Descargado el: 7-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica y deterioro cognitivo. Cienfuegos, 2018

Characterization of patients with ischemic cerebrovascular disease and cognitive impairment. Cienfuegos, 2018

Beatriz Perdomo Borges[1] Teresa Rodríguez Rodríguez[1] Marianela Fonseca Fernández[2] Isabel Urquiza Pozo[2] Idalmis Luisa Martínez Serrano[2] Belkis Rosa Bilaboy Pérez[2]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba
[2] Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Perdomo-Borges B, Rodríguez-Rodríguez T, Fonseca-Fernández M, Urquiza-Pozo I, Martínez-Serrano I, Bilaboy-Pérez B. Caracterización de pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica y deterioro cognitivo. Cienfuegos, 2018. **Medisur** [revista en Internet]. 2020 [citado 2026 Nov 7]; 18(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4465

Resumen

Fundamento: la enfermedad cerebrovascular ocupa el tercer lugar como causa de muerte al ser superada solo por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Constituye la primera causa de discapacidad permanente en el adulto y la segunda de demencia.
Objetivo: caracterizar pacientes con enfermedad cerebrovascular y trastorno cognitivo.
Métodos: estudio observacional, descriptivo de corte transversal, realizado en el Servicio de Neurología del Hospital Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, que incluyó 27 pacientes hospitalizados en dicho centro, con deterioro cognitivo, después del primer evento de enfermedad cerebrovascular isquémica. Se analizaron las variables: sexo, edad, color de piel, escolaridad, ocupación, estado civil, procedencia, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales, tipo de enfermedad cerebrovascular, estructura encefálica afectada, deterioro cognitivo (mediante el test mínimo del estado mental de Folstein y el test Montreal cognitive assessment), alteraciones neuropsicológicas, depresión (mediante la escala de depresión geriátrica de Yessavage).
Resultados: predominaron los adultos mayores, el sexo masculino y color de piel blanca, así como bajo grado de escolaridad y los solteros. El evento isquémico aterotrombótico fue el más observado y el hemisferio derecho el más afectado. Hubo deterioro cognitivo en todos los pacientes. Los factores de riesgo mayormente asociados a la enfermedad fueron la hipertensión arterial, diabetes mellitus y tabaquismo. La mayoría de los pacientes no sufrió depresión posterior al infarto cerebral.
Conclusiones: los adultos mayores, solteros son más propensos a sufrir accidentes cerebrovasculares. El bajo nivel educacional puede ser un factor asociado al deterioro cognitivo posterior a esta enfermedad, no así la depresión que no siempre se manifiesta de manera profunda.

Palabras clave: accidente cerebrovascular, disfunción cognitiva

Abstract

Foundation: cerebrovascular disease occupies the third place as a cause of death to be overcome only by cardiovascular diseases and cancer. It constitutes the first cause of permanent disability in the adult and the second of dementia.
Objective: to characterize patients with cerebrovascular disease and cognitive disorder.
Methods: an observational, descriptive, cross-sectional study, carried out in the Neurology Service of the Gustavo Aldereguía Lima Hospital in Cienfuegos, which included 27 patients hospitalized in this center, with cognitive impairment, after the first event of ischemic cerebrovascular disease. The variables were analyzed: sex, age, skin color, schooling, occupation, marital status, origin, toxic habits, personal pathological history, type of cerebrovascular disease, affected brain structure, cognitive impairment (using the minimum Folstein mental state test and the Montreal cognitive assessment test), neuropsychological alterations, depression (using the Yessavage geriatric depression scale).
Results: Elderly adults, male sex and white skin color predominated, as well as low level of schooling and singles. The atherothrombotic ischemic event was the most common and the right hemisphere the most affected. There was cognitive impairment in all patients. The risk factors mostly associated with the disease were high blood pressure, diabetes mellitus and smoking. The majority of patients did not suffer depression after cerebral infarction.
Conclusions: older, single adults are more likely to suffer strokes. The low educational level may be a factor associated to cognitive impairment after this disease, but depression that does not always manifests deeply.

Key words: stroke, cognitive dysfunction

Aprobado: 2020-03-06 10:01:13

Correspondencia: Beatriz Perdomo Borges. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. beatriz.perdomo@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular (ECV) supone un auténtico problema de salud a nivel mundial. Ocupa el tercer lugar como causa de muerte al ser superada solo por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Constituye la primera causa de discapacidad permanente en el adulto y la segunda de demencia, lo que determina su relevancia médica, económica y social, dado el costo en la rehabilitación y los cuidados que requieren los pacientes con significativos daños neurológicos.[1-3]

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 15 millones de personas sufren un evento cada año; entre ellas 5,5 millones mueren (el 10 % de todas las muertes producidas) y otros 5 millones quedan con alguna discapacidad permanente, pues del 50 al 70 % de los que sobreviven quedan con secuelas. Cada año, en todo el mundo, más de 83 000 personas de 20 años o incluso menores padecen un accidente cerebrovascular.[4]

Tal es la magnitud del aumento de casos de enfermedades cerebrovasculares, por lo menos en América Latina, que la Organización Panamericana de la Salud supone que este problema será tan importante en los próximos años, que podrá considerarse como una verdadera epidemia.[2,3,5]

En Cuba el aumento de la edad media condiciona un incremento de la enfermedad cerebrovascular, constituyendo la tercera causa de muerte y la primera de urgencia médica y discapacidad entre las enfermedades neurológicas.[6]

En Cienfuegos, en el año 2016, ocupó la tercera causa de muerte con 332 fallecidos por cada 100,000 habitantes lo que representa una tasa de 80,0 %; aunque es significativo señalar que fue una de las provincias que menor cifra de defunciones aportó durante ese año.[6]

Se considera que más del 60 % de los pacientes que sobreviven, requieren rehabilitación y poco más de la mitad de los supervivientes que se hospitalizan para rehabilitación presentan deterioro cognitivo (DC) de diverso grado. Algunos autores observaron que los factores que explican con mayor fuerza el DC son el estado neurológico, la depresión y la edad.[7]

Por tales razones se realizó esta investigación con el objetivo de caracterizar pacientes con enfermedad cerebrovascular y trastorno cognitivo, tratados en el Hospital de Cienfuegos.

MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado en el Servicio de Neurología del Hospital Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, que incluyó 27 pacientes hospitalizados en dicho centro, con deterioro cognitivo, después del primer evento de enfermedad cerebrovascular isquémica.

Criterios de exclusión:

- Ictus previo conocido.
- Enfermedades terminales.
- Alteraciones psiquiátricas previas que le impidiera al paciente realizar los test neuropsicológicos.
- Demencia previa conocida.
- Retraso mental.
- Pacientes afásicos.
- Otras enfermedades que se asocian con alto grado de discapacidad que le impida al paciente realizar las baterías neuropsicológicas.
- Una marcada discapacidad motora en el hemicuerpo dominante que imposibilite la escritura.

Variables sociodemográficas analizadas: sexo, edad, color de piel, escolaridad, ocupación, estado civil, procedencia, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales (APP).

Variables clínicas: tipo de enfermedad cerebrovascular, estructura encefálica afectada, deterioro cognitivo, alteraciones neuropsicológicas, depresión.

Los datos se extrajeron de la historia clínica de cada paciente y se reflejaron en formulario confeccionado al efecto.

Para determinar el deterioro cognitivo se empleó el test mínimo del estado mental (MMSE) de Folstein y el test *Montreal cognitive assessment* (MOCA).[8]

Para determinar el nivel de depresión se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yessavage.[9]

Para determinar las adicciones (referidas a hábitos tóxicos) se siguieron los siguientes criterios:

Café: cuando el sujeto consume más de 3 tacitas de café al día, se considera ingestión excesiva.[10]

Tabaquismo: cuando el sujeto consume cigarros o tabaco de forma regular con independencia de la cantidad.

Bebedor excesivo: persona que refiere beber cantidades de alcohol iguales o mayores de 100 ml, con periodicidad mayor de tres veces a la semana (300 ml de etanol semanal o sus equivalentes) o experimente 12 o más estados de embriaguez en un año. [11]

Bebedor patológico o alcohólico: persona bebedora de alcohol (independientemente de la cantidad y frecuencia) que presente regularmente síntomas y signos de dependencia del alcohol, ya sean físicos o psíquicos.

Debe considerarse que 100 ml de alcohol equivalen a:

- ½ litro de ron.
- 1 litro de vino.
- 7 botellas de cerveza.
- 250 ml de bebidas espirituosas.[11]

El procesamiento de los datos obtenidos se realizó utilizando una base de datos SPSS, versión 15.0.

Los resultados se presentan en tablas mediante números absolutos y porcentajes.

El trabajo fue aprobado por el consejo científico de la institución.

RESULTADOS

Se observó una media de edad de 67 años, predominaron los rangos de 60-69 y 70-79 años e imperaron los pacientes del sexo masculino en un 74 %. El 70,3 % de las personas son de color de piel blanca. En relación con el nivel de escolaridad, predominaron el secundario con un 44,4 % y el nivel primario con un 37 %.

El 48,1 % de la muestra se encontraba jubilado y trabajando el 37 %. El 66,6 % son solteros, en tanto el 33,3 % es casado. En lo relativo al lugar de residencia prevalecen los de procedencia urbana con 77,7 % del total de la muestra. (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de pacientes con deterioro cognitivo posterior a enfermedad cerebrovascular

Variables sociodemográficas		
Edad	**Media 67 años**	
Sexo	**No.**	**(%)**
Femenino	**7**	**26**
Masculino	20	74
Color de la piel	**No.**	**(%)**
Blanca	**19**	**70,3**
No blanca	8	29,6
Nivel de escolaridad	**No.**	**(%)**
Iletrado	-	-
Primaria	10	37
Secundaria	**12**	**44,4**
Preuniversitario	3	11,1
Universitario	2	7,40
Ocupación	**No.**	**(%)**
Trabajador	10	37,0
Jubilado	**13**	**48,1**
Ama de casa	4	14,8
Estado civil	**No.**	**(%)**
Unión consensual	-	-
Casado	**9**	**33,3**
Soltero	18	66,6
Procedencia	**No.**	**(%)**
Urbana	**21**	**77,7**
Rural	6	22,2

La hipertensión arterial fue el factor de riesgo de mayor prevalencia (77,7 %), seguida de la diabetes mellitus que representó un 26 % del total. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución según antecedentes patológicos personales de pacientes con deterioro cognitivo posterior a enfermedad cerebrovascular

Antecedentes patológicos personales	No.	(%)
Hipertensión arterial	21	77,7
Diabetes mellitus	7	26
Hipercolesterolemia	2	7,40
Cardiopatía isquémica	5	18,5
Fibrilación auricular	2	7,40

En cuanto a hábitos tóxicos sobresalió el tabaquismo con un 51,8 %, seguido del consumo de café para un 40,0 % y por último el consumo de alcohol para un 29,6 %. (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución según hábitos tóxicos de pacientes con deterioro cognitivo posterior a enfermedad cerebrovascular

Hábitos tóxicos	No.	(%)
Café	11	40,0
Tabaquismo	14	51,8
Alcoholismo	8	29,6

Predominó la ECVI de tipo aterotrombótica para un 70, 3 %. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución según tipo de ECVI en pacientes con deterioro cognitivo

Tipo de ECVI	No	(%)
Aterotrombótica	19	70,3
Cardioembólica	4	14,8
Lacunar	1	3,7
Inhabitual	1	3,7
Indeterminada	2	7,40
Total	**27**	**100**

El hemisferio derecho fue la estructura encefálica más afectada con 62, 9 %; el hemisferio izquierdo estuvo afectado en el 33, 3 %. (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de pacientes según la estructura encefálica afectada

Estructura encefálica afectada	No.	(%)
H. derecho	17	62,9
H. izquierdo	9	33,3
Tallo cerebral	-	-
Cerebelo	1	3,7
No determinada	-	-
Total	**27**	**100**

Todos los pacientes presentaron deterioro cognitivo. (Tabla 6).

Tabla 6. Presencia de deterioro cognitivo en pacientes con ECVI

Test aplicados	No	(%)
MMSE		
Normal	-	-
Deterioro cognitivo	27	100
MOCA		
Normal	-	-
Deterioro cognitivo	27	100

El área cognitiva más afectada fue la memoria, pues se observó en el 100 % de los pacientes, seguida del área de la atención (96,2 %) y por último el área visoespacial/constructiva (88,8 %). (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución según las alteraciones neuropsicológicas en pacientes con ECVI

Alteraciones neuropsicológicas	No	(%)
Área visoespacial/ constructiva	24	88,8
Área del lenguaje	17	62,9
Área de la memoria	27	100
Área de la orientación	19	70,3
Área de la atención y concentración	26	96,2
Funciones ejecutivas/ capacidad de abstracción	23	85,1
Capacidad de cálculo	**22**	**81,4**

Fuente: MOCA.

Se evidenció que la mayoría de los pacientes con deterioro cognitivo posterior a la ECVI no manifestaban depresión (77,7 %), solo el 3,7 % mostró una depresión moderada, en tanto el 18,5 % de los casos presentó un nivel de depresión profundo. (Tabla 8).

Tabla 8. Comportamiento de la depresión en pacientes con deterioro cognitivo post ECVI

Depresión	No	(%)
Normal	21	77,7
Moderada	1	3,7
Profunda	5	18,5
Total	**27**	**100**

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yessavage.

DISCUSIÓN

El estudio realizado a los pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica hospitalizados en fase aguda en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL), de la provincia Cienfuegos, muestra entre las características sociodemográficas el predominio de los rangos de edades correspondientes a 60-69 y 70-79 años de edad lo que significa que la mayoría transitan por el periodo de la vida de la adultez mayor, siendo la edad media 67 años.

Los resultados anteriores coinciden con los expuestos en el Anuario estadístico de salud del 2016 en el cual aparece una distribución por edad y sexo de la mortalidad por esta causa donde se aprecia que a medida que se avanza en la edad el porciento de defunciones es mayor. En el sexo femenino ocurre de igual forma, no obstante, el número de defunciones es mayor en los hombres (9,7 %) mientras que en las mujeres es un (8 %).[6]

El impacto epidemiológico por ECV se define tanto por la letalidad asociada como por la discapacidad que puede generar.

En la muestra imperan los sujetos del sexo masculino (74 %), en contraste con el 26 % de mujeres aquejadas por este evento, a pesar de que la población media masculina es menor que la femenina. (Véase Anuario estadístico de salud del 2016).[6]

Varias pueden ser las razones de esta distribución, entre ellas las condicionantes de género relativas a la lucha por el dominio del espacio exterior, mayor violencia o agresividad en sus relaciones interpersonales, la presión asumida por el mantenimiento familiar y la existencia de hábitos nocivos en mayor medida en los hombres (ingesta de bebidas alcohólicas, presencia del hábito tabáquico y consumo de café).

Puede corroborarse este último aspecto en los resultados obtenidos mediante el análisis de documentos (historia clínica del paciente) y el formulario de datos generales aplicado a los mismos. Es importante que estos factores sean verificados en futuras investigaciones.

Los resultados obtenidos en cuanto a edad y sexo predominante en el estudio coinciden con los alcanzados por los especialistas de primer grado en neurología Dr. José Luis de la Maza Martínez (2016) y Dr. Tomás Castillo Juiz (2018) ambos de dicho servicio perteneciente al Hospital Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos.[a],[b]

Según cita el Dr. Tomás Castillo en su tesis de obtención del título de especialista de primer grado en Neurología, la ECVI es más frecuente en hombres, excepto entre 35 y 45 años y en mayores de 85 años en que predomina ligeramente en las mujeres.[b]

Otro de los indicadores demográficos analizado es el relativo al color de la piel. En la muestra estudiada el 70,3 % de las personas son de piel blanca, las que predominaron en un amplio margen sobre las personas de piel no blanca (29,6 %). Estos aspectos deben ser profundizados en futuras investigaciones.

En relación con el nivel de escolaridad, el secundario con un 44,4 % y el nivel primario con un 37 % predominaron sobre el resto en toda la estratificación del universo estudiado. En general el nivel de escolaridad es bajo. Solo 5 sujetos de

los 27 estudiados presentan un nivel más alto (preuniversitario y universitario) lo que representa el 18,5 % de la muestra.

En la actualidad no se encuentra un criterio uniforme acerca de la afectación que pueda causar la edad, la educación o el sexo en la prevalencia del DC. De forma general, se ha establecido una prevalencia mayor en individuos con nivel educativo bajo y no se han verificado diferencias entre los sexos.

El nivel educacional se ha relacionado al DC en varios estudios, ya sea por demostrar que menor nivel educacional se asocia a peor rendimiento cognitivo, o que un alto nivel educacional tiene un efecto protector.[3, 8,a]

En el estudio "Deterioro cognitivo después de un infarto cerebral: frecuencia y factores determinantes ", llevado a cabo en el año 2008 se encontró una mayor frecuencia de DC en el grupo de pacientes que no alcanzaron la escolaridad media.[7]

Tanto en dicho estudio como en el nuestro se encontró un mayor DC a medida que disminuye el nivel educacional, ya que se obtienen menores puntuaciones en este grupo.

En el año 2015 en Venezuela, en el Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde", López Malaver realizó una investigación donde apreció una alta incidencia de DC en los pacientes ingresados por infarto agudo al miocardio o enfermedad cerebrovascular. Considera además que esta etapa es relevante para la salud pública por su fuerte asociación con la incidencia de demencia y por ende los profesionales de salud juegan un papel clave para el reconocimiento precoz de los pacientes con riesgo.[12]

Otra de las variables demográficas estudiadas es la ocupación del sujeto en el momento de ocurrir la enfermedad cerebrovascular isquémica. Los resultados mostrados resultan muy interesantes. El 48,1 % de la muestra se encontraba jubilado y trabajando el 37 %. Como se aprecia, el mayor por ciento corresponde a aquellos que habían terminado su vínculo laboral lo que resulta una evidencia a favor de la importancia de la actividad laboral como generadora de necesidades, motivaciones y retos cognitivos, lo que se ha dado en llamar factor protector.

En cuanto al estado civil, el 66,6 % es soltero, en tanto el 33,3 % es casado. Los resultados de esta variable indican una mayor cantidad de personas aquejadas del padecimiento que no mantienen, al menos de forma estable, un vínculo de pareja. Esto puede funcionar, al igual que otros aspectos mencionados con anterioridad, como un factor protector, el cual debe ser estudiado en otras investigaciones.

En lo relativo al lugar de residencia prevalecen los de procedencia urbana (77,7 % del total de la muestra).

Otra variable de utilidad para nuestra investigación, es la presencia de hipertensión arterial siendo el factor de riesgo de mayor prevalencia, seguida de la diabetes mellitus. Se expone además el comportamiento de sus hábitos tóxicos donde sobresale el tabaquismo, seguido del consumo de café y por último el consumo de alcohol.

Es conveniente aclarar que según la escala de Marconi utilizada en la presente investigación, de los ocho pacientes que ingieren bebidas alcohólicas, siete corresponden a la clasificación de bebedor excesivo y uno se ubica en la clasificación de bebedor patológico.[11]

Estos resultados coinciden con los obtenidos por el Dr. Vladimir Escobar Alfonso quien plantea como conclusiones en su artículo "Factores de riesgo prevalente en pacientes ingresados por ECV" (Camagüey, 2014) que los factores de riesgo mayormente asociados a la enfermedad fueron la hipertensión y la edad avanzada, seguidos por el tabaquismo y diabetes mellitus.[2]

Asimismo, existen puntos de contacto con los resultados alcanzados en la investigación realizada por Leonardo J. Mosquera Procel (Ecuador, 2014) al encontrar que el mayor porcentaje es en pacientes masculinos con un promedio de edad de 67 años y la hipertensión arterial como factor de riesgo asociado en mayor medida a esta enfermedad.[13]

De forma contraria lo enfoca Cabrera Zamora[3] en su artículo de revisión "Factores de riesgo y enfermedad cerebrovascular" donde explica que a nivel mundial se produce un aumento alarmante del 25 % en el número de casos de dicho evento entre las personas de 20 a 64 años en los últimos 20 años, que representa en este grupo el 31 % del número total de accidentes cerebrovasculares.

Agrega que por primera vez se estudia la

incidencia del accidente cerebrovascular en niños y jóvenes, debido a que el 0,5 % de todos los accidentes cerebrovasculares que ocurren anualmente en el mundo son en las personas de 20 años y menos de edad.

En este estudio se aprecia la distribución de la ECVI, donde predomina la de tipo aterotrombótica, con afectación de la estructura encefálica principalmente en el hemisferio derecho, lo cual refleja que la muestra seleccionada para la investigación presenta deterioro cognitivo en un 100 %, resultado corroborado en cada uno de los test aplicados.

Muchos de los estudios sobre el tema plantean que debe evaluarse la función cognitiva a partir de los tres meses de la ocurrencia de la enfermedad, con la expectativa de una estabilización del defecto cognitivo después del período de recuperación inicial.[14-16]

No obstante, los autores de este estudio consideran necesario evaluar en la fase aguda de la enfermedad, con el objetivo de comenzar la rehabilitación en una etapa temprana, lo que puede conducir a un mejor pronóstico.

La Dra. Murie-Fernández M, aboga por el diagnóstico y tratamiento precoz en la fase hospitalaria y con posterioridad un tratamiento ambulatorio que incida en la calidad de vida del paciente.[17]

Considera imprescindible realizar un esfuerzo de planificación para que los pacientes puedan beneficiarse de un tratamiento neurorrehabilitador específico iniciado de forma precoz, con la intensidad necesaria, de forma continuada durante el ingreso y a partir del egreso con la utilización de otras variantes.

Los resultados de las áreas afectadas en el Mini-mental coinciden de manera general con los obtenidos en el segundo test aplicado. En ambas pruebas los puntajes alcanzados son bajos y se encuentran en correspondencia con los niveles inferiores de escolaridad.

Citemos como ejemplo los resultados alcanzados por dos pacientes con diferentes niveles de escolaridad. En el caso de nivel superior obtuvo 23 puntos en el Mini-mental y 22 puntos en el MOCA, en tanto el otro caso con un nivel primario alcanzó 19 y 14 puntos respectivamente.

En la literatura consultada de los últimos años, específicamente del 2015, encontramos a Adell Serrano, el cual estudia la relación entre reserva cognitiva (RC) y déficit cognitivo (DC) en los pacientes que han sufrido un ECV con más de un mes de evolución. Asume que sí existe una relación entre ambas variables, por tanto, presentar DC severo es 5 veces mayor cuando la RC es baja y aumenta en 1,1 por año de edad. Los pacientes con RC alta presentan un DC leve. El riesgo de DC severo lo determina una RC baja (OR: 5,3; IC 95%: 1,1-24,5) y mayor edad.[18]

Se evidencia también que la mayoría de los pacientes con deterioro cognitivo posterior a la ocurrencia del evento no manifiestan depresión (77,7 %) solo el 3,7 % muestra una depresión moderada, en tanto el 18,5 % de los casos presenta un nivel de depresión profundo.

Según la literatura analizada por el Dr. José L. de la Maza múltiples estudios sobre el tema reportan que la depresión posterior al evento es independiente del estado neurológico y funcional del paciente y hasta 1/3 de los supervivientes presentan depresión, aunque en el presente trabajo ese índice se encuentra por debajo de esa cifra. No obstante, es importante considerar los niveles de esta variable.[a]

Se puede concluir que los pacientes se concentraron fundamentalmente en el periodo de la adultez mayor, donde imperan los del sexo masculino, con predominio en un amplio margen de las personas de piel blanca, nivel de escolaridad secundaria, ocupación principal jubilado, estado civil soltero y prevalecen los de procedencia urbana. Predominó el evento isquémico aterotrombótico, con importante afectación de la estructura encefálica en el hemisferio derecho. Los factores de riesgo mayormente asociados a la enfermedad fueron la HTA, la DM y el tabaquismo. Todos los pacientes del estudio presentaron deterioro cognitivo, siendo las áreas más afectadas la memoria, atención y la visoespacial /constructiva, pero el resto de las funciones cognitivas, aunque en menor porcentaje, también estuvieron afectadas de manera relevante.

La depresión no estuvo presente en la mayoría de los pacientes estudiados, pero se corroboró que casi la cuarta parte de los sujetos tienen niveles depresivos en los rangos de moderado a profundo.

Conflicto de intereses:

No conflicto de intereses.

Contribución de autoría:

Lic. Beatriz Perdomo Borges, Dr. C. Teresa Rodríguez Rodríguez, concepción metodológica, recogida de datos, análisis de datos, redacción.

Lic. Marianela Fonseca Fernández, Lic. Isabel Urquiza Pozo, revisión bibliográfica, recogida de datos.

Lic. Idalmis Luisa Martínez Serrano, Lic. Belkis Rosa Vilaboy Pérez, revisión bibliográfica, análisis de datos, redacción.

Financiación:

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

---

[a] de la Maza Martínez JL. Deterioro cognitivo post ICTUS: evolución y factores explicativos [tesis]. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado"; 2016.

[b] Castillo Juiz T. Tratamiento hipotensor durante la fase aguda del ictus isquémico. Estado neurológico-funcional del paciente [tesis]. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado"; 2018.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arpa A, Vilela A, Kuschner P, Vázquez AG, Cappanera P, Sánchez A. Accidente cerebrovascular y factores de riesgo. Estudio prospectivo controlado. Rev Argent Medicina. 2015 ; 3 (5): 12-20.

2. Escobar Alfonso V, Zaldívar Garit M, Rodríguez de la Rosa G, Cabrera Cordovés JC. Factores de riesgos prevalentes en pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular. Rev Cub Med Mil [revista en Internet]. 2014 ; 43 (4): [aprox. 12p]. Available from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol43_4_14/mil03414.htm.

3. Cabrera Zamora JL. Factores de riesgo y enfermedad cerebrovascular. Rev Cubana Angiol Cir Vasc. 2014 ; 15 (2): 75-88.

4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de Orientación [Internet]. Washington: OMS; 2011. [cited 23 Sep 2014] Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf.

5. Cutiño-Maás Y, Rojas-Fuentes JO, Sánchez-Lozano A, López-Argüelles J, Verdecia-Fraga R, Herrera-Alonso D. Caracterización del ictus en el paciente longevo: una década de estudio. Finlay [revista en Internet]. 2016 [cited 4 Feb 2018] ; 6 (3): [aprox. 6p]. Available from: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/425.

6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 2016. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 2017.

7. Fernández Concepción O, Rojas Fuentes JO, Pando A, Marrero Fleita M, Mesa Barrero Y, et al. Deterioro cognitivo después de un infarto cerebral: frecuencia y factores determinantes. Rev Neurol. 2008 ; 46: 326-30.

8. López LM. Instrumentos de evaluación psicológica. In: López LM. Compendio de instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 241-280.

9. Romero Cabrera AJ. La historia clínica en geriatría. Evaluación geriátrica. In: Asistencia Clínica al Adulto Mayor. Cienfuegos: Editorial Universo Sur; 2007. p. 42-57.

10. Pardo Lozano R, Álvarez García Y, Barral Tafalla, Farré Albaladejo M. Cafeína: un nutriente, un fármaco, o una droga de abuso. Adicciones. 2007 ; 19 (3): 225-38.

11. Del Sol Padrón LG, Álvarez Fernández OM, Rivero Berovides JD. Clasificación de Marconi (criterios basados en la cantidad y frecuencia de consumo). Finlay [revista en Internet]. 2010 [cited 9 May 2018] ; 10 (Número Especial): [aprox. 4p]. Available from: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/11.

12. López Malaver VA. Deterioro cognitivo en pacientes con enfermedades cerebrovasculares e infarto del miocardio atendido en el servicio de medicina interna. Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde". Febrero-Mayo de 2015 [Tesis]. Valencia: Universidad de Carabobo; 2015. Available from: http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/2496/1/vlopez.pdf.

13. Mosquera Procel LJ. Los eventos cerebrovasculares hemorrágicos en pacientes con hipertensión arterial varones entre 50 a 70 años de edad [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2014. Available from: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/755/1/villano_ls.pdf.

14. Vecilla Bravo Y, Jiménez Bártulos S. Rehabilitación cognitiva contra las secuelas del ictus [Internet]. Asturias: La Nueva España; 2013. [cited 9 May 2018] Available from: http://www.lne.es/vida-y-estilo/salud/2013/08/31/rehabilitacion-cognitiva-despues-sufrir-ictus/1463010.html.

15. Castillo de Rubén A. Rehabilitación neuropsicológica en el siglo XXI. Rev Mex Neuroci. 2012 ; 3 (11): 223-9.

16. Mora-Simón S, García-García R, Perea-Bartolomé MV. Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. Rev Neurol. 2012 ; 54 (5): 303-10.

17. Murie Fernández M, Irimia P, Martínez Vila E, John Meyer M, Teasell R. Neurorrehabilitación tras el ictus. Neurología [revista en Internet]. 2010 [cited 5 Feb 2018] ; 6 (2): [aprox. 11p]. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485310700086.

18. Adell Serrano B, Perrot González JC, Escribano Stable DA, Castañeda Galeano VE, Usabiaga Bernal T, Aguilar Naranjo JJ. Relación entre reserva cognitiva y déficit cognitivo en el ictus. Rehabilitación. 2013 ; 47 (1): 27-34.