



RESUMEN

Objetivo: Establecer las complicaciones durante la estancia hospitalaria en los pacientes con evento cerebrovascular en el departamento de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009.

Métodos y materiales: Estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y longitudinal.

La investigación se realizó en base a las historias clínicas de los pacientes hospitalizados con evento cerebro vascular, en el departamento de clínica del hospital Vicente Corral Moscoso, ubicado en la Av. los Arupos y Av. 12 de Abril, del cantón Cuenca, provincia del Azuay, de la república del Ecuador.

Para el levantamiento de los datos se utilizó el formulario previamente elaborado y validado, fue llenado por las personas participantes de la investigación; de acuerdo a la historia clínica de cada paciente.

Resultados: El 79.74% de los pacientes con evento cerebro vascular que fueron hospitalizados en el HVCM son pacientes mayores de 56 años. Las complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en las edades comprendidas entre 66-75 años con un 26.09%. Con respecto al sexo, 77 fueron mujeres y 76 fueron hombres, las complicaciones se presentaron más en las mujeres con un 52.17%. La principal comorbilidad fue la HTA con un 78.43%. La principal etiología de ingreso fue el ECV hemorrágico con el 56.21%.

Las principales complicaciones fueron urológicas con un 27.83% y las metabólicas también con el 27.83 %. De las urológicas, la principal fue las infecciones de vías urinarias con un 75%. Las alteraciones hidroelectrolíticas fueron las principales complicaciones metabólicas con un 71.88%. En secuencia las complicaciones respiratorias se presentaron en el 21.74% de los pacientes. Otras complicaciones que se presentaron en menor porcentaje fueron: complicaciones digestivas, neurológicas, psiquiátricas, dermatológicas,



hematológicas, dolor osteomuscular, deterioro progresivo del paciente, muerte del paciente.

PALABRAS CLAVES: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, COMPLICACIONES, HOSPITALIZACIÓN, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.



ABSTRACT

Objective: To establish the complications during hospital stay in patients with stroke in the Department of Clinical Vicente Corral Moscoso Hospital in Cuenca in 2005 and 2009.

Methods and Materials: This descriptive study was retrospective, longitudinal study.

The research was conducted based on the medical records of hospitalized patients with stroke in the department of clinical Vicente Corral Moscoso Hospital, located at Av and Av the Arupos April 12, the Canton Cuenca province Azuay, the republic of Ecuador.

For the survey data was used previously developed and validated form was completed by the participants of the investigation according to medical records of each patient.

Results: 79.74% of patients with stroke who were hospitalized in the HVCM are patients over 56 years. Complications occurred more frequently in those aged 66-75 years with 26.09%. With regard to sex, 77 were female and 76 were men, there were more complications in women with a 52.17% .. The main comorbidity was HT with 78.43%. The main cause of admission was hemorrhagic CVD with 56.21%.

The urological complications were 27.83% with metabolic and also with 27.83%. Of urological were the main urinary tract infections with 75%. The electrolyte disturbances were the main metabolic complications with 71.88%. In sequence respiratory complications occurred in 21.74% of patients. Other complications that occurred in a lower percentage were, digestive complications, neurological, psychiatric, dermatological, hematological, musculoskeletal pain, progressive deterioration of the patient's death.

KEYWORDS: STROKE, COMPLICATIONS, HOSPITALIZATION, VICENTE CORRAL MOSCOSO HOSPITAL.



INDICE

I INTRODUCCIÓN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACIÓN	14
II MARCO TEÓRICO:	15
2.1 COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS	18
2.2 COMPLICACIONES MEDICAS	20
III OBJETIVOS.....	28
IV DISEÑO METODOLÓGICO	29
4.1 Tipo y Diseño General del estudio:	29
4.2 Área de estudio:.....	29
4.3 Universo:.....	29
4.4 Variables	29
4.5 Operacionalización.....	30
4.6 Métodos, Técnicas e Instrumentos	30
4.7 Procedimientos	30
4.8 Plan de Tabulación y Análisis	31
4.9 Consideraciones Éticas.....	31
V RESULTADOS Y ANÁLISIS	32
VI DISCUSIÓN.....	51
VII CONCLUSIONES	55
VIII RECOMENDACIONES.....	58
IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
X ANEXOS.....	63



Nosotras, María Andrea Martínez Mejía, Adriana Mizhel Morocho Araujo, Isabel Victoria Narváez Correa, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autoras.

Nosotras, María Andrea Martínez Mejía, Adriana Mizhel Morocho Araujo, Isabel Victoria Narváez Correa,, certificamos que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**“COMPLICACIONES DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN LOS
PACIENTES CON EVENTO CEREBROVASCULAR EN EL DEPARTAMENTO
DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA
CIUDAD DE CUENCA EN LOS AÑOS 2005 AL 2009”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTORAS: MARÍA ANDREA MARTÍNEZ MEJÍA
ADRIANA MIZHEL MOROCHO ARAUJO
ISABEL VICTORIA NARVÁEZ CORREA**

DIRECTOR: Dr. FABIÁN DÍAZ HEREDIA

**CUENCA –ECUADOR
2012**



DEDICATORIA

A Dios, por guiarme siempre por el camino del bien y poner a mi lado personas valiosas.

A mis padres, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mis hermanos, tíos, primos, abuelos y amigos.

A ti prima, Jazmin, porque aunque ya no estes presente físicamente, te recuerdo siempre, me apoyaste siempre, porque me hiciste ver lo bonito de la vida, me diste el ánimo, la fuerza y la alegría para seguir adelante.

Gracias a todos, por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

María Andrea



DEDICATORIA

A Dios, mi madre y mis herman@s.
Por ser mi luz y brindarme su apoyo
incondicional en el camino de la vida.

Vicky



DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de disfrutar cada día.

A mis padres, por brindarme incondicionalmente su apoyo. Sin su cariño, comprensión, paciencia no estaría en el lugar que ahora estoy.

A mis Hijos, Samantha, Matías, sin ustedes nada en mi vida hubiera sido igual. Son el verdadero amor que me impulsa a seguir luchando. Dios gracias por darme la capacidad de haberles dado la vida...

Mizhel



AGRADECIMIENTO

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis es inevitable que nos asalte un muy humano egocentrismo que nos lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que hemos hecho. Sin embargo, el análisis objetivo te muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Por ello, es para nosotras un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con ellas, expresándoles nuestro agradecimiento

A Dios, por guiarnos en nuestra vida e iluminarnos en esta carrera, enseñándonos cada día a aprender lo mejor.

A Nuestros Padres, que gracias a su amor, apoyo, comprensión nos han enseñado a vencer cada obstáculo que se presenta en nuestras vidas, a luchar y conseguir lo que queremos.

A nuestros maestros y tutores, por compartir sus enseñanzas, afianzar conocimientos y así poderlos aplicar para bien en cada momento de nuestra carrera, un agradecimiento especial al Dr. Fabián Díaz Heredia, Director de nuestra tesis; al Dr. Ismael Morocho Malla, Asesor de nuestra investigación.

Agradecemos a las autoridades, y personal del Hospital Vicente Corral Moscoso, sobretodo al personal del Departamento de Estadística de



dicha institución, por su tiempo y colaboración que fue de fundamental importancia en el desarrollo de esta investigación.

A nuestros familiares y amigos, por su confianza, por darnos el ánimo y fuerza necesaria para continuar.

Las autoras



I INTRODUCCIÓN

El Evento Cerebrovascular representa un problema cotidiano, médico, social y económico, más allá de ser una enorme carga tanto para el paciente, para la familia, como para la sociedad.

El Evento Cerebro Vascular se encuentra entre las cuatro patologías prevalentes y que el seguimiento de la atención del paciente, luego de padecido el ECV, pasa a ser una patología prevalente en el consultorio externo del hospital, en especial en los primeros seis meses posteriores, en donde se juega el porvenir del paciente portador de esta patología.

El evento cerebro vascular (ECV) se refiere a cualquier anomalía cerebral, producto de un proceso patológico que comprometa los vasos sanguíneos.

En estudios internacionales la prevalencia es de 800/100.000 habitantes con una incidencia anual de 100-270/100.000 y una tasa anual de mortalidad de 100/100.000 (duplicándose la tasa por edad cada 5 años de incremento).

En Ecuador es la tercera causa de muerte y la primera causa de invalidez. Se trata de una enfermedad que no respeta edad, sexo, raza, ni condición social y que en muchas ocasiones afecta a individuos en las etapas más productivas de sus vidas.

A partir de 1970 su frecuencia aumenta, en una proporción alarmante, hasta el punto que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estableció que entre 1990 y 2001 las principales causas de muerte en la población general en el Ecuador fueron las enfermedades cerebro-vasculares.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) forman parte del grupo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), las mismas que han cobrado relevancia en la Agenda Internacional de Salud, su tratamiento requiere mayor atención por parte de Jefes de Estado y de Gobierno, debido a que el aumento de la incidencia y prevalencia de las mismas significa no solamente daño social a las personas, las familias y las comunidades, especialmente en las poblaciones más pobres; si no que además constituye un obstáculo cada vez mayor para el desarrollo humano. 6 de cada diez personas mueren por ECNT. (22)

De acuerdo a los datos provenientes de la notificación mensual de la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud, en Ecuador las Enfermedades Cardio Vasculares (ECV) representa el 30% de todas las muertes: 46% en menores de 70 años, 79% de la carga de morbilidad atribuida a las ECV ocurre antes de 70 años. (21)

Entre las 10 primeras causas de mortalidad en Ecuador en el 2008, y por sexo tenemos:

- En la mujer, la primera causa de muerte se debe a diabetes mellitus, **la segunda a Enfermedades Cerebrovasculares**, la tercera a enfermedad hipertensiva
- En el hombre la primera causa es por agresiones y homicidios, la segunda por accidentes de transporte y la **tercera por Enfermedad Cerebrovascular**. (21).

Por lo tanto la Enfermedad Cerebro Vascular representa la segunda causa de muerte en mujeres y la tercera causa de muerte en hombres.

Consecuente con este escenario epidemiológico, hemos establecido que el abordaje de las Enfermedades Cerebrovasculares constituye una alta prioridad.



JUSTIFICACIÓN

Las Enfermedades Cerebrovasculares forman parte de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Actualmente en el Ecuador existe el “PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES-ECNT”. Lo que nos demuestra que ello es una prioridad en nuestro país.

Las enfermedad cerebro-vascular, puede acarrear muchas complicaciones aumentando el riesgo de morbi-mortalidad de los pacientes. Con este estudio conoceremos las complicaciones más frecuentes en los pacientes hospitalizados en nuestro medio. Esta información será útil para posteriormente implementar las medidas necesarias para tratar de evitar que se presenten dichas complicaciones.

Con todo esto, los únicos beneficiados serán los pacientes hospitalizados por dicha enfermedad, ya que ayudará a aumentar la calidad de atención a pacientes con ECV, traducida por disminución de la morbi-mortalidad y discapacidad por esta causa.



II MARCO TEÓRICO:

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.

Esto si bien incluye la hemorragia subaracnoidea, excluye los accidentes isquémicos transitorios, los hematomas subdurales y los infartos isquémicos de otra etiología (embolias sépticas o neoplásicas).(1)

El Evento Cerebrovascular (ECV), apoplejía o ictus es la patología neurológica prevenible, previsible que más tributo cobra a la salud del género humano tanto en el aspecto de la mortalidad como en el de la invalidez. El evento cerebrovascular ocasiona una cantidad extensa de muerte e incapacidad en todo el mundo. En el mundo occidental es la tercera causa de muerte tras las enfermedades del corazón y los cánceres; es probablemente la causa más común de incapacidad severa. Su incidencia aumenta con la edad y la mayoría de las poblaciones que envejecen.(2)

El ECV hemorrágico tiene un riesgo mas alto de muerte que el ECV isquémico, las muertes que ocurren dentro de la primera semana después del ECV son mayoritariamente debidas a los efectos directos del daño cerebral; Posteriormente sobre las complicaciones de la inmovilidad como la bronconeumonía, el tromboembolismo venoso, y problemas cardiacos cada vez más comunes.(2)

La principal complicación que tienen son las secuelas funcionales que dejan en el paciente; éstas, van a afectar tanto al paciente como a los familiares con los que vive en muchas ocasiones supone un enorme trauma familiar, ya que el paciente puede necesitar cuidados constantes.(3)

La recuperación funcional de las secuelas producidas por un evento cerebrovascular va a depender de la severidad de éste, de la edad y situación física previa del paciente, y de la posibilidad o no de realizar rehabilitación; el



paciente, con la rehabilitación, puede "aprender de nuevo" a realizar las funciones que ha perdido a causa de la lesión cerebral.(3)

Un año después de sufrir un ictus, aproximadamente el 60% de los pacientes que sobreviven no requieren ayuda en las actividades de la vida diaria (comer, vestirse, asearse, pasear,...), un 20% sólo la requieren para actividades complejas (por ejemplo bañarse), y sólo un 5% son totalmente dependientes. Un tercio de los pacientes con ECV son capaces de volver a trabajar al año del episodio, aunque muchos continúan mejorando de su sintomatología hasta el final del segundo año. (3)

En un estudio descriptivo, prospectivo, de los pacientes que ingresaron en la Unidad durante la primera semana las complicaciones neurológicas aportan el 78% de las muertes debido al efecto de masa ligado al edema cerebral o a la extensión de la lesión neurológica. Aquellas que aparecen después de la primera semana se deben fundamentalmente a problemas potencialmente previsibles como infecciones, tromboembolismo venoso y otras complicaciones de causa cardiovascular, sugiriéndose que la efectividad de los protocolos para el manejo del paciente ECV para reducir la mortalidad radica en que mejora la prevención, la identificación y el tratamiento de las complicaciones secundarias.(4)

En Cuidados Intermedios del Hospital General Docente "Julio Trigo López", se realizó un estudio con el objetivo general de identificar las complicaciones intrahospitalarias del ictus y su asociación con algunos factores de riesgos. Las complicaciones más frecuentes halladas fueron las respiratorias presentándose en el 41.8% de los casos seguidos de las neurológicas con un 23.1%, las cardiovasculares representaron el 15.4%. De las complicaciones respiratorias las neumonías, el coma y las arritmias fueron las complicaciones que por aparato se constataron. La fiebre y la deshidratación entre otras, se constataron en el 17.6 y 9.9% respectivamente.(4)

En otro estudio realizado en el Hospital de la Universidad de Trondheim de Noruega, con el objetivo de analizar la frecuencia y el tiempo de aparición de



las complicaciones médicas en pacientes de la unidad de ictus agudo, se encontraron los siguientes resultados: durante la primera semana el 63,8% de los pacientes experimentaron una o más complicaciones. Las complicaciones más frecuentes fueron el dolor en el 23,9%, la temperatura de 38 °C en el 23,7%, progresión del ictus en el 18,4%, infección del tracto urinario en el 16,0%, elevación de troponina T sin criterios de infarto de miocardio en el 11,7%, infecciones respiratorias en el 11,2%, caídas leves en el 37,4% e infarto del miocardio en el 4,5%; mientras que la recurrencia del evento cerebrovascular, convulsiones, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, dolor en el hombro, caídas graves, otras infecciones y úlceras de decúbito se presentaron en el 2,5% de los pacientes; la mayoría de las complicaciones se presentaron durante los primeros 4 días. Además se determinó que la gravedad de la apoplejía es el factor de riesgo más importante para la presencia de complicaciones.(5)

En el Hospital General Eulji, de Corea, con la finalidad de conocer la influencia de las complicaciones hospitalarias secundarias al ictus en la mortalidad de los pacientes, se realizó un estudio prospectivo con 579 pacientes con ictus isquémico agudo. Los resultados mostraron que el 27.6% de los pacientes presentaron una o más complicaciones médicas; de éstos la mortalidad a los 30 días fue del 16.3%, a los 90 días fue del 29.4%, al año fue del 46,9%, a los 2 años fue del 55,6%, a los 3 años fue del 61,3%, y a los cuatro años fue del 70,7%. Mientras que la mortalidad de los pacientes que no presentaron complicaciones (n = 419) fue de 1,4% a los 30 días, 3,8% a los 90 días, 8,8% al año, 15% a los 2 años, 19,1% a los 3 años y 22,4% a los 4 años.

El estudio permitió concluir que la adecuada prevención y tratamiento de las complicaciones hospitalarias mejora el pronóstico a corto y a largo plazo después del evento cerebrovascular.(6)

En un estudio realizado en los Departamentos de Neurología y Neurocirugía de la Universidad de Virginia; el Departamento de Neurología de la Universidad de California, en San Diego; la Fundación Parque Nicollet Médica, San Louis Park, Minnesota; Hospital Foothills, de Calgary, Alberta, Canadá; el



Departamento de Neurología de la Facultad de Medicina de Georgia, y el Departamento de Neurología de la Universidad de Alabama; con el objetivo de identificar los tipos, la gravedad y la frecuencia de complicaciones médicas y neurológicas después de un ictus isquémico agudo, además de determinar su papel en la mortalidad y el estado funcional del paciente; se obtuvieron los siguientes resultados: el 95% de los pacientes analizados tenía al menos una complicación, la complicación médica grave más común fue la neumonía (5%), y la complicación neurológica grave más común fue una nueva extensión del infarto de admisión (5%). La mortalidad a los 3 meses del ictus fue del 14%; el 51% de estas muertes se debieron principalmente a complicaciones médicas. La evolución clínica fue significativamente peor en pacientes con graves, medidos por el Índice de Barthel (OR:6,1; intervalo de confianza del 95% [IC], de 2,5 a 15,1) y por la escala de de Glasgow (OR, 11,6; 95% CI, 4,3 a 30,9). Serias complicaciones médicas se asociaron con una discapacidad grave a los 3 meses según lo determinado por la escala de resultados de Glasgow (OR, 4,4; IC 95%: 1,3 a 14,8).(7)

2.1 COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS

Aquí nos referimos a aquellas complicaciones neurológicas cuya causa directa es el propio ictus, y en las que un diagnóstico y tratamiento precoz pueden ser vitales para el devenir del enfermo.(8)

- **Edema y herniación cerebral**

La mayoría de los pacientes que fallecen por una causa no sistémica ni infecciosa lo hacen por edema y herniación cerebral. Durante la primera semana es la principal causa de muerte, con una máxima incidencia en los 3 a 5 primeros días en caso de infartos extensos.(8)

- **Hidrocefalia aguda**

En ocasiones, las lesiones neurológicas o la sangre producirán un bloqueo de los orificios de circulación del líquido cefalorraquídeo induciendo el desarrollo de una hidrocefalia aguda. Esta complicación es típica de la hemorragia



subaracnoidea y de la hemorragia intraventricular, pero también puede presentarse en hemorragias e infartos de fosa posterior que compriman el cuarto ventrículo, u otros lugares más estratégicos, como en mesencéfalo con compromiso del acueducto de Silvio. En estas ocasiones será preciso la colocación de un drenaje ventricular para aliviar la hipertensión intracraneal aguda.(8)

- **Transformación hemorrágica y hemorragia intrainfarto**

En más del 80% de los infartos cardioembólicos se produce transformación hemorrágica en mayor o menor medida, pero únicamente en el 17% se asocia deterioro clínico. El riesgo de deterioro por transformación hemorrágica es mayor en los pacientes con émbolos de origen cardiaco, infartos extensos y edema con efecto de masa. Los signos radiológicos precoces en la TC predicen un mayor riesgo de sangrado. Si se produjese deterioro clínico, generalmente en casos de hemorragia intrainfarto, el tratamiento deberá incluir medidas para controlar la hipertensión intracraneal y en ocasiones la evacuación del hematoma. (8)

- **Crisis convulsivas**

Un 4% de los ictus isquémicos desarrollan crisis en la fase aguda, que suelen ser parciales, y bastante rebeldes al tratamiento.(8)

Con excepción del infarto por oclusión venosa cerebral, las convulsiones epilépticas después de un evento no implican un gran problema. Son muy raras las crisis convulsivas como manifestación inicial de un episodio isquémico y cuando ocurren en esta forma suelen deberse a un émbolo. En los datos que notificaron Lamy y colaboradores (que estudiaron eventos vasculares cerebrales en pacientes jóvenes con persistencia del agujero oval), cuando ocurrieron convulsiones, no al inicio sino en el transcurso de la primera semana tras el episodio, como se observó en 2 a 4% de sus casos, casi la mitad tuvo otra convulsión, por lo general aislada, durante los siguientes años. Sin



embargo, sucedió lo mismo en quienes presentaron la primera convulsión después de una semana.(9)

- **Recurrencia de ictus**

El riesgo de nuevo infarto cerebral una vez superado el primer mes es de 12-14 % el primer año, disminuyendo al 7% anual en los años siguientes, acumulando un riesgo de recurrencia (tener un nuevo ictus) a los 5 años de hasta un 20-25% . Así el peligro de un nuevo ictus es 7 veces mayor que en la población normal de la misma edad. El riesgo es mayor en infartos cerebrales de origen aterotrombótico y cardioembólico, y menor en los pequeños infartos lacunares.

En las hemorragias cerebrales la posibilidad de recurrencia va a depender del origen - hipertensiva, secundaria a anticoagulación.(10)

2.2 COMPLICACIONES MEDICAS

En un estudio realizado en la Unidad de Ictus Orpington y el Departamento de Medicina para las personas de edad avanzada, Hospitales Bromley NHS Trust, Bromley, y el Departamento de Salud de las Personas Mayores, King's College School of Medicine, Londres, Reino Unido; cuyo objetivo fue evaluar las complicaciones médicas durante la fase de rehabilitación del ictus ; llevado a cabo en 245 pacientes (tanto de la unidad de ictus (n = 124) como de las salas médicas generales (n = 121)); se obtuvieron los siguientes resultados: el 60% presentaron complicaciones médicas, sobre todo aquellos con ictus grave (97%), La frecuencia de complicaciones fue similar en ambos tipos de atención. La aspiración (33% versus 20%, p <.01) y el dolor musculoesquelético (38% frente a 23%, p <.05) fueron los más comunes en la unidad de ictus, mientras que los problemas urinarios (18% versus 7%, P <. 01) e infecciones (49% versus 25%, p <.01) se observan con mayor frecuencia en las salas médicas generales. La frecuencia de trombosis venosa profunda, úlceras por presión, y la progresión de accidente cerebrovascular fueron similares en ambos tipos. Aunque la depresión fue igual en los dos tipos de



rehabilitación, en la unidad de ictus tenían más probabilidades de ser tratados en comparación con las salas generales (67% versus 36%, $p < .05$).⁽¹¹⁾

En un estudio realizado en la Universidad de Northwestern y el Instituto de Rehabilitación de Chicago, con el objetivo de analizar la frecuencia, tipos y factores clínicos asociados a las complicaciones médicas del ictus que se producen durante la rehabilitación de los pacientes, con una cohorte de 1.029 pacientes, se obtuvieron los siguientes resultados: el 65% de los pacientes experimentaron una complicación médica durante la rehabilitación, los factores más significativos para el desarrollo de complicaciones médicas incluyen: mayor déficit neurológico (odds ratio [OR], 4,10; intervalo de confianza [IC]: 1,88 a 8,91), hipoalbuminemia (OR: 1,71, IC 95% 1,15 a 2,52), y antecedentes hipertensión (OR: 1,81, IC 95%, 1,27 a 2,59); el 19% de los pacientes tuvieron una complicación médica que precisaron traslado a un centro de cuidado. Los factores más significativos para las transferencias fueron: elevados recuentos de glóbulos blancos (OR, 1,92; 95% CI, 1,32 a 2,79), niveles bajos de hemoglobina al ingreso (OR: 1,89, IC 95%, 1,32 a 2,68), mayor déficit neurológico (OR, 2,46 , 95% CI, 1,37 a 4,39) y antecedentes de arritmia cardiaca (OR, 1,79; 95% CI, 1,18 a 2,67).⁽¹²⁾

En un estudio multicéntrico, realizado en el Departamento de Medicina Geriátrica, Stirling Royal Infirmary, Escocia, y el Departamento de Ciencias de la Salud Comunitaria, Universidad de Edimburgo; con el objetivo de determinar la frecuencia de las complicaciones médicas del evento cerebrovascular durante un período de 30 meses; con una muestra de 311 pacientes hospitalizados; se obtuvieron los siguientes resultados: Las complicaciones médicas durante el ingreso hospitalario se registraron en el 85% de los pacientes: evento cerebrovascular neurológico recurrente (9%), crisis epiléptica (3%), infección del tracto urinario, infecciones (24%), infección de respiratorias (22%), otras infecciones (19%), caídas (25%), caídas con lesiones graves (5%), úlceras por presión (21%); trombosis venosa profunda y tromboembolismo (2%), embolia pulmonar (1%), dolor de hombro (9%), otros dolores (34%). Se



encontraron las siguientes complicaciones psicológicas: depresión (16%), ansiedad (14%), emotividad (12%), y confusión (56%).(13)

En un estudio realizado en Estados Unidos, entre 1998 y 2007, con el objetivo de conocer las complicaciones médicas del evento cerebrovascular isquémico más comunes, con una población de estudio de 1150336 pacientes hospitalizados con ECV isquémico; se obtuvieron los siguientes resultados: las complicaciones médicas más comunes son: infarto agudo de miocardio, neumonía, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar e infección del tracto urinario (1,6%, 2,9%, 0,8%, 0,3% y 10,1%, respectivamente).(14)

Neumonía

Las neumonías son la complicación extraneurológica responsable del 15 - 25% de las defunciones de pacientes hospitalizados por evento cerebrovascular. Los mecanismos que se conocen pudieran estar involucrados en su génesis incluyen a las broncoaspiraciones subclínicas que con frecuencia se producen en pacientes con bajo nivel de conciencia; la atenuación o ausencia de los reflejos protectores y/o trastornos de la deglución (disfagia neurogénica); la inmovilización, la debilidad de la musculatura respiratoria y finalmente los trastornos del ritmo respiratorio producidos por lesiones en el tronco cerebral con hipoventilación pulmonar secundaria, los cuales predisponen a la aparición de neumonía por retención de secreciones traqueobronquiales.(15)

Los factores antes señalados se saben son favorecedores de la colonización de las vías respiratorias, con el consiguiente establecimiento de la inflamación e infección de estas.(15)

La presencia de infección respiratoria nosocomial se sabe puede agravar el pronóstico, pues la hipertermia que suele acompañarla provoca un aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, acidosis y liberación de aminoácidos excitadores, favoreciéndose el edema cerebral y la necrosis neuronal. Además los trastornos respiratorios que se les asocian producen hipoxia la cual empeora la isquemia e incrementan también el edema citotóxico



o vasogénico, todo lo que sin duda puede llevar al deterioro clínico de los enfermos y ser causa directa del fallecimiento de los mismos.(15)

Disfagia

Los trastornos de la deglución son la principal complicación en estos pacientes, la evidencia aportada por la videofluoroscopia indica que la disfagia está presente en 64-90%, de ellas 22-42% presenta aspiración.(16)

Existe riesgo de aspiración si están presentes los siguientes signos: voz húmeda, tos voluntaria débil, cualquier indicación de reducción en la función laríngea y reducido nivel de conciencia. La tos indica que ha penetrado material en la vía aérea, sin embargo, la ausencia de tos no descarta la disfagia; 68% de los pacientes que aspiran en la videofluoroscopia lo hacen en ausencia de tos. Por otra parte, el reflejo nauseoso NO es un buen indicador de la deglución.(16)

En aquellos pacientes que requieren ser alimentados por vía no oral más allá de 28 días, hay una fuerte evidencia que la alimentación por gastrostomía tiene menos complicaciones que la sonda nasogástrica.(16)

Úlceras por presión o escaras

La prevención de su ocurrencia está directamente relacionada con la frecuencia de los cambios de posición. Son factores de riesgo el estado nutricional previo, la condición de humedad y lubricación de la piel y las alteraciones sensitivas y de conciencia de la persona con ECV.

- La rotación del paciente cada dos horas suele evitar estas complicaciones.
- El uso de colchones antiescara sólo permite aumentar los intervalos entre las movilizaciones.(16)



Incontinencia urinaria y fecal en la persona con ECV

- La ITU es la complicación infecciosa intrahospitalaria más frecuente en las personas con ECV. Para disminuir su incidencia se requiere manejar adecuadamente los trastornos en la eliminación urinaria y fecal en estas personas.
- La incontinencia de esfínteres está presente en aproximadamente el 50% de los pacientes con ECV en la etapa aguda y 15% mantiene esta condición al año del episodio.
- En la fase inicial del tratamiento se recomienda el uso de catéter urinario permanente para monitorizar el débito urinario, hasta alcanzar la estabilidad hemodinámica y tener el riesgo vital controlado.
- Una vez retirado el catéter permanente el principal riesgo es la retención urinaria que puede desencadenar una respuesta vagal o aumentar el riesgo de infección urinaria y sepsis.
- La incontinencia fecal está presente en un 7 a 56% en la fase inicial del ECV, la mayoría se resuelve en las primeras 2 semanas. La persistencia se considera un factor de mal pronóstico funcional. La retención fecal o la eliminación dificultosa de heces, puede aumentar la presión intracraneana (Valsalva) y también los riesgos de complicaciones médicas.(16)

Dolor

El dolor en la persona con ECV puede tener diversos orígenes en su mayoría de origen musculoesquelético y neuropático. Los más frecuentes son:

✓ **Hombro doloroso**

- El hombro doloroso se presenta en el 85 % de las personas con hemiplejia espástica y en el 15 % de las personas con hemiparesia flácida. Generalmente se inicia en la segunda o tercera semana y su incidencia llega a un climax a los 2 a 3 meses.



- Sus causas son múltiples: subluxación, espasticidad, contractura muscular, capsulitis adhesiva, lesión del manguito de los rotadores, entre otras. Se asocia a ECV severos y con pobres resultados funcionales.(16)

Complicaciones Cardíacas

La segunda causa de complicaciones graves en los pacientes que han tenido un evento cerebral son los ataques cardíacos ya sea como infarto de miocardio ó muerte súbita. La muerte súbita se define como cualquier muerte que se produce en menos de 24 horas después de la aparición de los primeros síntomas del evento cerebrovascular, representan del 10 al 20% de todas las muertes repentinas. (17)

Tromboembolismo

El 10% de los pacientes con ECV presenta embolia pulmonar y de éstos el 1% fallece por esta causa, situación que suele darse con más frecuencia dentro de la primera semana. Clínicamente se sospecha por la aparición de disnea, hemoptisis y dolor torácico, los estudios de ventilación-perfusión pueden ser de gran utilidad para confirmarlo.

Cuando se diagnostica tromboembolismo de pulmón debe anticoagularse con heparina y proseguir con acenocumarol o warfarina durante tres meses. Se recomienda como profilaxis las dosis bajas de heparina subcutánea o sistemas neumáticos para prevenir estas complicaciones.(18)

Trastornos del ánimo

Según estudios, un 10-30 por ciento de los pacientes que han sufrido un ECV cumplen criterios de depresión mayor en la fase aguda de la ECV; esta depresión suele remitir en el plazo de 1-2 años.

Un 10-40 por ciento cumplen en la fase aguda de la ECV criterios de depresión menor que puede persistir durante más de dos años.



No podemos infravalorar por lo tanto la depresión en los enfermos que han sufrido un ECV puesto que además:

-La presencia de depresión tiene un efecto negativo comprobado sobre la recuperación funcional del paciente.

-Puede acentuar el deterioro cognitivo causado por el ECV.

-Por si misma parece constituir un factor predictivo de mortalidad a largo plazo.

El origen de la depresión en el paciente con ECV es motivo de discusión; no existen estudios que demuestren una causa orgánica clara (aunque parece ser más frecuente en lesiones del hemisferio anterior izquierdo) ni psicológica pura. Para la mayoría de autores los cambios neuropatológicos que ocurren durante la fase aguda del ECV serían importantes en la génesis de la depresión y en las fases más crónicas de la enfermedad cerebral los aspectos psicosociales contribuirían a mantenerla e incluso a agravarla.(19)

Fiebre

La fiebre aparece aproximadamente en la cuarta parte de los enfermos con ictus. El mecanismo de la fiebre en el ictus no está aclarado, y se ha sugerido que tanto la propia lesión isquémica, bien por lesión hipotalámica o por segregación de pirógenos endógenos, sea la responsable de la hipertermia.(20)

La Sección de Neurología del Hospital Santa María del Rosell. Cartagena, Murcia, España, realizó un estudio con el objetivo de valorar la frecuencia de fiebre de origen no infeccioso durante un ictus. Se evaluaron prospectivamente 103 pacientes con ictus; si presentaban fiebre, se realizaba un protocolo buscando una causa infecciosa. En este trabajo, el 23% de la muestra presentaron fiebre durante su estancia en el hospital. Con respecto al origen de la fiebre, lo más frecuente fue la fiebre infecciosa. El mayor número de fiebres infecciosas fue de origen urinario, seguida de la infección respiratoria. El 33% fueron sin infección documentada. Este último grupo presentó mayor



precocidad de la fiebre, mayor afectación clínica inicial, mayor mortalidad precoz, mayores temperaturas máximas y falta de respuesta al tratamiento antitérmico al compararlo con el grupo infeccioso. (20)



III OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

Establecer las características de las complicaciones durante la estancia hospitalaria en los pacientes con Evento Cerebrovascular en el departamento de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009.

3.2. Objetivos Específicos:

3.2.1. Identificar las características personales de los pacientes con evento cerebro-vascular: edad, sexo y comorbilidad.

3.2.2. Establecer las características de las complicaciones durante la estancia hospitalaria: frecuencia, tipo de complicaciones según el órgano, aparato o sistema afectado.

3.2.3. Determinar la relación entre la presencia de complicaciones con el sexo, edad, comorbilidad y tipo de evento cerebro-vascular de los pacientes.

3.2.4. Determinar la relación entre el tiempo que tardó el paciente en ser hospitalizado y la frecuencia de complicaciones.

3.2.5. Determinar la relación entre los puntajes de la escala de Glasgow y las complicaciones.



IV DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y Diseño General del estudio:

La investigación que fue realizada, es: cuantitativa; de acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos es retrospectiva; según el período y secuencia es longitudinal; y de acuerdo al análisis y alcance de los resultados es descriptiva.

4.2 Área de estudio:

La investigación se realizó en base a las historias clínicas de los pacientes que fueron hospitalizados con evento cerebro vascular (ECV) en el departamento de clínica del hospital Vicente Corral Moscoso, ubicado en la Av. los Arupos y Av. 12 de Abril, del cantón Cuenca, provincia del Azuay, de la república del Ecuador.

4.3 Universo:

El universo seleccionado para el estudio constó de 552 historias clínicas de pacientes hospitalizados durante el período de 5 años planteado. Pero sin embargo parte de las historias seleccionadas para nuestro estudio no fueron posible localizarlas en el área de estadística. Otra situación fue que algunos diagnósticos fueron registrados erróneamente en los libros de estadística. Quedando 316 historias clínicas. Estas 316 historias fueron analizadas de manera individual, con lo que se identificó que en 163 de ellas no se registra la Escala de Glasgow de dichos pacientes, por lo que nuestro trabajo se desarrolló basándonos en 153 historias clínicas que fueron las que cumplían los estándares para entrar en nuestra investigación.

4.4 Variables

- Edad
- Sexo
- Tiempo en horas que tardó el paciente en ser hospitalizado
- Comorbilidad



- Tipo de evento cerebrovascular
- Escala de Glasgow en el momento de ingreso del paciente al hospital
- Tiempo de hospitalización en días
- Motivo del alta hospitalaria
- Pronóstico

4.5 Operacionalización

(Ver anexo N° 1)

4.6 Métodos, Técnicas e Instrumentos:

Métodos: para la realización de la presente investigación se utilizó como método el análisis de las historias clínicas de los pacientes que fueron hospitalizados.

Técnicas: Evaluación de las historias clínicas.

Instrumentos: Formularios (*Anexo 2*).

4.7 Procedimientos:

Para poder llevar a cabo la investigación se pidió la autorización respectiva mediante una solicitud (anexo 3) en la que se detalló lo que se realizó al Dr. Danilo Encalada, director encargado del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca.

La capacitación se ha venido realizando continuamente durante el desarrollo de la presente tesis.

Se obtuvo la información de los pacientes mediante la revisión de la historia clínica, evoluciones y exámenes de los pacientes; los datos han sido registrados en formularios.



4.8 Plan de Tabulación y Análisis:

Los datos obtenidos se registraron y organizaron de acuerdo a las diferentes variables en una base de datos creada en el programa Microsoft Office Excel 2007.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS_15 para calcular la frecuencia de cada una de las variables y la frecuencia de asociación de las variables.

Finalmente los resultados se han ordenado en tablas y gráficos.

4.9 Consideraciones Éticas:

La información obtenida será utilizada únicamente con fines de investigación. Los datos serán estrictamente confidenciales, no se revelará la identidad de los pacientes.



V RESULTADOS Y ANÁLISIS

TABLA N°1

“Distribución según la edad de los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Edad	N°	%
16-25	8	5,23
26-35	3	1,96
36-45	11	7,19
46-55	9	5,88
56-65	32	20,92
66-75	37	24,18
76-85	27	17,65
86-95	25	16,34
>=96	1	0,65
Total	153	100,00

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se puede observar en la tabla existe un 24.18 % (37) de los pacientes con evento cerebro vascular que fueron hospitalizados en el HVCM se encuentran entre las edades de 66-75 años, siguiéndole en secuencia las edades de 56-65 años con el 20.92% (32), y con un 17.65% (27) las edades entre 76-85. Debido a que los eventos cerebro vasculares se presentan sobre todo en los paciente de la tercera edad.

**TABLA N°2**

“Distribución según el sexo de los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Sexo	N°	%
Masculino	76	49,67
Femenino	77	50,33
Total	153	100,00

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se puede observar en la tabla, el 50.33% (77) de los pacientes con evento cerebro vascular que fueron hospitalizados en el HVCM son de sexo femenino, y un 49.67% (76) de sexo masculino.

**TABLA N°3**

“Distribución según la comorbilidad de los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Comorbilidad	N°	%
Diabetes Mellitus	19	14,84
HTA	78	60,94
Cardiopatías	31	24,22
Total	128	100,00

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se puede observar en la tabla existe un 60.64 % (78) de los pacientes con evento cerebro vascular que fueron hospitalizados en el HVCM, además padecen de Hipertensión Arterial, siguiéndole en secuencia las cardiopatías con el 31% (31). Debido a que los eventos cerebro vasculares son una de las principales consecuencias de estas comorbilidades.

**TABLA N°4**

“Distribución según las complicaciones de los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Complicaciones	N°	%
No	38	24,84
Si	115	75,16
Total	153	100,00

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se puede observar en la tabla de los pacientes con evento cerebrovascular que fueron hospitalizados en el HVCM, el 75.16% (115) tuvieron complicaciones durante su estancia hospitalaria.

**TABLA N°5**

“Distribución según el tipo de complicaciones en los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Complicaciones	N°	%
Neurológicas	16	13,91
Digestivas	18	15,65
Metabólicas	32	27,83
Dermatológicas	5	4,35
Urológicas	32	27,83
Hematológicas	2	1,74
Respiratorias	25	21,74
Osteomusculares (dolor osteomuscular)	19	16,52
Psiquiátricas	10	8,70
Muerte del Paciente	10	8,70
Deterioro Progresivo del Paciente	11	9,57
Otras	16	13,91

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se puede observar en la tabla de los pacientes con evento cerebrovascular que fueron hospitalizados en el HVCM las principales complicaciones fueron urológicas con un 27.83% (23) y las metabólicas también con el 27.83 % (32), siguiéndole en secuencia las respiratorias con 21.74% (25).

**TABLA N°6**

“Distribución según el tipo de complicaciones neurológicas en los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Complicaciones Neurológicas	N°	%
Crisis Convulsivas	3	18,75
Nueva Extensión del ECV de Admisión	2	12,50
Cefalea	4	25,00
Problemas de la marcha	1	6,25
Vértigo	2	12,50
Alteración del estado de conciencia	4	25,00
Total	16	100,00

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se puede observar en la tabla, las complicaciones neurológicas más frecuente son cefalea con un 25% (4) y alteración del estado de conciencia igualmente con un 25% (4), seguidas en orden de frecuencia por las crisis convulsivas con un 18.75% (3).

**TABLA N°7**

“Distribución según el tipo de complicaciones digestivas en los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Complicaciones Digestivas	N°	%
Disfagia	2	11,11
Estreñimiento	7	38,89
Náusea/vómito	4	22,22
Dolor abdominal	5	27,78
Total	18	100,00

Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Autores

La presente tabla muestra que la complicación digestiva que se presentó con mayor frecuencia es el estreñimiento con un 38.89% (7), seguido en orden de secuencia por el dolor abdominal con un 27.78% (5).

**TABLA N°8**

“Distribución según el tipo de complicaciones metabólicas en los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Complicaciones Metabólicas	N°	%
Hiperglucemia	5	15,625
Alteración hidroelectrolítica	25	78,125
Hiperbilirrubinemia	2	6,25
Total	32	100

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se puede observar en la tabla, la complicación metabólica más frecuente es la alteración hidroelectrolítica con un 78,125% (25), seguido en orden de secuencia por la hiperglucemia con el 15,625% (5).

**TABLA N°9**

“Distribución según el tipo de complicaciones dermatológicas en los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Complicaciones Dermatológicas	N°	%
Úlceras de Presión	2	40
Infecciones cutáneas	2	40
Rash cutáneo	1	20
Total	5	100

Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Autores

Como se puede observar en la tabla, las complicaciones dermatológicas más frecuentes fueron ulcera de presión con un 40% (2) e infecciones cutáneas también con el 40% (2).

**TABLA N°10**

“Distribución según el tipo de complicaciones urológicas en los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Complicaciones Urológicas	N°	%
Infecciones Urinarias	24	75
Incontinencia	3	9,38
Disuria	3	9,38
Globo vesical	2	6,25
Total	32	100

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se puede observar en la tabla, las infecciones de vías urinarias es la principal complicación urológica en los pacientes hospitalizados con ECV, la misma que representa un 75% (24).

TABLA N°11

“Distribución según el tipo de complicaciones hematológicas en los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

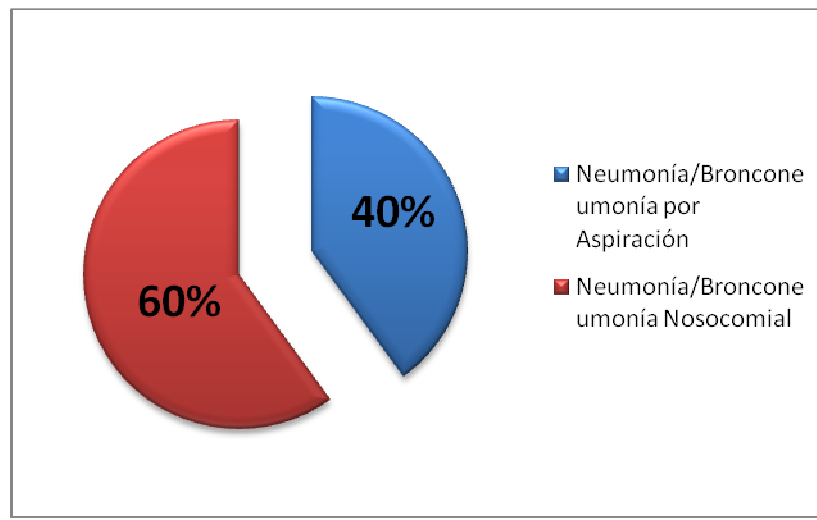
Complicaciones Hematológicas	N°	%
Plaquetopenia	1	50
Anemia	1	50
Total	2	100

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se observa en la tabla, las complicaciones hematológicas que se presentaron fueron Plaquetopenia y Anemia.

GRÁFICO N° 1

“Distribución según el tipo de complicaciones respiratorias en los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”



Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se puede observar en el gráfico de los pacientes con evento cerebrovascular que fueron hospitalizados en el HVCM, el 60% (15) presentó Neumonía/Bronconeumonía por aspiración y el 40% (10) Neumonía/Bronconeumonía nosocomial.

**TABLA N°12**

“Distribución según el tipo de complicaciones psiquiátricas en los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Complicaciones Psiquiátricas	N°	%
Ansiedad	2	20
Insomnio	3	30
Irritabilidad	5	50
Total	10	100

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se observa en la tabla, la principal complicación psiquiátrica que se presentó fue la irritabilidad con un 50% (5), seguido en orden de frecuencia de insomnio en un 30% (3).

**TABLA N°13**

“Distribución según la presencia de complicaciones y el sexo de los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Sexo	Complicaciones				Total
	Si		No		
	N°	%	N°	%	
Masculino	55	47,83	21	55,26	76
Femenino	60	52,17	17	44,74	77
Total	115	100,00	38	100,00	153

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se puede observar en la tabla, de los 76 pacientes masculinos el 47.83% (55) presentaron complicaciones; y de los 77 pacientes femeninos 52.17% (60) presentaron complicaciones.

**TABLA N°14**

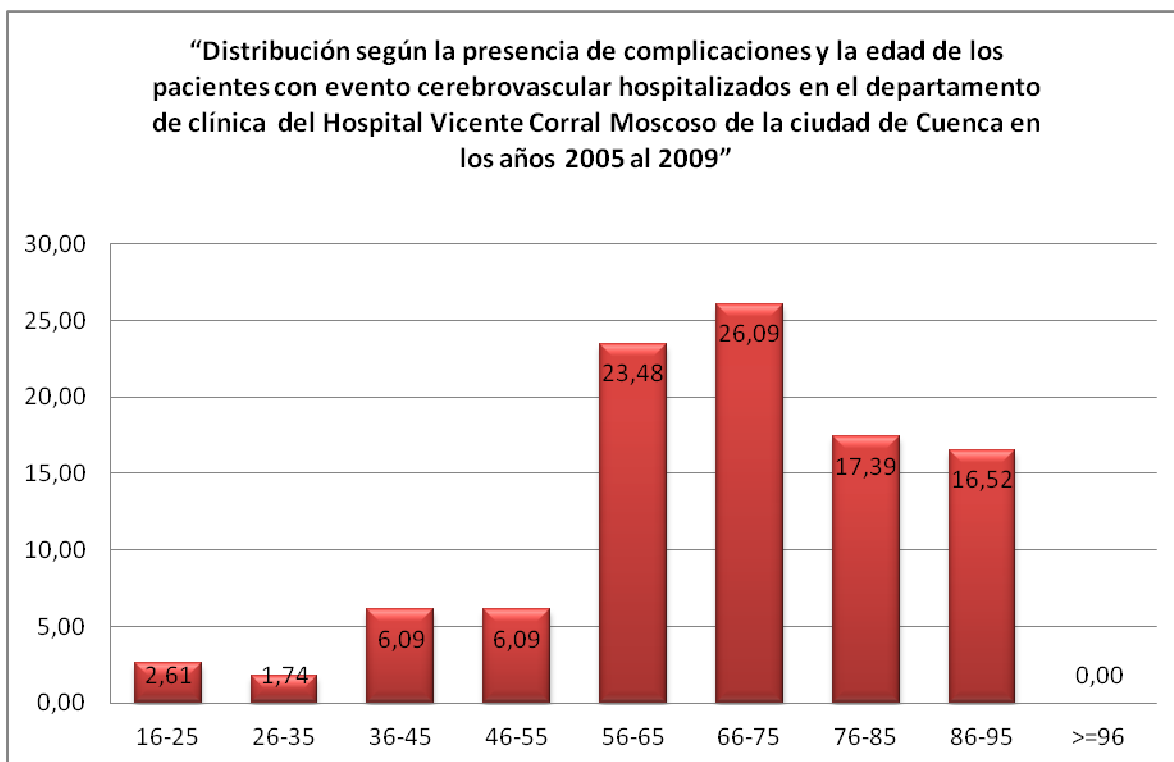
“Distribución según la presencia de complicaciones y la edad de los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Edad del Paciente	Complicaciones			
	Nº	Si %	No Nº	%
16-25	3	2,61	5	13,16
26-35	2	1,74	1	2,63
36-45	7	6,09	4	10,53
46-55	7	6,09	2	5,26
56-65	27	23,48	5	13,16
66-75	30	26,09	7	18,42
76-85	20	17,39	7	18,42
86-95	19	16,52	6	15,79
>=96	0	0,00	1	2,63
Total	115	100,00	38	100,00

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se puede observar en la tabla, el mayor porcentaje de complicaciones se encuentra en las edades de 66-75 años con un 26.09% (30), y con un 23.48% (27) en las edades comprendidas entre 56-65 años.

GRÁFICO N°2



Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

El presente gráfico muestra que las complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en las edades comprendidas entre 66-75 años con un 26.09% (30), seguidas en orden de frecuencia en las edades de 56-65 años con un 23.48% (27).

**TABLA N°15**

“Distribución según la presencia de complicaciones y la comorbilidad de los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Comorbilidad	Complicaciones				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
No	22	19,13	11	28,95	33	21,57
Si	93	80,87	27	71,05	120	78,43
Total	115	100,00	38	100,00	153	100,00

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se puede observar en la tabla de los 153 pacientes, 120 de ellos son con comorbilidades, de los cuales el 80.87% (93) presentaron complicaciones.

**TABLA N°16**

“Distribución según la presencia de complicaciones y el tipo de ECV de los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Tipo de ECV	Complicaciones				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
ECV Hemorrágico	62	53,91	24	63,16	86	56,21
ECV Isquémico	53	46,09	14	36,84	67	43,79
Total	115	100,00	38	100,00	153	100,00

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se puede observar en la tabla, 86 pacientes que representan el 56.21% (86) del total tuvieron ECV hemorrágico, de los cuales el 53.91% (62) presentaron complicaciones, 67 pacientes que representan el 43.79% del total tuvieron ECV isquémico, de los cuales el 46.09% (53) presentaron complicaciones.

**TABLA N°17**

“Distribución según la presencia de complicaciones y la escala de Glasgow en el momento del ingreso de los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Escala de Glasgow en el momento de ingreso al hospital	Complicaciones			
	Nº	Si %	No Nº	No %
14-15	37	32,17	20	52,63
9-13	47	40,87	11	28,95
=<8	31	26,96	7	18,42
Total	115	100,00	38	100,00

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se puede observar en la tabla de los 115 pacientes que son los que presentaron complicaciones 47 de ellos (40.87%) presentaron complicaciones teniendo al momento del ingreso un Glasgow de 9-13. Los que ingresaron con Glasgow de 14-15 tuvieron complicaciones en un 32.17% (37 pacientes), y aquellos que ingresaron con Glasgow igual o menos de 8 presentaron complicaciones en el 26.96% (31 pacientes).

**TABLA N°18**

“Distribución según la presencia de complicaciones y el tiempo que tardó el paciente en ser hospitalizado de los pacientes con evento cerebrovascular hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009”

Tiempo en horas que tardó el paciente en ser hospitalizado	Complicaciones			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
0-24	64	55,65	28	73,68
25-48	17	14,78	5	13,16
49-72	6	5,22	0	0,00
+72	28	24,35	5	13,16
Total	115	100,00	38	100,00

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: Autores

Como se puede observar en la tabla de los pacientes hospitalizados entre las primeras 24 horas, el 55.65% (64) presentaron complicaciones; seguidos en orden de frecuencia los hospitalizados luego de las 72 horas quienes presentaron complicaciones en un 24.35% (28).



VI DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo ciertas limitaciones; no se pudo trabajar con todo el universo seleccionado inicialmente, debido a que muchas de las historias clínicas no fueron posible encontrarlas en el área de estadística así como también muchos de los diagnósticos registrados en los libros de estadística fueron erróneos, con lo que disminuyó nuestra muestra. Asimismo luego de analizar muy cuidadosamente cada una de las historias se notó que no en todas se registraba la escala de Glasgow de los pacientes al momento del ingreso, dato muy valioso para nuestra investigación, por lo que dichos pacientes se tuvieron que excluir.

En nuestra investigación, la mayoría de pacientes 24.18 % tienen 66-75 años, el 20.92% tienen 56-65 años y el 17.65% tienen 76-85 años, esto nos permite saber que los ECV se presentan en personas mayores de 56 años. Las complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en las edades comprendidas entre 66-75 años con un 26.09%, seguidas en orden de frecuencia en las edades de 56-65 años con un 23.48%. Este dato es valioso para saber frente a que pacientes nos vamos a enfrentar al tratar un ECV, y para tener mucha precaución y cautela al atender a un paciente con ECV que se encuentre en estas edades, sabiendo que son las edades en las que más complicaciones se presentan. En La Habana, en el Hospital General Docente “Julio Trigo López” se realizó un estudio en el cual la edad promedio de los pacientes hospitalizados con ECV fue de 69.46 años.

En este estudio se demostró que los eventos cerebrovasculares se presentan por igual en ambos sexos, ya que no existe mucha diferencia cuantitativa en el sexo, 77 pacientes son mujeres y 76 son hombres. En los pacientes masculinos las complicaciones se presentaron en el 47.83% de ellos. Y en las mujeres las complicaciones se presentaron en el 52.17%. En el estudio mencionado anteriormente, el sexo predominante fue el masculino con un 55.5%.



Se presentaron mas complicaciones en los pacientes con ECV hemorrágico que en los que tuvieron ECV isquémico.

Esto es importante para tener mucho más cuidado al atender a un paciente con ECV que sea de sexo femenino y que tenga ECV hemorrágico, ya que se está demostrando que en estos casos (sexo femenino y ECV hemorrágico) es en quienes se presentan mayores complicaciones; en estos pacientes se deben aplicar de manera más estricta las medidas necesarias para evitar las complicaciones hospitalarias ya que hemos encontrado que son los más susceptibles.

Los pacientes con comorbilidades son aquellos que presentan más complicaciones, ya que de los 120 pacientes que tuvieron comorbilidad, 93 de ellos (80.97%) tuvieron complicaciones. De los 153 pacientes, 120 de ellos (78.43%) son pacientes con comorbilidades, de las cuales el 65 % corresponden a Hipertensión Arterial, siguiéndole en secuencia las cardiopatías con el 25.83% y Diabetes Mellitus con 15.83%. En un estudio realizado en 450 pacientes del Servicio de Neurología, del Hospital Barros Luco-Trudeau de Chile, 64% (288) tenían diagnóstico de Hipertensión Arterial al momento del ingreso, 34.2% (154) tenían cardiopatías y el 18% (81) tenían Diabetes Mellitus (23). Como se puede observar las comorbilidades en ambos estudios se presentan en el mismo orden de frecuencia. Se asemeja al estudio realizado en La Habana, en el Hospital General Docente “Julio Trigo López” donde la principal comorbilidad también fue la Hipertensión Arterial con el 54.54%, Diabetes Mellitus y las cardiopatías se presentaron en el 19.09% y 19.08% respectivamente. Este dato es valioso para tomar conciencia de que los pacientes con Hipertensión Arterial, cardiopatías y Diabetes Mellitus son los que más se encuentran predispuestos a padecer un ECV, por lo tanto es muy importante un correcto tratamiento y control de dichas patologías para disminuir la morbi-mortalidad de estos pacientes.



De los 153 pacientes, 115 (75.16%) tuvieron complicaciones, lo que representa una cantidad muy importante. Esta información es valiosa para posteriormente investigar el por qué de esta realidad, sería importante planterase estudios que logren determinar las principales causas de dichas complicaciones. En un estudio realizado en Noruega en el Hospital de Trondheim, del total de pacientes el 63.8% presentaron complicaciones; este valor se aproxima al encontrado en nuestro estudio. Esto contrasta con un estudio realizado en Corea en el Hospital General Eulji, en donde de 579 pacientes, sólo el 27.6% presentaron complicaciones. En cambio en un estudio realizado en el Departamento de Neurología de la Universidad de Virginia, el 95% de los pacientes estudiados tenían al menos una complicación.

Las principales complicaciones fueron urológicas con un 27.83% y las metabólicas también con el 27.83 %. De las urológicas, la principal fue la infección de vías urinarias con un 75%. Este dato se obtuvo tanto del registro médico en las historias, así como también de la interpretación de los resultados de exámenes complementarios que constaban en dichas fichas médicas. Es importante recalcar que en muchas historias, revisando los resultados de los exámenes elemental y microscópico de orina, se encontró infección de vías urinarias y sin embargo no se registraba este diagnóstico en la ficha médica. Esta información obtenida es muy importante para plantear un mejor control de las sondas vesicales colocadas en estos pacientes. Este dato encontrado en nuestro estudio, contrasta con los resultados obtenidos en otros estudios: en cuidados intermedios del Hospital General Docente “Julio Trigo López” de Cuba, las principales complicaciones encontradas fueron respiratorias con 41.8%; en Noruega en el Hospital de la Universidad de Trondheim, la principal complicación fue el dolor con 23.9%; el dolor también fue la principal complicación con el 34% en un estudio realizado en la Universidad de Edimburgo.

En secuencia, en nuestra investigación, las complicaciones respiratorias se presentaron en el 21.74% de los pacientes, el dolor osteomuscular se presentó



en el 16.52%, complicaciones digestivas con el 15.65%, complicaciones neurológicas representaron el 13.91%, el deterioro progresivo del paciente se presentó en el 9.57%, las complicaciones psiquiátricas representaron el 8.7%.

Luego tenemos las complicaciones dermatológicas con el 4.35%, y finalmente las complicaciones hematológicas que representan el 1.74% del total de complicaciones.



VII CONCLUSIONES

- El 79.74% de los pacientes con evento cerebro vascular que fueron hospitalizados en el HVCN son pacientes mayores de 56 años. El 24.18 % se encuentran entre las edades de 66-75 años, siguiéndole en secuencia las edades de 56-65 años con el 20.92%, y con un 17.65% las edades entre 76-85. Lo que nos demuestra que los eventos cerebrovasculares se presentan sobretodo en pacientes mayores de 56 años.
- Las complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en las edades comprendidas entre 66-75 años con un 26.09%, seguidas en orden de frecuencia en las edades de 56-65 años con un 23.48%.
- En este estudio se demostró que los eventos cerebrovasculares se presentan por igual en ambos sexos, ya que no existe mucha diferencia cuantitativa en el sexo, 77 pacientes son mujeres y 76 son hombres. En los pacientes masculinos las complicaciones se presentaron en el 47.83% de ellos. Y en las mujeres las complicaciones se presentaron en el 52.17%. Lo que demuestra que las complicaciones se presentan más en las mujeres.
- De los 153 pacientes, 120 de ellos (78.43%) son pacientes con comorbilidades, de las cuales el 65 % corresponden a Hipertensión Arterial, siguiéndole en secuencia las cardiopatías con el 25.83% y Diabetes Mellitus con 15.83%. En este estudio se demostró que los pacientes con comorbilidades son aquellos que presentan más complicaciones, ya que de los 120 pacientes, 93 de ellos (80.97%) tuvieron complicaciones.
- 86 pacientes que representan el 56.21% del total tuvieron ECV hemorrágico, de los cuales el 53.91% presentaron complicaciones. 67 pacientes que representan el 43.79% del total tuvieron ECV isquémico, de los cuales el 46.09% presentaron complicaciones. Lo que nos demuestra que las complicaciones se presentaron más en los pacientes hospitalizados por ECV hemorrágico.



- De los 153 pacientes, 115 (75.16%) tuvieron complicaciones. Las principales complicaciones fueron urológicas con un 27.83% y las metabólicas también con el 27.83 %. De las urológicas, la principal fue las infecciones de vías urinarias con un 75%, incontenencia se presentó en el 9.38%, disuria igualmente con el 9.38% y globo vesical en un 6.25%. Las alteraciones hidroelectrolíticas fueron las principales complicaciones metabólicas con un 71.88%, seguida de hiperglicemia con un 15.63%, hipertermia con 6.25% e hiperbilirrubinemia igualmente con 6.25%. En secuencia las complicaciones respiratorias se presentaron en el 21.74% de los pacientes, de las cuales 60% corresponde a Neumonía/Bronconeumonía por aspiración y el 40% a Neumonía/Bronconeumonía nosocomial. El dolor osteomuscular se presentó en el 16.52% de los pacientes. Las complicaciones digestivas se presentaron en el 15.65%, de las cuales la principal es el estreñimiento con el 38,89%, seguido del dolor abdominal con el 27,78%, náusea/vómito con 22,22% y disfagia con 11,11%. Las complicaciones neurológicas representaron el 13.91%, de las cuales las principales fueron cefalea y alteración del estado de conciencia con un 25% cada una, seguidas de crisis convulsivas y vértigo con un 18,75% cada una y finalmente problemas en la marcha que representa el 6.25% de las complicaciones neurológicas. El deterioro progresivo del paciente se presentó en el 9.57% de todos los pacientes. Las complicaciones psiquiátricas representaron el 8.7%, del cual el 50% corresponde a irritabilidad, 30% a insomnio y 20% a ansiedad. La muerte del paciente se presentó en el 8.7%. Luego tenemos las complicaciones dermatológicas con el 4.35%, de las cuales, úlcera de presión e infecciones dermatológicas representan el 40% cada una, y el 20% corresponde a rash cutáneo. Y finalmente tenemos las complicaciones hematológicas que representan el 1.74% del total de complicaciones, se presentó un paciente con plaquetopenia y uno con anemia.



- Los pacientes que fueron hospitalizados entre las primeras 24 horas fueron aquellos que mas presentaron complicaciones.
- De los 115 pacientes que son los que presentaron complicaciones 47 de ellos (40.87%) presentaron complicaciones teniendo al momento del ingreso un Glasgow de 9-13. Los que ingresaron con Glasgow de 14-15 tuvieron complicaciones en un 32.17% (37 pacientes), y aquellos que ingresaron con Glasgow igual o menos de 8 presentaron complicaciones en el 26.96% (31 pacientes). Esto nos demuestra que las complicaciones se presentaron independientemente de la escala de Glasgow, ya que los que ingresaron con el puntaje mas bajo fueron los que tuvieron menos complicaciones.



VIII RECOMENDACIONES

- Realizar un adecuado examen físico, que incluya un detallado examen neurológico al momento del ingreso del paciente; así como también un seguimiento integral del paciente durante su estancia hospitalaria en el que se consideren todos los órganos, aparatos y sistemas, con especial énfasis en aquellos paciente con comorbilidades.
- Tomar las medidas necesarias para evitar el desarrollo de complicaciones hospitalarias como por ejemplo:
 - Valorar de manera adecuada el uso de la sonda vesical con el fin de evitar las infecciones de las vías urinarias, la principal complicación de los paciente con evento cerebrovascular.
 - Tomar las medidas pertinentes para evitar infecciones nosocomiales y broncoaspiración.

De igual manera, para próximas investigaciones se recomienda:

- Mayor accesibilidad a los departamentos de estadística de los hospitales y centros de salud.
- Recopilación completa, detallada y adecuada de la historia clínica de los pacientes en las fichas y libros estadísticos.



IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bargiela C, Bargiela M. Evento Cerebrovascular. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Argentina.

Disponible en: http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_02/02_05.htm.

2. Temboury F, Morales J. Enfermedad cerebrovascular. Málaga.

Disponible en:

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/acv.pdf>.

3. García, F. Accidente cerebrovascular. España 2004.

Disponible en:

http://www.lasalud.com/pacientes/accidente_cerebrovascular.htm

4. Morales, H. Complicaciones intrahospitalarias del ictus. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. Cuba 2006.

Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol5_4_06/mie07406.htm

5. Indredavik B, Rohweder G, Naalsund E, Lydersen S. Medical Complications in a Comprehensive Stroke Unit and an Early Supported Discharge Service. American Heart Association. 2008;39:41.

Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/abstract/39/2/414>

6. Bae H, Yoon D, Lee J. et al. In-Hospital Medical Complications and Long-Term Mortality After Ischemic Stroke. American Heart Association. 2005

Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/36/11/2441>

7. Johnston K, Li J, Lyden Patrick. et al. Medical and Neurological Complications of Ischemic Stroke. American Heart Association, Inc. 1998;29;447-453.

Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/29/2/447>

8. Espeleta, D. Apuntes de neurología. Tratamiento de las complicaciones. España 2002.



Disponible en: <http://www.infodoctor.org/neuro/index.html>.

9. Rooper A, Brown R. Enfermedades cerebrales vasculares. Capítulo 34. Principios de Neurología de Adams y Victor. 8ª edición. Editorial Mac-Graw-Hill Interamericana. 2007 Pag 740.

10. Geffner , D. La historia natural del ictus tras el alta hospitalaria.

Disponible en: <http://svneurologia.org/libro%20ictus%20capitulos/cap8.pdf>

11. Kalra, L. et al. Medical Complications During Stroke Rehabilitation. American Heart Association, Inc. 1995;26:990-994.

Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/abstract/26/6/990>

12. Roth I, Lovell L, Harvey R. et al. Incidence of and Risk Factors for Medical Complications During Stroke Rehabilitation. American Heart Association, Inc. 2001;32:523-529.

Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/32/2/523>

13. Langhorne P, Stott D, Robertson L, et al. Medical Complications After Stroke. American Heart Association, Inc. 2000;31;1223-1229

Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/31/6/1223>

14. Tong, X. et al. American Heart Association, Inc. Medical Complications Among Hospitalizations for Ischemic Stroke in the United States From 1998 to 2007. Stroke. 2010;41:980.

Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/abstract/41/5/980>

15. Sánchez M, Blanco J, Martínez L, Rodríguez A. Complicaciones clínicas en fallecidos por enfermedad cerebrovascular en el Hospital Calixto García. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. Cuba 2007.

Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol6_3_07/mie03307.htm



16. Superintendencia de salud. Ataque Cerebrovascular Isquémico del Adulto. Chile 2007

Disponible en: http://www.supersalud.cl/568/articles-645_guia_clinica.pdf

17. Phillips H, Whisnant J, Reagan T. American Heart Association, Inc. Sudden death from stroke. Stroke 1977;8;392-395.

Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/abstract/8/3/392>

18. Micheli, F. Enfermedad cerebrovascular. Capítulo 13. Neurología en el Anciano. Editorial médica Panamericana. Argentina 1996. Pag 148.

19. El Médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad. Enfermedad cerebrovascular en Atención Primaria.

Disponible en:

<http://www.medynet.com/elmedico/aula2002/tema2/cerebrovascular8.htm>

20. Morales, A. et al. Fiebre de origen central en el ictus. Ecuador 2001.

Disponible en:

http://www.medicosecuador.com/revecuatneurol/vol10_n3_2001/fiebre_de_origen_central.htm

21. Irigoyen J. Ministerio de Salud Pública. Salud del Adulto-Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Ecuador 2010.

Disponible en: <http://www.msp.gob.ec/index.php/component/content/article/49-programas/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/157-salud-del-adulto-enfermedades-cronicas-no-transmisibles>.

22. Chiriboga, D. et al. Plan estratégico nacional para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles-ecnt. Dirección general de salud. Dirección de normatización del sistema nacional de salud. Dirección de control y mejoramiento de la salud pública. Ecuador 2011.

Disponible en:

http://www.msp.gob.ec/images/Documentos/Programas/Enfermedades_Cronicas/plan_estrategico_nacional_msp_final.pdf



23. Nogales, J. et al. Caracterización clínica de 450 pacientes con enfermedad cerebrovascular ingresados a un hospital público. Chile 2000.

Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000001100007&script=sci_arttext



X ANEXOS

Anexo 1:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Tiempo en años.	Años cumplidos registrados en la Historia Clínica del paciente	16-25 26-35 36-45 46-55 56-65 66-75 76-85 86-95 96 ó más
Sexo	Condición orgánica, psicológica y social, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Condición orgánica de una persona.	Fenotipo registrado en la Historia Clínica del paciente.	Masculino Femenino
Tiempo que tarda el paciente en ser hospitalizado	Tiempo que transcurre desde que se da el ECV hasta que el paciente es hospitalizado.	Tiempo en horas.	Tiempo en horas que tardó el paciente en llegar al hospital, registrado en la Historia Clínica.	0-24 25-48 49-72 >72
Comorbilidad	La <i>presencia</i> de uno o más trastornos (o enfermedades) físicos, psicológicos o sociales, además de la enfermedad o trastorno primario.	Trastornos Físicos que presenta el paciente.	Trastornos físicos que ha presentado el paciente durante la anamnesis o examen físico, registrados en la Historia Clínica.	Diabetes Mellitus HTA Hipoalbuminemia Cardiopatías Otras



Tipo de Evento Cerebro Vascular	Déficit neurológico focal agudo, debido a una causa vascular, generalmente, un infarto cerebral o una hemorragia cerebral intraparenquimatosa.	Déficit neurológico agudo que presenta el paciente.	Déficit neurológico focal agudo registrado en la Historia Clínica del paciente.	ECV Hemorrágico ECV Isquémico
Escala de Glasgow	Escala de gravedad de los estados de coma, basada en la respuesta ocular, verbal y motora del enfermo ante estímulos del medio, con una gradación de 15 a 3.	Respuesta verbal, ocular y motora del paciente.	Respuesta verbal, ocular y motora del paciente, registrada en el Historia Clínica.	14-15 9-13 8 ó menos
Tiempo de hospitalización.	Tiempo que transcurre desde que es ingresado el paciente en el hospital hasta el momento de su alta hospitalaria o fallecimiento.	Tiempo en días.	Días de hospitalización registrados en la Historia Clínica.	1-7 8-14 Más de 14
Motivo del alta hospitalaria	Razón por la cual el paciente es dado de alta del hospital y enviado a su casa.	Decisión del alta.	Alta del paciente registrada en la Historia Clínica.	Decisión del Médico Decisión de Familiares-Paciente
Pronóstico	Conocimiento anticipado de lo que sucederá en un futuro mediante ciertos indicios que suceden cumpliendo una función de anuncio.	Probable evolución del paciente.	Predicción de la evolución que presentará el paciente, registrada en la Historia Clínica.	Bueno Malo Incierto

Tipo de complicación	Tipo de agravamiento del ECV según el	Complicación o complicaciones	Complicación o complicaciones registradas en la	Neurológicas Digestivas Metabólicas
----------------------	---------------------------------------	-------------------------------	---	---



	órgano, aparato o sistema afectado.	que presentó el paciente.	Historia Clínica del paciente.	Dermatológicas Urológicas Hematológicas Respiratorias Cardíacas Muerte Súbita Osteomusculares Psiquiátricas Otras Deterioro Progresivo Muerte
--	-------------------------------------	---------------------------	--------------------------------	---



Anexo Nº 2

Formulario # _____

**“COMPLICACIONES DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN LOS
PACIENTES CON EVENTO CEREBROVASCULAR EN EL DEPARTAMENTO
DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA
CIUDAD DE CUENCA EN LOS AÑOS 2005 AL 2009”**

Nombre: _____ N° HC: _____



Edad en años:

- a. 16-25
- b. 26-35
- c. 36-45
- d. 46-55
- e. 56-65
- f. 66-75
- g. 76-85
- h. 86-95
- i. 96 ó más

Sexo:

- a. Masculino
- b. Femenino

Tiempo que tardó el paciente en ser hospitalizado.

- a. 0-24 horas
- b. 25-48 horas
- c. 49-72 horas
- d. Más de 72h

Comorbilidad:

- a. Diabetes Mellitus
- b. HTA
- c. Hipoalbuminemia
- d. Cardiopatías
- e. Otras

Tipo de Evento Cerebro Vascular

- a. ECV Hemorrágico
- b. ECV Isquémico

Escala de Glasgow en el momento de ingreso del paciente al hospital.

- a. 14-15
- b. 9-13
- c. 8 ó menos

Tipo de complicación

- a. Neurológicas
- b. Digestivas
- c. Metabólicas
- d. Dermatológicas

- e. Urológicas
- f. Hematológicas
- g. Respiratorias
- h. Cardíacas
- i. Muerte Súbita
- j. Osteomusculares
- k. Psiquiátricas
- l. Otras
- m. Deterioro Progresivo
- n. Muerte

Tiempo de hospitalización:

- a. 1-7 días
- b. 8-14 días
- c. Más de 14 días

El alta hospitalaria fue dada por:

- a. Decisión de Médico
- b. Decisión de Familiares-Paciente
- c. Paciente falleció.

Pronóstico:

- a. Bueno
- b. Malo
- c. Incierto



Tipo de complicación según el órgano, aparato o sistema afectado.	Tiempo en días transcurrido entra la aparición del ECV y las complicaciones:														
a. Neurológicas:															
i. Hipertensión Intracraneal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
ii. Crisis Convulsivas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
iii. Nueva Extensión del ECV de Admisión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
iv. Otras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
b. Digestivas:															
i. Disfagia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
ii. Desnutrición	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
iii. Estreñimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
iv. Otras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
c. Metabólicas															
i. Hipoglucemia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
ii. Hiperglucemia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
iii. Otras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
d. Dermatológicas															
i. Úlceras de presión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
ii. Infecciones dermatológicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
iii. Otras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
e. Urológicas															
i. Infecciones Urinarias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
ii. Incontinencia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
iii. Otras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
f. Hematológicas:															
i. Tromboembolismo Venoso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
ii. Otras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
g. Respiratorias															
i. Bronconeumonía	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
ii. Embolia Pulmonar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
iii. Otras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
h. Cardíacas															
i. Cardiopatía Isquémica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
ii. Insuficiencia Cardíaca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
iii. Otras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
i. Muerte Súbita															
j. Osteomusculares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
i. Dolor osteomuscular	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
ii. Hombro doloroso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
iii. Otras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
k. Psiquiátricas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
i. Depresión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
ii. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
iii. Confusión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
iv. Otras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
l. Otras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
J. Muerte	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14
K. Deterioro Progresivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	>14



**Anexo nº 3
SOLICITUD**

SOLICITUD

Cuenca..... del 2011

Dr.:

Danilo Encalada

DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL

“VICENTE CORRAL MOSCOSO” DE LA CIUDAD DE CUENCA

Su despacho:

Nosotros, Andrea Martínez, Adriana Morocho, Isabel Narvárez, estudiantes de la escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, solicitamos muy comedidamente nos conceda la autorización para desarrollar en el área de clínica del HVCM una investigación titulada

“COMPLICACIONES DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES CON EVENTO CEREBROVASCULAR EN EL DEPARTAMENTO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA EN LOS AÑOS 2005 AL 2009”, que corresponde a nuestra tesis de pregrado, la cual consiste en la anamnesis, examen físico y revisión de los exámenes de dichos pacientes.

Esperando una favorable acogida a la presente, anticipamos mis agradecimientos.

Atentamente:

Adriana Morocho

Andrea Martínez

Isabel Narvárez