

HOSPITAL DOCENTE MILITAR MARIO MUÑOZ MONROY
Factores clínicos pronósticos adversos en el ictus. 1997-1999.
Clinical factors, adverse prognosis un ictus. 1997-1999.

AUTOR

Dr. Saúl David Jiménez Guerra. (1)
(1) Especialista de 1er Grado en Medicina Interna verticalizado en Cuidados Intensivos.

RESUMEN

Identificamos el comportamiento de algunos factores pronósticos en el ictus cerebrovascular. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal a 180 pacientes ingresados por ictus cerebrovascular en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Militar Docente de Matanzas, en el período comprendido de 1997-1999, exponiéndose los resultados en tablas gráficos, los mismos demostraron un ascenso de los fallecidos según grupos de edades, siendo más significativo en pacientes con 65 años y más (63.26%). En el total de casos ingresados predominó el ictus isquémico aterosclerótico y embólico (77.23%) frente al hemorrágico (22.77%). Los factores clínicos pronósticos adversos más frecuentes hallados en las pacientes fallecidos fueron la edad avanzada, el coma 48-72 horas pos admisión, carga embolígena. hiperglicemia, signos de babinsky bilateral e IMA intrahospitalario. Se determinó una letalidad del 27.2%. Se concluye la necesidad de profundizar en el estudio de los factores pronóstico en el ictus dada la implicación terapéutica que genera el conocimiento de estos factores para mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.

DESCRIPTORES: (DeCs):

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR/clasificación
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR/complicaciones
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR/mortalidad
PRONÓSTICO
EMBOLIA INTRACRANEAL/complicaciones
EMBOLIA INTRACRANEAL/mortalidad
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
HUMANO
ADULTO

INTRODUCCIÓN

El ictus debe considerarse una urgencia neurológica, es la principal causa de ingreso neurológico hospitalario y la enfermedad que provoca un mayor porcentaje de incapacidad e invalidez(1-3). En Cuba constituye la tercera causa de muerte, observándose en las últimas tres décadas un ascenso de las mismas en tasas brutas, detectándose una tendencia al desplazamiento de la muerte debido a estas causas hacia edades más tempranas de la vida.(4)

En los últimos años, se ha mostrado un especial interés por los factores pronósticos de mortalidad en el ictus ya sea isquémico o hemorrágico (5). En algunos estudios, se han relacionado con la gravedad de la lesión varios parámetros obtenidos en las primeras 24 horas del evento tales como la edad, grado clínico, hipertermia, cifras elevadas de tensión arterial y la leucocitosis, así como nivel de conciencia según escala de Glasgow entre otros. (5-6).

Como consecuencia de las implicaciones de estos factores sobre la supervivencia de los pacientes con ictus, nuestro estudio tiene como objetivo identificar el comportamiento de algunos factores pronóstico en nuestra unidad .

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal a 180 pacientes portadores de enfermedades cerebrovasculares agudas (ECVA) ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalentes del Hospital Militar Docente de Matanzas en el período comprendido entre 1997 –1999. Las variables estimadas en el estudio fueron la edad, los tipos de enfermedad cerebrovascular y los factores clínicos pronósticos. Se incluyeron los pacientes portadores de ataques isquémicos transitorios (AIT) dentro de los ictus clasificados como isquémicos aterotrombóticos.

La fuente de los datos se extrajo de las historias clínicas de los pacientes y se realizó el análisis estadístico utilizando como unidad de medida el porcentaje y la Prueba de Chi Cuadrado para una significación de ($p > 0.05$).

RESULTADOS

El grupo de edades de mayor incidencia en los pacientes fallecidos fue el de 65 a 74 años con el 40.82%, no existiendo diferencias significativas entre los grupos de 55 a 64 años con 20.40% y en el de 75 años y más 22.44%. (Tabla1) Según la distribución de los pacientes ingresados atendiendo al tipo de ictus (Tabla2) el isquémico aterotrombótico (42.79%) y el embólico (34.44%) fueron los más frecuentes.

Al evaluar los factores pronósticos adversos en el ictus (figura1) podemos señalar que en los pacientes fallecidos se detectaron 144 factores y dentro de ellos prevalecieron el coma 48-72 horas pos admisión, la carga embolígena y la insuficiencia renal aguda en el 100% de los casos que presentaron dichas alteraciones; así como la presencia de signos de babinsky bilateral en el 81.03%, la hiperglicemia (80.0%), IMA intrahospitalario (75.0%) y arritmias (71.42%). Con relación al total de los pacientes estudiados los factores pronósticos que más se presentaron fueron , la hipertensión arterial en el 34.44%, signos de babinsky bilateral en el 32.22%, coma 48-72 horas pos admisión 25.0% y grados menores de depresión de la conciencia en el 22.77%.

Tabla 1. Distribución de Fallecidos según grupos de edades.
UCI HM Mtzas. 1997-1999.

Grupos de Edades.	No.	%
< 45 años.	2	4.08
45 - 54 años.	6	12.24
55 - 64 años.	10	24.41
65 - 74 años.	20	40.82
75 años y más.	11	22.45
Total	49	100

Fuente: Registro de ingresos de UCI.

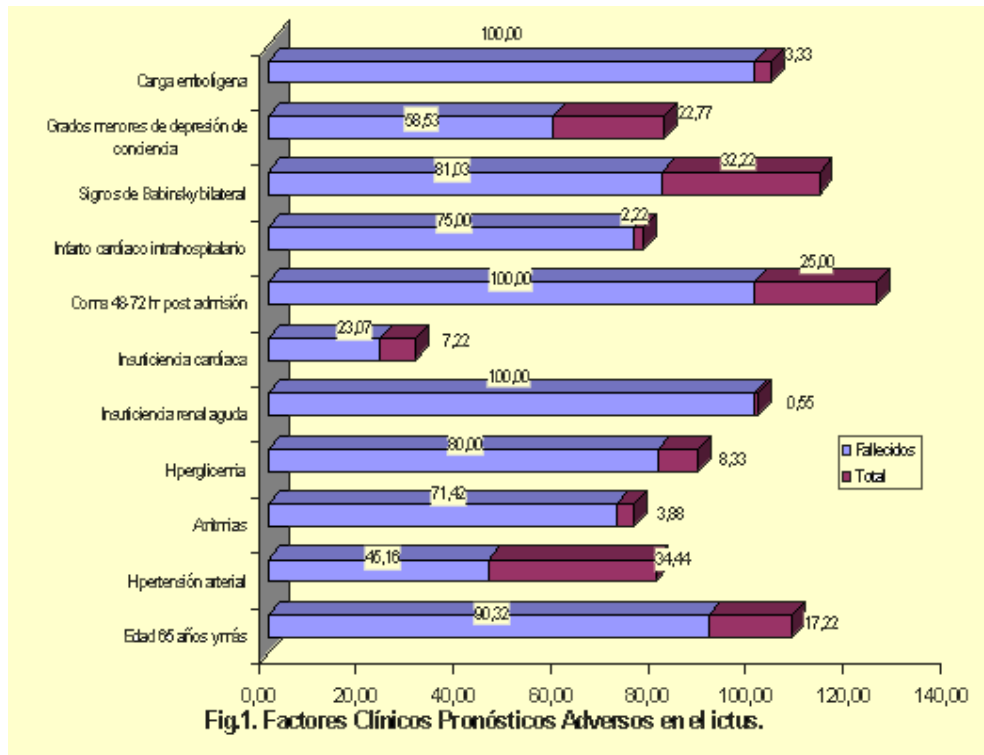


Tabla 2. Tipos de Enfermedad Cerebrovascular.

Tipos	No.	%
Isquémicos aterotrombóticos.	77	42.78
Embólicos.	62	34.44
Hemorrágico intracerebral.	35	19.44
Hemorrágico subaracnoideo.	6	3.33
Total	180	100

Fuente: Historias clínicas

DISCUSIÓN

El progresivo envejecimiento de nuestra sociedad, supone un importante problema de salud ya que la incidencia y prevalencia de las EVCA se incrementan sobretodo por encima de los 65 años con una ligera preponderancia en los hombres (4,7,8-10) ; al respecto podemos decir que nuestro estudio coincide con lo expuesto anteriormente

Los resultados de nuestra investigación determinaron una mayor incidencia de ictus isquémico aterotrombótico y embólico, significando el 77.23% de la muestra frente

a los de etiología hemorrágica (22.77%). Estos datos se acercan a los reportados por diferentes estudios internacionales epidemiológicos realizados .(10-12) Se plantea que la HIC se sitúa entre el 10% y el 44% del total de las EVCA.(5) Los factores pronósticos más importantes detectados en los pacientes fallecidos estudiados fueron la edad avanzada, el coma, carga embolígena, signos de Babinsky, hiperglicemia e infarto cardíaco intrahospitalario. Diferentes autores señalan la hipertensión arterial como un factor de riesgo importante tanto para la isquemia como para la hemorragia cerebral y exponen la cardiopatía isquémica como un predictor de mayor mortalidad tras el ictus. En los pacientes que han sufrido un ictus la presencia de hiperglicemia incrementa la mortalidad y morbilidad.(13)

En algunos estudios se ha relacionado la gravedad de la lesión en las primeras 24 horas de la HIC con la hiperglicemia, la hipertermia, cifras de presión arterial elevada y leucocitosis(5). Otros estudios abordan el nivel de conciencia como el dato más fiable para sentar un pronóstico. Se establece que los enfermos en coma son los que tienen mayor mortalidad. Por otra parte, se señalan otros signos clínicos pronósticos que expresan sufrimiento del tronco cerebral como patrones anormales de respiración y de respuesta motora al estímulo nociceptivo (descerebración) , signos de babinsky bilateral y alteraciones de la oculomotricidad intrínseca y extrínseca. Se han relacionado con menor grado de correlación la hidrocefalia, la presencia de sangre en el sistema ventricular y en el espacio subaracnoideo. Se apunta que la apertura de la hemorragia a los ventrículos cerebrales implica peor pronóstico en las hemorragias lobares con relación a las profundas. (14)

Los ictus asociados a fibrilación auricular (FA) tienen una mayor mortalidad. Según estudios recientes estos pacientes con FA tienen un riesgo adicional protrombótico relacionado con la elevación de marcadores de la actividad plaquetaria. Se señala que el 12% de los ictus son secundarios a cardiopatía isquémica. Un 40% de los casos con IMA de cara anterior o anteroseptal desarrollan trombos en la pared del VI. (15)

Se concluye que la presencia de factores pronósticos adversos en el ictus nos orientan a conocer la evolución futura de estos pacientes, y así dirigir acciones encaminadas a lograr una reducción de la mortalidad hospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Morera–Guitart J, Más G. TAC urgente en el ictus.¿Por qué?. Rev Neurol 2002; 34(4): 321-7.
2. Colectivo de Autores .Protocolos de actuación en la fase aguda del ictus isquémico. España: Grupo de ictus de la Sociedad Valenciana de Neurología; 1998.
3. Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares. Sociedad Española de Neurología. Manejo del paciente con enfermedad cerebrovascular aguda. Barcelona: Prous Science; 1996.
4. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Cerebrovasculares. Cuba: MINSAP; 2000.
5. Bestué –Cordiel M, Martín-Martínez J, Iturriaga Heras C, Ara-Callizo RJ, Oliveras-Juste A. Leucocitos y hemorragia intracerebral primaria. Rev Neurol 1999; 29(10):968-71.
6. Sevillano D Ma, Nombela L, Duarte J. Aspectos epidemiológicos , clínicos y pronósticos de la hemorragia subaracnoidea en Segovia. Simposio sobre Enfermedades Cerebrovasculares. Rev Neurol 1999; 29(10):957-61.

7. Barrero JF, Gómez JMa, Gutiérrez J, López IMa, Casado A. Análisis descriptivo de pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular aguda. *Rev Neurol* 2001; 32(6):511-9
8. Álvarez-Li CF. Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular en Cuba. *Rev Neurol* 1999; 29(9):868-71
9. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Cuba. La Habana: MINSAP; 1997
10. Martí-Vilalta JL, Arboix A. The Barcelona stroke Registry. *Eur Neurol* 1999; 41:135-42
11. Moulin T, Tatul L, Vuillier F, Cattin F. Brain CT Scan for acute cerebral infarction: early signs of ischemia. *Rev Neurol (Paris)* 1999; 155:649-55
12. Martínez-Vila E, Irimia P. Factores de riesgo del ictus. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [en línea] 2002 [Fecha de acceso 14 de marzo del 2003]. Disponible en:
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/biblio12/bsuple5.htm>
13. Delgado G, Aymerich N, Herrera M. Hemorragia intracerebral. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [en línea] 2002. [Fecha de acceso 14 de marzo del 2003] Disponible en:
http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple3/suple_16.htm
14. Gil de Castro R, Gil-Nuñez CA. Factores de riesgo del ictus isquémico. *Rev Neurol* 2000; 31(4):314-23
15. Pérez del Molino-Martín J, Valderrama- Gama E, López Dóriga P, Mazarbeitía Arambarri J. Factores pronósticos de mortalidad del accidente cerebrovascular agudo en el anciano. *Rev Clin Esp* 1997; 197:825-35

SUMMARY

We identify the behavior of some prognostic factors in cerebrovascular ictus. A descriptive, retrospective and longitudinal study was performed to 180 patients hospitalized for cerebrovascular ictus in the Intermediate Care Unit at Matanzas Military University Hospital, during the 1997-1999 period, showing the results in graphic tables.

These demonstrated an increase of those deceased according to age groups, being most significant in 65 year old patients or older 63,26%. In the total of hospitalized patients the embolic and atherosclerotic ischemic ictus predominated (77,23%) against the hemorrhagic one (22,77%).

The prognostic clinical factors most frequently found in deceased patients were advanced age, 48-72 hours coma post admission, load, hyperglycemia bilateral Babinsky signs and intrahospital acute myocardial infarct. A 27,2% letality rate was determined. We conclude on the need to profound in the study of the ictus pronostic factors, given the therapeutic implication that the knowledge of these factors generates to improve the survival and life quality.