

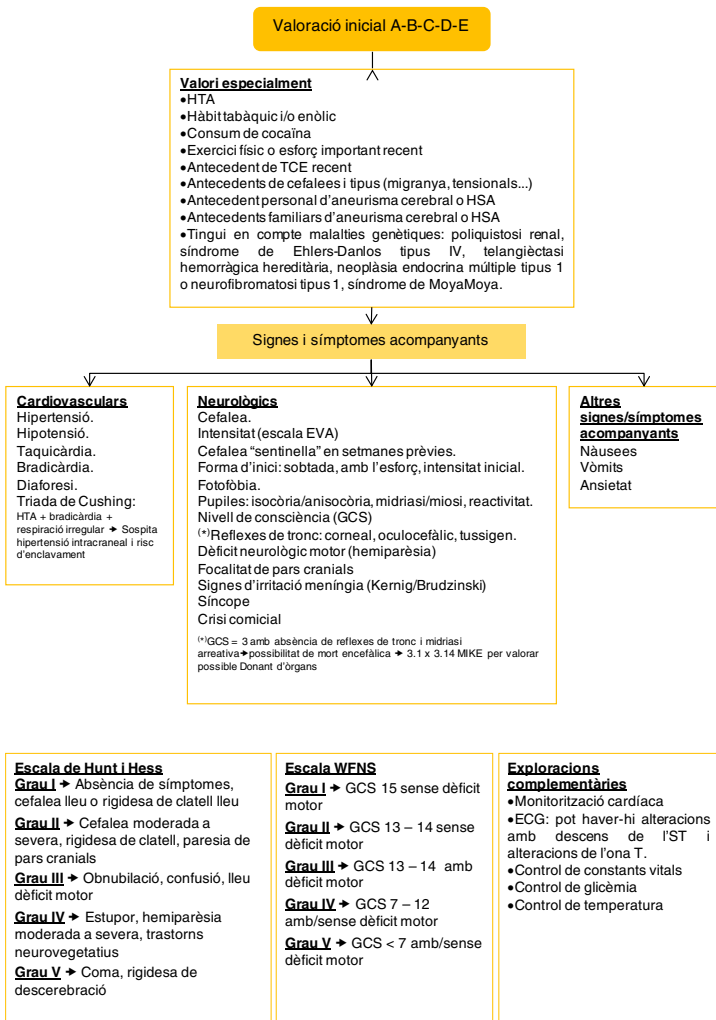
10.3. Malalt amb sospita d'hemorràgia subaracnoïdal

10.3.1. Definició i objectius

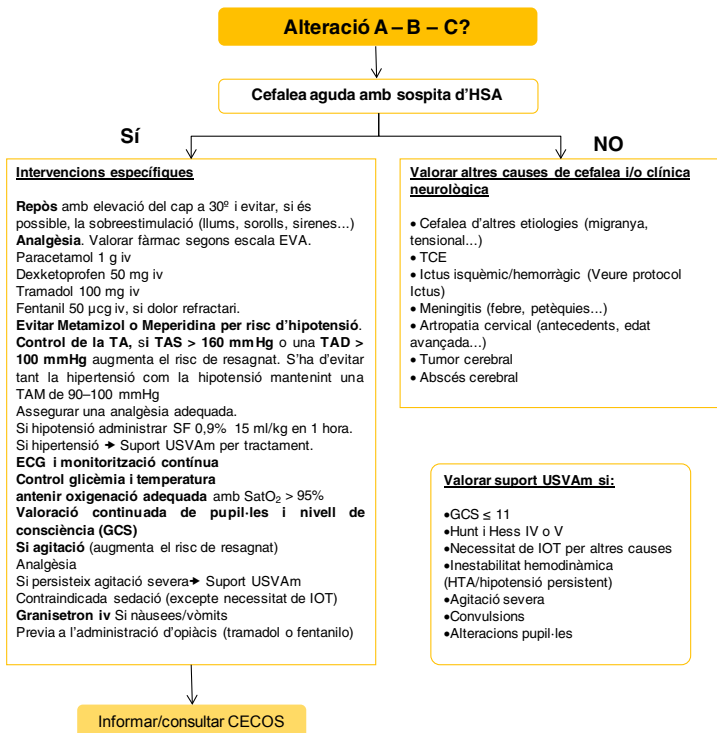
L'hemorràgia subaracnoïdal és el vessament de sang en l'espai subaracnoïdal, on normalment circula líquid cefaloraquídi (LCR), o quan una hemorràgia intracranial s'estén fins a aquest espai.

Afecta 6-10 persones/100.000 per any. És una patologia greu, amb una mortalitat que pot arribar al 40% dels pacients ingressats. La causa més freqüent és la ruptura espontània d'aneurismes intracranials. Els aneurismes solen ser asimptomàtics abans del sagnat. Es distribueixen en les grans artèries, la majoria en la circulació anterior (80-90%). El 10-20% restant se situen en la circulació posterior, amb freqüència en la bifurcació de l'artèria basilar. En un 10-20% dels casos es troben múltiples aneurismes. Podem trobar d'altres causes com ara els traumatismes, el consum de cocaïna o vasculitis, entre d'altres.

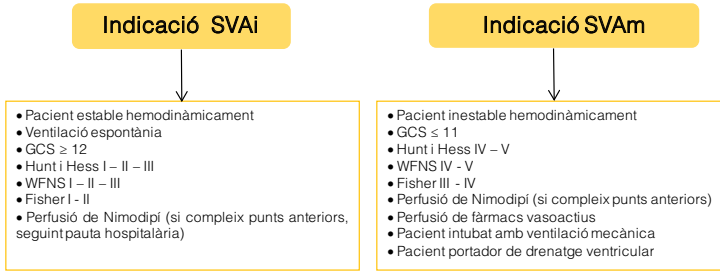
10.3.2. Algorisme genèric



10.3.2. Algoritme actuació servei primari



10.3.3. Algoritme actuació servei interhospitalari



Informació de la Taula d'Interhospitalari (TIH)

- Hospital i servei emissor: metge que demana el trasllat
- Hospital i servei receptor: metge que accepta el pacient
- Edat i sexe del malalt
- Antecedents més importants i factors de risc per l'HSA
- Estat clínic i hemodinàmia del pacient. GCS i escales Hunt i Hess / WFNS
- Informació del TAC*
- Escala de Fisher
- Altres proves complementàries d'interès (ECG, analítica...) si és necessari
- Tractament i perfusions contínues que porta el pacient

*TAC: En hospitals sense TAC es valoraran la resta de criteris, excepte l'escala de Fisher, per decidir la indicació de trasllat en USVAi / USVAm

Transferència a l'Hospital emissor

- Recepció verbal i escrita de l'estat del pacient. Recollir tota la documentació del pacient: informe mèdic, full d'infermeria i proves complementàries.
- Valorar clínica i GCS del pacient: descartar agitació, alteracions de les pupil·les.
- Valorar hemodinàmia: TA, FC, T^a, FR, SatO₂, diüresi i glicèmia.
- Confirmar informació del TAC i escales neurològiques facilitades per

TIH, especialment escala de Fisher. Comprovar vies iv permeables i tractament del pacient.

- Davant qualsevol alteració que contraindiqui el trasllat en USVAi, informar a TIH per revaloració.
- Si es confirma trasllat en USVAi:
 - Informar al malalt i/o la família i signatura del Consentiment Informat.
 - Acomodar el malalt a la llitera amb capçalera en angle de 30°.
 - Monitorització de constants.

Durant el trasllat

- Capçalera a 30° per millorar retorn venós cerebral.
- Valoració clínica continuada, especialment pupil·les i nivell de consciència.
- Valoració hemodinàmica continuada. Mantenir TAM 90 – 110 mmHg.
- Control de GCS i escales de Hunt i Hess / WFNS.
- Mantenir i controlar tractaments iniciats a Hospital emissor.
- Davant qualsevol alteració de nova aparició informar a GC per valorar necessitat de suport USVAi.
- Registre a l'informe assistencial de totes les incidències que s'hagin produït durant el trasllat, adjuntant registre sumari del monitor si és necessari.

Transfer a l'hospital receptor

- Informar metge / infermer de l'Hospital receptor de l'estat del malalt, lliurant tota la documentació.
- Explicar si hi ha hagut incidències durant el trasllat.

10.3.4 Escala de Fisher

Grau I	Sense evidència de sagnat en cisternes ni ventricles.
Grau II	Sang difusa fina, amb una capa < 1mm en cisternes verticals.
Grau III	Coàgul gruixut cisternal > 1mm en cisternes verticals.
Grau IV	Hematoma intraparenquimatos, hemorràgia intraventricular, ± sagnat difús.

10.4. Bibliografia

1. Natalia Pérez de la Ossa, David Carrera, Montse Gorchs, Marisol Querol, Mònica Millán, Meritxell Gomis, Laura Dorado, Elena López-Cancio, Maria Hernández-Pérez, Vicente Chicharro, Xavier Escalada, Xavier Jiménez and Antoni Dávalos. Design and Validation of a Prehospital Stroke Scale to Predict Large Arterial Occlusion: The Rapid Arterial occlusion Evaluation Scale. *Stroke*. 2014;45 Stroke is available at <http://stroke.ahajournals.org>
2. Edward C. Jauch et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44:870-947
3. Kessler C, Khaw AV, Nabavi DG, Glahn J, Grond M, Busse O: Standardized pre-hospital anagement of stroke. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108(36): 585–91. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0585
4. Castillo J, Chamorro A, Dávalos A, Díez-Tejedor E. Atenció multidisciplinària de l'ictus cerebral agut. *Med Clin (Barcelona)* 2000
5. Alvarez-Sabin J, Molina C, Abilleira S, Montaner F, García F, Alijotas J. Código ictus y tiempos de latencia en el tratamiento de reperusión durante la fase aguda del ictus isquémico. *Med Clín (Barc)* 1999;113:481-483
6. Alvarez Sabin J, Molina C, Abilleira S, Montaner J, Garcia Alfranca F, Jiménez Fabrega X, Arenillas J, Huertas R, Ribó M, Quintana M, Codina A. Impacto de la activación del Código Ictus en la eficacia del tratamiento trombolítico. *Med Clin (Barc)* 2003; 120:47-51.
7. NANDA. (2013). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier.
8. Johnson, M. et at. (2012). Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. 3a Edició. Barcelona: Elsevier
9. S. Arroyo, J. Campistol, E. Comes, P. Fossas, Ll. Padró, A. Ugarte i la Societat Catalana de Neurologia. El tractament de las epilèpsies. Guia terapèutica de la Societat Catalana de Neurologia" *Rev. Neurol* 1999;

29 (8): 754-766.

10. Ll. Padró, R. Rovira, MD Ortega. Avances en el tratamiento de la epilepsia: estado de mal epiléptico” Rev Neurol 2000; 30 (9): 873-881
11. Alldredge B.K. et al A Comparison of Lorazepam, Diazepam, and Placebo for the Treatment of Out-of-Hospital Status Epilepticus”.. N Eng J Med, Vol. 345, Núm. 9. August 30, 2001.
12. Bulechek, GM. Et at. (2013). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid: Elsevier
13. Moorhead, S. et al. (2013). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Madrid: Elsevier.
14. Lagares, A.;Gómez, PA; Alén, JF.; Arikan, F.; Sarabia, R.;Horcajadas, A.; Ibáñez, J.; Gabarros, A.; Morera, J., De la Lama, A.; Ley, L.; Gonçalves, J.; Maillo, A.; Domínguez, J.; Llàcer, JL.; Arrese, I.; Santamarta, D.; Delgado, P.; Rodríguez Boto, G y Vilalta, J. (2011). Hemorragia subaracnoidea aneurismática: guia de tratamiento del Grupo de Patología Vasculard de la Sociedad Española de Neurocirugía.
15. Vivancos, J.; et al. (2012). Guia de Actuación clínica en la Hemorragia Subaracnoidea Sistemática diagnóstica y tratamiento.