes cerebro vasculares constituyen la principal causa de discapacidad en la población adulta y repercute en la calidad de vida del paciente, así como en la de su entorno familiar. Las enfermedades cerebro vasculares ocupan el tercer lugar en las causas de muerte de la población ⁷.

La Medicina Física y Rehabilitación, es la rama de la Medicina que ayuda a prevenir las deficiencias, discapacidades o minusvalías causadas por limitaciones físicas sensorias, mentales y sociales; detecta, evalúa y diagnostica, precoz e integralmente los procesos incapacitantes.

El factor de riesgo puede definirse como la característica biológica o hábito que permite identificar a un grupo de personas con mayor probabilidad que el resto de la población general para presentar una determinada enfermedad a lo largo de su vida. La importancia de los factores de riesgo radica en que su identificación permitirá establecer estrategias y medidas de control en los sujetos que todavía no han padecido la enfermedad (prevención primaria), o si ya la presentan, prevenir o reducir las recidivas (prevención secundaria). Las técnicas de estudio epidemiológico han permitido identificar un gran número de factores de riesgo para el accidente cerebro vascular lo que refleja la heterogeneidad de este síndrome ⁸.

Por ello, uno de los aspectos esenciales en el abordaje de la patología y objetivo sanitario de máxima importancia se basa en la prevención, lo que exige la identificación y control de los factores de riesgo ⁸.

Los factores de riesgo se han clasificado como modificables o potencialmente modificables y no modificables. Es importante detectar los pacientes con factores de riesgo no modificables, pues aunque éstos no se puedan tratar, identifica sujetos de

alto riesgo, en los que la coexistencia de factores modificables exige su control enérgico, y son candidatos a otras terapéuticas preventivas⁹.

Factores de riesgos modificables o potencialmente modificables son: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad cardiaca, Hipercolesterolemia, obesidad sedentarismo, consumo de licor, tabaquismo y drogas.

Factores de riesgo no modificables son: edad, sexo, raza elementos genéticos antecedentes familiares

La prevención terciaria se realiza cuando ya se ha instaurado la enfermedad, y se intenta evitar que empeore y que se produzcan complicaciones. La intervención tiene lugar en plena enfermedad, siendo su objetivo principal eliminar o reducir las consecuencias del desarrollo de la misma, reducir el daño mediante el tratamiento y la rehabilitación de una enfermedad establecida, con el objetivo de disminuir la prevalencia de la enfermedad.

OBJETIVO GENERAL: Describir los principales factores de riesgo en adultos mayores con accidente cerebro vascular, ingresados en el Servicio de Lesión Cerebral en el Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y longitudinal de tipo retrospectivo para valorar el comportamiento de los factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de accidente cerebro vascular, ingresados en el Servicio de Lesión Cerebral del Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz, en el municipio Boyeros, provincia La Habana, en el período comprendido de Mayo de 2012 a Diciembre del 2012.

El universo estuvo constituido por el total de pacientes vistos en la consulta de clasificación en el servicio de lesión cerebral que no habían recibido tratamiento rehabilitador, en su primer evento con menos de seis meses de evolución, con un periodo de rehabilitación de ocho semanas. La selección de la muestra fue constituida por 94 pacientes de ambos sexos, 42, femeninos, 52 masculinos. Se recogió información sobre variables sociodemográficas y los factores de riesgo más frecuentes. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas de cada paciente.

Criterios de inclusión: Pacientes de 60 años y más, con diagnóstico de accidente cerebro vascular, clínicamente estable, presentando un primer accidente cerebro vascular de menos de seis meses de evolución en su primer ingreso para rehabilitación.

Criterios de exclusión: Pacientes menores de 60 años, con más de seis meses de evolución del accidente cerebro vascular, que no estén estable clínicamente.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En un primer momento se realizó la caracterización de la muestra, los resultados se muestran en las siguientes tablas.

Tabla 1. Pacientes con Accidentes cerebro vascular, según edad y sexo.

Grupo de edades	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
60 – 69 años	18	19.14	35	37.23	53	56.38
70 – 79 años	23	24.46	15	15.95	38	40.42
80 años	1	1.06	2	2.12	3	3.19
Total	42	44.68	52	55.32	94	100.00

Fuente: Historia clínica

Los pacientes que predominaron fueron de 60-69 años con 53 pacientes (56.38%). 42 (44.68%) son del sexo femenino y 52 (55.32%) el sexo masculino, coincidiendo con el autor R. Harpert ¹.

Tabla 2. Pacientes según factores de riesgos modificables.

Factores de riesgos modificables	Presente		Ausente	
	No	%	No	%
Hipertensión Arterial	90	95.74	4	4.25
Diabetes mellitus	59	62.76	35	37.23
Cardiopatía Isquemia	47	50	47	50
Hipercolesterolemia	27	28.72	67	71.27
Obesidad	31	32.97	63	67.02
Tabaquismo	44	46.8	50	53.19
Licor	16	17.02	78	82.97

Fuente: Historia clínica.

Los factores de riesgo más frecuentes en estos pacientes fue la Hipertensión Arterial que fue el mas relevante con 90 pacientes para un (95.74 %), la Diabetes Mellitus 59 pacientes para (62.76 %), las Cardiopatías Isquémicas 47 para un (50 %), el tabaquismo 44 pacientes para un (46.80 %), coinciden con otros estudios realizados en Centers for Disease ⁹.

Tabla 3. Pacientes, según factores de riesgos no modificables.

Factores de riesgos no modificables		No	%
Sexo	Masculino	52	55.31
	Femenino	42	44.68
Edad	Menos de 70 años	53	56.38
	70 años y más	41	43.61
Color de la piel	Negra	35	37.23
	No negra	59	62.76

Fuente: Historia clínica.

Tabla 3 El sexo masculino predominó en la muestra con 52 pacientes para un (55.31%) en la edad, predominaron los menores de 70 años con un (43.61%) y el color de la piel predominó la no negra 59 pacientes para un (62.76%) En la muestra el estudio coincide con el estudio realizado en Centers for Disease¹⁰.

Tabla 4. Pacientes según grado de funcionalidad antes del tratamiento.

Actividad	Independiente	%	Necesita ayuda	%	Dependiente	%	# de Casos	%
Alimentación	49	52.13	26	27.66	19	20.21	94	100
Baño	40	42.55	20	21.28	34	36.17	94	100
Vestir(superior e inferior)	38	40.43	54	57.45	2	2.13	94	100
Arreglo	50	53.19	40	42.55	4	4.26	94	100
Deposición	40	42.55	50	53.19	4	4.26	94	100
Micción	40	42.55	50	53.19	4	4.26	94	100
Manejo del inodoro	32	34.04	50	53.19	12	12.77	94	100
Traslado cama-silla	30	31.91	8	8.51	56	59.57	94	100
Ambulación	12	12.77	50	53.19	32	34.04	94	100
Subir y bajar escaleras	19	20.21	26	27.66	49	52.13	94	100

Fuente: Historia clínica.

X^2 : p=0.038 (significativa)

La investigación arrojó que 56 pacientes son Dependientes para el traslado de la cama a la silla de rueda para un 59,57%, que 54 pacientes necesitaban ayuda en el

vestido superior e inferior para un 57,45% y 50 pacientes necesitan ayuda para la deposición, micción, manejo del inodoro y ambulación para un 53.96%. Según la literatura revisada coincide un estudio realizado por Goldstein L. Guidelines ⁴

Tabla 5. Pacientes con Accidentes Cerebro Vascular grado de funcionalidad según índice de Barthel después del tratamiento de rehabilitación.

Actividad	Independe diente	%	Necesita ayuda	%	Depen diente	%	# de Casos	%
Alimentación	60	63.8	30	31.9	4	4.3	94	100
Baño	58	61.7	31	33	5	5.3	94	100
Vestirse	59	62.8	30	31.9	5	5.3	94	100
Arreglo	50	53.2	30	31.9	14	15	94	100
Deposición	60	63.8	30	31.9	4	4.3	94	100
Micción	60	63.8	30	31.9	4	4.3	94	100
Manejo inodoro	62	66	28	29.8	4	4.3	94	100
Traslado cama silla	60	63.8	30	31.9	4	4.3	94	100
Ambulación	62	66	28	29.8	4	4.3	94	100
Subir-bajar escalera	49	52.1	38	40.4	7	7.5	94	100

Fuente: Planilla de recolección de datos de la Historia clínica (Anexo 1 Test de Stuart Maxwell: $p=0.000$ (significativa))

La valoración de la capacidad funcional después del tratamiento arroja que los ancianos fueron independientes en la alimentación, con 60 pacientes para un 63,83 %, el vestido del tren superior e inferior con 59 pacientes para un 62,77 %, deposición micción con 60 pacientes para un 63.83 % el manejo del inodoro 62 pacientes para un 65.96%, en el traslado de la silla de rueda a la cama 60 pacientes para un 63.83 % y la ambulación 62 pacientes fueron independientes para la marcha. De una muestra de 94 pacientes 62 son independientes, 28 necesitan ayuda y cuatro son dependientes de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria, coinciden con el autor Lung and Blood ¹⁰.

Tabla 6. Pacientes según sexo y comportamiento del estado cognitivo.

Estado Cognitivo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Normal	9	9.57	12	12.76	21	22.34
Deterioro Cognitivo Leve	30	31.91	21	22.34	51	54.26
Deterioro Cognitivo Moderad	2	2.12	9	9.57	11	11.7
Deterioro Cognitivo Severo	1	1.06	10	10.63	11	11.7
Total	42	44.68	52	55.31	94	100

Comportamiento del estado cognitivo de ambos sexos: Sexo femenino nueve pacientes en estado normal para un (9.57%), 30 pacientes con deterioro cognitivo leve para un (31.91%), dos pacientes con deterioro cognitivo moderado para un (2.12%) y un paciente con deterioro cognitivo severo para un (1.06%).

Sexo masculino 12 pacientes en estado normal para un (12.76%), 21 pacientes con deterioro cognitivo leve para un (22.34%), nueve pacientes con deterioro cognitivo moderado para un (9.57%) y 10 pacientes con deterioro cognitivo severo para un (10.63%). coincide con el autor Lung and Blood ¹⁰.

Tabla 7. Pacientes, según estado cognitivo antes y después de la rehabilitación.

Estado Cognitivo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Normal	21	22.34	48	51.07
Deterioro cognitivo leve	51	54.26	24	25.53
Deterioro cognitivo moderado	11	11.70	11	11.70
Deterioro cognitivo severo	11	11.70	11	11.70
Total	94	100.00	94	100.00

Fuente: Planilla de recolección de datos de la Historia clínica (Anexo 1).

Test de Stuart Maxwell: $p=0.005$ (significativa)

Estado cognitivo antes y después de la rehabilitación. Antes de la Rehabilitación: 21 pacientes en estado normal para un (22.34%), 51 pacientes con deterioro cognitivo leve para un (54.26%), 11 pacientes con deterioro cognitivo moderado y severo para un (11.70%). Después de la Rehabilitación: 48 pacientes en estado normal para un (51.07%), 24 Pacientes en estado cognitivo leve para un (25.53%), lo cual evidencia que los pacientes en estado cognitivo normal y parte de los pacientes en estado

cognitivos leve se pueden recuperar, mientras que los pacientes en estado cognitivo moderado y severo no se recuperaron, porque hay presencia de demencia. Estos resultados coinciden el estudio de los autores Marcheco BT; López AMM; Otero ¹¹.

CONCLUSIONES

- Los principales factores de riesgo en los pacientes ingresados en el Servicio de Lesión Cerebral en el Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz, con accidente cerebro vascular fueron: La Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Cardiopatía Isquémica y tabaquismo.
- Predominó el grupo de edades de 60 – 69 años el sexo masculino y el color de la piel no negra.
- Los principales factores de riesgos modificables fueron Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Cardiopatía Isquémica y tabaquismo, y los no modificables fueron edad, sexo y color de la piel en los pacientes estudiados.
- La capacidad funcional de los pacientes en el estudio fue 62 pacientes Independientes, 28 pacientes que necesitan ayuda y cuatro pacientes son dependientes de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria y el estado cognitivo normal fueron 48 pacientes, 24 pacientes con estado cognitivo leve, 11 pacientes con deterioro cognitivo moderado y 11 paciente con deterioro cognitivo severo no se recuperaron porque hay presencia de demencia.
- Las principales medidas de prevención secundaria recomendadas: Control del tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial, de la Diabetes Mellitus, de las Cardiopatías y de la hipercolesterolemia, una alimentación equilibrada, realizar ejercicios en el área de salud en la sala de rehabilitación después del alta hospitalaria, mantenerse socialmente activo en la comunidad, y eliminar el hábito de fumar y consumo de alcohol.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. R Harpert J. Programa de Atención al Adulto Mayor en Cuba. [Tesis de Maestría]. MINSAP; 2012
2. Husein S. algunos elementos para lograr longevidad satisfactoria. [Tesis de Maestría]. La Habana: CIMEQ; 2011.

3. Furie K, Kasner S. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack. [Tesis de Maestría]. EE.UU: American Stroke Association; 2011.
4. Goldstein L. Guidelines for the primary prevention of stroke. [Tesis de Maestría]. EE.UU: American Heart Association; 2011.
5. Morgenstern L. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. [Tesis de Maestría]. EE.UU: American Stroke Association; 2010.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Coronary Artery Disease. [Tesis de Maestría]. EE.UU: last updated; 2012.
7. U.S. National Library of Medicine. Coronary Heart. [Tesis de Maestría]. EE.UU: last reviewed 2012 June 22; 2012.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Heart Disease. [Tesis de Maestría]. EE.UU: Heart Attack [last updated; 2010
9. Centers for Disease Control and Prevention. Heart Failure Fact Sheet. [Tesis de Maestría]. EE.UU: last updated; 2013.
10. National Heart. Lung and Blood Institute. [Tesis de Maestría]. EE.UU: Enlaces a sitios web externos; 2013.
11. Marcheco BT;López AMM;Otero ME;Llibre JJR.Enfermedad de Alzheimer (2010)