

**Comportamiento de la enfermedad cerebrovascular hemorrágica en la unidad de cuidados intermedios en 1998**

**Behavior of the Hemorrhagic Cerebrovascular Disease in the Intermediate Care Unit in 1998**

**Dr. Miriam Sotomayor Cedeño; Regino Rodríguez Acosta; Dr. Sergio Vega Basulto; Godofredo Maurenza González.**

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

Se realizó un estudio transversal descriptivo para analizar el comportamiento de la enfermedad cerebrovascular hemorrágica en la sala de terapia intermedia del Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech durante 1990. El universo fue de 114 pacientes. El registro de enfermedades del departamento de estadísticas de dicho centro fue la fuente primaria de datos. Aproximadamente 8 de cada 10 pacientes tenían hemorragia subaracnoidea. Con predominio del grupo etáreo de 35 a 59 años. La hipertensión arterial y la cefalea fueron los antecedentes más frecuentes. Prevalcieron los pacientes vivos a expensas de los que sufrieron hemorragia subaracnoidea, fallecieron 8 de cada 10 pacientes con hemorragia intraparenquimatosa con comunicación al espacio subaracnoideo . En los pacientes vivos las complicaciones más frecuentes fueron el edema cerebral y el vasoespasmio arterial, mientras que en los fallecidos fueron el edema y el resangramiento.

**DeCS:** TRASTORNOS CEREBROVASCULARES; UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.

## ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional study was performed for analyzing the behavior of the hemorrhagic cerebrovascular disease in the Intermediate Therapy Ward of Manuel Ascunce Domenech Prov. Hospital during 1998. The universe was of 114 patients.

The register of Diseases of the Statistics Department of this Centre was the primary source of data. Approximately 8 out of 10 patients had subarachnoid hemorrhage, with prevalence of the 35 to 59 age group. Arterial hypertension and cephalaea were the most frequent antecedents. Alive patients prevailed contrasted with those that suffered subarachnoid hemorrhage, 8 out of 10 patients with intraparenchymatous hemorrhage died, and all patients who had intraparenchymatous hemorrhage with communication to the subarachnoid space.

In alive patients, the most frequent complications were: cerebral edema and arterial vasospasm while in the deceased were cerebral edema and rebleeding

**DeCS:** CEREBROVASCULAR; disorders; INTENSIVE CARE UNITS.

## INTRODUCCION

La enfermedad cerebrovascular hemorrágica (ECVH) es el resultado de la ruptura de un vaso suplementario del encéfalo, bien de un vaso intracerebral (hemorragia intraparenquimatosa) o directamente en el espacio subaracnoideo (hemorragia subaracnoidea) (HSA): igualmente la hemorragia intraparenquimatosa con comunicación al espacio subaracnoideo).<sup>1,2</sup> En el primer caso la instalación es generalmente instantánea en pacientes hipertensos y evoluciona con un estado de coma en su forma más común, con un pronóstico siempre grave.<sup>1,2</sup> En el segundo caso (hemorragia subaracnoidea) la presentación suele ser súbita en pacientes con antecedentes de cefalea crónica de localización diversa.<sup>3</sup> La hipertensión arterial es más frecuente en estos enfermos que en la población en general, aunque las malformaciones vasculares son la causa del 80% de ellas.<sup>3,4</sup>

Muchas entidades nosológicas, además de las mencionadas (hipertensión y malformaciones vasculares) son relacionadas con la causa de la ECVH, entre las que se encuentran las diabetes mellitus, aterosclerosis, arteritis de diversas causas, uso de anticoagulantes, además de los traumatismos entre otros.<sup>1,5</sup>

La hemorragia intracerebral se complica frecuentemente con el aumento de la presión intracraneal (PIC), lo cual indica en muchos casos extensión de la

hemorragia. <sup>4</sup> En la hemorragia subaracnoidea las complicaciones más frecuentes son el resangramiento, el vasoespasmo con déficit isquémico, hidrocefalia, convulsiones e hiponatremia <sup>6,7</sup>, y en dependencia de la estadía y el encamamiento pueden aparecer complicaciones sépticas, úlceras, tromboembolismo pulmonar, e independientemente de estas causas, arritmias cardíacas. <sup>8,9</sup>

La enfermedad cerebrovascular ocupa la tercera causa de muerte en nuestro país después de las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias. La mortalidad hospitalaria es de alrededor del 15 al 20% para las formas isquémicas y alrededor del 40% para las formas hemorrágicas. (Instituto de Medicina Militar Dr Luis Díaz Soto Grupo Multidisciplinario de atención a los pacientes con enfermedad cerebrovascular. Protocolo para la atención del paciente con enfermedad cerebrovascular. 1997). (Grupo de trabajo de enfermedad cerebrovascular . Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de los accidentes vasculares encefálicos. Hospital General Docente Calixto García 1996.)

En el Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech de Camagüey la mortalidad por enfermedad cerebrovascular fue de 33,5% en 1997 (Informe Estadístico Anual del Departamento de Estadísticas de dicho hospital). Dada la elevada mortalidad, y teniendo en cuenta que ésta se produce mayoritariamente en las formas hemorrágicas de la enfermedad, nos propusimos realizar un análisis clínico evolutivo de la enfermedad cerebrovascular hemorrágica en pacientes internados en la sala de terapia intermedia de dicho Centro durante el año 1998.

## **METODO**

Se realizó un estudio transversal descriptivo para analizar el comportamiento clínico-evolutivo de la enfermedad cerebrovascular hemorrágica en la sala de terapia intermedia del Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Domenech" durante 1998. El universo fue de 114 pacientes. El registro de enfermedades del departamento de estadísticas de dicho Centro fue la fuente primaria de datos.

Se confeccionó una encuesta, que fue llenada por los autores, y fueron procesadas por medios automatizados utilizando el paquete de programas estadísticos Microstat.

## RESULTADOS

La HSA se presentó en 96 pacientes para un 84.2% seguida por la HIP con 12 y la HIPC con 6. En relación a la edad la mayor proporción se presentó entre los 30 y los 59 años con 72 enfermos; sin embargo, se observa que la HSA tuvo mayor incidencia en el grupo de 30-44 años, en comparación con el resto de las variantes donde predominaron a partir de los 45 años (Tabla 1).

**Tabla 1. Relación entre enfermedad cerebrovascular y edad**

Grupos etáreos	HSA		HIP		HIPC		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15-29 años	18	15,8	-	0,0	-	0,0	18	15,8
30-44 años	40	35,1	1	0,8	-	0,0	41	35,9
45-59 años	25	21,9	4	3,5	2	1,8	31	27,2
60 y más años	13	11,4	7	6,2	4	3,5	24	21,1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>84,2</b>	<b>12</b>	<b>10,5</b>	<b>6</b>	<b>5,3</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario P=8,744E-7

Hubo un franco predominio del sexo femenino con 86 pacientes para el 75,4%. En la HSA fue donde más se manifestó este predominio (Tabla 2).

**Tabla 2. Relación entre enfermedad cerebrovascular y sexo**

Forma Clínica	HSA		HIP		HIPC	
	No.	%	No.	%	No.	%
HSA	74	64,9	22	19,3	96	84,2
HIP	8	7	4	3,5	12	10,5
HIPC	4	3,5	2	1,8	6	5,3
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>75,4</b>	<b>28</b>	<b>24,6</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario

Los antecedentes de la hipertensión arterial y de cefalea se presentaron en el 75,4% de los pacientes, llegando incluso la HTA al 100% de los pacientes con HIP y

HIC, le siguió en orden el tabaquismo con el 63,1% y la cardiopatía isquémica con el 20,1%. La diabetes se presentó en el 50% de la HIP y de la HIPC (Tabla 3).

**Tabla 3. Relación entre enfermedad cerebrovascular y antecedentes personales**

	HSA		HIP		HIPC		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>H.T.A</b>	68	70,8	12	100,0	6	100,0	86	75,4
<b>Cefalea vascular</b>	81	84,3	4	33,4	1	16,6	86	75,4
<b>Tabaquismo</b>	62	64,5	7	58,3	4	66,6	73	64,0
<b>Cardiop. Isquémica</b>	12	12,5	8	66,6	2	33,3	22	19,9
<b>Diabetes mellitus</b>	12	12,5	6	50,0	3	50,0	21	18,4
<b>Otros</b>	4	4,1	1	8,3	-	0,0	5	4,3

Fuente: Cuestionario

Entre las principales manifestaciones clínicas presentes al ingreso se observa que la cefalea fue el principal síntoma, se presentó en todos los pacientes con HSA y en la HIPC. Le sigue en orden decreciente la rigidez de nuca que se presentó en el 82.2% de los pacientes con HSA y en el 66,6% con HIPC.

Posteriormente aparecen en forma decreciente los vómitos, vértigos, trastornos de conciencia, exudados, hemorragias retinianas en la fundoscopia. En las variantes HIP y HIPC el déficit motor se presentó en el 100% de los enfermos (Tabla 4).

**Tabla 4. Relación entre enfermedad cerebrovascular y manifestaciones clínicas al Ingreso**

Manifestaciones clínicas	HSA		HIP		HIPC		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cefalea	96	100,0	10	83,3	6	100,0	112	98,2
Rigidez de nuca	79	82,2	-	0,0	4	66,6	83	72,8
Vómitos	59	61,4	3	25,0	2	33,3	64	56,1
Vértigo	56	58,3	3	25,0	2	33,3	61	53,5
Trast. Conciencia	46	47,9	12	100,0	3	50,0	61	53,5
Exudados/ Hemorragias	41	42,7	10	83,3	4	66,6	55	48,2
Déficit Motor	7	7,2	12	100,0	6	100,0	25	21,9
Trast. Lenguaje	8	8,3	10	83,3	6	100,0	24	21,0
Ptoxis. Palpebral	20	20,8	-	0,0	-	0,0	20	17,5
Trastornos Visuales	7	7,2	4	33,3	2	33,3	13	11,4
Déficit Sensitivo	2	2,0	4	33,3	2	33,3	8	7,0
Papiledema	-	0,0	2	16,6	1	16,6	3	2,6

Fuente: Cuestionario

De los 114 pacientes estudiados, fallecieron 34 que representan el 29,9%. De los pacientes con HSA fallecieron 18, es decir, el 18,7%. En la HIP de 12 pacientes fallecieron 10, o sea, el 83,3% y en la HIPC los 6 que se presentaron fallecieron.

Al relacionar las complicaciones con el estado al egreso, se observa que las dos más comunes fueron el edema cerebral y el vasoespasmio arterial; éste último fue más frecuente en los vivos. En orden decreciente le siguieron las complicaciones respiratorias, en los pacientes con egreso vivo, mientras que el resangramiento lo fue entre los que fallecieron (Tabla 5).

**Tabla 5. Relación de cada variante de la enfermedad cerebrovascular hemorrágica con el estado al egreso**

**Estado al Egreso**

Forma Clínica	Vivos		Fallecidos		Total	
	No.	%	No	%	No	%
HSA	74	64,9	22	19,3	96	84,2
HIP	8	7	4	3,5	12	10,5
HIPC	4	3,5	2	1,8	6	5,3
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>75,4</b>	<b>28</b>	<b>24,6</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario

**DISCUSION**

Autores como Philip de <sup>1</sup>y Pacin <sup>12</sup> reportan un predominio de la HIP y HIPC, sobre la HSA. En nuestra serie 114 pacientes estudiados, 96 tenían diagnóstico de HSA.

El predominio de la edad depende del tipo de ECVH, así la HSA se presenta en edades jóvenes, mientras que las otras variantes (HIP y HIPC) se presentan en edades mayores <sup>1</sup>.

Con relación al sexo, la mayoría de los autores plantean un predominio del femenino y como antecedentes más frecuentes la hipertensión arterial y cefalea vascular, <sup>1,4</sup>. La principal manifestación clínica es independiente de la forma clínica de la cefalea <sup>10,11</sup>.

Philip <sup>1</sup>, así como el Grupo SATI <sup>4</sup>, reportan como complicaciones neurológicas más frecuentes relacionadas con el fallecimiento del paciente al edema cerebral, el vasoespasmio arterial y el resangramiento, reportando altos índices de mortalidad en las variantes HIP y HIPC.

**CONCLUSIONES**

-.La hemorragia subaracnoidea fue la más frecuente de las variantes de enfermedad cerebrovascular hemorrágica predominando el sexo femenino y la edad entre 30 y 59 años.

- La hipertensión arterial, la cefalea vascular y el tabaquismo fueron los antecedentes personales más frecuentes, mientras que la cefalea, la rigidez de nuca, los vómitos, los vértigos y los trastornos de conciencia los síntomas y signos más comunes.
- Prevalcieron los pacientes vivos a expensas de los que padecieron hemorragia subaracnoidea, aproximadamente fallecieron 8 de cada 10 pacientes con hemorragia intraparenquimatosa con comunicación al espacio subaracnoideo .
- En los pacientes vivos las complicaciones más frecuentes fueron el edema cerebral y el vasoespasmio arterial, mientras que en los fallecidos fueron el edema cerebral y el resangramiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Philip J, Allan H. Enfermedades cerebrovascular. En: Harrison : Principios de medicina interna. México: Nueva editorial Interamericana; 1989. P 2375-853.
2. Robert J, Loreiro M, Tognoi G. Ischemic stroke : Today and Tomorrow.. Neurologic critical care 1994; 22(8): 1278-89.
3. Weire B. Protection of the brain after aneurysmal rupture. Can J. Neurol. Sci 1995; 2(6): 177-86.
4. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI). Terapias Intensiva. Buenos aires: Editorial Médica Panamericana; 1994. T 2. P. 765-72.
5. Bailes J, Spetzler R, Hadley M, Management morbidity and mortality of poor grade aneurysm patients. J. Neurosurg 1990;72: 559-66.
6. Mayberg M. Cerebral vasospasm. Neurosurg clin 1990;1(2):32-44.
7. Roux P, Elliott J, Newell D, Winn H. Predicting outcome in poor-grade patients with subarachnoid haemorrhage. J neurosurg 1996; 85: 39-49.
8. Sundt T, Whisnant J. Subarachnoid intracranial aneurysm. Surgical management and natural history disease. N Engl J Med 1978;299(3):116-22.
9. Pacin J. Terapia Intensiva. 2 ed. Argentina: Edit Médica Panamericana; 1995. P 228-53.
10. Kassel N, Kongable G, Torner J, Adams H, Delay in referral of patients with rupture aneurysm to surgical attention. Stroke 1985;16(4):587-90.
11. Bassi P, Bandera R, Warning signs in subarachnoid hemorrhage. A cooperative study. Acta Neurol Scand 1991; 84(4): 277-81.



Recibido: 2 febrero de 2000

Aprobado: 5 de octubre de 2000

*Dr. Miriam Sotomayor Cedeño* Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech.