



# Protocolo de tratamiento del ictus hemorrágico agudo

B. Fuentes, G. Ruiz Ares y E. Díez Tejedor

Servicio de Neurología y Centro de Ictus. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España. Instituto de investigación IdiPAZ. Madrid. España. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

## Palabras Clave:

- Ictus hemorrágico
- Hemorragia cerebral
- Hemostasia
- Presión intracraneal

## Keywords:

- Hemorrhagic stroke
- Cerebral hemorrhage
- Hemostasis
- Intracranial pressure.

## Resumen

Los componentes fundamentales del tratamiento del ictus hemorrágico agudo van a ser una adecuada organización asistencial (cadena asistencial del ictus, código ictus, sistemas de teleictus y unidades de ictus) que nos permita atender al paciente lo antes posible y en las mejores condiciones, los cuidados generales (adecuado manejo de la vía aérea, función cardíaca, control de la presión arterial, glucemia, temperatura corporal, así como del balance hidroelectrolítico y estado nutricional), el manejo de la hemostasia, así como de la presión intracraneal, sin olvidar la prevención y tratamiento de las complicaciones, y todo ello debe estar convenientemente protocolizado. El tratamiento neuroquirúrgico se reserva para los casos de hemorragias lobulares de más de 30 ml de volumen, situadas a menos de 1 cm de la corteza cerebral y que sufren deterioro neurológico, y para las hemorragias de cerebelo  $\geq 3$  cm con oclusión de IV ventrículo o cisterna prepontina o compresión de troncoencéfalo y deterioro neurológico.

## Abstract

### Treatment protocol for acute hemorrhagic stroke

The essential components of treatment for acute hemorrhagic stroke are a proper healthcare organization (healthcare chain for stroke, stroke code, telestroke systems and stroke units), which enables us to care for patients as soon as possible and under the best conditions; general care (proper management of the airways, cardiac function, blood pressure, glycemia, body temperature, electrolyte balance and nutrition); hemostasis management; and intracranial pressure management; and the prevention and treatment of complications. All of these components should be appropriately protocolized. Neurosurgical treatment is reserved for a) cases of lobular hemorrhage of more than 30 mL in volume, located less than 1 cm from the cerebral cortex and that undergo neurological impairment and b) for cerebellar hemorrhages  $\geq 4$  cm, with fourth ventricle occlusion or prepontine cistern occlusion or brainstem pressure, as well as neurological impairment.

## Introducción

Aunque los ictus isquémicos son más frecuentes, las hemorragias cerebrales (HC) son el tipo de ictus con mayor mortalidad intrahospitalaria (28%), alcanzando hasta el 40% en el primer mes. El rápido diagnóstico y manejo de los pacientes con HC es fundamental no solo por su elevada mortali-

dad, sino también por la elevada frecuencia de deterioro neurológico en los primeros días, factor que además se asocia de manera directa con un peor pronóstico funcional. El tratamiento del paciente con HC tiene el objetivo de evitar el aumento del tamaño de la hemorragia, con el consiguiente aumento de efecto de masa y de presión intracraneal y el deterioro neurológico secundario.

## Organización asistencial

Al igual que en el ictus isquémico agudo, es fundamental una adecuada organización asistencial que nos permita atender al paciente lo antes posible y en las mejores condiciones, por lo que ante la sospecha de un ictus hemorrágico se debe poner en marcha la cadena asistencial del ictus que ha sido también mencionada en el protocolo de tratamiento del ictus isquémico agudo. Por tanto, la actuación extrahospitalaria se basará en la estabilización del paciente y su rápido traslado a un hospital con unidad de ictus (UI). A la llegada del paciente al Servicio de Urgencias, se mantendrán las medidas de soporte vital y se iniciarán los estudios diagnósticos para confirmar la naturaleza hemorrágica del ictus. Todo paciente con HC debe ser atendido en un hospital que cuente con UI y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) 24 horas al día<sup>1-4</sup>. Según la situación clínica se puede considerar el ingreso del paciente en la UI, UCI o en la sala de neurología. En los casos con daño cerebral irreversible, demencia o dependencia previa o enfermedad concomitante mortal se puede considerar el ingreso del paciente en un hospital de cuidados (tabla 1).

## Tratamiento médico

Además de los cuidados generales, el tratamiento médico de la HC incluye el manejo de la hemostasia, así como de la presión intracraneal, sin olvidar la prevención y tratamiento de las complicaciones<sup>1-3</sup>.

## Cuidados generales

Van a ser similares a los ya descritos en el apartado del ictus isquémico, aunque con algunas peculiaridades que enumeramos a continuación.

**TABLA 1**  
**Criterios y localización del ingreso de pacientes con ictus hemorrágico**

Unidad de ictus
Menos de 48 horas de evolución
Paciente con buen nivel de consciencia, no tendencia al sueño
No demencia ni dependencia previa
No enfermedad concomitante que limite la supervivencia del paciente a corto-medio plazo
No daño cerebral irreversible
No traumatismo craneoencefálico agudo
Unidad de Cuidados Intensivos
Bajo nivel de consciencia
Necesidad de intubación orotraqueal
Inestabilidad hemodinámica
Necesidad de tratamiento neuroquirúrgico
No demencia ni dependencia previa
No enfermedad concomitante que limite la supervivencia del paciente a corto-medio plazo
No daño cerebral irreversible
Sala de neurología
No criterios de ingreso en unidad de ictus ni en Unidad de Cuidados Intensivos

### Vía aérea

Comprobar su permeabilidad y elevar la cabecera de la cama unos 30-45°. Si la saturación es menor del 95%, administrar oxigenoterapia mediante mascarilla. Hasta un tercio de los pacientes con HC presentan una disminución del nivel de consciencia o disfunción de la musculatura bulbar que requieren intubación endotraqueal. Por ello, si la puntuación en la escala de coma de Glasgow es inferior a 8 se debe proceder a la intubación endotraqueal del paciente, para lo que se avisará a la UCI.

### Monitorización neurológica

Dada la elevada frecuencia de deterioro neurológico precoz que experimentan los pacientes con HC, es imprescindible la monitorización del nivel de consciencia y el déficit neurológico durante al menos las primeras 72 horas, usando escalas clínicas como el NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*) y la escala de coma de Glasgow.

### Control de la presión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es muy frecuente en la fase aguda de la HC, incluso con valores más elevados que el ictus isquémico, y se asocia a mayor riesgo de crecimiento de la HC. Aunque no se conoce cuál es el nivel de presión arterial idóneo en las HC, estudios recientes señalan que cifras inferiores a 150 mm Hg se asocian a un menor crecimiento de la HC, si bien no se ha demostrado un claro efecto sobre el pronóstico de los pacientes. Los fármacos más empleados para controlar la presión arterial en la fase aguda de la HC son labetalol y urapidilo.

### Control de la glucemia

Los niveles elevados de glucemia también se asocian a mal pronóstico en los pacientes con HC, por lo que se recomienda una estrecha monitorización de la glucemia, evitando la administración de sueros glucosados e iniciando un tratamiento con insulina intravenosa si la glucemia es superior a 155 mg/dl, con el objetivo de obtener una reducción moderada de los niveles de glucemia.

### Mantenimiento de un adecuado balance hidroelectrolítico y estado nutricional

Evitar la deshidratación asegurando un aporte mínimo de 2.000 ml/24 horas con suero salino. El paciente permanecerá en ayunas durante las primeras 24 horas. A partir de entonces, evaluar la deglución diariamente en los pacientes con buen nivel de consciencia, para prevenir el riesgo de aspiración. Si no existe disfagia, se podrá iniciar la alimentación oral a las 24-48 horas. En caso de disfagia se recomienda la colocación de sonda nasogástrica (SNG) a las 48-72 horas e inicio de nutrición enteral. En pacientes con bajo nivel de consciencia y previsible mal pronóstico vital, se puede demostrar la colocación de una SNG al menos hasta pasadas 72 horas, manteniendo sueroterapia.

### Hipertermia

Estrecho control de la temperatura, con determinaciones cada 4-6 horas y si supera 37,5 °C iniciar tratamiento con antitérmicos e investigar la posible existencia de una infec-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3808357>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3808357>

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