

11232
14
24.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE POSTGRADO E INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA.**

I.S.S.S.T.E

HOSPITAL REGIONAL ADOLFO LOPEZ MATEOS.

HEMATOMAS INTRACEREBRALES ESPONTANEOS.

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA
EL DR. DIEGO ALBERTO OSORIO ALZATE
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN:
NEUROCIRUGIA.**

Dr. Benjamin Manzano Sosa.
Coordinador de Capacitación y Desarrollo
e Investigación.

Dr. Ernesto Martínez Duhart.
Profesor Titular del Curso.

Dr. Ramón Oropeza Martínez.
Coordinador de Cirugía.

I. S. S. S. T. E
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS.
★ NOV. 15 1996 ★
COORDINACION DE
CAPACITACION Y DESARROLLO
E INVESTIGACION

I. S. S. S. T. E
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
RECIBIDO
NOV. 15 1996
FACULTAD DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

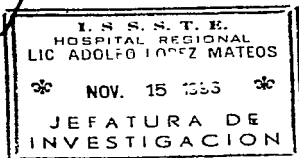
HEMATOMA INTRACEREBRALES ESPONTANEOS

AUTOR : DR DIEGO ALBERTO OSORIO ALZATE.

ASESOR : DR ERNESTO MARTINEZ DUHART.

VOCAL DE LA INVESTIGACION : DR ENRIQUE ELGUERO P.


DRA. IRMA ROMERO CASTELAZO.
JEFE DE INVESTIGACION




DR. ANTONIO ALBARRAN Y CARBAJAL.
JEFE DE CAPACITACION Y DESARROLLO

MEXICO, D.F. 8 NOV. DE 1996.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CONTENIDO

	PAGINA
I. RESUMEN ESPAÑOL.....	1
II. RESUMEN EN INGLES.....	3
III. INTRODUCCION.....	5
IV. MATERIAL Y METODO.....	10
V. RESULTADOS.....	11
VI. DISCUSION.....	12
VII. CONCLUSIONES.....	13
VIII. GRAFICAS Y TABLAS.....	14
IX. BIBLIOGRAFIA.....	23

I. RESUMEN ESPAÑOL.

OBJETIVO: Determinar las características clínicas y evolución de pacientes con hematoma intracerebral espontáneo.

DISEÑO: Es un estudio secuencial y prospectivo de pacientes con hematoma intracerebral espontáneo, de 1 de marzo de 1993 a junio de 1996.

LUGAR: Servicio de neurocirugía del hospital regional Adolfo López Mateos. ISSSTE.

PACIENTES: Se estudiaron 63 pacientes que ingresaron al servicio de neurocirugía, eliminándose 8 por desconocer su evolución.

INTERVENCION: Se estudiaron 55 pacientes divididos en dos grupos vivos (A) y muertos (B), se les efectuó historia clínica, topografía axial computarizada de cráneo al ingreso, al egreso y seguimiento (6 meses), exámenes de laboratorio, electrocardiograma, radiografía de tórax, se intervinieron de drenaje de hematoma, se analizó edad, sexo, escala de Glasgow al ingreso, horas de evolución del evento, localización anatómica del hematoma, complicaciones médicas, mortalidad y días de estancia hospitalaria. Se analizaron promedios con T de student y proporciones con (ji)² con significancia estadística $P < 0.005$.

RESULTADOS: La relación hombre: mujer fue 1.6/ 1, la edad en ambos grupos fue similar, la escala de Glasgow del grupo (A) fue mayor que el grupo (B) ($p < 0.001$), el tiempo de evolución antes de cirugía fue similar, en ambos grupos, el hematoma en tallo cerebral se asoció con mortalidad 100% $p < 0.001$, la localización del hematoma en ganglios basales se

asoció a mayor mortalidad $p < 0.001$; las complicaciones más frecuentes fueron las pulmonares, la mortalidad observada fue de 36.36%; los días de estancia del grupo (A) fueron mayor que los del grupo (B) $P < 0.001$.

CONCLUSIONES: El sexo más afectado fue el masculino.

La mortalidad fue de 36.36 %, la localización en tallo y ganglios basales además con un Glasgow menor de 7 puntos se asocia a mayor mortalidad.

Las complicaciones más frecuentes son pulmonares.

PALABRAS CLAVES: hematoma intracerebral espontáneo.

I. SUMMARY.

OBJECTIVE: To determine the characteristic clinics and patients evolution with hematoma intracerebral espontaneo.

DESING: It is a sequential study and prospectivo of patients with hematoma intracerebral espontaneo, of 1 of March of 1993 to June of 1996.

PLACE: Neurosurgery service of the regional hospital " Adolfo López Mateos ". ISSSTE.

PATIENT: They were studied 63 patient that entered neurosurgery service , being eliminated 8 for doing not know their evolution.

INTERVENTION: They were studied 55 patient split into two live groups (To) and dead (B), is you/them I effected clinic history, computerized axial topography of cranium to the revenue to the expenditure and follow-up (6 months), laboratory exams, electrocardiograma, X-ray of tórax, were intervened of drainage of hematoma , I analyzed age, sex, scale of Glasgow to the revenue, evolution hours of the event, anatomical location of the hematoma, complications you prescribe , mortality and hospital stay days. They were analyzed averages with T of student and proportions with (ji)² with significancia statistics $P < 0.005$.

RESULTS: The relationship man: woman was 1.6/ 1, the age in both groups was similar, the scale of Glasgow of the group (To) was greater than the group (B) ($p < 0.001$), the evolution time before surgery was similar, in both groups, the hematoma in cerebral stem

I associated with mortality 100% $p < 0.001$, the location of the hematoma in ganglia basales company to greater mortality $p < 0.001$; the complications but frequent were the pulmonary , the observed mortality was of 36.36%; the stay days of the group (To) were greater than those of group (B) $P < 0.001$.

CONCLUSIONS: The sex affected was the masculine.

The mortality was of 36.36 % , the location in stem and ganglia básales furthermore with a Glasgow minor of 7 points is associated to greater mortality.

The complications frequent are pulmonary.

KEY WORDS: hematoma intracerebral espontaneo.

III. INTRODUCCION

HEMATOMAS ESPONTANEOS INTRACEREBRALES.

Es una de las mas devastadoras formas de enfermedad cerebrovascular, (sangrado en el parénquima cerebral sin coincidencia de trauma).

A pesar de la riqueza literaria existente del tema realizada durante decenios, las investigaciones de la etiología y tratamiento del tipo de evento vascular son pocas ya que la mortalidad permanece del 50% y más de 3/4 partes de los sobrevivientes descienden de su estado neurológico de moderado a severo. El pionero en mencionar y tratar los hematomas intracerebrales espontáneos fue Harvey Cushing's, posteriormente Bagley divide la hemorragia intracraneal en intracerebral y subaracnoidea, y el sangrado intracerebral a su vez en superficial y profundo, pero este mismo autor considero que el hematoma superficial hemisférico podría ser quirurgico. Pero fue Mc Kisson el que considero el mejor tratamiento para el hematoma intracerebral espontáneo el cual era el drenaje del mismo.

Epidemiológicamente se considera al hematoma intracerebral espontáneo en una proporción de 6.3% al 12% de los eventos cerebrovasculares cada año, el 68% son fatales, con una incidencia del 9 por 100.000 personas, considerándose que del 70 al 90% son de tipo hipertensivo, los cuales ocurren en edades de 45 a 75 años con predominio del sexo masculino con respecto a las femeninas con rango de 5 a 20 %.

La patología y etiología donde consideran a la hipertensión arterial como principal factor , donde la misma puede ser primaria o componente de enfermedad asociada. Virchow Y Cruveihier consideraron si el sangrado delimita el cerebro apreciándose un daño, necrosis y cavitación del mismo. En 1814 se determinó que el evento primario de reblandecimiento cerebral (infarto) continuara su curso de sangrado pericapilar a nivel cerebral.

En 1918 se penso que el riñón podría elaborar estímulos nocivos y podría conducir a una angionecrosis, infarto, y hemorragia.

Fue Charcot Y Buchard en 1968 que descubrieron los microaneurismas miliares (1) con diámetro del aneurisma de 0.05 a 2.0 mm. Se reportan 86 % de los hipertensos con micro aneurismas que corresponden cerradamente a un sitio relativo al origen del hematoma, (2,3) otras de la etiología fue la hialinosis (depósito de material hialino dentro de la media de pequeñas arterias cerebrales con constricción secundaria del lumen y destrucción de la pared).Zulch encontró que la arteriosclerosis hialina está virtualmente (4) asociada con hemorragia intracerebral hipertensiva (5) y además con microaneurismas , además postuló que la degeneración hialina de la pared de los vasos en su porción próxima es secundaria a estenosis distal o a la oclusión lo que puede medirse en el sistema lenticuloestriado proximal.

Los sitios anatómicos mas comunes de los hematomas intracerebrales espontáneos del tipo hipertensivo ocurren en ganglios basales especialmente en tálamo y putamen, cápsula interna y cápsula externa con un porcentaje del 64%, las hemorragias hemisféricas más asociadas a tumoraciones. En otro orden de frecuencia encontramos a las MAV, y

cuagulopatías no predecibles en sustancia blanca en un 13%, cerca del 80% consideradas supratentoriales y 20% infratentoriales, de un 10 al 12% encontradas en puente y mecenéfalo y el 10% en cerebelo. Entre los hematomas de ganglios basales la mayoría ocurren en la distribución de los brazos de las lenticuloestriadas de la arteria cerebral media (5) , llamada como hemorragia cerebral de las arterias de Charcot. Los hematomas de ganglios se extienden en un plano anteroposterior y lateral, la incidencia de hemorragia intraventricular es de un 60% asociada.

Las hemorragias de tallo se originan del tegmentum y la base del puente en una zona donde las arterias laterales dorsales y perforantes ventrales son las más afectadas.

La presentación clínica el 72% de todos los hematomas intracerebrales se presentan con coma, y el 8% con estupor, determinando que el 60% quedan/hemiplejía, 43% con déficit del habla, 13% con anomalías pupilares y 16% con convulsiones.

El registro de pacientes con hematomas intracerebrales espontáneos llegan con datos de cráneo hipertensivo en un 60% y con déficit neurológico del 51%. Las hemorragias masivas llegan a producir coma, dilatación pupilar, sx piramidal, papiledema y demencia.

Los hematomas de ganglios basales podrían presentar déficit sensorial, asociados a disturbios de la conciencia y desórdenes extraoculares .Las hemorragias pontinas y de tallo llegan a presentar coma, alteraciones motoras , oculocefálicas, y oculo vestibulares, con paresia de pares craneales. A considerar la hemorragia cerebelosa la cual presenta alteraciones en estado de conciencia, con síndrome cerebeloso, cráneo hipertensivo.

Aspecto topográfico: la topografía computarizada ha revolucionado el diagnóstico de los hematomas intracerebrales espontáneos, ya que puede localizar eventos de 1 cms o menos determinando el sitio preciso. LAUN consideró que aproximadamente un 15% de los hematomas intracerebrales con irrupción ventricular pueden verse topográficamente. Dolinskas refiere que la densidad de los hematomas intracerebrales decrece 0.7 mm por día. Laster describe 6 estadios como criterios tomográficos (7).

Estadio I de 1 a 10 días el hematoma se ve de alta densidad, con márgenes bien circunscritas, no realza con medio de contraste.

Estadio II de 3 a 20 días el hematoma decrece de densidad, las márgenes menos claras, con medio de contraste se ve imagen de reforzamiento en su interior

Estadio III de 18 a 64 días el hematoma se hace isodenso muy susceptible ala administración de esteroides.

Estadio IV de 42 a 84 días la administración de esteroides puede o no modificar el tamaño del hematoma al medio de contraste.

Estadio V y VI de 82 a 240 días con o sin admistración de esteroides, no hay cambios, se aprecia la cavidad establecida y cambios del tejido cerebral en granulación y vascularidad.

La angiografía cerebral (8) en cada paciente con hematoma intracerebral espontáneo, sin duda mejoraría el diagnóstico ~~promtem~~ y así omitir los probables eventos , corrigiendo los errores, con lo que la cirugía presentaría mayor realce para el tratamiento adecuado.

Terapia quirúrgica: históricamente el procedimiento quirúrgico ha sido importante en los hematomas intracerebrales hemisféricos, donde el nivel de conciencia es el factor relevante, para la calidad de sobrevida. Ransodtoff sugiere que todos los pacientes quienes

1. no requieren de soporte artificial de la presión sanguínea o respiratoria, 2. tienen un déficit neurológico asociado con deterioro de conciencia , 3. necesitan estabilizar un tratamiento médico, estos tienen contraindicación médica para la cirugía , no así para pacientes estuporosos o semicomatosos sin signos de herniación el resultado quirúrgico es significativo, con un déficit de invalidez del 11 al 18% de los casos, el grupo c de las hemorragias cerebelosas que se extienden debajo del puente con hemorragia intraventricular e hidrocefalia las cuales son totalmente quirúrgicas (9) en las primeras 24 hrs al evento, el tiempo ideal para la cirugía del hematoma intracerebral (10), Kaneko en 1977 fue en las primeras 7 hrs del evento y así la cirugía inmediata en tales casos mejoraría la morbilidad y mortalidad. El criterio usado para el tratamiento quirúrgico fue su estado de conciencia, déficit neurológico, posición y tamaño del hematoma .El criterio del tamaño está basado en la cantidad de espacio intracraneal ocupado por el hematoma:

Si es de 4 a 8% del espacio ocupado por el hematoma y está asociado con inestabilidad clínica o deterioro , el paciente es candidato de cirugía.

Si es del 8 al 12% el paciente es candidato de cirugía.

Si es mayor del 12% la cirugía no sería benéfica y la muerte sería inmediata.

El propósito de este estudio es evaluar el comportamiento del hematoma intracerebral espontáneo.

IV MATERIAL Y METODO

Se estudiaron pacientes con dx de hematoma intracerebral espontáneo que ingresaron en orden secuencial al servicio de neurocirugía del Hospital Adolfo López Mateos, a partir del 1 de marzo del 93 a junio del 96, se incluyeron pacientes de ambos sexos, derecho - habientes, que ingresaron a hospitalización , se excluyeron pacientes que se trasladaron a otras unidades, se eliminó pacientes con estudios incompletos y que abandonaron el estudio.

A todos se les efectuó historia clínica , topografía axial computarizada de cráneo (general electric) al ingreso , egreso y seguimiento (6 meses), radiografías de tórax, electrocardiograma, biometría hemática, química sanguínea, electrolitos serios, tiempos de coagulación, examen general de orina , valoración preoperatoria por anestesia , intervenidos quirúrgicamente, efectuando evaluación neurológica cada 24 has durante la estancia hospitalaria.

Se dividieron en dos grupos, el grupo A pacientes que sobrevivieron y grupo B pacientes que fallecieron.

Se analizó en ambos grupos edad en años, sexo, escala neurológica de glasgow al ingreso, el tiempo de evolución del evento, antes de la cirugía en horas, la localización anatómica del hematoma, complicaciones médicas, secuelas neurológicas , días de estancia hospitalaria y mortalidad.

Se determinaron medidas de tendencia central y dispersión a edad, escala de Glasgow, tiempo de evolución antes de la cirugía, días de estancia hospitalaria, se compararon promedios con t student con significancia estadística $p < 0.05$ de las variables anteriores del grupo A y B. Se comparó el sexo, localización anatómica del hematoma de los grupos con (ji) 2 con significancia estadística $p < 0.05$.

V RESULTADOS

Se estudiaron 63 pacientes y eliminando 8, quedando 55 pacientes en el estudio , 35 vivos (grupo A) y 20 muertos (grupo B).

En el grupo A fueron 24 hombres y 11 femeninas y en el grupo B fueron 10 hombres y 10 femeninas, no existiendo diferencia significativa en ambos grupos (tabla 1).

El promedio de edad del grupo A (55.8 años, con rango de 25-96 años) fue similar al grupo B (54.9 años, con rango 27- 90 años)

(tabla 2).

La evaluación de la escala de Glasgow al ingreso del grupo A (10.54 +/- 0.59 IC 95%) fue mayor que el del grupo B (4.85 +/- 0.43 IC 95%) significativamente ($p < 0.001$) (tabla 3).

El tiempo de evolución antes de la cirugía fue similar en ambos grupos (grupo A 16.2 días, grupo b 15.75 días) (tabla 4)

La localización anatómica del hematoma intracerebral espontáneo en tallo se asoció con mortalidad del 100% ($p < 0.001$), también la localización en ganglios basales se asoció a mayor mortalidad ($p < 0.05$) (tabla 5).

Las complicaciones mas frecuentes del grupo A infecciones de vías respiratorias bajas ($p < 0.05$) (tabla 6).

La mortalidad observada en este estudio fue de 36.30%(gráfica 1).

Las secuelas neurológicas del grupo A más frecuentes fueron paresia 14 pacientes, afasia, paresia y frontalización en 6 pacientes (tabla 7).

El promedio de días de estancia del grupo A (35.6 +/- 5.40 IC 95%), fue mayor que el grupo B (7.2 +/- 3.98 IC 95%) $p < 0.001$ (tabla 8).

VI DISCUSION

Los hematomas intracerebrales espontáneos tienen una presentación anual del 6.3% al 12% del total de los eventos cerebrovasculares , con una incidencia anual de 9 por 100.000, siendo la hipertensión arterial el agente etimológico más importante ; en este estudio el sexo femenino fue más frecuente a diferencia de los reportados en otras series, donde el sexo masculino es de 5 a 20 veces más frecuente, se considera que el Glasgow de ingreso para los pacientes potencialmente quirúrgicos es de 7 puntos, con un tiempo de evolución del evento de 6- 18 horas, siendo este parámetro similar a las literaturas donde refieren que menor de 7 horas es mayor la probabilidad y mejor la calidad de vida, el sitio de frecuencia donde mayor se encontró el hematoma fueron los ganglios basales lo que coincide con la literatura existente y correspondiendo a un 64%, también hay que hacer mención de las secuelas neurológicas que manan en estos pacientes dentro de los cuales la paresia , afasia, hipoacusia, y síndrome de frontalizacion son los principales reportados en este estudio que corresponden a un 11 al 18% de los casos. Lo que va de acuerdo a la localización anatómica del hematoma.

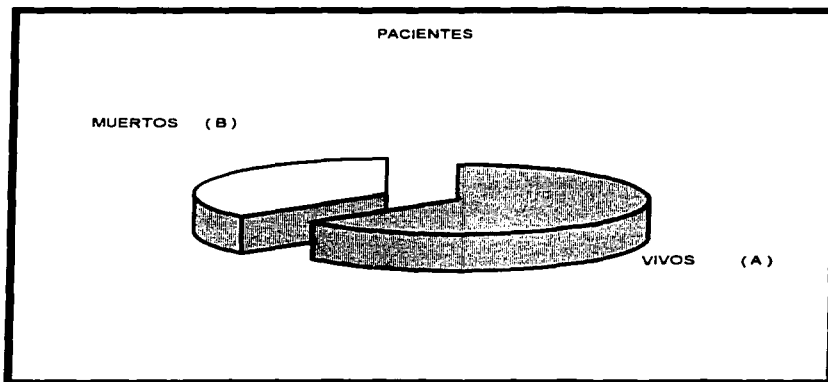
Esta serie es pequeña para obtener conclusiones definitivas, por lo que es aconsejable continuar el estudio al menos durante 10 años.

VII. CONCLUSIONES.

- A. El sexo más afectado fue el masculino.**
- B. La mortalidad fue de 38.36% .**
- C. La localización en tallo y ganglios basales además con un Glasgow menor de 7 puntos se asocia a mayor mortalidad.**
- D. Las complicaciones más frecuentes son pulmonares.**

**TOTAL DE PACIENTES DE LOS HEMATOMAS INTRACEREBRALES ESPONTANEOS
EN 55 PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEUROCIROGIA DEL
HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "
DEL 1 er DE MARZO DE 1993 - JUNIO DE 1996**

GRUPO	PACIENTES
VIVOS (A)	35
MUERTOS (B)	20



**EDAD DE PACIENTES DE LOS HEMATOMAS INTRACEREBRALES ESPONTANEOS
EN 55 PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL
HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "
DEL 1 er DE MARZO DE 1993 - JUNIO DE 1996**

GRUPO	EDAD +/-
VIVOS (A)	55.8+/- RANGO(25-96)
MUERTOS (B)	54.9+/- RANGO(27-90)

**GLASGOW EN PACIENTES DE LOS HEMATOMAS INTRACEREBRALES ESPONTANEOS
EN 55 PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL
HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "
DEL 1 er DE MARZO DE 1993 - JUNIO DE 1996**

GRUPO	GLASGOW
VIVOS (A)	10.54 +/- 0.5964 IC 95 %
MUERTOS (B)	4.85 +/- 0.043 IC 95 % P < 0.001

**TIEMPO DE EVOLUCION EN HORAS DE LOS HEMATOMAS INTRACEREBRALES ESPONTANEOS
EN 56 PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL
HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "
DEL 1^{er} DE MARZO DE 1993 - JUNIO DE 1996**

GRUPO	TIEMPO DE EVOLUCION EN HORAS
VIVOS (A)	16.02 +/- RANGO (6- 18)
MUERTOS (B)	15.75 +/- RANGO(5- 25)

TABLA 5

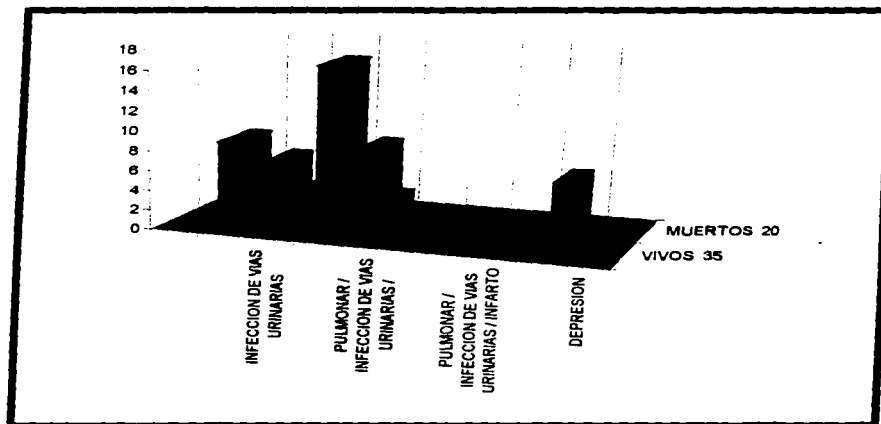
**LOCALIZACION ANATOMICA DE LOS HEMATOMAS INTRACEREBRALES ESPONTANEOS
EN 55 PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEUROCIROLOGIA DEL
HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "
DEL 1 er DE MARZO DE 1993 - JUNIO DE 1996**

LOCALIZACIÓN	VIVOS 35	MUERTOS 20
FRONTO TEMPORAL	2	2
GANGLIOS BASALES	7	7 P < 0.001
CEREBELO	4	1
TALLO CEREBRAL	0	8 P < 0.001
OCCIPITAL	3	0
TEMPORO PARIETAL	6	0
FRONTO TEMPORO PARIETAL	4	0
TEMPORO PARIETO OCCIPITA	1	0
PARIETO OCCIPITAL	2	1
TEMPORAL	3	0
FRONTO PARIETAL	2	0
FRONTAL	1	0
TALLO - CEREBELO	0	1

**COMPLICACIONES DE LOS HEMATOMAS INTRACEREBRALES ESPONTANEOS
EN 55 PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEUROCIROLOGIA DEL
HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "
DEL 1 er DE MARZO DE 1993 - JUNIO DE 1996**

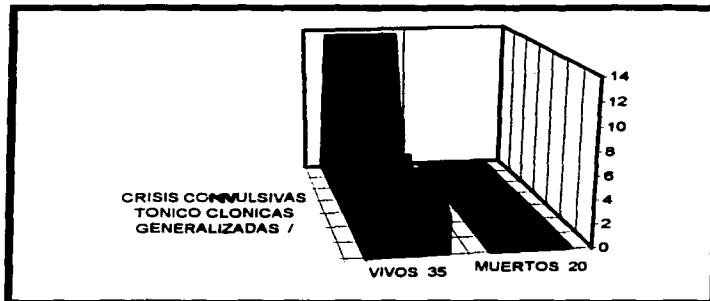
TABLA 6

COMPLICACIONES	VIVOS 35	MUERTOS 20
PULMONAR	9	5
INFECCION DE VIAS URINARIAS	1	3
PULMONAR / INFECCION DE VIAS URINARIAS	17	7
PULMONAR / INFECCION DE VIAS URINARIAS / DIABETES MELLITUS	4	0
PULMONAR / CARDIOPATIAS	1	0
PULMONAR / INFECCION DE VIAS URINARIAS / INFARTO	1	0
NO COMPLICACIONES	0	5
DEPRESION	2	0



**SECUELAS NEUROLOGICAS DE LOS HEMATOMAS INTRACEREBRALES ESPONTANEOS
EN 55 PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL
HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "
DEL 1 er DE MARZO DE 1993 - JUNIO DE 1996**

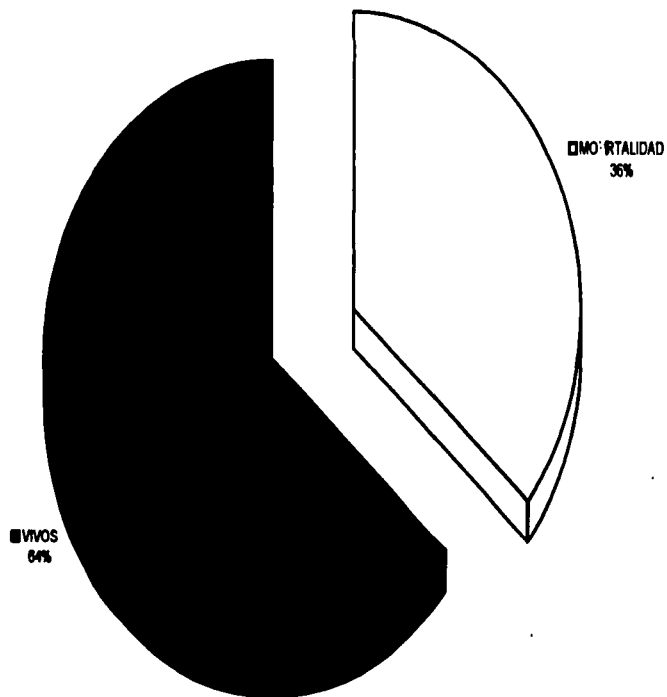
SECUELAS	VIVOS 35	MUERTOS 20
PARESIA	14	0
HEMIANOPIA	3	0
CRISIS COMBULSIVAS TONICO CLONICAS GENERALIZADAS	4	0
CRISIS COMBULSIVAS TONICO CLONICAS GENERALIZADAS / PARESIA	1	0
DISMETRIA / VERTIGO / ATAXIA	4	0
AFASIA / PARESIA / HIPOACUSIA / FRONTALIZACION	6	0
NO	3	0



**DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES
CON HEMATOMAS INTRACEREBRALES ESPONTANEOS
EN 55 PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL
HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "
DEL 1 er DE MARZO DE 1993 - JUNIO DE 1996**

VIVOS	(A)	35.6 +/- 5.4049 IC 95 %
MUERTOS	(B)	7.2 +/- 3.98 IC 95 % P < 0.001

MORTALIDAD DE PACIENTES



IX BIBLIOGRAFIA

1. SPONTANEOUS INTRACEREBRAL HEMATOMA FROM OCCULT CAROTID-CAVERNOUS FISTULA DURING PREGNANCY AND PUERPERIUM. LI.T.K: CHANG C.N.: WAI Y. Y. DIVISION DE NEUROSURGERY. CHANG GUNG MEDICAL COLLEGE. TAIPEI. TAIWAN. 1992 APR:76(4):P 714-7.
3. RUPTURED DISTAL ANTERIOR CEREBRAL ARTERY ANEURYSMS PRESENTING AS ACUTE SUBDURAL HEMATOMA. WATANABE K: WAKAI S.: OKUHATA S.: NAGAI M.: DEPARTMENT OF NEUROSURGERY. TOKKIO UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE.: 1191 AUG: 31(8) :P 514-7.
4. SPONTANEOUS INTRACEREBRAL HEMORRHAGE IN CASE OF SEVERE ANGIOSPASM FOLLOWING RUPTURED ANEURYSM.. SAKAKI T.: TSUNODA.S.: MORIMOTO T.: HOSHIDA. T: HASHIMOTO .H: KONISHI .N.: HIASA Y.: DEPARTMENT OF NEUROSURGERY. NARA MEDICAL UNIVERSITY. KASHIHARA. 1991 AUG:31(8): P 498-502.
5. AMYLIOD ANGIOPATHY A RARE CAUSA OF INTRACEREBRAL HEMORRHAGE.
6. LANGE.M.: FEIDEN.W.: NEUROSURGICAL CLINIC. GROSSHADERN CLINICS. LUDWIG MAXIMILIANS UNIVERSITY. ALE. 1991:14(4): P 297-301.
7. STROKE. FISHER CM: 1992 MAY 2:339 (8801) :P 1112.
8. ANEURYSM OF THE LENTICULOSTRIATE ARTERY. OKA K: MAEHARA.F: TOMONAGA M.: DEPARTMENT OF NEUROSURGERY. SCHOOL OF MEDICINE. FUKUOKA UNIVERSITY. 1991 SEP: 31 (9):P 582-5.
9. RESIDUAL LESIONS ON COMPUTED TOMOGRAPHY AFTER INTRACEREBRAL HEMORRHAGE. FRANKE.CL: VAN SWIETRN JC.: VAN GIJN.J.: DEPARTMENT OF NEUROLOGY OF WEVER-ZIEKEENHUIS. HEERLEN. THE NETHERLANDS.: 1991 DEC: 22(12): P 1530-3.
10. SPONTANEOUS INTRACEREBRAL HEMATOMAS FROM VASCULAR CAUSES .PREDICTIVE VALUE OF CT COMPARED WITH ANGIOGRAPHY... LAISSY.JP: NORMAND .G: MONROC .M: DUCHATEAU. C: ALIBERT .F: THIEBOT.J: DEPARTMENT OF NEURORADIOLOGY. HOSPITAL CHARLES NICOLLE. ROUEN. FRANCE.. 1991: 33(4) : P 291-5.
11. PRIMARY MESENCEPHALIC HEMORRHAGE .RYU. SJ: CHEN. KC: LEE.CC... DEPARTMENT OF NEUROLOGY. CHANG GUNG MEMORIAL HOSPITAL. TAIWAN. R.O.C. : 1991 SEP:90 (9) :P 904-7.
12. TIME-RELATED CHANGES IN THE CEREBRAL BLOOD FLOW IN SUBARACHNOID HEMORRHAGE DUE TO RUPTURED AGE-BRELATED ANEURYSM. FUKUDA.T: HASUE .M: NAKAMURA I.: MIWA.t: HASSEGAWA K NEUROSURGERY .HACHIOUJI MEDICAL CENTER. 1992 APR: 20 (4) : P : 339-47.