

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES
MENORES DE 45 AÑOS CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA EDO.
CARABOBO 2004-2011.**



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



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

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES
MENORES DE 45 AÑOS CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA EDO.
CARABOBO 2004-2011.**

Trabajo especial de grado que se presenta para optar al título de
especialista en Medicina Interna

Autora: Alexandra Sevilla
Tutor: Giuseppina Bracchitta

Valencia; octubre 2017

Índice

Índice de tablas.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Introducción.....	1
Objetivos.....	7
Metodología.....	8
Resultados.....	9
Discusión.....	12
Conclusiones y recomendaciones.....	16
Referencias bibliográficas.....	17
Anexos.....	19

Índice de tablas y gráficos

Anexo A

Tabla N° 1 Variables demográficas de los pacientes jóvenes con enfermedad cerebrovascular unidad de neurología.

Tabla N° 2 Hábitos psicobiológicos en jóvenes con enfermedad cerebrovascular.

Tabla N° 3 Tipo de ECV y comorbilidades según los grupos de edad y sexo. emergencia de adultos.

Tabla N° 4 Manifestaciones clínicas más frecuentes de los pacientes jóvenes con enfermedad cerebrovascular. emergencia de adultos.

Tabla N° 5 Territorio vascular comprometido con más frecuencia y otras alteraciones presentes a partir de los resultados de neuroimagen; pacientes jóvenes con enfermedad cerebrovascular.

Tabla N° 6 Hallazgos imagenológicos en pacientes jóvenes con enfermedad cerebrovascular.

Tabla N° 7 Otros hallazgos imagenológicos. Pacientes jóvenes con enfermedad cerebrovascular.

Tabla N° 8 Secuelas adicionales en pacientes jóvenes con enfermedad cerebrovascular..

Tabla N° 9 Análisis del grado de discapacidad medido con el índice de Barthel.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES
MENORES DE 45 AÑOS CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA EDO.
CARABOBO 2004-2011.**

Autora: Alexandra Sevilla
Año: 2017

RESUMEN

Aunque la incidencia de enfermedad cerebrovascular (ECV) isquémicos en personas jóvenes es muy baja sin embargo no deja de ser un aspecto sensible en la praxis médica. **Objetivo General:** Analizar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes menores de 45 años con enfermedad cerebrovascular de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Valencia Edo. Carabobo 2004-2011. **Metodología:** se trata de una investigación de tipo observacional descriptivo y retrospectivo. La muestra fue de tipo no probabilística intencional conformada por 32 pacientes. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de revisión documental de historias clínicas y como instrumento una ficha de registro. Los datos fueron analizados en cuadros de asociación y de medias según los objetivos específicos propuestos. **Resultados:** La edad promedio fue 32,84 años. El sexo más frecuente fue el femenino (56,25%); El tipo de ECV más frecuente fue el isquémico (78,13%); La manifestación clínica inicial más frecuente fue la hemiparesia (65,62%); Un 34,38% de los pacientes presentaron algún tipo de secuela. El grado de discapacidad posterior al ECV más frecuente fue el independiente: 50%. **Conclusiones:** Los pacientes de este estudio son principalmente adultos con edades por debajo de lo reportado en otras investigaciones. A la mayoría se les diagnosticó ECV isquémico registrándose similar proporción en ambos sexos. Un alto porcentaje refirió como síntoma inicial hemiparesia. El grado de discapacidad independiente (medido por índice de Barthel) fue documentado en la mitad de los casos.

Palabras Clave: Enfermedad cerebrovascular en jóvenes (ECVJ), características epidemiológicas, características clínicas, estudios paraclínicos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES MENORES DE 45 AÑOS CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA EDO. CARABOBO 2004-2011.

Autora: Alexandra Sevilla
Año: 2017

ABSTRACT

Although the incidence of ischemic cerebrovascular disease (CVD) in young people is very low, however, it is still a sensitive aspect of medical practice. **Objective:** To analyze the clinical and epidemiological characteristics of patients younger than 45 years of age with cerebrovascular disease in the Hospital City "Dr. Enrique Tejera " Valencia Edo. Carabobo 2004-2011. **Methodology:** This is an observational, descriptive and retrospective research. The sample was of intentional non-probabilistic type conformed by 32 patients. For data collection, the technique of documentary review of medical records was used and a record sheet was used as instrument. The data were analyzed in association tables and means according to the specific objectives proposed. **Results:** The mean age was 32.84 years. The most frequent sex was female (56.25%); The most common type of CVD was ischemia (78.13%); The most frequent clinical manifestation was hemiparesis (65.62%); 34.38% of the patients had some kind of sequelae. The most frequent degree of disability following the CVD was the independent one: 50%. **Conclusions:** The patients in this study are mainly adults with ages below that reported in other investigations. The majority were diagnosed with ischemic CVD, with a similar proportion in both sexes. A high percentage referred as initial hemiparesis symptom. The degree of independent disability (as measured by Barthel's index) was documented in half the cases.

Keywords: Cerebrovascular disease in young people (JCYL), epidemiological characteristics, clinical characteristics, paraclinical studies.

INTRODUCCIÓN

La ECV isquémica, definida como un déficit focal neurológico persistente por más de 24 horas sin ninguna otra causa aparente, que no sea de origen vascular, en pacientes jóvenes (entre 15 y 45 años) es un evento inesperado, cuyas causas incluyen patologías diversas y poco frecuentes en la población adulta ¹. Aunque la incidencia de enfermedad cerebrovascular (ECV) isquémica en personas entre 15 y 50 años, es mucho más baja que la frecuencia entre personas mayores de 50 años; no es tan raro encontrar pacientes jóvenes con ECV ².

En el joven y a diferencia de lo que ocurre en el paciente de mayor edad, la proporción del ictus isquémico con respecto al hemorrágico es menor. Por debajo de 45 años el ictus isquémico suele ser manifestación de múltiples patologías, siendo diverso el espectro etiológico, por lo cual se reduce la importancia de la arteriosclerosis. De esta manera, el abordaje del ictus isquémico en estos casos requiere un manejo reformado (con estudio más extensos), para establecer de forma precisa la causa, por la importancia en la implicación terapéutica y pronóstica (debido a que en muchas ocasiones se trata de etiologías específicas tratables) ³.

En el abordaje de los pacientes jóvenes con ECV hay que considerar diversos aspectos tanto clínicos como en los exámenes complementarios a realizar. En casos en los que no se llega a conocer la etiología tras la realización de las pruebas complementarias de primera línea (neuroimagen e imagen vascular cerebral no invasiva, ecocardiograma...), el estudio etiológico debe ampliarse e incluir, según la sospecha clínica, pruebas menos rutinarias ³.

La importancia del presente estudio radica en la realización del diagnóstico precoz de dicha patología y en consecuencia la posibilidad de instaurar tratamiento médico y psicológico oportuno y así mantener un

equilibrio psico-social que ayude al paciente a reintegrarse efectivamente a sus actividades cotidianas , mejorando así su calidad de vida y la de su entorno.

Además de lo explicado, la investigación se justifica por el hecho de que será realizada en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” el cual es un hospital de importante referencia regional y de otros estados cercanos, ingresando un número importante de pacientes con esta afección, por lo que permite tomar una muestra representativa de la población.

Entre los trabajos de investigación con vinculación directa al objeto de estudio abordado se encuentra el estudio realizado por Fang Li y cols en el año 2016 titulado: Ataque Isquémico en adultos jóvenes del Norte de China: características y factores de riesgo. Obteniendo como resultados que la causa más comúnmente asociada a recurrencia de ataques isquémicos fue la aterosclerosis de grandes vasos y la oclusión de pequeños vasos, seguido por cardioembolismo ⁴.

Por su parte, Azadeh Beheshtian (Agosto 2016) en un estudio prospectivo de casos y controles titulado Niveles de lipoproteína (a), apolipoproteína (a), tamaño de la apolipoproteína (a), y riesgo de accidente cerebrovascular isquémico en adultos jóvenes y de mediana edad. Donde se incluyeron pacientes de 18 a 64 años con ECV criptogénico y controles sin accidentes cerebrovasculares resultando que en los casos hubo más hipertensión, diabetes, tabaquismo y migraña con aura. Los niveles de Lipoproteínas (a) mostraron asociaciones positivas con el accidente cerebrovascular criptogénico en blancos, pero no en los subgrupos más pequeños de negros e hispanos después del ajuste completo ⁵.

En el estudio retrospectivo realizado por González-Gómez y Pérez-Torre en España, en pacientes ≤ 55 años, , analizaron la incidencia, los factores de riesgo, la etiología, el tratamiento y la evolución clínica de

pacientes jóvenes con ictus, se concluyó que la mayoría de los pacientes tenía factores de riesgo vascular. El tabaquismo fue el más frecuente (56,4%), seguido de la hipertensión arterial (50%), dislipidemia (42,7%), obesidad (33%), diabetes (18,2%) y cardiopatías embolígenas (12,7%). El 83,6% de los ictus fueron isquémicos, el 12,7% hemorrágicos. De los ictus isquémicos, el 30,4% fueron criptogénicos, el 23,9% lacunares, el 16,3% por causas infrecuentes, el 15,2% aterotrombóticos y el 14,1% cardioembólicos ⁶.

De igual forma, Romero y cols en la investigación de casos y controles titulado Factores Asociados a Enfermedad Cerebrovascular en Adultos Jóvenes, realizado en Panamá, donde la muestra estuvo constituida por pacientes con edades entre 16 a 45 años, encontró que cuatro de los factores estudiados son de riesgo para enfermedad cerebro vascular en el adulto joven: hipertensión arterial, grupo de edad de 31 - 45 años, tabaquismo y consumo de alcohol. Concluyeron que la hipertensión arterial es el factor de riesgo mayormente asociado a la enfermedad cerebrovascular del adulto joven ⁷.

Por su parte, Nallino en el estudio llamado El desafío diagnóstico en el ataque isquémico en pacientes jóvenes. Incluyó retrospectivamente 30 pacientes entre 15 y 45 años con ataques isquémico agudo. De los 30 pacientes, la mitad de ellos fueron hombres con una edad media de 35 años. En el 86% de los casos (n=26) se estableció la causa del ECV: el 7% (n=2) presentó aterosclerosis de grandes vasos, el 10% (n=3) se relacionó a cardioembolismo (2 con foramen oval permeable y 1 con aneurisma septal atrial), en el 27% (n=8) las disecciones arteriales fueron la causa y en el 43% (n=13) las etiologías fueron misceláneas. En el 13% (n=4) no se estableció la causa ¹.

La ECVJ implica un reto para el médico tratante de un servicio de emergencia, debido a la complejidad para su diagnóstico así como el impacto que conlleva su ocurrencia en una población cuya edad es la más

productiva de la vida. La discapacidad que conlleva dicha patología acarrea una serie de consecuencias no sólo físicas sino también psicológicas, sociales y económicas al paciente, familiares, sociales y al estado. Las causas que la producen son distintas a las encontradas en pacientes de mayor edad, muchas de estas asociadas a enfermedades que pueden originar alteraciones graves de otras funciones y sistemas, por tal motivo, el protocolo de estudio debe ser orientado a encontrar de manera precoz y personalizada dicha causa para de esta manera instaurar oportunamente el tratamiento y así disminuir el riesgo de recidivas que puedan comprometer la vida del paciente o generar mayor discapacidad.

En un estudio hospitalario en Finlandia, la incidencia anual de ECVJ fue ligeramente más frecuente en mujeres de 20-30 años y en los hombres mayores de 35 años. En jóvenes los subgrupos etiológicos también varían con la edad; la proporción de ECV de causa indeterminada disminuye con la edad, mientras que la proporción de ECV causados por aterosclerosis de arteria grandes y la enfermedad de vasos pequeños aumentan después la edad de 35-40 años. La incidencia de ictus en jóvenes en los países en desarrollo es mayor que en los desarrollados, debido a la mayor incidencia de ECV relacionados con infecciones, enfermedad reumática que involucra el corazón, y factores de riesgo vascular sin ser detectados o no controlados ⁹.

Los datos de diversos estudios indican que aproximadamente el 20% de los ECV isquémicos en jóvenes son provocados por oclusión aterosclerótica de las grandes arterias, un 25% por enfermedad oclusiva no aterosclerótica (las disecciones alcanzan hasta 10-20% en algunos estudios y la enfermedad de moya-moya también presenta un alta incidencia dentro de este grupo -aproximada al 3,5%-), un 17% por cardioembolismo (destacándose el foramen oval permeable, el aneurisma septal atrial, la enfermedad reumática y la endocarditis), un 3% por

enfermedad de vasos perforantes, un 5% por estados protrombóticos y un 10% se debe a causas misceláneas (entre ellas migraña, abuso de drogas y consumo de ACO). Entre un 20-30% de los casos, el ECV es de causa incierta y, posterior a un estudio completo, si no se detecta causa diagnóstica, se lo denomina criptogénico ¹.

En este grupo de edad la presencia de ictus hemorrágico puede estar representada hasta en un 50% en gran medida relacionada con aneurismas o malformaciones arteriovenosas. En cuanto al ictus isquémico, las etiologías más frecuentes pueden ser embolias cardiacas, disección arterial y causas infrecuentes. Los tres mecanismos principales que causan la ECV isquémica son: (a) trombosis, (b) embolia e (c) isquemia global (hipotensión). Sin embargo, la ECV causada por vaso espasmo (migraña, hipertensión arterial o encefalopatía) y alguna forma de "arteritis" son los más destacados ¹⁰.

De las patologías con mayor riesgo embolígeno, se considera principalmente el Foramen Oval Persistente (FOP), ya que puede representar la etiología del ictus en un 35-55% de los casos. Para su diagnóstico se debe tener en cuenta el paso de burbujas en reposo o tras maniobra de valsalva, mediante la realización de Doppler transcraneal o ecocardiograma transesofágico. El estudio en estos pacientes debe incluir la realización de doppler venoso de miembros inferiores y de venas pelvianas y abdominales. Se ha encontrado asociación entre trombofilia y FOP, aumentando el riesgo de trombosis venosa profunda. La trombofilia es la anomalía hematológica más frecuente que puede desencadenar una ECV, aunque el vínculo es a menudo débil y su papel, si se producen de forma aislada, es incierto. Las anomalías de los vasos sanguíneos sin aterosclerosis incluirán disección de las arterias cervicocefálicas y arteriopatías tales como displasia fibromuscular, enfermedad de Moyamoya., angiitis, enfermedades hereditarias y genéticas (enfermedad de Fabry, CADASIL, MELAS, HERNs), síndrome de vasoconstricción

cerebral reversible, Síndrome de Susac, Síndrome de Sneddon. En el 15 % de pacientes con disección de la carótida interna se encuentra displasia fibromuscular en los estudios de angiografía, y simultáneamente disección bilateral de la carótida en un 14 % de los pacientes con dicha patología ¹⁰
11, 12.

La enfermedad de Moyamoya afecta, sobre todo, personas asiáticas. El ataque isquémico es más frecuente en niños mientras que la hemorragia intracranial se observa más en adultos. En regiones endémicas, la Neurocisticercosis debe ser considerada en jóvenes con angiitis de pequeños y grandes vaso asociado a lesión isquémica cerebral. Quistes subaracnoideos cerca de la lesión isquémica, asociada con cambios inflamatorios en la pared de las arterias intracraneales vecinas, son específicos en esta condición. La enfermedad de Fabry, la arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL), la encefalopatía mitocondrial con acidosis láctica y ataques isquémicos (MELAS) y la endotelopatía hereditaria con retinopatía, nefropatía e isquemia cerebral (HERNS) son enfermedades genéticas y hereditarias que deben considerarse en el diagnóstico diferencial del ECV jóvenes ¹².

Por su parte, el síndrome de Susac (microvasculopatía retinococleocerebral) y el síndrome de Sneddon (livedo reticularis asociado con eventos cerebrovasculares) con o sin anticuerpos antifosfolípidos, son otras angiopatías no inflamatorias que ocurre predominantemente en este grupo etario. El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible es comúnmente secundaria a la exposición de sustancias vasoactivas y al período postparto. Sólo 4.1% de las ECV están relacionadas con trombofilia adquirida y genéticas, pero estos números parece mayor en jóvenes. La trombofilia adquirida más común asociado con ECV en los jóvenes es el síndrome antifosfolípido. Los anticuerpos antifosfolípidos, particularmente el anticoagulante lúpico, son

un factor de riesgo independiente. La migraña afecta alrededor del 15% de la población adulta, el infarto migrañoso es un evento raro en los jóvenes ¹².

Objetivo General

Analizar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes jóvenes con enfermedad cerebrovascular atendidos en la Emergencia de Adultos de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Valencia. Edo. Carabobo en el Periodo comprendido entre enero de 2004 y diciembre de 2011.

Objetivos específicos

1. Describir las variables demográficas de los pacientes estudiados en cuanto a la edad, género, nivel educativo y ocupación.
2. Describir las manifestaciones clínicas más frecuentes de los pacientes jóvenes con eventos cerebrovasculares.
3. Conocer el territorio vascular comprometido con más frecuencia y otras alteraciones presentes a partir de los resultados de neuroimagen.
4. Caracterizar la presencia de comorbilidades asociadas y la más frecuente y especificar las alteraciones en los estudios paraclínicos complementarios realizados.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo observacional descriptivo y retrospectivo. La población estuvo constituida por todos los pacientes que acudieron a la emergencia de adultos del servicio de Medicina Interna y posteriormente tratados en la Unidad de Neurología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET) en el período comprendido entre enero de 2004 y diciembre 2011. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada y estuvo constituida por 32 pacientes en edades comprendidas entre 15 y 45 años con diagnóstico clínico y paraclínico de ECV como criterios de inclusión.

Una vez obtenida la permisología necesaria por parte de la comisión de bioética y de investigación de la CHET se procedió a la recolección de información. Como técnicas de recolección de datos se recurrió a la revisión documental de historias clínicas y como instrumento se diseñó una ficha de registro (Ver Anexo A) contentiva de las variables de interés para darle respuesta a los objetivos específicos inicialmente planteados.

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 asociación donde se especificaban las frecuencias (absolutas y relativas), a partir de los objetivos específicos propuestos. A la variable edad se le calculó media \pm error estándar, desviación estándar, dato mínimo, máximo y coeficiente de variación, comparándose según el tipo de ECV a partir de la prueba de hipótesis para diferencia entre medias. Para tales fines se utilizó el procesador estadístico SPSS en su versión 21.

RESULTADOS

De los 32 pacientes jóvenes con ECV se registró una edad promedio de 32,84 años \pm 1,52, con una variabilidad promedio de 8,57 años, una edad mínima de 17 años, una máxima de 45 años y un coeficiente de variación de 26% (serie homogénea entre sus datos. Aunque el promedio de edad fue levemente mayor entre los hombres con respecto a las mujeres tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($P > 0,05$))

A nivel muestral fueron más frecuentes aquellos pacientes con 21 y 34 años con un 50% (16 casos), seguidos de aquellos pacientes con 35 y 45 años (37,50%= 12 casos). El sexo más frecuente fue el femenino con un 56,25% (18 casos).

El grado de instrucción más frecuente fue el bachillerato incompleto con un 46,88% (15 casos), seguidos por los bachilleres (15,63%= 5 casos). En cuanto a la ocupación un 40,63% de los pacientes no la especificó (13 casos), seguidos de las ama de casa con un 18,75% (6 casos). (tabla 1).

Sólo un 28,13% de los pacientes jóvenes con ECV afirmó poseer algún tipo de hábito psicológico (9 casos). De aquellos con hábito tabáquico fueron más frecuentes quienes afirmaron sin especificar la frecuencia (3 casos), aquellos con hábito ocasional y acentuado registraron similar proporción (2 casos por igual).

De aquellos pacientes con hábito alcohólico fueron más frecuentes aquellos con frecuencia ocasional (4 casos) y 4 pacientes (12,5%) afirmaron poseer ambos hábitos. (Tabla 2).

El tipo de ECV más frecuente fue el isquémico con un 78,13% (25 casos), el cual registró el menor promedio de edad y se presentó en similar proporción en ambos sexos. El ECV hemorrágico representó un 21,88% (7 casos) registrando un promedio de edad mayor y presentándose levemente con más frecuencia en el sexo femenino (5

casos). Un 75% de los pacientes jóvenes presentaba algún tipo de comorbilidad (24 casos), presentándose en similar proporción en ambos géneros. Siendo la hipertensión arterial sistémica la comorbilidad más frecuente (50%= 16 casos), seguida de la epilepsia (3 casos) y la dislipidemia y el síndrome metabólico con 2 casos por igual. (Tabla 3).

La manifestación clínica inicial más frecuente fue la hemiparesia representando un 65,62% de la muestra en estudio (21 casos), siendo la más frecuente en ambos sexos: femenino (12/18) y masculino (9/14); donde la H derecha representó un 34,38% (11 casos) y la H izquierda un 31,25% (10 casos). La segunda manifestación clínica más frecuente fue la disartria con un 46,88% (15 casos), presentándose con mayor frecuencia en el sexo masculino (9/14). En tercer lugar se presentó el vértigo (12,50%= 4 casos). (Tabla 4).

El territorio vascular mayormente comprometido fue el Arteria cerebral media derecha con un 37,50% (12 casos), siendo el territorio más afectado por ambos tipos de ECV: isquémico (9/25) y hemorrágico (3/7). El segundo territorio mayormente comprometido fue el Arteria cerebral media izquierda (31,25%= 10 casos). (Tabla 5).

De los reportes arrojados por los pacientes a los que se realizó resonancia magnética (n=11) se tiene que el hallazgo más frecuente fueron las lesiones de circuito anterior con un 37,5% (12 casos), seguidos de aquellos que presentaron lesiones de circuito posterior (7 casos). (Tabla 6).

De los pocos pacientes con resultados paraclínicos realizados, el que más se realizó el electroencefalograma (7 casos), de los cuales en 5 casos se reportaron hallazgos susceptibles relacionados con ECV. El segundo estudio más realizado fue el ecocardiograma (6 casos) de los cuales sólo 2 casos evidenciaron alteraciones relacionadas con la presencia de ECV; el tercer estudio paraclínico más frecuente fue el eco doppler y las pruebas inmunológicas (3 casos). (Tabla 7).

Sólo un 34,38% de los pacientes jóvenes con ECV presentaron algún tipo de secuela (11 casos), siendo la más frecuente la epilepsia generalizada (8 casos) y la epilepsia focal sensitiva (2 casos). (Tabla 8).

Según el índice de Barthel el grado de discapacidad posterior al ECV más frecuente fue el independiente con un 50% (16 casos), siendo el grado de discapacidad más frecuente en ambos tipos de ECV: isquémico (11/25) y hemorrágico (5/7). La dependencia leve y moderada representaron similar proporción (7 casos por igual). (Tabla 9).

DISCUSIÓN

De los 32 pacientes jóvenes con ECV se registró una edad promedio de 32,84 años \pm 1,52. Aunque el promedio de edad fue levemente mayor entre los hombres con respecto a las mujeres, tal diferencia no fue estadísticamente significativa. Contrario de los resultados de la mayoría de los estudios revisados, donde la edad promedio fue 46,4 \pm 8,1, 38,50 \pm 6,3 y 36.6 (+/- 7.2) años. Siendo también mayor la edad en los hombres ^{6,4,3}.

A nivel muestral fueron más frecuentes aquellos pacientes con 21 y 34 años con un 50% (16 casos). Resultados opuestos encontró Olmos y Romero siendo el rango de edad con mayor número de casos el de 36 a 45 años ^{7,8}.

El sexo más frecuente fue el femenino con un 56,25% (18 casos). En discordancia con las investigaciones de Varona, donde los hombre representaron el 65.5% de los casos ³ y la realizada por González donde el 60,9% de los casos eran masculinos ⁶. Caso contrario lo reporta Romero quien obtuvo un mayor porcentaje de casos en el grupo femenino (53,41%) ⁷.

Estas discrepancias puede estar en relación con el nivel socioeconómico más bajo de los pacientes estudiados así como la ocupación pudiendo esto condicionar una alimentación inadecuada, mayor estrés, poca asistencia a evaluaciones médicas y por lo tanto diagnósticos tardíos de enfermedades de riesgo para ECVJ.

El grado de instrucción más frecuente fue el bachillerato incompleto con un 46,88% (15 casos), seguidos por los bachilleres (15,63%= 5 casos). Diferiendo de lo reportado en el estudio de Bonilla donde el nivel educativo universitario predominó ¹³. En cuanto a la ocupación un 40,63% de los pacientes no la especificó (13 casos), seguidos de las ama de casa con un 18,75% (6 casos), Díaz, también reporta en su investigación, que el 55,9% de los casos estaba representado por las ama de casa ¹⁴.

Sólo un 28,13% de los pacientes jóvenes con ECV afirmó poseer algún tipo de hábito psicobiológico (9 casos). El hábito tabáquico fue discretamente prevalente sobre el alcohólico, el 12,5% afirmó poseer ambos hábitos. No existiendo diferencias significativas respecto a otros estudios similares ^{3,4,6,7}.

Todas las series consultadas determinaron que el ECV isquémico predominó sobre el hemorrágico, existiendo variaciones en los porcentajes de cada grupo ^{3,6,15}. De igual manera, en este estudio, el tipo más frecuente de ECV fue el isquémico con un 78,13% (25 casos), el cual registró el menor promedio de edad y se presentó en similar proporción en ambos sexos. El ECV hemorrágico representó un 21,88% (7 casos) registrando un promedio de edad mayor y presentándose levemente con más frecuencia en el sexo femenino (5 casos).

La manifestación clínica inicial más frecuente fue la hemiparesia representando un 65,62% siendo la más frecuente en ambos sexos: femenino (12/18) y masculino (9/14); donde la H derecha representó un 34,38% (11 casos). La segunda manifestación clínica más frecuente fue la disartria con un 46,88% (15 casos), con predominio en el sexo masculino (9/14). En una investigación realizada en el Estado Bolívar, Venezuela, se obtuvo iguales resultados para el ECV isquémico, donde el 42,3% de los casos lo representa la hemiparesia y 40,4% la disartria ¹⁵.

En todos los estudios consultados el territorio vascular mayormente comprometido es el anterior o carotideo encontrándose los porcentajes

entre 44,2% y el 68%^{4,3}. En relación a este dato, Olmos concluye que en el 90% de sus casos el ECV se ubicó en el territorio arterial cerebral anterior, con 56,7% en el territorio de la arteria cerebral media izquierda y 43,3% en el territorio de la arteria cerebral media derecha⁸. En esta casuística el territorio de la arteria cerebral media derecha representó el 37,50% (12 casos), siendo el territorio más afectado por ambos tipos de ECV: isquémico (9/25) y hemorrágico (3/7). El segundo territorio mayormente comprometido fue el Arteria cerebral media izquierda (31,25%= 10 casos).

De los reportes arrojados por los pacientes a los que se realizó resonancia magnética (n=11) se tiene que el hallazgo más frecuente fueron las lesiones de circuito anterior con un 37,5% (12 casos). Varona documentó que el 69% de los casos presentó una imagen de infarto cerebral, 28% hemorragia intracerebral y 3% hemorragia subaracnoidea. La localización del infarto cerebral también mantiene la misma tendencia, con 68% en territorio carotideo y 32% vertebrobasilar³.

Todas las series revisadas coinciden en la importancia de la realización de los diversos estudios solicitados con la finalidad de encontrar la etiología del ECVJ, orientados a cada caso^{1,3,4,8}. En el caso de esta investigación, el porcentaje de casos con estudios reportados fue baja. De los pocos pacientes con resultados de paraclínicos, el más realizado fue el electroencefalograma (7 casos), de los cuales en 5 casos se reportaron hallazgos susceptibles relacionados con ECV. El segundo estudio más realizado fue el ecocardiograma (5 casos) de los cuales sólo 2 casos evidenciaron alteraciones relacionadas con la presencia de ECV.

En su investigación, Varona concluye que el 66% de los casos referían llevar una vida normal tras el episodio inicial del ECV, 11% presentaban secuelas moderadas y 23% secuelas graves. Estas secuelas eran motoras en el 51% de los pacientes, del lenguaje el 24% y cognitivas tan solo el 4%. Sólo 11% presentaron crisis comisiales³. En esta serie sólo

un 34,38% de los pacientes jóvenes con ECV presentaron algún tipo de secuela (11 casos), siendo la más frecuente la epilepsia generalizada (8 casos).

Un 75% de los pacientes jóvenes presentaba algún tipo de comorbilidad (24 casos), presentándose en similar proporción en ambos géneros. Siendo la hipertensión arterial sistémica la comorbilidad más frecuente (50%= 16 casos). En un estudio realizado en Panamá, Romero reporta la hipertensión arterial como la comorbilidad más frecuentemente asociada a enfermedad cerebrovascular en adultos jóvenes, representando el 59,09% de los casos ⁷. Por su lado, Varona, encontró la misma asociación con una frecuencia de 25,6% siendo esta asociación proporcional a la edad, de esta manera, el grupo etario 31-45 años de esta serie mostró el mayor porcentaje ³. De igual manera, otros investigadores han llegado al mismo resultado, encontrando una frecuencia más elevada en el grupo masculino ¹⁵.

En relación al grado de discapacidad posterior al ECVJ hay estudios que muestran un alto número de pacientes con índice de Barthel mayor a 90 (independiente), en relación, sobre todo, con los ataques isquémicos transitorios ³. De forma similar, en esta investigación, los resultados obtenidos en base al índice de Brathel arrojó que el grado de discapacidad más frecuente posterior al ECV fue el independiente con un 50% (16 casos), siendo el grado de discapacidad más frecuente en ambos tipos de ECV: isquémico (11/25) y hemorrágico (5/7).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los datos obtenidos y analizados nos permite concluir que los pacientes con diagnóstico de ECVJ constituyen principalmente adultos con edades por debajo de lo reportado en otras investigaciones.

A la mayoría de estos pacientes se les diagnosticó ECV isquémico registrándose similar proporción en ambos sexos. A su vez, un alto porcentaje de la muestra estudiada refirió como síntoma inicial hemiparesia.

El territorio vascular mayormente comprometido fue el anterior y la comorbilidad que prevaleció la hipertensión arterial.

En relación a los estudios paraclínicos, se observó con preocupación, que un alto porcentaje de los pacientes no lo realizaron. El grado de discapacidad independiente (medido por índice de Barthel) se documentó en la mitad de los casos y en ambos tipos de ECV, seguidamente y de forma proporcional se reporta la discapacidad leve y la moderada

Se sugiere hacer énfasis en la importancia de la realización del protocolo de estudio dirigido para el diagnóstico de ECVJ ya que de esto depende el éxito del diagnóstico y tratamiento específico, previniendo de esta manera la recidiva de este evento y disminuyendo el riesgo de secuelas en una población que se encuentra en edades productivas. Por otro lado sigue siendo relevante fomentar la prevención primaria de comorbilidades ya que se pudo observar que patologías que antiguamente se relacionaban a personas de mayor edad, como la hipertensión arterial sistémica y la dislipidemia, están presentándose en edades menores. También se recomienda continuar incentivando campañas informativas en relación a hábitos psicobiológicos puesto que, a pesar de no representar un porcentaje elevado en esta serie, sigue siendo un factor de riesgo importante y frecuente.

REFERENCIAS

1. María Belén Nallino, Adriana Ojeda, Ana María Uriarte. Stroke isquémico en pacientes jóvenes: un desafío diagnóstico. RAR 2011; 75 (2): 85-89.
2. Burneo de las Casas Jorge. Ataques Cerebrovasculares isquémicos en Pacientes Jóvenes. Reporte de casos y revisión de la literatura. Rev Med Hered 1999; 10 (4): 167-174.
3. José Felipe Varona Arche. Ictus en el paciente adulto joven: Etiología y pronóstico a largo plazo [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid; 2003. ISBN: 84-669-2137-0
4. Fang Li, Li Yang, Rui Yang, Wei Xu, Fu-ping Chen, Nan Li, et. al. Ischemic Stroke in Young Adults of Northern China Characteristics and Risk Factors for Recurrence. Eur Neurol 2017; 77:115–122.
5. Azadeh Beheshtian a, Sanyog G. Shitole, Jorge R. Kizer. Lipoprotein (a) level, apolipoprotein (a) size, and risk of unexplained ischemic stroke in young and middle-aged adults. Atherosclerosis 2016; 253: 47-53
6. F. J. González Gómez, P. Pérez -Torre, A. De Felipe, R. Vera, C Matute, A Cruz -Culebras, et. Al. Ictus en adultos jóvenes: incidencia, factores de riesgo, tratamiento y pronóstico. Rev Clin Esp. 2016; 216(7): 345-351
7. Romero Lourdes; Cigarruista Yaliana; Mackay Paola; Sánchez Ricardo Serrano Amy; Vega Iván; et. Al. Factores asociados a enfermedad cerebrovascular en adultos jóvenes. Rev méd cient 2013; 26(2): 39-48
8. Olmos Angel; Núñez Lilian. Enfermedad Vascul ar cerebral Isquémica en menores de 45 años. Revista Mexicana de Neurociencias 2000; 1(2): 5-11
9. José M Ferro, Ayrton R Massaro, Jean-Louis Mas. Aetiological Diagnosis of ischaemic stroke in young adults. Lancet Neurol 2010; 9: 1085–96
10. Andrés Mauricio Álvarez, Sandra Milena Gálvez. Accidente Cerebrovascular-revisión de la literatura: etiología, diagnóstico, tratamiento general y análisis. Revista Colombiana de Enfermería 2011; Volumen 6 (6): 102-120.
11. P. E. Cotter, M. Belham, P. J. Martin J. Stroke in younger patients: the heart of the matter. Neurol 2010; 257:1777–1787.
12. Fábio Luj i Yamamoto. Ischemic stroke in young adults: an overview of etiological aspects. Arq Neuropsiquiatr 2012; 70(6):462 466.

13. Bonilla Nohora; Oliveros Henry; Proaños Juliana; Espinel Bayron; Álvarez Juan; Duran Camila; et Al. Estudio de frecuencia de los factores de riesgo asociados al desarrollo de enfermedad cerebrovascular isquémica no embólica en un hospital de tercer nivel. *Acta neurol Colomb* 2014. 30(3):149-155.
14. Díaz Ricardo; Ruano Mario. Conocimiento de síntomas y factores de Riesgo en enfermedad cerebro vascular en una población urbana colombiana. *Acta neurol Colomb*. 2011. 27(4).: 196-204.
15. Santodomingo César. Factores de riesgo para enfermedad Vascolar cerebral en pacientes en edades comprendidas entre Los 15 - 45 años [Tesis doctoral]. Venezuela; Servicios de Medicina Interna del complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez; 2010.

ANEXO A

FICHA DE REGISTRO

HISTORIA		FECHA			
Edad	≤20		Genero	FEM	MASC
	21 – 34				
	35 – 45				
Nivel educativo	Analfabeta		Ocupación		
	Primaria				
	Secundaria				
	Bachiller				
Manifestaciones clínicas	Hemiparesia		Trastorno sensitivo		Trastorno motor
	Afasia		Trastorno visual		Otra
Estudio de neuroimagen	Realizado				
	No realizado				
Territorio vascular comprometido	Arteria cerebral anterior				
	Arteria cerebral Posterior				
	Arteria cerebral Media				
Otras alteraciones presentes					
	Otra				
Comorbilidades	Presente		Tipo		
	Ausente				
Estudios paraclínicos	Vasculares	TAS		TAD	
		ECG		Normal	
		ECO DOPPLER CAROTIDEO		Alterado	
		ECO DOPPLER VERTEBRAL		Normal	
	Metabólicos	HB		TSH	
		GLICEMIA		T3	
		INSULINA		T4	
	Inmunológicos	COMPLEMENTOS		ANCAC	
		ANTIDNA		ANTIFOSFOLIPIDO	
		ANA		BETA2MICROGLOBULINA	
		ANCA			
Electroencefalograma	Normal		Alterado		

TABLA N° 1
VARIABLES DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES JÓVENES CON
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR UNIDAD DE NEUROLOGÍA.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA. EDO.
CARABOBO PERIODO ENERO DE 2004 DICIEMBRE DE 2011

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
Edad (años)	F	%	f	%	f	%
≤20	2	6,25	2	6,25	4	12,50
21 – 34	10	31,25	6	18,75	16	50
35 – 45	6	18,75	6	18,75	12	37,50
$\bar{X} \pm Es$	32,17 +/- 4,3		33,71 +/- 4,9		t = -0,50; P = 0,6204	
Instrucción	F	%	f	%	f	%
Bachill incompl	8	25	7	21,88	15	46,88
Bachiller	2	6,25	3	9,38	5	15,63
TSU	2	6,25	0	0	2	6,25
Universitario	2	6,25	2	6,25	4	12,50
No especificado	4	12,5	2	6,25	6	18,75
Ocupación	F	%	f	%	f	%
NE	7	21,88	6	18,75	13	40,63
Del hogar	6	18,75	0	0	6	18,75
Ayudante anc	0	0	1	3,13	1	3,13
Carpintero	0	0	1	3,13	1	3,13
Comerciante	1	3,13	0	0	1	3,13
Domestica	1	3,13	0	0	1	3,13
Enfermera	1	3,13	0	0	1	3,13
Estudiante	0	0	1	3,13	1	3,13
Ingeniero químico	1	3,13	0	0	1	3,13
Jefe de operaciones	0	0	1	3,13	1	3,13
Latonero	0	0	1	3,13	1	3,13
Mesonero	0	0	1	3,13	1	3,13
Obrero	0	0	1	3,13	1	3,13
Oficinista	1	3,13	0	0	1	3,13
Panadero	0	0	1	3,13	1	3,13
Total	18	56,25	14	43,75	32	100

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

TABLA N° 2
HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS EN JÓVENES CON ENFERMEDAD
CEREBROVASCULAR. EMERGENCIA DE ADULTOS. CIUDAD
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA EDO.
CARABOBO PERIODO 2004-2011

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
Hábitos	f	%	f	%	f	%
No	10	31,25	7	21,88	17	53,13
Si	5	15,63	4	12,50	9	28,13
NE	3	9,38	3	9,38	6	18,75
Total	18	56,25	14	43,75	32	100
Tabaquismo (n=7)	f	%	f	%	f	%
Acentuado	2	6,25	0	0	2	6,25
Ocasional	1	3,13	1	3,13	2	6,25
Si	1	3,13	2	6,25	3	9,38
Alcohol (n=6)	f	%	f	%	f	%
Ocasional	2	6,25	2	6,25	4	12,50
Acentuado	0	0	2	6,25	2	6,25
	f	%	f	%	f	%
Ambos	1	3,13	3	9,38	4	12,50

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

TABLA N° 3
TIPO DE ECV Y COMORBILIDADES SEGÚN LOS GRUPOS DE EDAD
Y SEXO. EMERGENCIA DE ADULTOS. CIUDAD HOSPITALARIA “DR.
ENRIQUE TEJERA” VALENCIA EDO. CARABOBO PERIODO 2004-
2011

Tipo de ECV	Hemorrágico		Isquémico		Total	
	f	%	f	%	f	%
Edad (años)						
≤20	2	6,25	2	6,25	4	12,50
21 – 34	3	9,38	13	40,63	16	50
35 – 45	2	6,25	10	31,25	12	37,50
$\bar{X} \pm Es$	33,5 +/- 3,4		30,4 +/- 9,15		t = 0,84; P= 0,4080	
Sexo	f	%	f	%	f	%
Femenino	5	15,63	13	40,63	18	56,25
Masculino	2	6,25	12	37,50	14	43,75
Total	7	21,88	25	78,13	32	100

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	F	%	f	%	f	%
Comorbilidades						
Presentes	12	37,50	12	37,50	24	75
Ausentes	6	18,75	2	6,25	8	25
Total	18	56,25	14	43,75	32	100
Tipo de comorbilidad	F	%	f	%	f	%
HAS	7	21,88	9	28,12	16	50
Epilepsia	1	3,13	2	6,25	3	9,38
Dislipidemia	0	0	2	6,25	2	6,25
Sx metabólico	2	6,25	0	0	2	6,25
Cardiológicas	3	9,39	1	3,13	5	15,65
Hematológicas e inmunológicas	2	6,26	3	9,39	5	15,65
Otras	4	12,52	1	3,13	5	16,65

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

TABLA N° 4
MANIFESTACIONES CLÍNICAS MÁS FRECUENTES DE LOS
PACIENTES JÓVENES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.
EMERGENCIA DE ADULTOS. CIUDAD HOSPITALARIA “DR.
ENRIQUE TEJERA” VALENCIA EDO. CARABOBO PERIODO 2004-
2011

Sexo	Fem (n=18)		Masc (n=14)		Total (n=32)	
	f	%	f	%	f	%
Manifestaciones						
Hemiparesia	12	37,5	9	28,12	21	65,62
H Derecha	5		6		11	34,38
H Izquierda	7		3		10	31,25
Disartria	6	18,75	9	28,13	15	46,88
Vértigo	2	6,25	2	6,25	4	12,50
Hipoestesia hemicara	2	6,25	0	0	2	6,25
Oscurecimiento visual	1	3,13	1	3,13	2	6,25
Parestesia hemicuerpo	2	6,25	0	0	2	6,25
Perdida conciencia	1	3,13	1	3,13	2	6,25
Otros	11	34,43	8	25,04	19	59,47

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

TABLA N° 5
TERRITORIO VASCULAR COMPROMETIDO CON MÁS FRECUENCIA
Y OTRAS ALTERACIONES PRESENTES A PARTIR DE LOS
RESULTADOS DE NEUROIMAGEN; PACIENTES JÓVENES CON
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. EMERGENCIA DE ADULTOS.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA EDO.
CARABOBO PERIODO 2004-2011

Tipo de ECV	Hemorrágico		Isquémico		Total	
	F	%	f	%	f	%
Arteria cerebral media derecha	3	9,38	9	28,13	12	37,50
Arteria cerebral media izq	2	6,25	8	25	10	31,25
Arteria cerebral posterior	2	6,25	5	15,63	7	21,88
Arteria cerebral media derecha y posterior	0	0	1	3,13	1	3,13
Arteria cerebral media izq y posterior	0	0	2	6,25	2	6,25
Total	7	21,88	25	78,13	32	100

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

TABLA N° 6
HALLAZGOS PARACLÍNICOS EN PACIENTES JÓVENES CON
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. EMERGENCIA DE ADULTOS.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA EDO.
CARABOBO PERIODO 2004-2011

HALLAZGOS RMN 1	f	%
No reportado/ No realizado	21	65,63
Lesiones en circuito anterior	12	37,5
Lesiones en circuito posterior	7	21,88
Atrofia predominante	1	3,13
Atrofia cortical	1	3,13
Atrofia frontal	1	3,13
ISQ sustancia blanca	1	3,13
Microangiopatias sub	1	3,13

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

TABLA N° 7
OTROS HALLAZGOS PARACLÍNICOS. PACIENTES JÓVENES CON
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. EMERGENCIA DE ADULTOS.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA EDO.
CARABOBO PERIODO 2004-2011

Arteriograma	f	%
Hallazgo no pertinente para ECV	1	3,13
Proceso oclusivo antiguo en TACMI de carácter inespecífico. Malformación arteriovenosa Temporal Izq	1	3,13
No realizado	30	93,75
EEG	f	%
Normal	2	6,25
Anormal	5	15,65
No realizado	25	78,12
Mapa	f	%
No realizado	32	100
Holter	f	%
Extrasístoles ventricular	1	3,13
No realizado/ No reportado	31	96,88
Ecocardiograma	f	%
Normal	4	12,52
Anormal	2	6,26
No realizado	26	81,25
Doppler	f	%
Normal	2	6,25
Anormal	1	3,13
No realizado	29	90,62
Inmunológicas	f	%
Alteradas	2	6,25
Normales	1	3,13
No realizado	29	90,62
Total	32	100

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

TABLA N° 8
SECUELAS ADICIONALES EN PACIENTES JÓVENES CON
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. EMERGENCIA DE ADULTOS.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA EDO.
CARABOBO PERIODO 2004-2011

Secuelas adicionales	f	%
Si	11	34,38
No	21	65,63
Total	32	100
Tipo de secuela	f	%
Epilepsia generalizada	8	25
Epilepsia Focal Sensitiva	2	6,25
Epilepsia Focal Sensitiva y motora en hemicuerpo Izquierdo	1	3,13
Ataxia	1	3,13
Corea miembro superior derecho	1	3,13
Desorientación Temporal	1	3,13
Disdiadococinesia Derecha	1	3,13
Trastorno de Memoria,	1	3,13

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

TABLA N° 9
ANÁLISIS DEL GRADO DE DISCAPACIDAD MEDIDO CON EL ÍNDICE
DE BARTHEL. EMERGENCIA DE ADULTOS. CIUDAD HOSPITALARIA
“DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA EDO. CARABOBO PERIODO
2004-2011

Tipo Grado de discapacidad	Hemorrágico		Isquémico		Total	
	F	%	f	%	f	%
Independiente	5	15,63	11	34,38	16	50
D. leve	1	3,13	6	18,75	7	21,88
D. moderada	1	3,13	6	18,75	7	21,88
D grave	0	0	2	6,25	2	6,25
Total	7	21,88	25	78,13	32	100

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