

Hospital Provincial Clínicoquirúrgico "Celia Sánchez Manduley" Manzanillo – Granma

ICTUS HEMORRÁGICO. COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO

Dr. Lubín Acosta Rodríguez,¹ Dr. César Mustelier Fernández,¹ Dra. Mailén Molero Segrera² y Dra. Mireille Molero Segrera²

RESUMEN

Se hizo un estudio descriptivo-retrospectivo y se abordó el comportamiento epidemiológico de las formas de presentación intraparenquimatosa y subaracnoidea en el Hospital "Celia Sánchez Manduley" de Manzanillo, durante el año 1998, para establecer los indicadores de morbilidad, mortalidad, letalidad, variables biológicas y distributivas del ictus hemorrágico. Se halló que la morbilidad por hemorragia intraparenquimatosa triplicó las formas de hemorragia subaracnoidea, dentro de una tasa de 4,1 x 1 000 egresos para ambas; a su vez, la tasa de mortalidad general por éstas fue casi 14 veces superior a la de los procesos de hemorragia subaracnoidea y 4 veces preponderantes en términos de letalidad. La edad superior a los 60 años y el sexo masculino prevalecieron para ambas formas de presentación. La hipertensión arterial y las edades superiores a 60 años representaron los factores de riesgo de mayor frecuencia.

DeCS: HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA/epidemiología; HEMORRAGIA CEREBRAL/epidemiología; INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD.

Se entiende por enfermedad cerebrovascular aquellos trastornos en los que hay un área cerebral afectada, de forma transitoria o permanente, por isquemia o hemorragia y/o cuando uno o más vasos sanguíneos cerebrales están afectados por un proceso patológico. Nuestro estudio comprende los ictus hemorrágicos, aunque algunos autores incluyen en este apartado tanto las hemorragias cerebrales intraparenquimatosas (HIP) como las subaracnoideas (HSA), las intraventriculares o las subdurales. Sin embargo, desde una perspectiva clínica, que es la que orienta esta exposición, es más razonable por sus manifestaciones clínicas, método de estudio y tratamiento, subdividir las en intraparenquimatosas (hematomas) y subaracnoideas.¹

El 60 % de estas afecciones se localiza profundamente en la zona de los ganglios basales, el 30 % en los hemisferios cerebrales (hemorragia lobular) y el

10 % en cerebelo y tronco cerebral. La hemorragia hipertensiva se localiza preferentemente en ganglios basales, puente y cerebelo. Las hemorragias lobulares tienen mayor probabilidad de ser por causas distintas a la hipertensión, como tumores, malformaciones arteriovenosas o cavernomas.²

La causa más frecuente de hemorragia subaracnoidea es el trauma craneoencefálico. Sin embargo, en este capítulo nos referiremos a la hemorragia subaracnoidea no traumática o espontánea, cuya causa más frecuente son los aneurismas cerebrales.^{3,4}

La distribución para los diferentes tipos de enfermedad cerebrovascular es del 80 % para los accidentes cerebrovasculares isquémicos (60-70 %, aterotrombóticos y 10-20 %, embólicos) y el 20 % para las hemorragias (15 %, intracerebrales y 5 %, subaracnoideas).^{5,6}

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna.

² Médico General.

En el enfoque de los factores de riesgos en los estudios clínicos-epidemiológicos revisados, se sitúa la hipertensión arterial como el mayor de sus exponentes.⁷

Existe coincidencia en diversos estudios en que la morbilidad y la mortalidad por HSA es menor, los porcentajes o tasas de mortalidad varían según la composición de la casuística y fluctúan desde el 22,6-28 %.^{8,9}

En el caso de la HIP, varios autores coinciden en que su mortalidad es elevada y que desde el punto de vista evolutivo, la edad, el volumen del hematoma, su extensión al sistema intraventricular y su localización supratentorial son factores que la condicionan y propician, con cifras intermedias de mortalidad que oscilan entre 31 y 60 %.¹⁰⁻¹⁴

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo para establecer el comportamiento epidemiológico de los ictus hemorrágicos y sus tipos de presentación en el Hospital Provincial Clínicoquirúrgico “Celia Sánchez Manduley” durante el año 1998. El universo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes que ingresaron con dicho diagnóstico y sin antecedente de trauma craneoencefálico. Este estudio se fundamenta en principios metodológicos inferidos en las especialidades de Medicina Interna, Neurología y Epidemiología en los que se establece la interacción de los factores de riesgos con las condicionantes biopsicosociales de cada paciente, en el contexto del proceso salud-enfermedad.

A partir de los formularios se recolectaron los datos y se confeccionó una ficha de vaciamiento en la cual se agrupó la muestra, según las variables de nuestro interés: morbilidad, mortalidad, letalidad, sexo, edad y factores de riesgos.

Utilizamos técnicas relativas a todo estudio descriptivo que incluyen las de obtención de información representada por una amplia revisión bibliográfica de la temática, la confección de un formulario en cada caso, diseñado a tal efecto, y la revisión exhaustiva de los expedientes clínicos de los pacientes y los protocolos de necropsia de los fallecidos.

El procesamiento y análisis de la información lo realizamos manualmente auxiliados de una minicalculadora, para efectuar las operaciones y manipular los datos en números absolutos y porcentajes. Los resultados se presentan en tablas confeccio-

nadas con el auxilio de una microcomputadora PENTIUM II y sistema operativo WINDOWS '98.

RESULTADOS

Durante 1998 egresaron del Hospital “Celia Sánchez Manduley” 15 797 pacientes y de ellos, 66 lo hicieron por ictus hemorrágicos (IH), para una tasa de morbilidad de 4,1 x 1 000 egresos, en 49 pacientes la forma de presentación fue la HIP, lo cual representó una tasa de 3,1 x 1 000 y a su vez 74,2 % de los egresados por IH, 17 pacientes presentaron la forma HSA, para una tasa de 1,07 x 1 000 y el 25,75 % de los IH.

En el período de estudio, la mortalidad general hospitalaria, a punto de partida de 806 fallecidos, representó una tasa de 51 x 1 000 egresos y dentro de ella, 51 fallecidos por IH, deducen una tasa de 3,2 x 1 000 egresos. La HIP aportó 47 fallecidos para una tasa de 2,9 x 1 000 y la mortalidad por HSA obtuvo una tasa de 0,2 x 1 000, con 4 fallecidos.

Esta es una afección, a nuestro criterio, de alta letalidad, pues en nuestra casuística fue del 77,2 % en el caso del total de hemorragias, del 95,9 % para la HIP y del 23,5 % para la HSA, esto nos permite aseverar que la letalidad en las formas de HIP es 4 veces superior a las de HSA (anexo).

En la tabla 1 exponemos la valoración de los tipos de IH, según los grupos etáreos, tanto en la HSA (58,7 %) como en la HIP (73,4 %) fueron predominantes las edades superiores a los 60 años y constituyeron más del 75 % para los IH en su totalidad.

Sólo se observó un caso de menos de 30 años en la forma de HIP, la presentación en los grupos etáreos de 40-60 años fue predominante en el caso de la HSA y, de forma mayoritaria, en la HIP el aporte fue en los adultos de 60 años y más.

El sexo prevalente fue para ambas formas de presentación y para la totalidad de los IH, el masculino, con 63,6 % de todos los casos. Por grupos etáreos, en la HSA fue superior la frecuencia de mujeres en pacientes mayores de 60 años, al igual que en el caso de la HIP.

La tabla 2 muestra los factores de riesgo que pudieron presentarse en las diferentes formas de ictus hemorrágico y en ella observamos que el 83,3 % de

TABLA 1. Distribución según grupos etáreos, sexo y tipo de ictus hemorrágicos

Edad (años)	HSA (n=17)				HIP (n=49)				Total (n=66)			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
< 29	—	(—)	—	(—)	1	(3,1)	—	(—)	1	(1,5)	—	(—)
30-39	1	(10)	—	(—)	1	(3,1)	—	(—)	2	(3,0)	—	(—)
40-49	2	(20)	1	(14,2)	2	(6,2)	2	(11,7)	4	(6,0)	3	(4,5)
50-59	2	(20)	1	(14,2)	6	(18,7)	1	(5,8)	8	(9,0)	2	(3,0)
> 60	5	(50)	5	(71,4)	22	(68,7)	14	(82,3)	27	(40,9)	19	(28,7)
Total	10	(100)	7	(100)	32	(100)	17	(100)	42	(63,6)	24	(36,3)

Fuente: Formularios.

TABLA 2. Factores de riesgos presentes en el ictus hemorrágico

Factores de riesgos	HSA (n=17)		HIP (n=49)		Total	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Hipertensión arterial	12	(70,5)	43	(87,7)	55	(83,3)
Edad > 60 años	10	(58,8)	36	(73,4)	46	(69,6)
Diabetes mellitus	2	(11,7)	7	(14,2)	9	(13,6)

Fuente: Formularios.

la casuística total fue considerado previamente hipertenso, este factor fue de mayor frecuencia (87,7 %) en las formas de HIP que en las de HSA (70,5 %). Asimismo, la edad superior a 60 años incidió en el 73,4 % de los pacientes con HIP, y sólo en el 58,8 % de la HSA, para el 69,6 % en la casuística total; la diabetes mellitus representó el 13,6 % del total de los IH, con predominio en la HIP.

DISCUSIÓN

Nuestra casuística mostró una morbilidad institucional aceptable y en relación con la letalidad, la consideramos alta, tanto para su forma de HIP como para la proporción de HSA. Es llamativo que la letalidad por HSA es menor del 25 % y su morbilidad coincide con datos de autores como *Prieto Valderrey*,⁶ quien la sitúa con un rango menor del 33 %.

Existen coincidencias en diversos estudios en que la morbilidad y la mortalidad por HSA es menor, los

porcentajes o tasas de mortalidad varían según la composición de las casuísticas y fluctúan desde el 22,6 % hasta el 28 %.^{8,9}

En el caso de la HIP, varios autores consideran que su mortalidad es elevada y que desde el punto de vista evolutivo, la edad, el volumen del hematoma, su extensión al sistema intraventricular y su localización supratentorial son factores que la condicionan y favorecen con cifras intermedias de mortalidad que oscilan entre 31 y 60 %.¹⁰⁻¹⁴

Mundialmente se acepta que las formas de HSA son más frecuentes en adultos entre 40 y 60 años que las formas de HIP, por la frecuente presencia de aneurismas en estos grupos etáreos y dentro de ellos, los aneurismas seculares con el 80-90 %.^{4,8,9}

En los casos de HIP, donde prevalecen los grupos de más de 60 años, se evalúa la mayor propensión al establecimiento de cifras de presión arterial sistólicas elevadas y vasos afectados por diferentes grados de aterosclerosis.^{7,15}

Esto nos permite plantear que existe mayor tendencia a sufrir los IH en edades avanzadas y en mujeres. En un área rural de Girona, España, se realizó un estudio que arrojó una mayor prevalencia en el sexo femenino.¹⁶ *López González*,⁵ en su estudio también recoge que el sexo femenino presenta la afectación con mayor prevalencia en edades avanzadas, aunque en este prevalece el sexo masculino.

Nuestros resultados implican, en resumen, que la HTA y la edad superior a 60 años tuvieron cierto grado de asociación en la patogénesis de los IH.¹⁷⁻²³

Otros autores citan a la dislipidemia, el alcoholismo y el tabaquismo como factores de riesgo, los cuales, según nuestra fuente, no fueron recogidos en nuestro estudio.^{24,25}

ANEXO. Morbilidad, mortalidad y letalidad por ictus hemorrágico. Hospital Clínicoquirúrgico "Celia Sánchez Manduley", 1998

MORBILIDAD

Egresos hospitalarios: 15 797

Egresos por ictus hemorrágico: 66 (tasa 4,1 x 1 000)

Egreso por HIP: 49 (tasa 3,10 x 1 000) (74,2 % de los ictus hemorrágicos)

Egreso por HSA: 17 (tasa 1,07 x 1 000) (25,7 % de los ictus hemorrágicos)

MORTALIDAD

Mortalidad general: 806 (51 x 1000)

Mortalidad por ictus hemorrágico: 51 (3,2 x 1 000)

Mortalidad por HIP: 47 (2,9 x 1 000)

Mortalidad por HSA: 4 (0,2 x 1 000)

LETALIDAD

Letalidad por ictus hemorrágico (77,2 %)

Letalidad por HIP (95,9 %)

Letalidad por HSA (23,5 %)

Fuente: Departamento de Estadística y Formularios.

SUMMARY

A descriptive and retrospective study was conducted and the epidemiological behavior of the forms of intraparenchymatous and subarachnoid presentation was approached at "Celia Sánchez Manduley" Hospital, in Manzanillo, during 1998, to establish the indicators of morbidity, mortality, lethality and biological and distributive variables of ictus sanguinis. It was found that morbidity from intraparenchymatous hemorrhage tripled the forms of subarachnoid hemorrhage within a rate of 4.1 x 1 000 discharges for both. At the same time, the general mortality rate from intraparenchymatous hemorrhage was 14 times greater than that from the processes of subarachnoid hemorrhage and 4 times larger in terms of lethality. Patients over 60 and males prevailed for both forms of presentation. Arterial hypertension and ages over 60 were the most frequent risk factors.

Subject headings: SUBARACHNOID HEMORRHAGE/epidemiology; CEREBRAL HEMORRHAGE/epidemiology; INDICATORS OF MORBIDITY AND MORTALITY.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farreras R. Medicina Interna. 13 ed. en CD-ROM. Barcelona: Dayma; 1997:1440-2.
2. Díez Tejedor E. La enfermedad cerebrovascular en la atención primaria de salud. Edición en CD-ROM. Madrid: Ferrer Internacional, 1998:189-97.
3. Caplan L. Cerebrovascular disease (Stroke). En: Stein J. H. Internal Medicine. 4 ed. St. Louis: Mosby; 1994:p.1074-8.
4. Díez Tejedor E, Alonso de Leciana M, Hashinski VC. Manejo del paciente con infarto cerebral en fase aguda. Rev Neurol (Barcelona) 1996;26(125):40-54.
5. López González FJ, Aldrey JM, Pardellas H, Castillo J. Morbilidad de la hemorragia intracerebral. Rev Neurol 1998;27(159):755-8.
6. 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.
7. 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.
8. Ortega S, Martí G, Casalduero 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.
9. Peral JL, Sotillo JC, Velazco A, Sancho M, Cremader I. Hemorragia subaracnoidea aneurismática. Evolución a largo plazo (Patología cardiovascular Comunicación 273). Med Intensiva 1999;23(1 Supl.):71.
10. 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.
11. Azkárate BÑ, Reviejo K, Lara G, Txoperena G; Alberdi F, Mendía A. Hemorragias intracraneales en UCI. Epidemiología. (Patología cardiovascular. Comunicación 270). Med Intensiva 1999;23(1 Supl.):70.
12. 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.
13. 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.
14. Gore JM, Granger CB, Simoons ML. Strokes after thrombolysis. Mortality and Functional Outcomes in the Gusto – I Trial. Global use of strategies to open occluded coronary arteries. Circulation 1995;92(10):2811-8.
15. 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.
16. López-Pousa S, Vilalta J, Llins J. Prevalencia de la enfermedad vascular cerebral en España; estudio en un área rural de Girona, España. Rev Neurol 1995;23(123):1081-6.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. Arce Lema J, Beltrán Osio R, Cortiza Cuniga EJ. Patología vasculoencefálica. Rev Med (Bolivia) 1996;3(2):347-54.
21. Lindstrom E, Boysen G, Nyboe J. Influence of systolic and diastolic blood pressure on stroke risk. A prospective observational study. Am J Epidemiol 1995;142(12):1279-90.
22. 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.
23. Martínez-Vila E, Irimia P. Hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular. Madrid: Harcourt Brace, 1997;231-44.
24. Maurice Williams RG, Kitchen ND. Rupture intracranial aneurysm-harning from experience. J Neurol 1994;8(5):519-27.