



Trabajo original

Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales”. Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín”. Holguín.

Comportamiento de algunas variables en fallecidos por Enfermedades Cerebrovasculares. Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín” 2003- 2006.

Variables behavior in deceased patients due to Cerebrovascular Diseases.

Gisela Ramírez Ramírez¹, Noel Alexander Almaguer Orges², Teresita Guillén Godales³, Luis E. Molina Tamayo⁴, Idania Acosta Reynoso⁵.

1. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente Medicina Interna. Vicedirectora Clínica Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín”.

2. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Instructor Cirugía General. Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín”.

3. Especialista de Primer Grado en Administración de Salud y Cardiología. Profesor Asistente Administración de Salud. Directora Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín”.

4. Especialista de Primer Grado Medicina Interna. Profesor Instructor Medicina Interna. Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín”.

5. Especialista de Primer Grado Medicina Interna. Profesor Instructor Medicina Interna. Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín”.

RESUMEN

Se realizó una investigación de serie de casos a 240 pacientes fallecidos con el diagnóstico clínico confirmado por estudio Necrótico y/o de neuroimagen de ECV en el hospital provincial Clínico Quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín” en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2003 al 31 de diciembre del 2006, con los objetivos de estudiar la relación entre algunas variables clínicas y epidemiológicas y la mortalidad según el tipo específico de enfermedad cerebrovascular, así como determinar la causa directa de muerte de esos pacientes. El método empleado fue el observacional mediante la revisión de los expedientes clínicos y los protocolos de necropsia del Dpto de Anatomía Patológica. La mortalidad se incrementó con la edad, sobre todo después de los 60 años de edad, tanto en las enfermedades isquémicas como en las hemorrágicas y no existiendo variaciones significativas entre ambos sexos. La hemorragia cerebral resultó ser la más letal, con predominio de la intraparenqueimatosas, sobre la subaracnoidea, la hipertensión arterial fue el factor con mayor relación con las enfermedades hemorrágicas. El edema cerebral y la bronconeumonía fueron las principales causas directas de muerte.

Palabras claves: ECV, mortalidad, Hipertensión.

ASBTRACT

A series of cases study in 240 deceased patients was carried out with a clinical diagnosis that was confirmed through necrosy at Surgical Clinical Provincial Hospital "Lucía Iñiguez Landín" from January 1st 2003 to December 31st 2006, aimed at knowing the relationship among some clinical and epidemiological variables and mortality according to the specific cerebrovascular disease as well as to determine the direct death cause. The observational method was used through the clinical histories review and necrosy protocol. Mortality increased with age, mainly after 60 years old in ischemic and hemorrhagic diseases. There was no variation in both sexes. Cerebral hemorrhage was the most lethal one, prevailing intraparenchymatous and subarachnoid, hypertension was the factor that was related with hemorrhagic diseases. Cerebral edema and bronchopneumonia were the main direct causes of death.

Key words: cerebrovascular disease, mortality, hypertension.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las enfermedades crónicas no trasmisibles, las cerebro-vasculares constituyen uno de los principales desafíos que en la actualidad enfrentan las ciencias médicas, constituyen la primera causa de muerte por lesión neurológica y la tercera de forma general, precedida por las enfermedades del corazón y los tumores malignos en la población adulta tanto en nuestro país, como en la mayor parte de los países industrializados.

Se calcula que la prevalencia mundial de esas afecciones se sitúa entre quinientos y setecientos casos por cien mil habitantes, con una alta mortalidad, mientras más de la mitad de los que sobreviven quedan con alguna discapacidad ^(1,4).

En los Estados Unidos, por ejemplo, la incidencia anual de pacientes nuevos con enfermedades cerebro-vasculares es estimada en quinientas mil personas y se considera que existen de cincuenta a cien defunciones por cada cien mil habitantes al año, debido a esa causa ⁽⁴⁾.

En los últimos años en nuestro país se ha incrementado la mortalidad por ECV, debido a la extensión de la expectativa de vida de los cubanos que es casi de 80 años, en el 2005 la tasa de mortalidad fue de 78,1 por 100 mil habitantes, y en el 2006 fue de 81.

Es por ello, y como parte del programa de atención al adulto, dando seguimiento a una de las líneas investigativas más importantes del Sistema Nacional de Salud, las enfermedades crónicas no trasmisibles que nos sentimos motivados a realizar este estudio, con el objetivo de describir el comportamiento de algunas variables clínico-epidemiológicas en fallecidos por enfermedad cerebrovasculares según su naturaleza, edad, sexo, tipo específico de enfermedad cerebrovascular, y determinar las causas directas de muerte.

MÉTODO

Se realizó una investigación de serie de casos, utilizando como universo a todos los pacientes fallecidos con el diagnóstico clínico confirmado por estudio Necrópsico y/o de neuroimagen de ECV en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2003 al 31

de diciembre del 2006. Se revisaron los expedientes clínicos y los protocolos de Necropsia.

Variables epidemiológicas : Se muestra a través de los siguientes indicadores.

1. Edad: Con intervalo de 10 años, utilizando como límite inferior 30 años y como superior más de 90 años, por ser esta la más utilizada por otros autores ^(11, 12, 13). Se crearon 7 grupos de edades.

2. Sexo biológico: Obtenido por la historia clínica y teniendo en cuenta los caracteres secundarios y primarios: Masculino y Femenino.

Variables clínicas: Se muestra a través de los siguientes indicadores:

1. Dada por el tipo específico de enfermedad cerebrovascular según la clasificación por la que se rige el Programa Nacional Cubano (NINDS´ 90): Hemorrágicas e Isquémicas

2. Antecedentes de HTA

3. Causas Directa de la Muerte según certificado de defunción

RESULTADOS

Cuadro1. Distribución de las Enfermedades Cerebrovasculares según el grupo de edades. Hospital Clínico Quirúrgico “Lucia Iñiguez Lándín”.

Edades	Isquémicos		Hemorrágicos	
	No	%	No	%
30-40	1	1.7	11	6.0
41-50	2	3.6	18	9.8
51-60	4	7.0	41	22.4
61-70	17	29.8	47	25.7
71-80	15	26.3	43	23.5
81-90	15	26.3	15	8.2
Más de 91	3	5.3	8	4.4
Total	57	100	183	100

Fuente: Expedientes Clínicos, Registro de Fallecidos y Protocolo de Necropsias.

La mortalidad se incrementó con la edad, sobre todo en el grupo de 61- 70 años de edad, tanto en las isquémicas como en las hemorrágicas.

Cuadro 2 Distribución de las Enfermedades Cerebrovasculares según el sexo. Hospital Clínico Quirúrgico “Lucia Iñiguez Landín”.

Sexo	Isquémicos		Hemorrágicos	
	No.	%	No.	%
Masculino	29	50.8	90	49.2
Femenino	28	49.2	93	50.8
Total	57	100	183	100

Fuente: Expedientes Clínicos y Registro de Fallecidos.

No existieron variaciones significativas entre ambos sexos tanto en las isquémicas como en las hemorrágicas.

Cuadro 3. Distribución de frecuencia según tipo específico de Enfermedad Cerebrovascular. Hospital Clínico quirúrgico “Lucia Ñíguez Lándín”

Tipo específico de Enfermedad Cerebrovascular	Nº	%
Hemorragia intraparenquimatosa.	178	74.2
Infarto cerebral aterotrombótico.	50	20.8
Hemorragia subaracnoidea pura	5	2.1
Infarto cerebral cardioembólico.	7	2.9
Total.	240	100

Fuente: Departamento de Estadística

La hemorragia cerebral resultó ser la más letal, con predominio de la intraparenquimatosa.

Cuadro 4. Distribución de las Enfermedades Cerebro Vasculares según causa directa de muerte. Hospital Clínico Quirúrgico “Lucia Ñíguez Lándín”

Causa directa de muerte	Isquémicas		Hemorrágicas	
	Nº	%	Nº	%
Edema cerebral	33	13.7	163	67.9
Bronconeumonía.	24	10	19	7.9
Fallo múltiple de órgano	5	2.1	1	0.4

Fuente: Departamento de Estadísticas.

El edema cerebral y la bronconeumonía fueron las principales causas directas de muerte.

DISCUSIÓN

La distribución de casos relacionados con los grupos de edades y tipo de enfermedad cerebrovascular (cuadro 1) mostró que predominaron los fallecidos mayores de 60 años, a expensa del grupo de 61 y 70 años y del tipo isquémico; resultado que concuerda con el obtenido por Pascualati ⁽⁷⁾, Hernández Castellano ⁽⁸⁾ y otros autores⁽⁹⁾. Lo cual apoya el criterio de la que edad es un factor que contribuye no solo a la ocurrencia de las ECV, sino que influye en la mortalidad ⁽¹⁰⁾.

Se evidenció también que el número de pacientes con ECV hemorrágicas se encuentra predominantemente después de los 61 años, esto puede tener su explicación en que es la HTA su principal causa y esta aumenta su prevalencia con la edad ⁽¹¹⁾.

En cuanto al sexo, muchos autores declaran que no existen diferencias significativas en relación con el desarrollo de la ECV (12, 13, 14). En nuestro estudio la distribución por sexo no mostró un predominio, la letalidad fue similar para ambos tipos, lo cual muestra correspondencia con otros estudios ⁽¹⁵⁾.

Otros plantean que las mujeres predominan ya que, después de los 50 años se pierde el papel protector de los estrógenos sobre el sistema vascular y es a partir de esta edad dónde mayor incidencia de ECV existen.

Otros discrepan como Iongensen y otros autores ^(16,17), quienes plantean que no existen diferencias en cuanto al pronóstico de estas enfermedades según su naturaleza y afirman que la extensión del daño, ya sea isquémico o hemorrágico es lo que determina, elemento este con el que concordamos pues la mayoría de nuestros pacientes con HIP eran de gran extensión y abiertos a ventrículos.

De acuerdo con el cuadro 3 se observó dentro del tipo específico de ECV, predominó la HIP, seguido del infarto aterotrombótico y el menor número de los casos estuvo representado por el infarto cardioembólico. Nuestros resultados estuvieron en relación con estudios anteriores donde el mayor número de muerte intrahospitalaria se produjo por ECV hemorrágicas influenciado por el deterioro del endotelio vascular; la toma de la conciencia, la presencia de gran cantidad de sangre en el parénquima cerebral capaz de provocar desplazamiento y compresión de estructuras nerviosas que llevan a la muerte ^(10, 18, 19).

En cuanto a los antecedentes de HTA, el factor predisponente más importante en la ECV hemorrágica relacionada estrechamente con los fenómenos Isquémicos aterotrombóticos, Salonen et al. señalan que la HTA contribuye al desarrollo de la aterogénesis y consideran que del 37 al 75% de los pacientes con ECV son hipertensos ^(4, 6, 10), Canal refiere que el 90% de las ECV son atribuibles al descontrol de la Tensión Arterial.

En relación con la causa directa de muerte, la más frecuente en los pacientes con ECV hemorrágicas fue el edema cerebral, complicación más grave que conlleva a la muerte y en el caso del post isquémico que se desarrolla en las primeras horas del infarto cerebral y alcanza su máxima intensidad entre las 24 y 96 horas, no suele constituir un problema mayor, excepto en los grandes infartos sobre todo si son cerebelosos, lo cual confirman otros estudios ^(11, 16).

La presencia de una neumonía en pacientes con isquemia cerebral agrava el pronóstico, pues la hipertermia que suele acompañarla provoca un aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefàlica, acidosis y la liberación de aminoácidos excitadores, que favorecen el edema cerebral y la necrosis neuronal. Además, los trastornos respiratorios que se le asocian producen hipoxia y esto agrava la isquemia e incrementa el edema cerebral.

CONCLUSIONES

La ECV fue más frecuente en los pacientes entre 60 y 71 años, con predominio en el sexo masculino.

Las ECV hemorrágicas son las de mayor mortalidad.

El edema cerebral y bronconeumonías son las causas directas de muerte más frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Informe anual (Datos estadísticos). La Habana, 2001.

2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Balance Anual de Salud 2002. Metodología para el año 2003. La Habana, 2002.
3. Díaz Tejedor, E: Factores de Riesgo e Ictus isquémico, valoración para una adecuada prevención. *Neurol* 1998; 3(4):127-129.
4. Mc Cormik WF, Rosenfield DB. Massive brain hemorrhage a review of 144 cases and a examination of their causes *stroke*1994; 4: 946-54.
5. Hilmelman, A. Predictors of stroke in the elderly. *Acte Med- Scard* 1998; 22(2): 439-443.
6. Sacco RL. Frecuency and determinants of stroke En: Marc Fisher. *Clinical alte of cerebro vascular disorder*. Cordon: warfe1994: p 1-7.
7. Pascualetti P. Epidemiological chrono rish of stroke. *Acte Neorolog. Scard.* 1990; 81(1): 71-74.
8. Hernández Castellanes G. Enfermedades cerebro vasculares en fallecidos con necropcia Hosp. "V.I. Lenin" Enero 1987- Dic 1998 (Trabajo para optar por el titulo e especialista de primer grado en medicina interna). Hosp. "V.I. Lenin", Holguín.
9. Banomi LM. Mortalidad por enfermedad cerebro vascular en la Prov. Córdoba, 1979- 1990. *Rev. Neurolog. Argentina* 1994; 19(1): 32-37.
10. Bucciero A. Subarachnoid hemorrhage of unkhonown etiology Management pognosis and predictive factors. *JJ Facoltte de Medicine e chirugia, university a deglf studi di Napoli. Minervamed.* 1999, 84 (6): 323-327.
11. Susuki K. Stroke incidence and case fatality in Finlad and Akita. Japon. A Comparative study. *Neuroepidemiology* 1994; 13(5): 236-244.
12. Martín. González R. Infarto cardioembolico. *Rev. Neurol* 2000; 31(1): 1154-1158.
13. Cuba. Anuario Estadístico de Salud Pública. Área de Higiene y Epidemiología. Unidad de análisis y tendencia de salud, 1997-1998.
14. Kannel WB, Wolfaa. Epidemiologic assessment of the role of blood pleasure in stroke: the framinghan study. *Jama* 1970; 214: 301-10.
15. Cuba. Ministerio de Salud Pública.Colectivo de autores. Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Cerebrovasculares, 2000.
16. Oppenheim-Eden A, Glantz L, Eideman LA, Sprung CL. Spontaneus intracerebral hemorrhage in critically ill patient: incidence over six years and associated factors. *Intensive Care* 1999; 25(1):63-7.
17. Abbot RD, Donchve RR, Mc Mehon SW, Reed DM, Yanok. The Honolulu Heart Program. *Jama* 1987; 257: 949-52.
18. Viassare H. Recent progress on the biologic and clinical significance of advanced glycosylation and products. *J. Lab Clin Med* 1994; 124: 19- 30.
19. Somoza J. Epidemiología de la Enfermedad Cerebrovascular Isquémica. *Acta Proceedings VIII Panamerican Congress of Neurology*; 1995. Montevideo: Imprenta Americana; p 71-4.

Correspondencia: Dra. Gisela Ramírez Ramírez. Dirección: Ave los Álamos # 46 % 15 y 17. Rpto Lenin. Holguín. Teléfono: 421509 Correo electrónico: gisela@hcqho.sld.cu