

**ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR ICTUS HEMORRÁGICO EN EL
HOSPITAL DR. SALVADOR ALLENDE DURANTE LOS AÑOS 2001 AL
2005.**

Autores:

Dr. Alejandro Vázquez Drake

Dr. Lázaro Vázquez Vázquez

Dr. Luis Candales Arafet.

Dr. Alain Valladares Arriaga.

Yordán Salgado Betancourt

**HOSPITAL CLINICO QUIRURGICO DOCENTE
Dr. SALVADOR ALLENDE. Unidad de Cuidados Intensivos.
Calzada del Cerro y Domínguez. Ciudad de la Habana
Correo electrónico: sallende@infomed.sld.cu
Teléfono: (53) (7) 8788843**

INTRODUCCIÓN.

El ictus hemorrágico es el resultado de una evolución o ruptura de un vaso suplementario del encéfalo. Es el más importante y más común de los problemas neurológicos de comienzo súbito. La incidencia de ictus oscila alrededor de 200 casos por cada 1 millón habitantes por año. En Cuba es una de las patologías crónicas no transmisibles más frecuentes y representa la tercera causa de muerte. La mortalidad oscila de 25-68 % comprendido entre el 16-25 % de todos los fallecimientos por ictus. A diferencia de los ictus isquémicos más del 50 % de los fallecimientos por hemorragia cerebral ocurren en los dos primeros días y el 80 % en la primera semana. En consecuencia la mortalidad es especialmente elevada; se conoce bien la relación existente entre ciertos parámetros clínicos (nivel de conciencia, tipo de respiración, etc.) con la mala evolución de esta entidad. Por lo que nos decidimos a la confección de nuestro trabajo para realizar un análisis de la mortalidad en nuestro Hospital durante los años 2001 al 2005 de los ictus hemorrágicos.

OBJETIVOS.

- 1- Valorar la mortalidad por AVE en nuestro centro.
- 2- Identificar los antecedentes patológicos personales más frecuentes en los casos estudiados.
- 3- Enumerar los síntomas y signos más frecuentes encontrados en el estudio de nuestros casos.
- 4- Identificar el tipo de hemorragia más frecuente encontrada entre la muestra.
- 5- Valorar la correlación clínico-patológica y tomográfica de los casos diagnosticados.
- 6- Identificar las complicaciones más frecuentes.

MATERIAL Y METODO.

Para la confección de este trabajo se realizó un estudio retrospectivo-descriptivo de todos los casos con diagnóstico de AVE hemorrágico fallecido en el Hospital Docente-Clínico-Quirúrgico Dr. Salvador Allende, en el periodo comprendido entre enero del 2001 a diciembre de 2005. La fuente de información fueron las Historias Clínicas, Informes de TAC y los Protocolos de Necropsias. La muestra abarcó un total de 396 casos los cuales se agruparon y estudiaron según la edad, el sexo, el tiempo de realización del diagnóstico positivo, el tiempo de estadía, los antecedentes patológicos personales, los síntomas y signos y las complicaciones más frecuentes y la correlación clínico-patológica y topográfica; para de esta manera darle cumplimiento a los objetivos de nuestro trabajo.

La información se proceso de manera manual y más tarde se emplearon los métodos computarizados bioestadísticas para agilizar y facilitar el manejo de la información.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Se realizó un estudio retrospectivo-descriptivo de los fallecidos por ictus hemorrágico en el Hospital Dr. Salvador Allende durante los años 2001 al 2005.

En este periodo se encontraron 396 fallecidos con un 91.9 % de necropsias. El sexo masculino fue el más afectados en las edades de 60 a 79 años con 101 casos, seguidos por 85 casos de más de 80 años.

El mayor por ciento falleció en el bloque crítico con un 96.7 %. En cuanto al tiempo de diagnostico fue de 7 a 12 horas con 208 casos y el tiempo de estadía entre 4 a 7 días para 168 casos. Al analizar los antecedentes patológicos personales constatamos que predominó la Hipertensión arterial con 265 casos de los cuales 47 no llevaban tratamiento, seguido de de la Cardiopatía isquémica con 190 casos, Ictus antiguo con 117 casos y Diabetes Mellitus con 166 casos.

Los síntomas y signos más frecuentes encontrados fueron el déficit motor, coma, HTA, disartria, convulsiones y cefalea entre otros. Al aplicar la escala de Glasgow osciló de 3 a 5 puntos para un 72 %, en cuanto a las complicaciones más frecuentes fueron la Bronconeumonía Bacteriana hipostática con 158 casos para un 71 % seguido del desequilibrio hidromineral, el edema cerebral, etc.

El tipo de hemorragia más frecuente encontrada fue la hemorragia intraparenquimatosa con 274 para un 69.2 % y al analizar la correlación clínico-patológica y tomográfica se constató que en 364 casos sí existió lo cual nos da un margen estrecho de errores diagnósticos.

CONCLUSIONES

- 1- La edad más frecuente fue entre 60 y 79 años y el sexo masculino.
- 2- Los fallecimientos ocurrieron en su mayoría en el bloque crítico,
- 3- El tiempo medio para diagnostico fue de 7 a 12 horas.
- 4- El promedio de estadía fue de 4 a 11 días.
- 5- Los antecedentes patológicos personales más frecuente fueron Hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y el ictus antiguo, constatándose que la mayoría no llevaba tratamiento de base.
- 6- Los síntomas y signos más frecuentes fueron déficit motor, coma, hipertensión arterial y disartria entre otros.

- 7- La escala de Glasgow a su llegada al hospital más frecuente fue entre 3 y 5 puntos.
- 8- La complicación más frecuente fue la sepsis respiratoria.
- 9- El tipo de hemorragia más frecuente fue la intraparenquimatosa.
- 10-La mayoría de los casos existió correlación clínico-patológica y topográfica.

ANEXO

LUGAR DE FALLECIMIENTO		
SALAS	No.	%
UCIE	23	5,8
UCI	4	1,0
UCIM	356	89,9
CM	13	3,3

RELACION EDAD/SEXO				
EDAD	M	%	F	%
menos de 40	8	3,4	1	0,6
40-59	39	16,7	24	14,7
60-79	101	43,3	67	41,1
más de 80	85	36,5	71	43,6

TIEMPO DE DIAGNOSTICO		
TIEMPO	No.	%
Hasta 5 h	43	10,9
7-12 h	208	52,5
13-24 h	95	24,0
25-48 h	31	7,8
48 h o más	19	4,8

ANTECED. PATOL. PERSONALES		
APP	No.	%
HTA	265	66,9
C. Isquémica	190	48,0
Ictus antiguo	117	29,5
DM	166	41,9
Hipercolester.	84	21,2
Alcoholismo	79	19,9
Sin APP	127	32,1
2 ó más	213	53,8

SIGNOS Y SINTOMAS MÁS FRECUENTES		
	No.	%
Déficit motor	337	85,1
Coma	277	69,9
HTA	352	88,9
Disartria	238	60,1
Convulsiones	79	19,9
Rigidez de nuca	127	32,1

ESCALA DE GLASGOW AL INGRESO

GLASGOW	No.	%
MENOS DE 3	52	13,1
DE 3 A 5	285	72,0
DE 6 A 8	39	9,8
MÁS DE 9	20	5,1

COMPLICACIONES

COMPLICACION	No.	%
Sepsis	281	71,0
D. electrolítico	119	30,1
Edema cerebral	352	88,9
HTEC	162	40,9
Vasoespasmio	60	15,2
Resangramiento	43	10,9

TAC relación tiempo/positividad

TIEMPO	TAC +	TAC -
MENOS DE 24 H	36	5
24-48 H	306	14
MÁS DE 48 H	18	5
NO REALIZADO	12	0

Correl. clínico-patológica-tomográfica

Tipo de ictus	CON	SIN
HSA	130	4
HIP	252	10

NECROPSIAS REALIZADAS

NECRO	No.	%
SI	382	96,5
NO	14	3,5
TOTAL	396	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Arce Lema J, Beltrán Osio R, Cortiza Cuniga EJ. Patología vasculoencefálica. Rev Med (Bolivia) 1996;3(2):347-54.
- 2- Azkárate BÑ, Reviejo K, Lara G, Txoperena G; Alberdi F, Mendia A. Hemorragias intracraneales en UCI. Epidemiología. (Patología cardiovascular. Comunicación 270). Med Intensiva 1999;23 (1 Supl):70.
- 3- Bansai BC, Sood AK, Familial hyperlipidemia in stroke in the young. Stroke 1986;17:1142-5.
- 4- Caplan L. Cerebrovascular disease (Stroke). En: Stein J. H. Internal Medicine. 4 ed. St. Louis: Mosby; 1994:p.1074-8.
- 5- Catalán R, Gener J, Moreno JA, Pérez Moltó, Tomasa T, Colet S. Evolución a corto y mediano plazo de la hemorragia cerebral espontánea en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hosp. Univ. "Germán Trias". Med Intensiva 1997;21:110-7.

- 6- Del Rey Carrión A, Requena Meana L, Guerra Pérez B, Gómez Rubí JA. Patología cerebrovascular en una UCI polivalente. (Patología cardiovascular. Comunicación 268). Med Intensiva 1999;23(1 Supl.):69.
- 7- Díaz Tapia V, Rodríguez F, Cumsille MA. Niveles de colesterol y accidente vascular hemorrágico: un estudio de casos y controles en Chile. Rev Chil Neuropsiquiatr 1997;35(1):57-61.
- 8- Díez Tejedor E, Alonso de Leciñana M, Hashinski VC. Manejo del paciente con infarto cerebral en fase aguda. Rev Neurol (Barcelona) 1996;26(125):40-54.
- 9- Farreras R. Medicina Interna. 13 ed. en CD-ROM. Barcelona: Dayma; 1997:1440-2.
- 10-Fernández M, Avilés J, Gil B, Maldonado A. Hipertensión como factor de riesgo en la población anciana. Hipertensión. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial 1988;15(8):82-3.
- 11-Fisher CM. Lacunes: small. Deep cerebral infarcts. Neurology 1965;15:774-84.
- 12-Helgason CM. Blood glucose and stroke, Stroke 1988;19:1049-53.
- 13-Kannel WB, Wolf PA, Verter J. Manifestations of coronary disease predisposing to stroke. The Framingham study. JAMA 1983;250:2942-6.
- 14-Kaufman H. Spontaneous intracerebral haematomas. En: Grossman RG, Hamilton WJ. Principle of neurosurgery. New York: Raven, 1996.
- 15-Kiyohara Y, Kato I, Iwamoto H, Nakayama K, Fujishima M. The impact of alcohol and hypertension on strokes incidence in a general Japanese population. Stroke 1995;26(3):368-72.
- 16-Laurenao R, Lusky B. Myelinolysis after correction of hyponatremia. Ann Intern Med 1997;126:57-62.
- 17-Leonberg SC, Jr Elliot FA. Risk factors in coronary heart disease and in stroke. Lancet 1983;2:917.
- 18-López González FJ, Aldrey JM, Pardellas H, Castillo J. Morbilidad de la hemorragia intracerebral. Rev Neurol 1998;27(159):755-8.
- 19-Martínez-Vila E, Irimia P. Hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular. Madrid: Harcourt Brace, 1997;231-44.
- 20-Maurice Williams RG, Kitchen ND. Rupture intracranial aneurysm-harming from experience. J Neurol 1994;8(5):519-27.

- 21-Méndez I, Hachinski V, Wolfe B. Serum lipids after stroke *Neurology* 1987;37:507-11.
- 22-Nubiola AR, Masana I, Masdeu S, Rubiés- Prat J. High-density lipoprotein cholesterol in cerebrovascular disease. *Arch Neurol* 1981;38:468.
- 23-Ortega S, Martí G, Casaldueiro JL, Santed MJ, Muñoz E. Patología cerebrovascular: HSA, aneurismas y MAV en UCI en los años 95 al 98. (Patología cardiovascular. Comunicación 265). *Med Intensiva* 1999;23(1 Supl):69.
- 24-Peral JL, Sotillo JC, Velasco A, Sancho M, Cremader I. Hemorragia subaracnoidea aneurismática. Evolución a largo plazo (Patología cardiovascular. Comunicación 273). *Med Intensiva* 1999;23(1 Supl):71.
- 25-Pérez del Molino Martín J, Valderrama Gama E, López Doriga P, Manzarbeitía Arambarri J. Factores pronósticos de mortalidad del accidente cerebrovascular agudo en el anciano. *Rev Clin Esp* 1997;197(12):825-35.
- 26-Prieto Valderrey F, Fernández Rico R, Ortiz Piquer M. Hemorragia subaracnoidea con deterioro neurológico severo: mortalidad y complicaciones neurológicas. *Med Intensiva* 1997;21(6):231-5.
- 27-Romera MA, Chamorro C, Ruiz de la Luna R, Melger JLM, De la Calle N, Villaselara A. Evolución de los accidentes cerebrovasculares ingresados en UCI. Clínica "Puerta de Hierro". Madrid. *Med Intensiva* 1997;21:118-20.
- 28-Steele A. Post operative hyponatremia despite near, isotonic saline infusion: a phenomenon of desalination. *Ann Intern Med* 1997;126:20-5.
- 29-Vierra Benito C, De la Sierra Iserte A. Hipertensión arterial. Factor de riesgo cerebral. Hipertensión. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial 1999;16(2):52-61.
- 30-Viñette C, Falip R, Ollra A. Epidemiología descriptiva de los factores de riesgo cerebro vascular. Estudio en Muro d'Alcoi. *Rev Neurol* 1995;23(120):425-7.
- 31-Vivalta J. Hemorragia subaracnoidea aneurismática. Cartas al director. *Rev Neurol* 1999;28(2):281.