

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

DEMORA PREHOSPITALARIA EN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Dr. Salvador Vidal Revé¹, Dr. Luis Felipe Díaz Ortiz², Dra. Mina Maylen Díaz Jiménez.³

RESUMEN

El tiempo perdido en el inicio de los cuidados médicos en el paciente con accidente cerebrovascular es determinante en el resultado de las acciones terapéuticas, es por ello que se realiza un estudio observacional descriptivo, transversal, en la Unidad Cerebrovascular del Hospital General Docente "Dr Agostinho Neto" de Guantánamo de la demora prehospitalaria en accidente cerebrovascular, durante el año 2008, donde son analizadas las variables siguientes: edad, sexo, tiempo de demora, procedencia, severidad, razón de la demora, entre otras. El tiempo medio de arribo es de 403.78 minutos con desviación estándar de 239.27. El accidente cerebrovascular hemorrágico y mayor severidad, más de 15 puntos en la escala de NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale), se asocian al arribo temprano. Los pacientes procedentes de la ciudad de Guantánamo son los que arribaron tardíamente. La edad, sexo, estar acompañado al inicio de síntomas y reconocimiento de estos no se relacionan con el tiempo de demora.

Palabras clave: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR/diagnóstico; ACCIDENTE CEREBROVASCULAR/complicaciones; FACTORES DE TIEMPO.

INTRODUCCION

El accidente cerebrovascular (ACV) representa uno de los principales desafíos que enfrentan las autoridades gubernamentales y la sociedad en el inicio de siglo; ocupa el tercer lugar entre las causas de muerte en los países

¹ *Master en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar.*

² *Especialista de I Grado en Medicina Interna y Medicina Intensiva. Instructor.*

³ *Master en Atención integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Instructor.*

industrializados.¹ En los Estados Unidos es la tercera causa solo superado por enfermedades del corazón y cáncer, constituyen la primera causa de discapacidad e invalidez.² De manera similar en nuestro país y en la provincia de Guantánamo ocupa la tercera causa de muerte.³

En la última década del pasado siglo los resultados de The National Institute of Neurological Disorders and rt-PA Stroke Trial proporcionó la evidencia de que el tratamiento trombolítico en el ACV isquémico agudo puede mejorar el resultado neurológico y que la efectividad del mismo es dependiente de el tiempo.⁴ Hoy las guías internacionales recomiendan al rt-PA como primera línea de tratamiento para pacientes elegibles cuando es administrado dentro de las tres horas posteriores al inicio de los síntomas.^{5,6}

El análisis combinado de los datos provenientes de estudios randomizados que investigaron el tratamiento trombolítico para el ACV isquémico (ATLANTIS, ECASS y NINDS rt-PA Stroke Trial) muestran una clara asociación entre eficacia e intervalo de tiempo desde el inicio y administración del agente trombolítico, en el análisis se observa un resultado favorable cuando el tratamiento es administrado entre 3 y 4.5 horas⁷, en estudios recientes Hacke y colaboradores encontraron que el rt-PA comparado con placebo administrado intravenoso entre 3 y 4.5 horas mejora el resultado neurológico en paciente isquémico.⁸ Se establecen unidades de atención a pacientes con ACV y están publicadas las recomendaciones para mejorar la organización de la atención al enfermo cerebrovascular en fase aguda que enfatiza la importancia del rápido y eficiente tratamiento.⁹

Estos avances experimentados en la organización del proceso asistencial y el desarrollo de nuevas herramientas terapéuticas permiten abandonar la actitud pesimista ante el paciente con ACV y que la comunidad médica, unida a la población en general, hayan cobrado conciencia de que el ACV constituye una verdadera emergencia y como tal hay que enfrentarla.

METODO

Se realiza un estudio observacional, descriptivo, y transversal en la Unidad Cerebrovascular (UCV) del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de la demora prehospitalaria en accidente cerebrovascular (ACV) durante el período comprendido desde el 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2008.

El universo de estudio se conforma con pacientes hospitalizados en dicha unidad asistencial. El diagnóstico se establece por equipo médico formado por especialistas de Medicina Interna y Neurología, corroborado por tomografía axial computarizada (TAC). Se excluyen todos los pacientes en los que no se pudo obtener la información pertinente al estudio, todos aquellos en que la TAC establece diagnóstico diferente a ACV o no pudo ser realizada, y los que sufren ACV mientras están hospitalizados. El universo queda constituido por 162 pacientes.

Los investigadores aplican cuestionario estandarizado dentro de 72 horas posteriores a la admisión en la UCV. A todos los pacientes o acompañantes se les realizan las siguientes preguntas:

¿Cuándo notó por primera vez que algo malo le estaba sucediendo?

¿Ha tenido alguna vez un ACV?

¿Sabía usted que estaba sufriendo un ACV?

¿Se encontraba en compañía de alguien al comenzar a sentirse mal?

¿En qué fue transportado al departamento de emergencia?

La información de pacientes afásicos o con alteración del estado de conciencia fue obtenida del paciente, familiar, acompañante o testigo presencial y de la historia clínica personal.

Los datos demográficos: edad, sexo y procedencia, y si está acompañado o no al inicio de los síntomas, se obtienen de la entrevista al paciente, al familiar, o de la historia clínica personal.

Definiciones

Tiempo de inicio de los síntomas: El momento en que por primera vez el paciente o acompañante notó que algo le estaba sucediendo. (En la investigación se excluyen pacientes con inicio nocturno y cuyos síntomas son identificados al despertarse).

Tiempo de Demora Prehospitalaria (TDP): Tiempo transcurrido desde el momento de inicio de los síntomas hasta el momento de arribo al Departamento de Emergencia (DE).

El TDP fue codificado como:

- Arribo temprano: Cuando el paciente arriba al DE dentro de los primeros 180 minutos de iniciados los síntomas.

- Arribo tardío: Cuando el paciente arriba al DE después de los primeros 180 minutos de iniciados los síntomas

Cuando el paciente llega referido de una Unidad de Cuidados Intensivos municipal se considera como tiempo de arribo el momento de su admisión en dicha unidad municipal.

Tiempo de arribo al DE: Es recogido de la anotación del médico en el registro de pacientes en el DE.

La severidad de síntomas es establecida en el momento de su admisión en la UCV aplicando la escala de valoración The National Institute Health Stroke Scale (NIHSS)¹⁰, rango 0 - 42 (valor normal 0). Los valores de corte de la escala NIHSS son preespecificados según lo indicado en la literatura en menos de 7, 7 a 15 y más de 15.

Se consideran con antecedentes de esta enfermedad de ACV cuando el paciente, familiar o acompañante refieren que el paciente sufre ACV previo, se recoge en la historia personal del enfermo o la TAC muestra evidencias de ACV antiguo.

Cuando el paciente o acompañante a la pregunta ¿Sabía usted que estaba sufriendo un ACV? Responde afirmativamente se considera que reconoce que tiene un ACV.

El modo de transporte se dicotomizó en dos:

- Trasladado por el Servicio Integrado de Urgencia Médica (SIUM).
- Otros: Aquellos que utilizan transporte diferente al que brinda el SIUM.

En el paciente con arribo tardío se establece la razón de la demora categorizándola en:

- Incapaz de buscar ayuda: Aquellos encontrados con alteración del nivel de conciencia o severo disturbio del lenguaje.
- Se considera que sus síntomas no eran serios: Aquellos pacientes o acompañantes que a la interrogante ¿Por qué no acudió al médico? Respondieron: Pensé que los síntomas no eran graves, no necesitaban atención médica o iban a desaparecer.
- Otros: Aquellos que expresaron cualquier otra razón.

La información recogida en el formulario es plasmada y procesada en el paquete estadístico SPSS V.13. Los resultados son resumidos utilizando medidas del nivel descriptivo de investigación: número absoluto, porcentaje, media y desviación estándar.

RESULTADOS Y DISCUSION

En cuanto al tiempo de demora prehospitalario (TDP) (Tabla 1), se encontró que de los 162 pacientes estudiados, solo 33 (20.4 %) tuvieron arribo temprano dentro de los 180 minutos de iniciados los síntomas, mientras que 129 (79.6 %) tuvo un arribo tardío más de 180 minutos de iniciados los síntomas. La media de TDP es de 403.8 minutos con valor mínimo de 30 minutos y máximo de 1234 minutos con desviación estándar de 239.27 minutos.

En la investigación el porcentaje de pacientes con arribo temprano fue bajo, estudios internacionales muestran porcentaje superior de pacientes con arribo temprano con valores que varían desde el 26 hasta alrededor del 50 %.^{11,12}

La media de TDP obtenida fue elevada, aproximadamente 6.7 horas (403.78 minutos), superior a lo registrado por diferentes investigadores como Barr, Agyeman y Wester¹²⁻¹⁴ que en diferentes países notificaron media de TDP de 3, 4.5 y 4.8, respectivamente, y similar al estudio de Chang¹¹ que registró media de 6.5 horas.

La comparación entre los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones es difícil porque sus diseños son distintos, los resultados nos dicen que el porcentaje de pacientes con arribo temprano es bajo y la media de TDP es prologada, hecho que pudiera influir negativamente en la atención médica de los enfermos. Para el éxito de las intervenciones terapéuticas su inicio precoz es determinante.⁴⁻⁸ El mayor obstáculo para la administración del rtPa es el tiempo por su estrecha ventana de solo 180 minutos (3 horas) posteriores al inicio de los síntomas^{5,6}, este hecho determina que sólo un pequeño porcentaje de los pacientes con infarto isquémico se beneficien de la trombólisis.⁷

La Tabla 2 muestra que del total, 121 (74.7 %) sufrió ACV isquémico y, 41 (25.3 %), fueron de tipo hemorrágico. De los isquémicos: 106 (65.4 %) tuvo arribo tardío y sólo 15 (9.3 %) arribo temprano. Entre los hemorrágicos: 23 (14.2 %) tuvo arribo tardío y 18 (11.1 %) arribo temprano. El análisis señaló que

el ACV hemorrágico se asoció a una mayor posibilidad de arribo temprano (Chi cuadrado = 18,740 $p < 0.05$).

El mayor número de pacientes tanto en el grupo de arribo temprano como en el arribo tardío estuvieron comprendidos en los grupos etarios de 65 a 74 y de 75 a 84 años, los que englobaron el 25.9 y el 37 %, respectivamente del total; la edad no estuvo relacionada con el TDP ($p > 0.05$).

El sexo masculino incluyó 92 pacientes (56.8 %), de ellos: 76 (49.9 %) con arribo tardío y 16 (9.9 %) con arribo temprano. Mientras que el sexo femenino presentó 70 pacientes (43.2 %): 53 (32.7 %) con arribo tardío y 17 (10.5 %) con arribo temprano. El sexo no tuvo influencia sobre el TDP ($p > 0.05$). Un total de 113 pacientes (69.8 %) procedió de ciudad Guantánamo, de los cuales: 96 (59.3 %) tuvieron arribo tardío y 17 (10.5 %) temprano. De los 49 (30.2 %) con otra procedencia: un total de 33 (20.4 %) tuvo demora y, 16 (9.8 %), arribo temprano, los pacientes con procedencia diferente a ciudad Guantánamo fueron los que mostraron mayor probabilidad de arribo temprano al Departamento de Emergencia (Chi cuadrado 6.534 $p < 0.05$).

El mayor número de pacientes estuvo acompañado al inicio de los síntomas: 95 (58.6 %); entre los pacientes acompañados 74 (45.7 %) mostró arribo tardío y 21 (13 %) temprano; se encontraron solos al inicio de los síntomas 67 (41.4 %) de ellos: 55 (34 %) con arribo tardío y, 12 (7.4 %), a tiempo. El hecho de estar acompañado al inicio de los síntomas no influyó en el TDP ($p > 0.05$). Con antecedentes patológicos personales (APP) de ACV se hallaron 40 pacientes pero de ellos sólo 11 (6.8 %) arribó tempranamente al DE mientras que 29 (17.9 %) lo hicieron de forma tardía. Los otros 122 enfermos no tuvieron APP. La historia personal de ACV previo no se relacionó con el arribo temprano. En 64 enfermos (39.5 %) los síntomas fueron reconocidos por el propio paciente, familiar o acompañante a pesar de lo cual sólo 12 (7.4 %) tuvo arribo temprano y 52 (32.1 %) arribo tardío. En los otros 98 enfermos los síntomas no fueron reconocidos como ACV; el reconocimiento de los síntomas de ACV no tuvo influencia sobre el TDP ($P > 0.05$).

De los 33 pacientes con arribo temprano: 23 (14.2 %) obtuvo puntuación de más de 15 en la escala NIHSS y los demás (10 pacientes) una puntuación de 15 o menos. Entre los 129 enfermos con arribo tardío, 41 (25.3 %), alcanzaron puntuación de más de 15, los otros, puntuación de 15 o menos; a mayor severidad en la presentación de los síntomas correspondió una mayor posibilidad de arribo temprano (Chi cuadrado = 15,819 $p < 0.05$).

El servicio de SIUM fue utilizado por 50 pacientes (30.9 %) como modo de transporte, de ellos, más de la mitad (16.7 %) arribó tempranamente al DE y 23 (14.2 %) arribó tardíamente. De los 112 pacientes (69.1 %) que utilizó un modo de transporte distinto, sólo 6 (3.7 %) arribó tempranamente y 106 (65.4 %) de forma contraria. La utilización del SIUM se relacionó a una mayor probabilidad de arribo temprano (Chi cuadrado=50, 424 $p < 0.05$)

La distribución de los pacientes según tipo de ACV se comportó de forma habitual con prevalencia de ACV isquémico con cifras similares a las registradas por la American Heart Association. Heart and Stroke Statistical del 2008², con el 87 % de isquémicos y 13 % de hemorrágicos, datos estadísticos nacionales y de nuestra provincia revelan un comportamiento similar.³ El ACV hemorrágico se asoció a una mayor posibilidad de arribo temprano, este resultado concuerda con Wester¹⁴ que señaló que el TDP de los pacientes con ACV hemorrágico de 1.7 horas por 5.1 horas para los isquémicos. El diagnóstico de infarto cerebral isquémico ha sido asociado a un mayor tiempo de admisión¹⁵; sin embargo, otros investigadores no encontraron asociación entre el tipo de ACV y TDP.^{11,12} La edad y el sexo no tuvieron impacto sobre el TDP, de igual forma los resultados del Stroke Time Registry for Outcomes Knowledge and Epidemiology (STROKE)¹⁶ realizado en New Jersey mostraron que la edad y el sexo no influyen en el TDP; más recientemente Derex¹⁷ en Francia ratificó que la edad y el sexo no tienen influencia en el TDP.

El mayor número de pacientes procedió de ciudad Guantánamo, este hecho se explica por la composición demográfica de la población estudiada que concentra el mayor número de habitantes en la ciudad cabecera, sin embargo, los pacientes con procedencia distinta tuvo mayor probabilidad de arribo temprano. Se hace difícil comparar esta variable con otras investigaciones en territorios con diferentes características demográficas; en muchas de ellas participan varios hospitales de distintas localidades con distancias diferentes. Una explicación recomendable sería la función desempeñada por las unidades municipales de cuidados intensivos aunque es necesario investigar para esclarecer la causa de este resultado.

La presencia de acompañante al inicio de los síntomas no se relacionó con el arribo temprano, resultado que difiere de los obtenidos por diferentes investigadores. Lacy¹⁶, Barr¹³ y Wester¹³ señalaron una media de TDP menor para los pacientes acompañados al inicio de los síntomas. Vivir sólo incrementa el tiempo de admisión en el ACV.¹⁷ Es una importante variable en el proceso de

búsqueda de atención médica en pacientes con ACV es el rol desempeñado por los acompañantes especialmente en aquellos con afasia, negligencia, alteración cognitiva o nivel de conciencia.

El APP de ACV previo no se relacionó con el arribo temprano; los resultados de los estudios no son unánimes. Wester¹⁴ en su estudio encontró que el APP de ACV se asoció al arribo temprano, mientras Chang¹¹, Agyeman¹², Derex¹⁷, Kothari¹⁸ señalaron en sus investigaciones que no se asoció a un arribo temprano y no condiciona una menor demora en buscar atención médica. Estos resultados podrían reflejar diferentes grados de conocimiento, actitudes y respuestas en diferentes poblaciones.

El reconocimiento de los signos y síntomas por el paciente o acompañante no se relacionó con mayor probabilidad de arribo temprano, resultado consistente con lo encontrado por diversos investigadores¹⁷⁻¹⁹ en diferentes países, señalando que el reconocimiento por el paciente o acompañante de los síntomas de ACV no se acompaña de una reducción del TDP. Esto nos dice que la población no tiene una clara percepción de riesgo ante el ACV y que el mismo constituye una emergencia médica y, como tal, demanda atención emergente. Las campañas públicas de información deben incrementar el número de pacientes que se beneficien del tratamiento efectivo de ACV.

Los pacientes con mayor severidad de daño neurológico al inicio de los síntomas tuvieron mayor probabilidad de tener arribo temprano. Este resultado se corresponde con diversos estudios^{11,14,16,17}, en que los pacientes con déficit neurológico severo expresado por un valor de puntuación en la escala NIHSS mayor de 15 puntos, tienden a arribar más tempranamente y los pacientes con déficit neurológico ligero arriban más tardíamente. Este hecho pudiera implicar que la percepción de la naturaleza emergente de la enfermedad pudiera ser un factor contribuyente en la disminución de la demora prehospitalaria. La utilización del SIUM como modo de transporte se asoció al arribo temprano, diversos estudios han identificado que el empleo de los servicios de emergencia médica y el transporte por ambulancia reduce el TDP y propicia el arribo temprano.^{13,14,16,20,21}

El éxito de cualquier programa de revascularización depende de la eficiente integración de la atención prehospitalaria con los servicios de emergencia médica.²² Los datos obtenidos en el estudio indicaron que la utilización del SIUM no es óptima en la comunidad.

El mayor porcentaje arribó con demora al hospital por considerar no serios los síntomas (37.9 %), seguido de incapacidad de buscar ayuda, con 46 pacientes (36.6 %). Estas dos causas representaron más del 70 % de la demora.

Las personas que perciben sus síntomas o los de alguien a su alrededor como serios y urgentes son los que más probablemente hacen uso más rápidamente de los servicios de emergencia médica.²³ Un estudio²⁴ realizado sobre el por qué de la exclusión para el tratamiento trombolítico encontró que la razón de la demora fue considerar no graves los síntomas. Wester¹⁴ en su investigación señaló que la imposibilidad de contactar con alguien cuando comenzaron los síntomas fue el factor más importante en la demora prehospitalaria.

CONCLUSIONES

- El porcentaje de pacientes con arribo temprano es bajo y la media del TDP elevada.
- El ACV hemorrágico y la mayor severidad (más de 15 puntos en la escala NIHSS) se asociaron al arribo temprano.
- La edad, sexo, estar acompañado al inicio de los síntomas y reconocimiento de los síntomas no se relacionaron con el tiempo de demora.
- La utilización del SIUM se asoció a mayor posibilidad de arribo temprano.
- El considerar no serios los síntomas y la incapacidad de buscar ayuda fueron las principales razones de la demora.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Feigin VL, Lawes CM, Bennet DA, Anderson ES. Stroke epidemiology, prevalence and case fatality in 21th century. *Lancet Neurol.* 2003; 2: 48-53.
- 2- American Heart Association. Heart and Stroke Statistical. 2008 Update. American Heart Association.
- 3- Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 2008. La Habana: MINSAP; 2008.
- 4- The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rtPa Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator. *N Engl J Med.* 1995; 333: 1584-1587.
- 5- The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovas Dis.* 2008; 25: 457-507.

- 6- Adams HP Jr, del Zoppo GJ, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A, et al. Guidelines for the early management for adult with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association. *Stroke*. 2007; 38: 1655-1711.
- 7- Hacke W, Donnan G, Fieschi C. Association of outcome with early stroke treatment pooled analysis of ATLANTIS, ECASS and NINDS rtPa Stroke Trials. *Lancet*. 2004; 363: 768-774.
- 8- Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4,5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2008; 359: 2317-2329.
- 9- Alberts MJ, Hademenos G, Latchaw RE, Jagoda A, Marler JR, Mayberg MR, et al. Recommendations for the establishment of primary stroke centers. *JAMA*. 2000; 283: 3102-3109.
- 10- Brott TG, Adams HP, Olinger CP, Marler JR, Barsgan WG, Biller J, et al. Measurements of acute cerebral infarction a clinical examination scale. *Stroke*. 1989; 20: 864-870.
- 11- Chang K, Tseng M, Tan T. Prehospital delay after acute stroke in Kaohsiung, Taiwan. *Stroke*. 2004; 35: 700-704.
- 12- Agyeman O, Nedeltchev K, Arnold M, Fischer O, Remonda L, Isenegger J, et al. Time to admission in acute ischemic stroke and transient ischemic attack. *Stroke*. 2006; 37: 963-966.
- 13- Barr J, Kinley S, O'Brein E, Herkes G. Patient recognition and response to symptoms of TIA or stroke. *Neuroepidemiology*. 2006; 26: 168-175.
- 14- Wester P, Radberg J, Ludren B, Peltonen M. Factor associated with delayed admission and in-hospital delays in acute stroke and TIA. A prospective, multicenter study. *Stroke*. 2005;30:912-915.
- 15- Anderson NE, Joanna BB, Bonita R. Delays in hospital admission and investigation delay in acute stroke. *BJM*. 2005; 34: 162-166.
- 16- Lacy C, Suh D, Bueno M, Kostis J. For the Stroke Collaborative Study Group. Delay in presentation and evaluation for acute stroke: Stroke Time Registry Outcomes Knowledge and Epidemiology (S.T.R.O.K.E). *Stroke*. 2004; 32:63-69.
- 17- Derex L, Adelaine P, Nighoghossian N, Honnorat N, Trouillas P. Factor influencing early admission in French stroke unit. *Stroke*. 2005; 33: 153-159.
- 18- Kothari R, Sauerbeck L, Jauch E, Broderick J, Brott T, Khoury J, et al. Patient's awareness of stroke signs symptoms and risk factors. *Stroke*. 2005; 28: 1871-1875.

- 19-Lin CS, Tsai J, Woo P, Chang H .Perihospital delay and emergency department delay of ischemic stroke patient's in Taiwan, ROC. *Prehosp Emerg Care*. 2006; 3: 194-200.
- 20-Yoneda Y, Kothari R, Sauerbeck L, Jauch E, Broderick J, Brott T, et al. Patient's awareness of stroke signs symptoms and risk factors. *Stroke*. 2006; 28: 1871-187.
- 21-Mosley I, Nicol M, Donnan G, Patrick I, Kerr F, Dewy H. The impact of ambulance practice on acute stroke care. *Stroke*. 2007; 38: 2765-2770.
- 22-Oren B, Lowell MJ, Silbergleit R. Critical care transport of patient who have neurological emergencies. *Emerg Med Clin N Am*. 2009; 27:17-26.
- 23-Rosamond WD, Gorton RA, Hinn MD, Hohenhaus SM, Morris DL. Rapid response to stroke symptoms: the Delay in Accessing Stroke Healthcare (DASH) Study. *Acad Emerg Med*. 1998; 5: 45-51.
- 24-Barber PA, Demenchuk AM, Hiel MD, Buchan AM. Why are stroke patient excluded from rtPa therapy. Analysis of patient's eligibility. *Neurology*. 2004; 56:1015-1020.

TABLA 1. TIEMPO DE DEMORA.

TIEMPO DE DEMORA	No.	%
Arribo tardío (180 min y más)	129	79.6
Arribo temprano (menos de 180 min)	33	20.4

Valor Mínimo: 30

Valor máximo: 1 234

Media: 403.78

Desviación estándar: 239.270

TABLA 2. TIEMPO DE DEMORA SEGUN CARACTERISTICAS.

CARACTERISTICAS	ARRIBO TARDIO		ARRIBO TEMPRANO	
	No.	%	No.	%
Tipo ACV				
Isquémico	106	65.4	15	9.3
Hemorrágico	23	14.2	18	11.1
	Chi square = 18.740		p < 0.05	
Grupo de edades				
Menos de 55	13	8	4	2.5
55 – 64	13	8	4	2.5
65 – 74	34	21	8	4.9
75 – 84	49	30.2	11	6.8
85 y más	20	12.3	6	13
			p > 0.05	
Sexo				
Masculino	76	46.9	19	9.9
Femenino	53	32.7	17	-
			p > 0.05	
Procedencia				
Guantánamo	96	59.3	17	10.5
Otros	33	20.4	16	9.9
	Chi square = 6.534		p < 0.05	
Acompañado				
No	55	34.0	12	7.3
Si	74	45.7	21	13
			p > 0.05	
APP de ACV				
No	100	61.7	22	13.6
Si	29	17.9	11	6.8
			p > 0.05	
Reconocimiento ACV				
No	77	47.5	21	13
Si	52	32.1	12	7.4
			p > 0.05	
Severidad				
Menor de 7	33	20.4	4	2.5
7 – 15	55	34.0	6	3.7
Mayor de 15	41	25.3	23	14.2
	Chi square = 15.819		p < 0.05	
Modo de transporte				
SIUM	23	14.2	27	16.7
Otros	106	65.4	6	3.7
	Chi square = 50.424		p < 0.05	

Porcentaje en relación al total de pacientes (162)

TABLA 3. RAZON DE LA DEMORA.

RAZON DE LA DEMORA	No.	%
Incapaz de buscar ayuda	46	35.6
Considerar no serio los síntomas	49	37.9
Considerar difícil transportarse	26	20.2
Otros	8	6.3

Porcentaje en relación al total de pacientes con arribo tardío (129)