



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**



**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**

**EVOLUCIÓN CLÍNICA SEGÚN ESCALA DE NIHSS Y ESCALA DE
GOLDBERG EN PACIENTES CON ICTUS ISQUEMICO
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"
SEPTIEMBRE 2016-ABRIL 2017.**

Autor: Ennys carrera

Valencia, octubre de 2017



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA**



**EVOLUCIÓN CLÍNICA SEGÚN ESCALA DE NIHSS Y ESCALA DE
GOLDBERG EN PACIENTES CON ICTUS ISQUEMICO
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"
SEPTIEMBRE 2016-MARZO 2017.**

Autor: Ennys Carrera

Tutor (a): Prof. Beatriz Cervera

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO QUE SE PRESENTA COMO
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
INTERNA.**

Valencia, octubre de 2017

Universidad de Carabobo



Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud



Dirección de Asuntos Estudiantiles
Sede Carabobo

ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

EVOLUCIÓN CLÍNICA SEGÚN ESCALA DE NIHSS Y GOLDBERG EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO CIUDAD HOSPITALARIA «DR. ENRIQUE TEJERA». SEPTIEMBRE 2016 – MARZO 2017

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

CARRERA S., ENNYS D.
C.I. V – 19667522

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Beatriz Cervera C.I. 13667163, decidimos que el mismo está **APROBADO**.


Acta que se expide en valencia, en fecha: **19/10/2017**


Prof. Beatriz Cervera (Pdte)
C.I.
Fecha


Prof. Raúl La Salle T.
C.I.
Fecha

TG: 33-17




Prof. Francis Scovino
C.I.
Fecha

ÍNDICE

Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Introducción.....	1
Objetivos.....	7
Metodología.....	8
Resultados.....	10
Discusión.....	12
Conclusiones.....	14
Recomendaciones.....	14
Bibliografía.....	15
Anexos.....	17

INDICE DE TABLAS

	PAG
TAB. N° 1 Distribución de los pacientes con ictus isquémico de acuerdo a edad y sexo. Servicios de medicina interna de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Período agosto 2016-mayo 2017...	20
TAB.N°2 Evolución clínica según la escala del instituto nacional de la salud (national institute of health stroke scale, nihss). Servicios de medicina interna de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Período agosto 2016-mayo 2017.....	21
TAB. N°3 Estado de ansiedad y depresión según escala Goldberg en pacientes con ictus isquémico, ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Período agosto 2016-mayo 2017.....	22
TAB. N°4 Estado de ansiedad y depresión según Goldberg con la localización topográfica de la lesión. Servicios de medicina interna de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Período agosto 2016-mayo 2017.....	23
TAB. N° 5 Relación entre la evolución clínica y la presencia de ansiedad y depresión del paciente hospitalizado con ictus isquémico. Servicios de medicina interna de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Período agosto 2016-mayo 2017.....	24

**EVOLUCIÓN CLÍNICA SEGÚN ESCALA DE NIHSS Y GOLDBERG
EN PACIENTES CON ICTUS ISQUEMICO
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"
SEPTIEMBRE 2016-MAYO 2017.**

AUTOR: Ennys D. Carrera S.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad cerebrovascular es un problema de salud pública que representa la tercera causa de muerte en países industrializados.

Metodología: Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal correlaciona, estableciendo un análisis para evaluar la relación entre la evolución clínica y el estado, según escala del NIHSS Y GOLDBERG en la Ciudad Hospitalaria " Dr. Enrique Tejera." durante el periodo de septiembre 2016- marzo 2017. Con población de 100 pacientes y una muestra de 35 individuos con ictus isquémicos. Se excluyeron aquellos con otras patologías neurológicas previas deterioro del estado de conciencia y/o afasia motora. Los datos se recolectaron a través de encuesta.

Resultados: El promedio de edad fue de 64 años, el sexo masculino fue más frecuente (54,29%). A las 24 horas el 60% de los pacientes con ictus isquémico presentaron gravedad moderada y a las 72 horas siguió predominando. La ansiedad se presentó en 22,86% y más frecuente en el sexo masculino. La depresión se presentó en 28,57% de los pacientes con ictus isquémicos predominando en el sexo masculino.

Conclusiones: El ictus isquémico se observó con mayor frecuencia en el sexo masculino y a los 64 años de edad. Existe relación entre la evolución clínica y el estado de ansiedad y depresión del paciente con ictus isquémico.

Palabras clave: enfermedad cerebrovascular, NIHSS, GOLDBERG, ansiedad, depresión.

**CLINICAL EVOLUTION ACCORDING TO SCALE OF NIHSS AND
GOLDBERG IN PATIENTS WITH ICTUS ISQUEMICO
HOSPITABLE CITY "DR. ENRIQUE TEJERA" DIURING THE PERIOD OF
SEPTEMBER 2016-MAYO 2017.**

AUTHOR: Ennys D. Carrera S.

SUMMARY

Introduction: The cerebro-vascular disease is a problem of public health that represents the third reason of death in industrialized countries. **Methodology:** a descriptive investigation was realized, of transverse court it correlates, establishing an analysis to evaluate the relation between the clinical evolution and the condition, according to scale of the NIHSS AND GOLDBERG in the Hospitable City " Dr. Enrique Tejera. " During the period of September 2016-March, 2017. With population of 100 patients and a sample of 35 individuals with ictus isquémicos. Those were excluded by other neurological previous pathologies I spoil of the condition of conscience and / or aphasia motorboat.he information was gathered across survey. **Results:** The average of age was 64 years, the masculine sex was more frequent (54,29 %). 60 % of the patients with ictus isquémico presented moderate gravity and at 72 hours it continued prevailing. The anxiety appeared in 22,86 % and more frequent in the masculine sex. The depression appeared in 28,57 % of the patients with ictus isquémicos prevailing in the masculine sex. **Conclusions:** The ictus isquémico was observed by major frequency in the masculine sex and 64 years after age. Relation exists between the clinical evolution and the condition of anxiety and depression of the patient with ictus isquémico.

Key words: cerebro-vascular disease, NIHSS, GOLDBERG, anxiety, depression.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) comprenden algunos de los trastornos más frecuentes y devastadores, se define por el déficit neurológico repentino atribuible a una causa vascular focal. Por esta razón la definición es clínica y para reforzar el diagnóstico se utilizan los resultados de varios estudios como los de neuroimagen. La isquemia cerebral es causada por la reducción del flujo sanguíneo durante unos cuantos segundos de un vaso sanguíneo intracraneal, de persistir este ocasiona infarto o muerte del tejido encefálico. Se han encontrado vínculos epidemiológicos entre los ictus y múltiples factores de riesgo. Algunos de ellos están bien documentados, mientras que otros aún deben ser confirmados. Los factores de riesgo pueden clasificarse como modificables, potencialmente modificables y no modificables.^{1, 2}

La incidencia de la enfermedad vascular cerebral es variable entre los diferentes países y entornos, y está en relación con factores genéticos, factores ambientales, la edad de la población y la prevalencia de los factores de riesgo asociados, es un grave problema de salud pública internacional porque representa la tercera causa de muerte en países industrializados, sólo precedida por las enfermedades cardíacas y los tumores malignos. Su incidencia mundial es de 1.5 a 4 casos por cada 1,000 habitantes, y la prevalencia de 8-20 por cada 1,000 habitantes. En Estados Unidos se registran cada año 700,000 casos de enfermedad vascular cerebral. En México en el año 2003 fue la sexta causa de muerte en hombres y la cuarta en mujeres (26,892 defunciones totales).³

En España las enfermedades vasculares cerebrales (EVC) son una causa muy frecuente de morbilidad y hospitalización, constituyendo la segunda causa

de mortalidad en la población general, y la primera en las mujeres. Además, suponen un gasto socio sanitario muy elevado, que se estima va a incrementarse en los próximos años. Los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística de España del año 2014 registraron 27.570 casos de defunción por accidentes cerebrovasculares (ACV).⁴ Según los datos publicados por la OMS sobre la mortalidad global producida por las enfermedades cardiovasculares en el año 2015, el 22% (6,5 millones de muertes) se debieron a ictus.²

En el año 2004, durante la primera reunión de presidentes de sociedades Iberoamericanas de Neurología, los ictus fueron declarados “enfermedad catastrófica” en Iberoamérica. En Venezuela, según el Anuario Estadístico del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) del año 2013, los ACV o Ictus ocupan el 4to lugar como causa de muerte con 11.164 fallecidos anuales, representando el 7,45 % de la mortalidad total.^{4, 5}

Según la O.M.S. la enfermedad cerebro vascular es el desarrollo rápido de signos clínicos de disturbios de la función cerebral o global, con síntomas que persisten 24 horas o más, o que llevan a la muerte con ninguna otra causa evidente que el origen vascular las manifestaciones clínicas pueden persistir en el tiempo, dependiendo de la gravedad del ictus y localización hemisférica. La resonancia magnética (RM) permite observar lesiones en las primeras horas de la evolución del ictus isquémico y su evolución en las horas siguientes, y así poder cuantificar dicha lesión y relacionarla con las puntuaciones directas de los test que miden la función cognitiva , las escalas afectivas y de conducta.^{2,6}

Las publicaciones sobre el ictus isquémico, su etiología y factores de riesgo son numerosas; sin embargo, existen pocas investigaciones acerca de las secuelas neuropsicológicas que este evento puede ocasionar. La literatura indica que la presencia de patología cerebrovascular es un factor de riesgo para la manifestación posterior de demencias vasculares, tipo multi infarto y enfermedad de Alzheimer. Por ello se ha considerado que conocer el perfil de

deterioro cognitivo de los pacientes con ECV puede brindar una valiosa información sobre la posible aparición de demencia vascular en estos pacientes y también podría sugerir una intervención para mejorar la calidad de vida de los mismos.^{7,8}

Es menester por lo ya mencionado la evaluación neurológica, clínica del paciente que padece esta patología, planteándose así diversas escalas de la valoración de las funciones neurológicas básicas en fase aguda del ictus isquémico y su evolución, siendo frecuentemente empleada la escala del ictus del Instituto Nacional de la Salud. (National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS).^{9,10} (Anexo A) la complejidad de la exploración de las alteraciones de las funciones mentales cognitivas básicas requiere un enfoque integrado que abarque todos los datos del paciente.

Las afectaciones neurológicas secundarias a los ECV aqueja en gran medida el estado de ánimo de estos pacientes, que se enfrentan a una realidad adversa pasando en muchos casos a ser personas dependientes, se ha notado con frecuencia que los pacientes con depresión post ECV presentan dificultad en su recuperación física en el transcurso del tiempo, por lo cual importante evidenciar además la evolución clínica de estos pacientes.

En vista de lo anteriormente expuesto se planteó la siguiente interrogante ¿existe relación entre la evolución clínica y el estado de ansiedad y depresión del paciente con ictus isquémicos hospitalizados en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”?

En un estudio realizado por Suarez, 2012, observó la depresión en personas con enfermedad vascular cerebral, en los Servicios de Neurología, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”. Se utilizó el inventario de Beck y se aplicó un breve cuestionario para cumplir con los objetivos planteados sobre la identificación de las causas de depresión en el cual concluyeron que 40 de cada 100 pacientes enfermos llegan a presentar algún trastorno afectivo, considerando la población total estudiada, donde el 51.3% presenta depresión de leve hasta grave de acuerdo

con el inventario de Beck aplicado. Por lo que surge la necesidad de conocer la relación que pueda tener la presencia de la depresión y la evolución clínica en pacientes con ictus isquémico.¹¹

Pooja Rajashekarán, et col 2013, realizaron un estudio de investigación donde determinaron la frecuencia y la gravedad de los síntomas de la depresión y su correlación con la ubicación de la lesión, entre los pacientes hospitalizados con accidente cerebrovascular, matriculados en un centro de atención terciaria en la India. El principal hallazgo fue la alta prevalencia de 45,16%, de depresión en pacientes con accidente cerebrovascular y su fuerte asociación con lesiones del lado izquierdo, más específicamente las lesiones corticales y subcorticales del lado izquierdo.¹²

Azra Alajbegovic et al, 2014 llevaron a cabo un estudio en Sarajevo-Bosnia con el objetivo de realizar un análisis comparativo de la depresión después del accidente cerebrovascular, de acuerdo con el sexo y la edad, el lado de la lesión y la gravedad del déficit neurológico, medidos por la escala de Hamilton en comparación con el nivel de discapacidad medido por la escala NIHSS. Con una muestra de 210 pacientes con ACV tratados en el Centro Clínico de la Universidad de Sarajevo 105 hombres y 105 mujeres. La edad media de los pacientes fue de $67,12 \pm 9,5$ años. La depresión fue más prevalente entre los pacientes más jóvenes (52-60 años). En relación al género, hubo significativamente más pacientes con depresión en mujeres que en hombres 27,2%. La depresión fue más frecuente en pacientes con ictus en la localización mediana del hemisferio izquierdo (63%).¹³

Norefumi metoki, 2016 realizó un estudio donde incluyó a 421 pacientes que sufrían de ictus isquémico agudo el día del ingreso hospitalario, la ubicación de la lesión se determinó mediante RM cerebral. La gravedad del accidente cerebrovascular se midió en el séptimo día de hospitalización en la Escala de NIHSS. En el décimo día de hospitalización, se midieron los síntomas depresivos y se realizaron evaluaciones funcionales con la Escala de Apoplejía de Japón (Escala de Depresión) (JSS-D). Un total de 71 sujetos

(16.9%) fueron diagnosticados con depresión. De acuerdo con el análisis de regresión logística múltiple, se descubrió que los infartos ubicados en los lóbulos frontal y temporal son un factor de riesgo independiente significativo de los síntomas depresivos tempranos en la etapa aguda del accidente cerebrovascular.¹⁴

Alex J. Mitchell et col, 2017 Realizaron un metanálisis de 128 estudios que involucran a 15,573 pacientes que cursaron con accidentes cerebrovascular, con el objetivo de Determinar la prevalencia y los predictores de los trastornos del estado de ánimo, determinados mediante entrevistas clínicas estructuradas (criterios CIE o DSM) en las personas después del accidente cerebrovascular, la depresión se examinó en 147 ocasiones de 2 a 7 años después del accidente cerebrovascular (media 6,87) la prevalencia puntual de depresión fue del 17,7%. La distimia estuvo presente en 3.1%, trastorno de adaptación en 6.9% y ansiedad en 9.8%. El riesgo relativo de cualquier trastorno depresivo fue mayor después del ictus de hemisferio izquierdo (dominante) Cualquier trastorno depresivo estaba presente en el 33.5%.¹⁵

La ansiedad es una vivencia universal. Surge en Respuesta a exigencias o amenazas como señal Para buscar la adaptación. Suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego; ocasionalmente como terror y pánico. Si se hace persistente, intensa, autónoma, desproporcionada a los estímulos que la causan y genera conductas evitativas o retraimiento, se la incluye entre los trastornos mentales. La clasificación de la OMS ubica la ansiedad Clínica entre los «trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos». Durante una hospitalización médica, el enfermo puede sufrir ansiedad si percibe el medio hospitalario amenazante, por estar alejado de sus familiares, si fracasa en afrontar su enfermedad o si es portador de algún trastorno de ansiedad.¹⁶

La ansiedad y la depresión son trastornos psiquiátricos de alta prevalencia en la población general. Al valorar a los enfermos ingresados en hospitales no

psiquiátricos por procesos agudos orgánicos, se obtienen prevalencias de depresión que oscilan entre el 16 y el 43%, y de ansiedad del 16 al 30%, atendiendo a la presencia de síntomas recogidos mediante cuestionarios validados.^{17,18} Se ha discutido si el grado de ansiedad y depresión depende de la gravedad de la enfermedad física acompañante o es independiente, con estudios que no han hallado asociación en ansiedad ni en depresión, y otros que han observado mayor gravedad de la enfermedad médica entre los deprimidos.¹⁹

Estudios iniciales evidenciaron una relación entre la depresión post-ictus (DPI) y el deterioro cognitivo. La hipótesis vascular de la depresión establece que el daño vascular cerebral de origen isquémico. Puede afectar secundariamente al sistema de regulación del humor y del afecto, e inducir una depresión tardía en la vida. Algunos autores, basados en esta hipótesis, postulan que la DPI puede conducir a un deterioro cognitivo y predisponer a nuevos ictus, que, a su vez, pueden conducir a un deterioro cognitivo de origen vascular, y provocar, a su vez, nuevos síntomas depresivos. De este modo, se establecería una relación bidireccional entre depresión e isquemia cerebral.^{20,21}

Los pacientes con DPI se recuperan menos durante los programas de rehabilitación, y tienen una lenta recuperación funcional y una peor percepción de su calidad de vida, tomando en cuenta estas afectaciones neurológicas se ha establecido diferentes test entre ellos, la escala de GOLDBERG la cual es sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad.²² (ANEXO B)

Objetivo General

Evaluar la relación entre la evolución clínica y el estado de ansiedad y depresión del paciente con ictus isquémico hospitalizado en los Servicios de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria " Dr. Enrique Tejera." durante el período comprendido entre septiembre 2016- marzo 2017.

Objetivos Específicos

1. Distribuir a los pacientes con ictus isquémico de acuerdo a edad y sexo
2. Agrupar a pacientes de acuerdo a la evolución clínica según la escala del instituto nacional de la salud (National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS).
3. Conocer el estado de ansiedad y depresión según escala GOLDBERG de la muestra en estudio.
4. Determinar la localización topográfica de la lesión isquémica a través de la tomografía axial computarizada.
5. Determinar la relación entre la evolución clínica y la presencia de ansiedad y depresión del paciente hospitalizado con ictus isquémico.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal correlacional, no probabilística, estableciendo un análisis para evaluar la relación entre la evolución clínica según escala del NIHSS y aplicación de la escala de GOLDBERG en la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera." durante el periodo de septiembre 2016- marzo 2017

La población estuvo conformada por 100 pacientes que ingresaron a la Emergencia de Adultos de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" los cuales presentaron evento cerebrovascular, se tomó como muestra a 35 de ellos con diagnóstico específicamente de ictus isquémicos.

Se incluyeron aquellos pacientes que acudieron al área de emergencia de adultos de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" presentando déficit neurológico agudo evidenciando ictus isquémico por tomografía axial computarizada de cráneo; se excluyeron aquellos que tenían eventos cerebrovasculares hemorrágicos, pacientes con ictus isquémicos previos y/u otras patologías neurológicas previas, pacientes en los cuales presentaron deterioro importante del estado de conciencia que impida aportar datos o que presentaron afasia motora, y aquellos pacientes que no se encuentren hospitalizados.

Los datos se recolectaron a través de dos instrumentos tipo encuesta: Escala de NIHSS, la cual está conformada por 11 ítems donde se realizó una serie de preguntas y evaluó clínicamente al paciente, se clasificaron las respuestas y los signos con puntaje variable de 0-9, dando una mínima puntuación de 0 puntos y una máxima de 52 tomando en cuenta nivel de conciencia, afectación de pares craneales y fuerza muscular y sensibilidad, Clasificándose la severidad del deterioro neurológico, según su puntuación; , 0-4pts leve, 5-15pts moderado, 16-20pts grave , >20 pts muy grave, (Anexo A).^{10,22,23}

La escala de Ansiedad y Depresión de GOLDBERG, es un instrumento de cribado que consta de dos sub - escalas formadas por 4 ítems iniciales de despistaje y determinar si es probable o no que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formula solo si se obtiene respuestas positivas en el ítem de despistaje los puntos son mayor o igual a 4 para la sub-escala de ansiedad y mayor o igual a 2 para la sub-escala de depresión, este instrumento está diseñado para detectar “probables casos” no para diagnosticarlos. (Anexo B) ²¹

El procedimiento se llevó a cabo mediante una entrevista, previa autorización y consentimiento informado del paciente, con posterior aplicación del instrumento de recolección de datos, (Anexo C) con el cual se determinó la relación entre ambos a través del puntaje correspondiente dado por cada escala aplicándose la escala de NIHSS a las 24hrs y 72 hrs del ingreso y la escala de GOLDBERG a las 72 hrs del ingreso. Una vez obtenidos los datos se sistematizaron en una tabla maestra mediante el programa de Microsoft Office Excel. Para el análisis de los resultados se utilizaron las técnicas estadísticas descriptivas bivariadas a través de tablas de distribuciones de contingencia donde se especificaban las frecuencias (absolutas y relativas), según los objetivos específicos propuestos. La variable edad se le calculó media \pm error estándar, desviación estándar, dato mínimo, máximo y coeficiente de variación y se comparó según el sexo mediante la prueba de hipótesis para diferencia entre medias.

Se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson para medir la relación entre las variables estudiadas desde una perspectiva numérica. Para tales fines se utilizó el procesador estadístico SPSS en su versión 21. Se adoptó como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05 ($P < 0,05$)

RESULTADOS

De 35 pacientes con ictus isquémicos que conformaron la muestra de este estudio, se registró una edad promedio de 64,66 años \pm 2,73, con una variabilidad promedio de 16,17 años, una edad mínima de 30 años, una edad máxima de 92 años y un coeficiente de variación de 25%. El grupo de edad más frecuente fue el de 60 a 74 años con un 34,29% (12 casos) seguido de aquellos con 45 y 59 años 28,57% (10 casos). El sexo masculino fue más frecuente 54,29% (19 casos) que el femenino 45,71% (16 casos). Aunque el promedio de edad fue mayor entre las mujeres, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($P > 0,05$) (Tabla n° 1)

A las 24 horas 60% de los pacientes con ictus isquémico presentaban una gravedad clasificada como moderada (21 casos), presentándose en similar proporción en ambos sexos: femenino (11 casos) y masculino (10 casos). El segundo nivel de gravedad más frecuente era el muy grave 37,14% (13 casos). A las 72 horas el nivel de gravedad moderado seguía predominando y aumentó a 74,29% (26 casos), siendo más frecuente en el sexo femenino (14/16). Mientras que el nivel muy grave disminuía en proporción 17,14% (6 casos) y era más frecuente en el sexo masculino (4 casos). Sólo un paciente falleció. (Tabla n° 2)

La ansiedad a las 72 horas se presentó en 22,86% (8 casos) siendo más frecuente en el sexo masculino (5 casos). La depresión por su parte se presentó en 28,57% de los pacientes con ictus isquémico (10 casos), siendo más frecuente en el sexo masculino (6/19). Según los grupos de edad propuestos se tiene que la ansiedad se presentó con mayor frecuencia en aquellos pacientes con más de 60 años (7 casos), lo mismo que la depresión (7 casos). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($P > 0,05$). (Tabla n° 3)

De aquellos pacientes con presencia de ansiedad (n=8) la localización de la lesión más frecuente fue en el territorio de la arteria cerebral media derecha (TACMD) (4 casos). Lo mismo se observó en aquellos pacientes con presencia de depresión (n=10) la localización más frecuente fue el territorio de la arteria cerebral media derecha (TACMD) (5 casos). También podría decirse que entre los pacientes con lesión localizada en el territorio de la arteria cerebral posterior (TACP) fue más frecuente la presencia de ansiedad (2/5) y de depresión (2/5) que en las otras localizaciones. (Tabla n°4)

Los pacientes con presencia de ansiedad (n=8) fueron más frecuentes aquellos con una gravedad del ictus clasificada a las 72 horas como moderada (5 casos), seguido de aquellos clasificados como muy grave (3 casos). Los que presentaron depresión (n=10) fueron más frecuentes aquellos con una gravedad del ictus clasificada a las 72hrs como moderada (5 casos), seguido de aquellos clasificados como muy grave (4 casos). (Tabla n°5)

DISCUSIÓN

El accidente cerebrovascular puede presentarse a cualquier edad, pero es más habitual después de los 60 años, siendo usual en hombres; según los resultados de esta investigación se observó un promedio de 64,66 años para ambos sexos. De los cuales 54,29% correspondían al sexo masculino y el 45,71% al sexo femenino. Lo que se corresponde con resultados encontrados por Kochol et al 2013,²⁴ evidenciándose un rango de edad de 67 años para ambos sexos, con mayor proporción el sexo masculino ; lo cual apoya las bibliografías revisadas, donde se toma la edad y el sexo como factores de riesgos no modificables.¹

La ansiedad se presentó en un 22,86% siendo más frecuente en el sexo masculino; La depresión por su parte se presentó en un 28,57% de los pacientes con ictus isquémico, siendo más frecuente en el sexo masculino, lo cual puede estar asociado a las secuelas motoras que presentaron abruptamente. Estos hallazgos difieren de la investigación realizada por Hernández et al 2005¹² y Azra Alajbegovic et al, 2014 quienes obtuvieron en sus investigaciones que las mujeres presentaban mayor frecuencia cuadros de ansiedad y depresión. Lo que hace pensar que pueden presentarse indiferentemente del género.

De aquellos pacientes con presencia de ansiedad y depresión la localización de la lesión más frecuente fue en el territorio de la ACMD; lo que puede estar relacionados con la falta de percepción del espacio e irritabilidad emocional en vista de las funciones de dicho hemisferio. Gutierrez et al, 2007⁶ relacionaron el volumen de las lesiones en las secuencias de resonancia magnética (RM) obtuvieron como resultado que los infartos isquémicos focales de pequeño tamaño en estructuras subcorticales en fase aguda afectan el estado de ánimo evidenciándose depresión en estos pacientes, mientras que Azra Alajbegovic et al, 2014 y Alex J. Mitchell et col, 2017 llevaron a cabo un estudio donde evidenciaron que el estado de depresión pos-ictus fue más

frecuente la localización mediana del hemisferio izquierdo (63%). Lo cual difiere de esta investigación, sin embargo no se contó con estudios de RM en la fase aguda, lo cual limitó evidenciar con exactitud la localización del ictus isquémico de estos pacientes; por lo que se llevó a cabo con TAC y clínica.

Al momento de correlacionar los puntajes obtenidos para la valoración de la gravedad del ictus con el número de respuestas emitidas en el test de Goldberg, se obtiene que entre el NIHSS a las 24 hs y el puntaje para ansiedad existe una correlación positiva, de grado media o sustancial y estadísticamente significativa, lo mismo que para los puntajes para depresión. Entre el NIHSS a las 72 hs y el puntaje de ansiedad la correlación sigue siendo positiva de grado media o sustancial y estadísticamente significativa, mientras que para el puntaje de depresión la correlación fue positiva de grado alta o importante y estadísticamente significativa ($P < 0,05$).

Existe una tendencia media que indica que a mayor puntaje en el NIHSS mayor será el número de respuestas afirmativas en la escala de ansiedad y depresión. Apoyando el estudio de Hackett y Anderson ²⁵ en el cual se demostró en una revisión sistemática, que la depresión es la complicación neuropsiquiátrica más común (incidencia global del 33%) y que está asociada a un peor pronóstico.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos en este estudio se evidencia que el ictus isquémico se observa con mayor frecuencia a los 64 años de edad, y en el sexo masculino. Obteniéndose puntajes en la escala de ansiedad y depresión de goldberg mayores en mujeres que presentaron ACV isquémicos.

En vista de los resultados obtenidos en esta investigación se demuestra que existe relación entre la evolución clínica y el estado de ansiedad y depresión del paciente con ictus isquémicos, ya que se demuestra que 18 de estos 35 pacientes presentaron tendencia a la ansiedad o depresión de acuerdo con la evolución clasificada moderada y muy grave según la escala de NIHSS.

RECOMENDACIONES

- Realizar las escalas de NIHSS y GOLDBERG a los pacientes que presentan ictus isquémicos.
- Ofrecer apoyo con fisioterapia y rehabilitación temprana a aquellos pacientes con secuelas motoras.
- Proporcionar ayuda con psicología o psiquiatría de ser necesario de acuerdo con la EADG.
- Efectuar más investigaciones sobre el estado de ansiedad y depresión de pacientes hospitalizados en nuestro centro, para así brindar apoyo adecuado.
- Llevar a cabo esta investigación con mayor número de muestra.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Smith W, English J, Clairborne J. Enfermedades cerebrovasculares En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL; et al, editors. Harrison's. Principles of Internal Medicine. Vol 2. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 3270-3299.
2. Organización mundial de la salud, base de datos de mortalidad de la OMS, 2015 [internet] [<http://www.who.int/gho/database/es/>].
3. Matías-Guiu J. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2009 Ministerio de Sanidad y Política Social. Minist Sanid y Política Soc Depósito Leg M- 51324 [Internet]. 2009;1–163. Available from:<http://scholar.google.com/schol>
4. Sociedad venezolana de neurología (SVN), artículos para médicos (2012) [internet] disponible en:<http://www.neurologiavenezuela.org>
5. Ministerio del poder popular para la salud, republica bolivariana de Venezuela anuario de mortalidad, 2013.
6. Arias-Rivas S, Vivancos-Mora J, Castillo J. Epidemiología de los subtipos de ictus en pacientes hospitalizados atendidos por neurologos: Resultados del registro EPICES (I). Rev Neurol. 2012;54(7):385–93.
7. Brea A, Laclaustra M, Martorell E, Pedragosa A. [Epidemiology of cerebrovascular disease in Spain]. Clínica e Investig en Arterioscler publicación Of la Soc Española Arterioscler [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 May 15];25(5):211–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/>
8. Gutiérrez Cabello L, Aguilar Alonso A, Dávalos Errando A, Pedraza Gutiérrez S. Rendimiento cognitivo y síntomas afectivos en la fase aguda y tres meses después de un ictus isquémico. Rev psicopatología y Psicología clínica [Internet]. 2007;12(3):177–87. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>
9. De N. Escala NIHSS: Stroke. 2011.[internet] disponible en: <http://sfx.york.ac.uk/sfxlcl3?sid=OVID:embase&id=pmid:&id=doi:&is>
10. Nihss D, Einschätzung D, Ausdehnung D. National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS). :1–4.
11. Suárez MV. Depresión en personas con EVC en los Servicios de Hospitalización en el INNyN “Manuel Velasco Suárez.” 2012;11(2):73–80.
12. Pooja Rajashekar , Keshava Pai , Ravish Thunga , y B. Unnikrishnan, Depresión posterior al accidente cerebrovascular y ubicación de la lesión: un estudio transversal basado en el hospital Indian Journal of Psychiatry, 2013 Oct-Dic; 55 (4): 343-348
13. Azra Alajbegovic, Jasminka Djelilovic-Vranic, Salem Alajbegovic, Amina Nakicevic, Ljubica Todorovic, Merita Tiric-Campara Post Stroke

- Depression, *Med Arh.* 2014 Feb; 68(1): 47-50.
14. Norifumi Metoki, Norio Sugawara, Joji Hagii, Relationship between the lesion location of acute ischemic stroke and early depressive symptoms in Japanese patients; Metoki *et al. Ann Gen Psychiatry* (2016) 15:12.
 15. Alex J.Mitchell,BhavishaSheth,JohnGill, Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder, *General Hospital Psychiatry* Volume 47, July 2017, Pages 48-60 <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2017.04.001>.
 16. Costas González M, Prado Robles V, Crespo Iglesias JM. Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *Cuad Med psicosomática y Psiquiatr* enlace [Internet].2013;(107):3.Available<http://dialnet.unirioja.es/descarga>
 18. Grau Martín A, Suñer Soler R, Abulí Picart P, Comas Casanovas P. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2003;120(10):370–5. Available from: <http://apps.elsevier.es/watermark/>
 20. Castellanos Pinedo F, Hernández Pérez JM, Zurdo M, Rodríguez Fúnez B, García Fernández C, Cueli Rincón B, et al. Psychopathological disorders and quality of life in patients with brain infarction. *Neurol (English Ed [Internet].* 2012 Mar [cited 2016 May 16];27(2):76–82. <http://www.sciencedirect.com/science/article/>
 20. Espárrago Llorca; L. Castilla-Guerra; M.C. Fernández Moreno Post-stroke depression: an update, Elseiver revista *Neurologia* 2015;30:23-31 VOL 30- Num 1
 21. Carod-Artal FJ. Depresión postictus (II). Diagnóstico diferencial, complicaciones y tratamiento. *Rev Neurol.* 2006;42(4):238–44.
 22. Goldberg R. Escala de Goldberg. 1993.
 23. Montaner JA-SJ. La escala de ictus del National Institute of Health (NIHSS) y su adaptación al español. *Neurologia.* 2006;21(4):192–202.
 24. Kochol RA, Fernández LA, Ulloa MS, Kochol JA, Candia NN, Jáuregui MI. Prevalencia y mortalidad en un servicio de terapia intensiva. *Fac Med - UNNE.* :18–20.
 25. Quiroga F. Trastornos psiquiátricos comunes en enfermedades neurológicas,Capítul 8:107–22. <http://www.acnweb.org/guia/g2c08i.pdf>.

ANEXO A

Anexo 1. Escala NIHSS

NIH STROKE SCALE

1.a. Nivel de conciencia			
			0 Alerta
			1 No alerta, pero responde
			2 No alerta, requiere estímulos repetidos
			3 Respuestas reflejas o falta total de respuestas
1.b. NDC - Preguntas			
			0 Ambas respuestas son correctas
			1 Una respuesta correcta
			2 Ninguna respuesta correcta
1.c. Ordenes			
			0 Ambas órdenes son correctas
			1 Una orden correcta
			2 Ninguna orden correcta
2. Mirada conjugada			
			0 Normal
			1 Paresia parcial de la mirada
			2 Desviación forzada
3. Visual			
			0 Normal
			1 Hemianopsia parcial
			2 Hemianopsia completa
			3 Ceguera total
4. Paresia facial			
			0 Movimiento normal y simétrico
			1 Parálisis menor
			2 Parálisis parcial
			3 Parálisis completa con ausencia de movimiento
5.a. Brazo derecho			
			0 No claudicación
			1 Claudicación
			2 Puede levantar contra gravedad
			3 No levanta contra gravedad
			4 No movimiento
			9 Amputada, inmovilizada
5.b. Brazo izquierdo			
			0 No claudicación
			1 Claudicación
			2 Puede levantar contra gravedad
			3 No levanta contra gravedad
			4 No movimiento
			9 Amputada, inmovilizada
Puntuación	Fecha	Hora	
Puntuación	Fecha	Hora	
6.a. Pierna derecha			
			0 No claudicación
			1 Claudicación
			2 Puede levantar contra gravedad
			3 No levanta contra gravedad
			4 No movimiento
			9 Amputada, inmovilizada
6.b. Pierna izquierda			
			0 No claudicación
			1 Claudicación
			2 Puede levantar contra gravedad
			3 No levanta contra gravedad
			4 No movimiento
			9 Amputada, inmovilizada
7. Dismetria			
			0 Ausente
			1 Presente en una extremidad
			2 Presente en dos extremidades
			9 Amputada, inmovilizada
8. Sensibilidad			
			0 Normal
			1 Leve o moderada hipostesia
			2 Anestesia severa o total
9. Lenguaje			
			0 Normal, no afasia
			1 Afasia, leve o moderada
			2 Afasia severa
			3 Mudo con comprensión nula
10. Disartria			
			0 Normal
			1 Leve o moderada
			2 Severa, ininteligible
			9 Entubado, otras barreras físicas
11. Extinción - Inatención			
			0 Sin alteraciones
			1 Inatención o extinción en una de las modalidades visual, facial, espacial o corporal
			2 Hemii - inatención o negligencia severa, o más de una modalidad. No reconoce su propia mano o sólo reconoce una parte del espacio
Puntuación	Fecha	Hora	
Puntuación	Fecha	Hora	

ANEXO B

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

ESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
 3. ¿Se ha sentido muy irritable?
 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
 - (si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: Temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
(síntomas autonómicos)
 8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?
- TOTAL ANSIEDAD

ESCALA DE DEPRESION

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
 2. ¿Ha perdido Vd. Su interés por las cosas?
 3. ¿Ha perdido la confianza en si mismo?
 4. ¿Se ha sentido Vd. Desesperanzado, sin esperanzas?
 - (si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
 5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
 8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?
 9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?
- TOTAL DEPRESIÓN

Interpretación: 1 punto por cada respuesta afirmativa.

* Probable trastorno de ansiedad por encima de 4 respuestas afirmativas en la Escala de Ansiedad.

* Probable trastorno depresivo por encima de 2 respuestas afirmativas en la Escala de Depresión.

ANEXO C
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
EVOLUCIÓN CLÍNICA SEGÚN ESCALA DE NIHSS Y GOLDBERG
EN PACIENTES CON ICTUS ISQUEMICO
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"
AGOSTO 2016-MAYO 2017.

Paciente N°: _____

Fecha: / /

Edad: _____

sexo: _____

Escala de NIHSS: _____ puntos

Escala de GOLDBERG: _____ puntos

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO DE
ACUERDO A EDAD Y SEXO. SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA DE LA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”.
PERÍODO AGOSTO 2016-MAYO 2017

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
Edad	f	%	f	%	f	%
30 – 44	2	5,71	1	2,86	3	8,57
45 – 59	3	8,57	7	20	10	28,57
60 – 74	6	17,14	6	17,14	12	34,29
75 – 89	4	11,43	3	8,57	7	20
≥ 90	1	2,86	2	5,71	3	8,57
Total	16	45,71	19	54,29	35	100
$\bar{X} \pm Es$	65,75 +/- 8,86		63,74 +/- 7,79		t = 0,36; P = 0,7195	

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Carrera; 2017)

TABLA N° 2
EVOLUCIÓN CLÍNICA SEGÚN LA ESCALA DEL INSTITUTO NACIONAL
DE LA SALUD (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE,
NIHSS). SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA DE LA CIUDAD
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. PERÍODO AGOSTO 2016-
MAYO 2017

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
Gravedad del Ictus (NIHSS 24hs)	f	%	f	%	f	%
Leve	0	0	1	2,86	1	2,86
Moderado	11	32,43	10	28,57	21	60
Grave	0	0	0	0	0	0
Muy grave	5	14,29	8	22,86	13	37,14
Gravedad del Ictus (NIHSS 72 hs)	f	%	f	%	f	%
Leve	0	0	1	2,86	1	2,86
Moderado	14	40	12	34,29	26	74,29
Grave	0	0	1	2,86	1	2,86
Muy grave	2	5,71	4	11,43	6	17,14
Falleció	0	0	1	2,86	1	2,86
Total	16	45,71	19	54,29	35	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Carrera; 2017)

TABLA N° 3

**ESTADO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN SEGÚN ESCALA GOLDBERG
EN PACIENTES CON ICTUS ISQUEMICO, CIUDAD HOSPITALARIA
“DR. ENRIQUE TEJERA”.
PERÍODO AGOSTO 2016-MAYO 2017**

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
Ansiedad	f	%	f	%	f	%
Presente	3	8,57	5	14,29	8	22,86
Ausente	13	37,14	14	40	27	77,14
Depresión	f	%	f	%	f	%
Presente	4	11,43	6	17,14	10	28,57
Ausente	12	34,29	13	37,14	25	71,43
Total	16	45,71	19	54,29	35	100

Edad (años)	30 – 60		61 – 92		Total	
Ansiedad	f	%	f	%	f	%
Presente	1	2,86	7	20	8	22,86
Ausente	13	37,14	14	40	27	77,14
Depresión	f	%	f	%	f	%
Presente	3	8,57	7	20	10	28,57
Ausente	11	31,43	14	40	25	71,43
Total	14	40	21	60	35	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Carrera; 2017)

TABLA N° 4
ESTADO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN SEGÚN GOLDBERG CON LA
LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA DE LA LESIÓN. SERVICIOS DE
MEDICINA INTERNA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE
TEJERA”.
PERÍODO AGOSTO 2016-MAYO 2017

Localización de la lesión	TACMD		TACMI		TACP		TACA		Total	
Ansiedad	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Presente	4	11,43	2	5,71	2	5,71	0	0	8	22,86
Ausente	11	31,43	12	34,29	3	8,57	1	2,86	27	77,14
Depresión	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Presente	5	14,29	3	8,57	2	5,71	0	0	10	28,57
Ausente	10	28,57	11	31,43	3	8,57	1	2,86	25	71,43
Total	15	42,86	14	40	5	14,29	1	2,86	35	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Carrera; 2017)

TACMD: territorio de la arteria cerebral media derecha TACMI: territorio de la arteria cerebral media izquierda TACP: territorio de la arteria cerebral posterior TACA: territorio de la arteria cerebral anterior

TABLA N° 5
RELACIÓN ENTRE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA (72 HS) Y LA PRESENCIA
DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO CON
ICTUS ISQUÉMICO. SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA DE LA CIUDAD
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”.
PERÍODO AGOSTO 2016-MAYO 2017

Gravedad del Ictus (NIHSS 72hs)	Fallecido		Leve		Moderado		Grave		Muy grave		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ansiedad												
Presente	0	0	0	0	5	14,29	0	0	3	8,57	8	22,86
Ausente	1	2,86	1	2,86	21	60	1	2,86	3	8,57	27	77,14
Depresión												
Presente	0	0	0	0	5	14,29	1	2,86	4	11,43	10	28,57
Ausente	1	2,86	1	2,86	21	60	0	0	2	5,71	25	71,43
Total	1	2,86	1	2,86	26	74,29	1	2,86	6	17,14	35	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Carrera; 2017)