

Manejo de aneurismas cerebrales rotos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Barros Luco

Giorgio Ferri, Ronald Pairumani, Alex Gomez, Cesar Santis, Luis Castillo¹, Jose Otayza, Aladino Rojas, Paul Zuñiga, Eloy Mancilla²

Unidad De Cuidados Intensivos, Hospital Barros Luco Trudeau¹; Servicio De Neurocirugia, Hospital Barros Luco Trudeau²

Introducción: Describir la experiencia en el manejo en UCI de aneurismas cerebrales rotos en el HBLT durante el período de un año.

Metodología: se revisó de forma retrospectiva la base de datos de la unidad y se caracterizaron a los pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática y además la funcionalidad a los 6 meses de ingreso. Se utilizaron test estadísticos paramétricos.

Resultados: se revisaron en el periodo de 1 año (marzo 2018-marzo 2019) 35 pacientes con diagnóstico de HSA secundaria a aneurisma cerebral roto con una edad promedio de 56 (+ 11) años. Del total de pacientes 30 (86%) fueron mujeres. Respecto las enfermedades crónicas 20 (57%) tenían diagnóstico de hipertensión arterial. El APACHE II promedio al ingreso fue de 13 (8 – 19) y el SOFA de 3 (2 – 7). 25 (71%) pacientes requirieron soporte ventilatorio. Con respecto a las características de la hemorragia 19 (54%) de los casos presentó un Score de Fisher Modificado de 4 al ingreso y 10 (29%) un score de 3. Se realizó AngioTC en 26 (74%) pacientes y en 26 (74%) casos al menos una angiografía cerebral. De los aneurismas, 30 (86%) fueron del territorio anterior y el resto posterior. El tratamiento más frecuente fue el clipaje del aneurisma en 12 (34%) casos e instalación de coils en 10 (29%). En 5 (14%) pacientes se mantuvo manejo expectante por su mal pronóstico al ingreso. 17 (49%) pacientes presentaron sospecha de vasoespasma durante su hospitalización, de los cuales 6/17 (35%) fue vasoespasma clínico demostrado posteriormente por angiografía. De este grupo de pacientes en 6/17 (35%) se realizó algún tipo de angioplastia (mecánica o farmacológica). El resangrado se presentó en 5 (14%) de los casos y la hidrocefalia en 11 (31%). La estadía en UCI promedio fue de 9 (+ 9) días. La mortalidad asociada es del 31 % incluyendo a 5 pacientes no tratados por mal pronóstico. En los pacientes en que se logró realizar un seguimiento de funcionalidad se reportó un RANKIN y GOS promedio de 3 y un GOS de 4.

Conclusión: Dada la alta morbi-mortalidad de esta patología el tratamiento y seguimiento de la HSA aneurismática debe ser integral y multidisciplinaria.