



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## V-100. - FACTORES PRONÓSTICOS EN LA HEMORRAGIA INTRACRANEAL

M. Martínez Gabarrón, J. Castellanos Monedero, A. Martín Castillo, L. Fernández-Espartero Gómez, L. Oriente Frutos, I. Domínguez Quesada, J. Rivas Cortés, C. Itala Prieto Espinoza

Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

### Resumen

**Objetivos:** Determinar una escala pronóstica para evaluar la evolución clínica desfavorable en los pacientes con hemorragia intracraneal (HIC).

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se reclutaron pacientes ingresados desde el día 1 de junio de 2007 hasta el día 31 de diciembre de 2011 en el Hospital Comarcal La Mancha Centro de Alcázar de San Juan. Se seleccionaron a los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de HIC en la Sección de Neurología y en el Servicio de Medicina Interna. Los criterios de exclusión fueron: exitus en urgencias, traslado, ingreso en la unidad de cuidados intensivos, HIC postraumáticas, transformación hemorrágica de ictus isquémico previo. La HIC se definió como el déficit neurológico de aparición súbita y que en la tomografía axial computarizada realizada en urgencias se observó una imagen de hiperdensidad intraparenquimatosas. El tamaño de la lesión se calculó mediante la fórmula  $ABC/2$ , donde A era el diámetro mayor del hematoma en el corte de la TC en el que se visualizaba la mayor área de la HIC, B era el diámetro mayor perpendicular a A en el mismo corte de la TC y C era el número aproximado de cortes de la TC en los que se visualizaba el hematoma, multiplicado por el grosor del corte en centímetros. Análisis con paquete estadístico SPSS.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 69 pacientes. Con las variables recogidas en el estudio se realizó un modelo de regresión lineal (tabla). Resultado del modelo. Nueva escala propuesta: ROC = 0,901, IC al 95% (0,821-0,981).

**Discusión:** En nuestro trabajo los factores pronósticos que se relacionan con la mortalidad a los 30 días son la edad, la escala NISHH al ingreso, el volumen en  $\text{cm}^3$  inicial, valores de fibrinógeno en la analítica, tensión arterial sistólica al ingreso y el antecedente de dislipemia. El modelo que proponemos ha demostrado un alto rendimiento en nuestros pacientes. Sería necesario validar esta escala en otras poblaciones similares para determinar si se mantiene su capacidad predictiva (área ROC = 0,9).

Tabla (V-100)

| Variable | B | E.T. | Sig. | Exp (B) | IC95% límite inferior | IC95% límite superior |
|----------|---|------|------|---------|-----------------------|-----------------------|
|----------|---|------|------|---------|-----------------------|-----------------------|

|             |        |       |       |        |       |         |
|-------------|--------|-------|-------|--------|-------|---------|
| Edad        | 0,082  | 0,034 | 0,017 | 1,086  | 1,015 | 1,161   |
| NIHSS       | 0,283  | 0,099 | 0,004 | 1,327  | 1,093 | 1,612   |
| CM3         | -0,015 | 0,009 | 0,082 | 0,985  | 0,969 | 1,002   |
| DLP         | 3,123  | 1,327 | 0,019 | 22,722 | 1,686 | 306,161 |
| TAS         | -0,031 | 0,015 | 0,036 | 0,969  | 0,942 | 0,998   |
| Fibrinógeno | 0,008  | 0,005 | 0,123 | 1,008  | 0,998 | 1,018   |
| constante   | -6,116 | 3,561 | 0,086 | 0,002  |       |         |

*Conclusiones:* Se necesitarían más estudios prospectivos y multicéntricos con resultados claros para establecer escalas de clasificación ideales y protocolos estandarizados de gestión que permitieran una mejor selección de los pacientes en un primer escalón diagnóstico, consiguiendo así una optimización de los tratamientos instaurados y de los recursos empleados.