



REVISIÓN

Guía de actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea. Sistemática diagnóstica y tratamiento

J. Vivancos*, F. Gilo, R. Frutos, J. Maestre, A. García-Pastor, F. Quintana, J.M. Roda, A. Ximénez-Carrillo, por el Comité *ad hoc* del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN: E. Díez Tejedor (Coordinador), B. Fuentes (Secretaría), M. Alonso de Leciñana, J. Álvarez-Sabin, J. Arenillas, S. Calleja, I. Casado, M. Castellanos, J. Castillo, A. Dávalos, F. Díaz-Otero, J.A. Egido, J.C. Fernández, M. Freijo, J. Gállego, A. Gil-Núñez, P. Irimia, A. Lago, J. Masjuan, J. Martí-Fábregas, P. Martínez-Sánchez, E. Martínez-Vila, C. Molina, A. Morales, F. Nombela, F. Purroy, M. Ribó, M. Rodríguez-Yañez, J. Roquer, F. Rubio, T. Segura, J. Serena, P. Simal y J. Tejada [◇]

Recibido el 20 de junio de 2012; aceptado el 13 de julio de 2012
Accesible en línea el 6 de octubre de 2012

PALABRAS CLAVE

Hemorragia subaracnoidea;
Aneurisma cerebral;
Diagnóstico;
Vasoespasmio;
Isquemia cerebral diferida;
Resangrado;
Tratamiento médico

Resumen

Objetivo: Actualización de la guía para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia subaracnoidea de la Sociedad Española de Neurología.

Material y métodos: Revisión y análisis de la bibliografía existente. Se establecen recomendaciones en función del nivel de evidencia que ofrecen los estudios revisados.

Resultados: La causa más frecuente de hemorragia subaracnoidea espontánea (HSA) es la rotura de un aneurisma cerebral. Su incidencia se sitúa en torno 9 casos por 100.000 habitantes/año y supone un 5% de todos los ictus. La hipertensión arterial y el tabaquismo son sus principales factores de riesgo. Se ha de realizar el tratamiento en centros especializados. Se debe considerar el ingreso en unidades de ictus de aquellos pacientes con HSA y buena situación clínica inicial (grados I y II en la escala de Hunt y Hess). Se recomienda la exclusión precoz de la circulación del aneurisma. El estudio diagnóstico de elección es la tomografía computarizada (TC) craneal sin contraste. Si esta es negativa y persiste la sospecha clínica se aconseja realizar una punción lumbar. Los estudios de elección para identificar la fuente de sangrado son la resonancia magnética (RM) y la angiografía. Los estudios ultrasonográficos son útiles para el diagnóstico y seguimiento del vasoespasmio. Se recomienda el nimodipino para la prevención de la isquemia cerebral diferida. La terapia hipertensiva y el intervencionismo neurovascular pueden plantearse para tratar el vasoespasmio establecido.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jvivancosm@meditex.es (J. Vivancos).

[◇] Las filiaciones de los autores y la composición del Comité *ad hoc* del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología se relacionan en el addendum.

KEYWORDS

Subarachnoid haemorrhage;
Cerebral aneurysm;
Diagnosis;
Vasospasm;
Delayed cerebral ischaemia;
Rebleeding;
Medical treatment

Conclusiones: La HSA es una enfermedad grave y compleja que debe ser atendida en centros especializados, con suficiente experiencia para abordar el proceso diagnóstico y terapéutico. © 2012 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Clinical management guidelines for subarachnoid haemorrhage. Diagnosis and treatment

Abstract

Objective: To update the Spanish Society of Neurology's guidelines for subarachnoid haemorrhage diagnosis and treatment.

Material and methods: A review and analysis of the existing literature. Recommendations are given based on the level of evidence for each study reviewed.

Results: The most common cause of spontaneous subarachnoid haemorrhage (SAH) is cerebral aneurysm rupture. Its estimated incidence in Spain is 9/100 000 inhabitants/year with a relative frequency of approximately 5% of all strokes. Hypertension and smoking are the main risk factors. Stroke patients require treatment in a specialised centre. Admission to a stroke unit should be considered for SAH patients whose initial clinical condition is good (Grades I or II on the Hunt and Hess scale). We recommend early exclusion of aneurysms from the circulation. The diagnostic study of choice for SAH is brain CT (computed tomography) without contrast. If the test is negative and SAH is still suspected, a lumbar puncture should then be performed. The diagnostic tests recommended in order to determine the source of the haemorrhage are MRI (magnetic resonance imaging) and angiography. Doppler ultrasonography studies are very useful for diagnosing and monitoring vasospasm. Nimodipine is recommended for preventing delayed cerebral ischaemia. Blood pressure treatment and neurovascular intervention may be considered in treating refractory vasospasm.

Conclusions: SAH is a severe and complex disease which must be managed in specialised centres by professionals with ample experience in relevant diagnostic and therapeutic processes. © 2012 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

La hemorragia subaracnoidea (HSA) es el subtipo de ictus menos frecuente pero es el que cualitativamente mayor morbimortalidad produce. La carga sociosanitaria que representa es aún más pesada dado que incide en un porcentaje relevante de los casos sobre personas jóvenes, previamente sanas y completamente independientes. En este trabajo se actualizan las recomendaciones en lo que se refiere a la metodología diagnóstica y el tratamiento médico del paciente con una HSA. Los grados de recomendación y las evidencias científicas que las avalan se clasifican siguiendo los criterios del Centro para la Medicina Basada en la Evidencia (*Center for Evidence Based Medicine-CEBM*) (tabla 1).

Epidemiología

La HSA es una de las enfermedades neurológicas más temidas por su elevada mortalidad y generación de dependencia, con un impacto económico superior al doble del estimado para el ictus isquémico¹. La HSA representa un 5% de los ictus^{2,3}. Esta cifra ha experimentado un leve incremento en los últimos 30 años debido al descenso en la incidencia de los otros subtipos de ictus asociado al mejor control de los factores de riesgo vascular (FRV), pero que no repercute de la misma manera en la HSA cuya incidencia permanece invariable⁴ en 9 casos/100.000 habitantes-año, según el estudio *European Registers of Stroke (EROS)*², similar a referida en los meta-análisis internacionales⁵ a excepción de Japón y

Finlandia, que duplican estas cifras. En España⁶, la Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC) constató un incremento en la incidencia a partir de los 50 años, siendo la proporción de mujeres ligeramente superior, y sin diferencias respecto al día de la semana, el mes o la estación del año como las descritas en Rochester⁷ donde se asistía a un incremento en los meses de invierno para dicha población. El estudio de Omama et al.⁸ mostró una relación entre la HSA y la hora de presentación, con una curva de incidencia bimodal, ya descrita previamente⁹ para los ictus hemorrágicos. Se postula que esta relación con el ritmo circadiano se explicaría por las variaciones de las cifras de presión arterial a lo largo del día, y con el incremento de la agregación plaquetaria descrito durante el despertar¹⁰. Hasta el 5% de los pacientes fallece antes de llegar al hospital o de obtener una prueba de imagen³. Este dato es significativamente menor a las cifras de muerte súbita del 12% para aneurismas de circulación anterior y 44% para los de la circulación posterior, planteado clásicamente¹¹, no descartándose la posibilidad de sesgos por la complejidad de la definición de muerte súbita y la difícil adecuación a cada país y ciudad concretos. En el estudio español, hasta el 68% de los pacientes presentan una «buena situación clínica» a su llegada, definida como grados I-III de la escala de la federación mundial de neurocirujanos (*World Federation of Neurosurgeons Scale, WFNS*) (tabla 2), que implica una puntuación en la escala de coma de Glasgow entre 13 y 15. Este dato es significativo de cara a la decisión de hospitalización de los casos de HSA en las unidades de ictus¹². El 19% se clasificó como HSA idiopáticas tras un estudio angiográfico inicial negativo. De estas, un 40% fueron

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3075878>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3075878>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)