

Artículos de investigación/*Articles in Research/Artigos de pesquisa*

Mortalidad en la enfermedad cerebrovascular en el Hospital General Docente “Enrique Cabrera”, La Habana/*Mortality in cerebrovascular disease in the General Teaching Hospital "Enrique Cabrera", Havana /Mortalidade por doença cerebrovascular no Hospital Geral de Ensino "Enrique Cabrera", Havana*

Gilberto Piedra Ruiz¹, Arelys Tamayo Verdecía², Adrianys Tamayo Verdecía³, Yamila Vázquez Pérez⁴, Gilberto Castillo Brito⁵

Recibido: 9 de noviembre de 2016

Aceptado: 22 de abril de 2017

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y corte transversal de 229 pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Ictus del Hospital General Docente “Enrique Cabrera”, La Habana, Cuba, en el año 2008, para determinar la mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular (ECV). La historia clínica fue la fuente de la cual se obtuvo la información primaria. Se confeccionaron tablas y figuras en donde se expuso la asociación de cada una de las variables y su incidencia sobre el estado al egreso. La mayor mortalidad fue en los pacientes mayores de 70 años, sexo masculino. Se comprobó que los factores de riesgo más frecuentes fueron hipertensión arterial, hábito de fumar y cardiopatía isquémica. Predominó el ictus isquémico. Durante la estadía hospitalaria las complicaciones más frecuentes fueron neumonía y úlceras por presión, que se asocian a una mayor mortalidad. Se describieron las acciones a desarrollar por el personal de Enfermería en el manejo del ictus en la fase aguda, como elemento imprescindible en la recuperación del paciente.

Palabras Clave: Trastornos Cerebrovasculares, Mortalidad, Factores de Riesgo, Cuba.

Abstract⁶

It was carried out a descriptive, retrospective study in 229 patients who were admitted to hospital in the Intensive Care Unit of Ictus in the hospital Enrique Cabrera in 2008 to determine mortality due to Cerebrovascular Disease. The first information was obtained from patients' charts. Charts were used to explain the results of the study as well as its incidence when discharging the patients. The higher mortality was in males patients older than 70 years. The most frequent risk factors were hypertension, smoking and ischemic

1 Licenciado enfermero. Máster en Enfermería. Profesor asistente. Facultad “Enrique Cabrera”. La Habana, Cuba. gilbertopr@infomed.sld.cu.

2 Licenciada enfermera. Profesor asistente. Facultad “Enrique Cabrera”. La Habana, Cuba. arelistamayo@infomed.sld.cu

3 Licenciada enfermera. Profesor auxiliar. Máster en atención Integral al Niño. Facultad “Enrique Cabrera”. La Habana, Cuba. arjanys@infomed.sld.cu

4 Licenciada enfermera. Máster en Enfermería. Especialista de Primer grado en Gineco-obstetricia. Profesora asistente. Facultad “Enrique Cabrera”. La Habana, Cuba. yamilavp@infomed.sld.cu, yamilavp71@gmail.com

5 Licenciado enfermero. Profesor asistente. Facultad “Enrique Cabrera”. La Habana, Cuba. gcastillo@fcmec.sld.cu

6 Traducción al inglés realizada por los autores

cardiopathy. During admission to hospital the most common complications were pneumonia and pressure ulcers associated to mortality rate. It was described the nursing procedure when managing ictus in its acute fase as an important aspect to improve the patients' recovery

Key words: Cerebrovascular Disorders, Mortality, Risk Factors, Cuba.

Resumo

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo e de corte transversal de 229 pacientes admitidos na Unidade de Tratamento Intensivo de Ictus do Hospital Geral Escola "Enrique Cabrera", La Habana, Cuba, no ano 2008, para determinar a mortalidade por doença cerebrovascular (DCV). A história clínica foi fonte de informação primária. Elaboraram-se tabelas e figuras onde foram expostas a associação de cada uma das variáveis e sua incidência sobre o estado ao receber alta. A maior mortalidade foi nos pacientes maiores de 70 anos, sexo masculino. Comprovou-se que os fatores de risco mais frequentes foram hipertensão arterial, hábito de fumar e cardiopatia isquêmica. Predominou o ictus isquêmico. Durante a permanência hospitalar as complicações mais frequentes foram pneumonia e úlceras por pressão, que foram associadas a uma maior mortalidade. Foram descritas as ações a serem desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem no manejo do ictus na fase aguda, como elemento imprescindível na recuperação do paciente.

Palavras chave: Trastornos Cerebrovasculares, Mortalidade, Factores de Risco, Cuba.

Introducción

La Enfermedad Cerebrovascular (ECV) se define como todo trastorno en el cual un área del encéfalo se afecta, de forma transitoria o permanente, por un proceso vascular, ya sea isquémico o hemorrágico, provocando alteración focal o global de la función cerebral.^{1,2} Ha recibido diferentes denominaciones tales como "apoplejía", "ictus" o "accidente cerebrovascular".³ El espectro de la ECV es muy amplio y según su naturaleza, se puede presentar como isquemia o como hemorragia, con una proporción en torno al 80 y 20%, respectivamente. La isquemia se produce por la disminución del aporte sanguíneo cerebral de forma total (isquemia global) o parcial (isquemia focal). Según la duración del proceso isquémico focal se presentará como ataque transitorio de isquemia (ATI) o como infarto cerebral (IC), en función de que el déficit isquémico provoque o no necrosis hística. La hemorragia es la presencia de sangre, bien en el parénquima (hemorragia intracerebral), en el interior de los ventrículos cerebrales (hemorragia intraventricular), o en el espacio subaracnoideo (hemorragia subaracnoidea).² Más de 2400 años han pasado desde que Hipócrates, el padre de la Medicina, definiera lo que llamó "apoplejía", que en griego significa "ataque violento". Esto se debía a que el paciente sufría una parálisis súbita y un cambio radical en su bienestar, casi siempre definitivo y fatal. Paradójicamente, con el progreso humano se ha observado un incremento de la incidencia de

esta enfermedad que actualmente se sitúa dentro de las primeras causas de muerte en los países desarrollados y en muchos en vías de desarrollo.³ Es considerada un problema de salud pública en todo el mundo por el elevado número de víctimas mortales y no mortales que genera. Constituye a nivel mundial la tercera causa de muerte, la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia.⁴ Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) alrededor de 15 millones de personas sufren un ictus cada año; de ellas unos 5,5 millones mueren y otros 5 millones quedan con alguna discapacidad permanente.⁵ Se estima que la ECV tiene una incidencia de 200 casos por cada 100 mil habitantes y una morbilidad de alrededor de 40 por cada 100 mil habitantes. Afecta alrededor del uno por ciento de la población adulta de 15 años o más, entre el 4 y 5 % de los mayores de 50 años y el 8 al 10 % de las personas de 65 años o más.⁶ Las ECV causaron 38 millones de días perdidos de vida saludable en 1990 y según cálculos estimados esta cifra llegará a 61 millones en el 2020.^{6, 7} Las ECV no solo son un problema de salud en los países desarrollados. Se estima que en los países en vías de desarrollo ha existido una transición rápida a partir de 1990 y las enfermedades vasculares en general (cardio y cerebrovasculares), producen dos veces más muertes que las producidas por VIH, la malaria y la tuberculosis.⁸ Debido al envejecimiento de muchas poblaciones y al rápido crecimiento económico, las proyecciones para el año 2020 sugieren que el ictus se mantendrá entre las tres primeras causas de muerte, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo; y la incidencia del ictus se verá duplicada cada década a partir de los 55 años, por una mayor prevalencia de enfermedad aterosclerótica.⁹ La mortalidad por ECV alcanza generalmente proporciones elevadas siendo superada solamente por la Enfermedad Coronaria Isquémica. Las cifras hospitalarias reportadas son del 15 % en los pacientes con ictus isquémico y de hasta 40 % para los ictus hemorrágicos.¹⁰ La mortalidad varía según los países siendo reportadas cifras más altas en Europa meridional, en Japón y en Finlandia y relativamente bajas en Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Suiza.¹¹ Las enfermedades cerebrovasculares tienen también un enorme costo, por los recursos necesarios en los sistemas de salud para su atención en fase aguda, y los cuidados a largo plazo de los supervivientes, con sus consecuentes implicaciones sociales. El problema de las ECV no es solo debido a su alta morbilidad y mortalidad, sino a la discapacidad de gran parte de los pacientes que sobreviven al Ictus. En términos de discapacidad se ha proyectado que la ECV estará entre las primeras cinco causas más importantes de carga por enfermedad.⁹ Cerca de un tercio de los sobrevivientes al ictus cerebral son incapaces de valerse por sí mismos y hasta un 75 % de los afectados pierden su empleo.^{12, 13} Además de las limitaciones físicas, se asocia a problemas en la esfera emocional con alta frecuencia de depresión (> 50%) y a deterioro cognitivo de diverso grado (35%), siendo la segunda causa más frecuente de demencia.¹⁴ En Cuba la ECV es

también la tercera causa de muerte después de las enfermedades del corazón y los tumores malignos; y es la causa más frecuente de muerte neurológica: en el año 2013 se produjeron nueve mil defunciones por esa causa. Se observa desde las últimas décadas una mayor incidencia de las mismas: con una tasa de 72,8 x 100 mil habitantes en 2000, en el año 2013 las cifras se elevaron a hasta 80,7 por 100 mil.¹⁵ Se reporta como la quinta causa de años de vida potencialmente perdidos y las muertes por las secuelas también ocupan un lugar importante reportándose tasas de 11 por 100 mil habitantes.^{15,16} En el pasado eran considerados “accidentes” y se consideraron eventos de naturaleza impredecibles. Hoy en día los avances en las investigaciones, el desarrollo de la neurología y la neurofisiología así como las novedosas técnicas de diagnóstico por imagen, han permitido documentar que la ECV no es un accidente, sino que representa un grupo heterogéneo de trastornos resultante de factores, muchos de los cuales pueden ser modificados o interrumpidos eficazmente y también se ha modificado notablemente el manejo de dichos procesos con crecientes oportunidades terapéuticas.^{17,18} En la actualidad, es bien conocida la repercusión de factores de riesgo (FR) en la génesis de la enfermedad cerebrovascular. La identificación de estos factores, adquirió importancia a partir de la segunda mitad de la actual centuria después que culminó el clásico estudio de Framingham en el cual se puso de manifiesto la existencia de una serie de trastornos que guardaban una relación patogénica y estadística con la aparición de patología vascular y donde quedó demostrado que la modificación de estas condiciones se acompaña de la reducción de un número de complicaciones.¹⁹⁻²¹ En Cuba, donde la esperanza de vida al nacer ya se prolonga a los 76 años de edad, la existencia de una baja natalidad nos pondrá en poco tiempo ante una población mayor de 65 años considerablemente grande y planteará un reto al personal médico y de enfermería, que cada vez deberá estar más preparado para enfrentar ésta emergencia neurológica.¹⁵

Objetivos

1. Caracterizar a los pacientes ingresados por Enfermedad Cerebrovascular en la Unidad de Ictus del Hospital General Docente “Enrique Cabrera” según edad, sexo, apariencia racial y factores de riesgo.
2. Identificar tipos de Enfermedad Cerebrovascular en la Unidad de Ictus del Hospital General Docente “Enrique Cabrera” y su relación con el estado al egreso, en el período definido por la investigación.
3. Identificar complicaciones agudas, estadía hospitalaria y estado al egreso.
4. Describir las acciones de Enfermería en el manejo del paciente con Enfermedad Cerebrovascular en la fase aguda.

Métodos

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus del Hospital General Docente “Enrique Cabrera” en

el período comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2008 con diagnóstico de Enfermedad Cerebrovascular con una estadía en la sala de más de 24 horas. No existieron criterios para la no inclusión que no fueran los declarados anteriormente. La población objeto de estudio quedó constituida por 229 pacientes. La Historia Clínica individual fue la fuente de la cual se obtuvo la información primaria en la investigación, constituyendo nuestro instrumento de trabajo. En cuanto a la protección de la confidencialidad de los participantes en la investigación, no fue necesario ya que el método utilizado fue el retrospectivo, pero aún así no fueron revelados ni publicados los nombres de los pacientes utilizados en esta investigación. En la misma no fue necesario obtener el consentimiento informado de los familiares por las características del método empleado. Se utilizaron técnicas de obtención de información y análisis documental de la literatura especializada nacional e internacional. Se definió como variables biológicas, la edad, sexo, raza; variables clínicas, factores de riesgo, tipos de enfermedad cerebrovascular, manifestación clínica inicial, complicaciones, estadía hospitalaria, estado al egreso y acciones de enfermería. Se confeccionó una planilla de recolección de datos, que responde a los objetivos del estudio. Con toda la información se confeccionó una base de datos en EXCEL. Se procesó utilizando el programa estadístico *Statistical Package for Social Sciences for Principal Compute(SSPSPC)* versión 11.5 para Windows y se calculó porcentaje para resumir la información. Se realizó prueba Chi cuadrado de independencia (X^2) con corrección de Yates para la asociación con el estado al egreso de las siguientes variables: sexo, apariencia racial, factores de riesgo, tipo de accidente cerebrovascular, complicaciones; y en el caso de existir frecuencias esperadas por debajo de cinco o frecuencias absolutas nulas, se aplicó la prueba de probabilidades exactas Chi cuadrado (X^2) de Fisher. Se consideró asociación significativa cuando el valor de la probabilidad de error $p < 0,05$.

Resultados

La Figura 1 mostró el comportamiento del estado al egreso del Servicio de Ictus del Hospital General Docente "Enrique Cabrera" del 1 de Enero al 31 de diciembre del Año 2008. Ingresaron un total de 229 pacientes con diagnóstico de ECV y el estado al egreso fue de 200 enfermos vivos para 96,0% y 9 fallecidos para 4%. En el año 2008 la mortalidad en el Hospital "Enrique Cabrera" fue de 3,93%. (tabla 1).

En la Tabla 2 se muestran los resultados obtenidos de las características sociodemográficas del presente estudio; se observó que de los 229 pacientes con diagnóstico de ECV la edad promedio de los egresados vivos resultó ser 66 años; en los fallecidos, la edad promedio fue de 80,5. La distribución por edades demostró que la morbilidad se elevó a partir de los 60 años (89%). En el sexo se observó que entre ambos sexos no existió diferencia entre el total de pacientes ingresados

con ECV (115 femenino y 114 masculino). El promedio total de estadía fue 26 ± 16 días. En cuanto a la apariencia racial predominó en la blanca. La Figura 2 mostró el tipo de ECV; de los 229 pacientes estudiados la mayor incidencia fue de tipo isquémico con 206 pacientes (90,0%) y 23 (10,0%) presentaron ictus hemorrágico. En la tabla 3 se mostró los FR que se asociaron con mayor frecuencia a la morbilidad ocupando el primer lugar la edad mayor de 70 años (88 enfermos), Hipertensión Arterial (67 pacientes), la Diabetes Mellitus fue otro FR que influyó (65 enfermos). En relación con la mortalidad los cuatro que se relacionaron fueron en orden de frecuencia : edad mayor de 70 años (88,9%), HTA (88,9%), Diabetes Mellitus (77,8%), Hábito de fumar (77,8%) y ECV previa (44,4%); todos con un valor significativo de $p < 0,05$.

En la evolución de los pacientes con diagnóstico de ECV la presencia de complicaciones y el estado al egreso lo demostró la tabla 4: de los 9 pacientes fallecidos en la serie presentaron complicaciones el 100%; ($p = 0,018$, $RR=1,08$) lo que significa que de cada paciente con ECV con complicaciones tiene una alta probabilidad de morir y de ellos 7 tenían más de 3 complicaciones asociadas (77,8%; $p = 0,000$). La Neumonía (77,8%), las úlceras por presión (77,8%) y la hiperglucemia (66,7%) fueron las dos complicaciones no neurológicas que se asociaron a la mortalidad y de las neurológicas las convulsiones (22,2%) y la HEC (22,2%) de los pacientes estudiados, con una relación significativa. (Tabla 4). La tabla 5 demostró que al aumentar la estadía de los pacientes estudiados, el número de complicaciones aumentaban y en el rango de 16 días o más, 111 personas presentaron complicaciones (77,6%) con una $p=0,000$. En la Tabla 6 se relacionan las acciones realizadas por el personal de Enfermería en la fase aguda de la ECV, reflejadas en las observaciones de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Ictus del Hospital General Docente "Enrique Cabrera", como se puede apreciar a todos los pacientes se les brindó atención especializada con todos los recursos humanos y materiales destinados a la atención de la ECV es las unidades de atención al paciente grave. En el caso de la administración de oxígeno, monitorización, sonda vesical y nasogástrica se le aplicó solo a los pacientes que lo necesitaron.

Discusión

La ECV es causa frecuente de muerte en los países industrializados, predominando el evento isquémico con relación al hemorrágico. Se trata de una afección que, aunque puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, es más frecuente en personas de la tercera edad, cuando la probabilidad de morir se duplica por cada década.²² En Cuba constituye la tercera causa de muerte.²³ Todo lo anterior coincide con lo encontrado en el presente estudio en el cual los investigadores observan que la mayor parte de los pacientes presentó enfermedad isquémica, mientras que una minoría tuvo formas hemorrágicas de ECV. Resultados similares fueron encontrados en el estudio realizado por Sánchez

Lozano de Enero del 2006 a Diciembre del 2010 en Cienfuegos.²⁴ En la serie la mortalidad es más elevada en la ECV isquémica, lo que no coincide con la mayor parte de los estudios revisados, aunque existen estudios con iguales resultados.^{25,26} La morbilidad hospitalaria estuvo acorde a estudios realizados en Cuba, sin embargo la letalidad y mortalidad ese año estuvo baja en relación a otros centros hospitalarios, situación que probablemente se deba por la apertura de la sala de Ictus en el centro hospitalario con atención especializada y protocolizada.²⁶ Con respecto a los países de nuestro entorno, la tasa de mortalidad por ictus en España se encuentra en posición intermedia. En este país, la misma se ha mantenido en cifras de 11,58% en los últimos años. La tasa cruda de mortalidad fue 101,38 por 105 personas y año (85,85 para los hombres y 116,35 para las mujeres). Las tasas ajustadas por edad fueron 74,29 en hombres y 60,13 en mujeres. A pesar de estos datos, las tasas de mortalidad por ictus en España llevan más de 20 años descendiendo de forma prácticamente paralela en ambos sexos. Esta caída de la mortalidad del ictus contrasta con el estancamiento de la mortalidad por cardiopatía isquémica.^{25,26} En cuanto al género o sexo los hombres son más propensos a padecer ECV pero las mujeres de fallecer a causa de la misma. El hombre es afectado con más frecuencia que la mujer.²⁴⁻²⁶ En el presente estudio no existe diferencias entre ambos sexos, en la literatura describen el aumento de la ECV en la mujer en las últimas décadas.²⁵ La incidencia y la prevalencia de ECV se incrementan dramáticamente con la edad, sobre todo por encima de los 70 años, con una ligera preponderancia en hombres, lo cual confirma a la edad avanzada como principal factor de riesgo biológico para ECV.^{1-8,25,26} En la serie el investigador coincide con la literatura. Después de la edad que es un factor no modificable, la hipertensión arterial constituye el factor de riesgo de mayor prevalencia y el más poderoso. Esto es válido tanto para la tensión arterial sistólica como para la diastólica, tanto en hombres como en mujeres independientemente de la edad y para cualquiera de las formas principales de ictus (isquémicos y hemorrágicos). Diferentes estudios epidemiológicos han mostrado que la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para sufrir esta enfermedad.^{28,29} Los estudios de control de la hipertensión arterial con algunos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y con los bloqueadores del receptor A2 de angiotensina (ARA-2) han mostrado que su uso en el tratamiento de pacientes hipertensos (y aun en normotensos) logra disminuir el riesgo de ECV entre el 25 y el 43 % en las diferentes series.²⁷⁻²⁹ En el estudio Registro Nacional Mexicano de Enfermedad Vascular Cerebral (RENAMEVASC)²² se demostró que al disminuir las cifras de presión arterial diastólica (PAD) en 5-6 mmHg se lograba una disminución en el riesgo de sufrir un primer evento de ECV entre 35-40 % y con la disminución de 5-6 mmHg en la presión arterial sistólica y de 10-12 mmHg en la presión arterial sistólica en pacientes con ataque isquémico transitorio (AIT) o con ECV previo se lograba disminuir el riesgo anual de sufrir un ictus

de un 7 a 4.8 %. Algunos trabajos han demostrado que la proporción de ictus dependientes de hipertensión arterial oscila entre 35 y 50 % en dependencia de la edad. Además de su importancia como factor de riesgo en las ECV está el hecho de su gran prevalencia en la población, la cual la sitúa entre las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes afectando las diferentes poblaciones entre el 28 y 40 %, con un riesgo estimado entre 3.0 – 5.0 (el mayor de todos) para sufrir ictus. Es imprescindible tener en cuenta que esta enfermedad es controlable en el momento actual con el arsenal fármaco terapéutico existente y que a la luz de los conocimientos recientes constituye la clave para la prevención de la ECV que es el objetivo más importante de nuestra labor.²⁹

Después de haber revisado un grupo de factores de riesgo queda demostrado en esta investigación la significación estadística de factores como: edad \geq de 70 años, ECV anterior e hipertensión arterial en la génesis de la ECV lo cual tiene su base fundamental en la aterosclerosis.²⁶ Los resultados obtenidos en este estudio difieren con los encontrados por otros autores los cuales señalan como primera causa de mortalidad a los pacientes con antecedentes de ECV previa, enfermedad coronaria y enfermedad arterioesclerótica. Se observa coincidencia en el caso de la HTA que es el factor de riesgo que más se asocia a la presentación del ictus y a menudo se acompaña de otros factores de riesgo modificable o potencialmente modificable.^{17,28} En la presente investigación los autores encuentran otros factores de riesgos que se asocian a la probabilidad de morir; el hábito de fumar y la Diabetes Mellitus que coincide con estudios nacionales e internacionales.^{4-6,14-22} El autor asocia a las cifras más bajas de complicaciones y mortalidad que aparecen entre los enfermos incluidos en esta investigación estén relacionadas con su ingreso a una terapia de ictus que se asocian a una mejor evolución de los pacientes²⁵, menor número de complicaciones y menor mortalidad; aunque en la investigación el total de pacientes estudiados tuvo al menos una complicación y la mortalidad aumentó cuando se asociaron más de 3 complicaciones que se corresponde a estudios realizados nacionales e internacionales.²⁹⁻³¹ De forma general, el 25% de los pacientes con ECV sufren empeoramiento clínico precoz y el 8 al 20% fallecen durante el primer mes. En la primera semana, la mortalidad obedece generalmente a causas neurológicas, siendo las causas médicas las que predominan en la mortalidad tardía.^{1, 2,29-31} En el segundo grupo las infecciones y fundamentalmente la neumonía constituye una importante causa de muerte en pacientes con ictus sobre todo cuando se asocia a alteraciones del nivel de conciencia o reflejo tusígeno alterado.³¹ Estos datos están en correspondencia con los pacientes de este estudio donde la neumonía ocupa el porcentaje más elevado asociado a la hiperglucemia. Referente a esta última complicación estudios internacionales (*NICE SUGAR*) enfatizan el control estricto de los niveles de glucemia en el paciente crítico.³² La creciente prevalencia de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y los aumentos de la demanda a

los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios exigen del personal de Enfermería conocimientos y habilidades, la Enfermería de urgencias y emergencias incluye la administración de los cuidados que se inician con la prevención y se extienden hasta las intervenciones destinadas a salvar la vida. El personal de Enfermería valora, diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa los cuidados a través del Proceso Atención de Enfermería (PAE). El PAE exige al profesional conocimientos, habilidades y destrezas para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros profesionales, constituye un instrumento que asegura la calidad de los cuidados y garantiza la atención individualizada. Por su propio perfil el enfermero que se dedica a la atención del paciente grave tiene la responsabilidad de proporcionar los cuidados necesarios, así como colaborar con las técnicas y procedimientos definidos en los protocolos de actuación para cada urgencia o emergencia.^{33,34} Los cuidados enfermeros son un servicio profesional más que contribuye a la mejora de la salud y la calidad de vida de la población y sin duda alguna, son una parte esencial en el proceso de salud de las personas y un elemento fundamental e indispensable en la atención de salud. Las acciones de Enfermería deben de ir dirigidas a identificar las necesidades afectadas del paciente, estableciendo un orden de prioridad, realizar plan de cuidados a través de acciones dependientes e independientes, observando en todo momento las respuestas del paciente.³⁴ Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina. Es vital lograr la asistencia del enfermo neurológico por personal de Enfermería capacitado, con la aplicación del PAE, que proporciona un método lógico y racional para identificar necesidades y problemas del paciente, organizar la actividad del cuidado, con una base dialéctica, cognoscitiva y educativa. El profesional de Enfermería que brinda atención especializada en los servicios de atención a pacientes graves realizará la valoración inicial para tratar los problemas que son vitales e identifica las situaciones que suponen una amenaza inmediata para la vida del paciente. El plan de prioridades incluye la valoración de la permeabilidad de la vía aérea, respiración, circulación, estado de conciencia, entre otros. La valoración continua del enfermo en estado de salud grave es un elemento esencial que aporta los datos básicos para la planificación y ejecución de los cuidados de Enfermería; encaminada a conseguir la estabilización del paciente; es el instrumento más valioso en la atención del paciente grave y permite identificar síntomas y signos importantes para evaluar el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del paciente. Contribuirá a identificar los patrones de respuesta y cambios en el estado del mismo, así como asumir el modelo de Virginia

Henderson, para la satisfacción de las 14 necesidades humanas básicas.³⁵ Ante los nuevos retos de salud para el presente siglo y el desarrollo de nuevas tecnologías, los enfermeros están llamados a perfeccionar los conocimientos, en aras de garantizar un cuidado óptimo a nuestros pacientes, cuyo resultado final será el mejoramiento en la calidad de los servicios de salud, aumento de la esperanza de vida y la incorporación del paciente a la sociedad.^{35,36} El personal de Enfermería debe ser competente para mantener un desempeño de excelencia en las urgencias y emergencias más frecuentes en los servicios hospitalarios, como respuesta a las demandas de servicios de salud, de la profesión y de la propia población.³⁷

Conclusiones

La ECV isquémica aportó el mayor número de pacientes hospitalizados por ictus y se asoció a una mayor mortalidad. Predominó el grupo de edad mayores de 60 años, la estadía estuvo acorde a la del servicio de Ictus, predominó la apariencia racial blanca y no existió diferencias en el sexo.

La edad mayor de 70 años, la Hipertensión Arterial, la Diabetes *Mellitus*, el hábito de fumar y presencia de ECV previas fueron los factores que se asociaron con alta incidencia con la mortalidad, así como la asociación de más de 3 factores.

La mortalidad de los pacientes ingresados por ECV fue baja aportando el mayor número de fallecidos las complicaciones no neurológicas: neumonías, úlceras de decúbito e hiperglucemia y a medida que aumentan los días de estadía aumenta el número de complicaciones

Las acciones de Enfermería estuvieron encaminadas a evitar complicaciones, disminuir la mortalidad e incorporar al paciente a la sociedad, por lo que a todos los pacientes se les brindó atención especializada con todos los recursos humanos y materiales destinados a la atención de la ECV es las unidades de atención al paciente grave.

Referencias Bibliográficas

1. Zivin J. Approach to Cerebrovascular Diseases. In: Goldman L and Ausiello Da, Eds. Cecil Medicine. 23rd. ed. Philadelphia: Elsevier; 2008. p. 430-2; 2701-27.
2. Buergo Zuaznabar MA, Fernández Concepción O. Guías de prácticas clínicas para el ictus. La Habana: ECIMED; 2009.
3. Ruíz-Giménez N, González Ruano P, Suárez C. Abordaje del accidente cerebrovascular. Inf Ter Sist Nac Salud [Internet] 2002; 26: 93-106. Disponible en: <http://www.msc.es/farmacia/infmedi> [consulta: 19 dic 2014].
4. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet [Internet] 2014; Jan 18; 383(9913): 245–54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4181600/> [consulta: 19 dic 2014].
5. Hachinski V, Donnan GA, Gorelick PB, Hacke W, Cramer SC, Kaste M, et al. Stroke: working toward a prioritized world agenda. Stroke [Internet] 2010; 41(6): 1084–99. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3712843/> [consulta: 19 dic 2014].
6. Judd SE, Kleindorfer DO, McClure LA, Rhodes JD, Howard G, Cushman GM, et al. Self-report of stroke, transient ischemic attack, or stroke symptoms and risk of future stroke in the REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study. Stroke [Internet] 2013; 44(1): 55–60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3558975/> [consulta: 19 dic 2014].
7. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003; 289(19): 2560-72.
8. Pancioli AM, Broderick J, Kothari R, Brott T, Tuchfarber A, Miller R, et al. Public perception of stroke warning signs and knowledge of potential risk factors. JAMA 1998; 279(16): 1288-92.
9. Chaves-Sell F, Medina MT. Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular en Latinoamérica. [Editorial]. Revista Ecuatoriana de Neurología [Internet] 2004; 13(12): Disponible en: http://www.medicosecuador.com/revecuatneurol/vol13_n1-2_2004/editorial.htm [consulta: 18 set 2014].
10. Burke JF, Lisabeth LD, Brown DL, Reeves MJ, Morgenstern LB. Determining stroke's rank as a cause of death using multi-cause mortality data. Stroke [Internet] 2010; 43(8) 2207-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3753667/> [consulta: 18 set 2014].
11. Kulshreshtha A, Vaccarino V, Judd S, Howard VJ, McClellan W, Muntner P, et al. Life's simple and risk of incident stroke: REasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study. Stroke. [Internet] 2013; 44(7): 1909-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3816734/> [consulta: 18 set 2014].
12. Afshin AA, Majidi S, Barrett AM, Noorbaloochi S, Luft AR. Consequences of stroke in community-dwelling elderly: the health and retirement study 1998-2008. Stroke [Internet] 2011; 42(7): 1821–25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3125444/> [consulta: 18 set 2014].
13. Howard VJ, Kleindorfer DO, Judd SE, McClure LA, Safford MM, Rhodes JD, et al. Disparities in stroke incidence contributing to disparities in stroke mortality. Ann Neurol. [Internet] 2011; 69(4): 619–27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3595534/pdf/nihms441147.pdf> [consulta: 18 set 2014].
14. Rist PM, Chalmers J, Arima H, Anderson C, MacMahon S, Woodward M, et al. Baseline cognitive function, recurrent stroke, and risk of dementia in stroke patient. Stroke [Internet] 2013; 44(7): 1790-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3695012/>

[consulta: 18 set 2014].

15. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2012. Incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria. [Internet]. 2013. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf [consulta: 18 set 2014].
16. Saver LJ, Smith EE, Fonarow GC, Reeves MJ, Zhao X, Olson DM, et al. The golden hour and acute brain ischemia: presenting features and lytic therapy in over 30,000 patients arriving within 60 minutes of onset. *Stroke* [Internet] 2010; 41(7): 1431–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2909671/> [consulta: 18 set 2014].
17. Romero JR, Morris J, Pikula A. Stroke prevention: modifying risk factors. *Ther Adv Cardiovasc Dis* [Internet] 2008; 2(4): 287–303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729177/> [consulta: 18 set 2014].
18. Bos MJ, Koudstaal PJ, Hofman A, Ikram MA. Modifiable etiological factors and the burden of stroke from the Rotterdam study: a population-based cohort study. *PLoS Med* [Internet] 2014; 11(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4004543/> [consulta: 18 set 2014].
19. Wolf PA, D'Agostino RB, Belanger AJ, Kannel WB. Probability of stroke: a risk profile from the Framingham study. *Stroke* [Internet] 1991; 22: 312-8. Disponible en: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/312.full.pdf> [consulta: 18 set 2014].
20. Howard G, Cushman M, Kissela BM, Kleindorfer DO, McClure LA, Safford MM, et al. Traditional risk factors as the underlying cause of racial disparities in stroke: lessons from the half full (empty?) glass. *Stroke* [Internet] 2011; 42(12): 3369-75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3226886/> [consulta: 18 set 2014].
21. Aoki J, Uchino K. Treatment of risk factors to prevent stroke. *Neurotherapeutics* [Internet] 2011; 8(3): 463–74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3250272/> [consulta: 18 set 2014].
22. Murillo Bonilla LM, Lizola Hernández J, Lepe Cameros L, Ruiz Sandoval JL, Chiquete E, León Jiménez C, et al. Factores predictivos de discapacidad funcional y muerte a 30 días en sujetos con infarto cerebral agudo: resultados del Registro Nacional Mexicano de Enfermedad Vasculare Cerebral (Estudio RENAMEVASC). *Rev Mex Neuroci* [Internet] 2011; 12(2): 68-75. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2011/rmn112b.pdf> [consulta: 18 set 2014].
23. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2013. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf> [consulta: 18 set 2014].
24. Sánchez Lozano A, Lozano Leblanc A, Rojas Fuentes J, Cutiño Mass Y, Verdecia Fraga R, Bernal Valladares EJ. Letalidad hospitalaria por enfermedad cerebrovascular en la provincia de Cienfuegos. *Revista Finlay* [Internet] 2014; 4(4): 238-47. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/303/1364> [consulta: 17 mar 2017].
25. Naylor AR. Letter by Naylor regarding article, Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* [Internet] 2011; 42(6): e385. Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/content/42/6/e385> [consulta: 18 set 2014].
26. Vallejo Ramírez AJ. Efecto de los factores de riesgo aterogénicos en la enfermedad cerebrovascular. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.convencionalud2015.sld.cu/index.php/convencionalud/2015/paper/view/600/723> [consulta: 18 set 2014].
27. Piloto Hernández L, Palma López ME, Rodríguez Álvarez L, Carmona Brito J. Principales causas de muerte en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med* [Internet] 2015; 54(1): 14-26. Disponible

- en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v54n1/med03115.pdf> [consulta: 23 jul 2015].
28. Manwani B, Liu F, Scranton V, Hammond MD, Sansing L, McCullough LD. Differential effects of aging and sex on stroke induced inflammation across the lifespan. *Exp Neurology* [Internet] 2013; 249: 120–31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3874380/> [consulta: 18 set 2014].
 29. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Alvarez Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Rev Esp Salud Pública* [Internet] 2008; 82(6): 581-616. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v82n6/colaboracion1.pdf> [consulta: 18 set 2014].
 30. Rojas Fuentes JO, Cutiño Maas Y, Verdecía Fraga R, Sánchez Lozano A, Herrera Alonso D, López Arguelles J. Atención a pacientes con enfermedad cerebrovascular en un hospital general: experiencia de 2 años. *Medisur* [Internet] 2010; 8(4) 25-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v8n4/v8n4a1232.pdf>
 31. Sánchez León M, Blanco Trujillo J, Martínez Valdés LL, Rodríguez Porto AL. Complicaciones Clínicas en fallecidos por Enfermedad Cerebrovascular en el Hospital Calixto García. *Rev Cub Med Int Emerg* [Internet] 2007; 6(3): 790-805. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol6_3_07/mie03307.pdf [consulta: 18 set 2014].
 32. Finfer S, Chittock D, Ronco J. Control estricto de la glucemia en unidades de cuidados intensivos. *New England Journal of Medicine* [Internet] 2009; 360(13): 1283-97. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=65705> [consulta: 18 set 2014].
 33. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Côté R, Gayton D, Carlton J, Buttery J, et al. There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke* [Internet] 2000; 31(10): 1016-23. Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/content/strokeaha/31/5/1016.full.pdf> [consulta: 18 set 2014].
 34. Bembibre Taboada R, Hernández Rodríguez YA, Corona Martínez LA. Mortalidad oculta en terapia intermedia. *Rev Cubana Med* [Internet] 1999; 38(4): 258-62. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v38n4/med04499.pdf> [consulta: 18 set 2014].
 35. Isasia Muñoz T, Vivancos Mora J, del Arco Galán C. Cadena asistencial del Ictus. Protocolo de actuaciones en urgencias hospitalarias. *Emergencias* [Internet] 2005; 13: 178-87. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/cadena-asistencial-del-ictus-protocolo-de-actuacion-en-urgencias-hospitalarias/> [consulta: 18 set 2014].
 36. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Cerebrovasculares. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2000. p. 1-20.