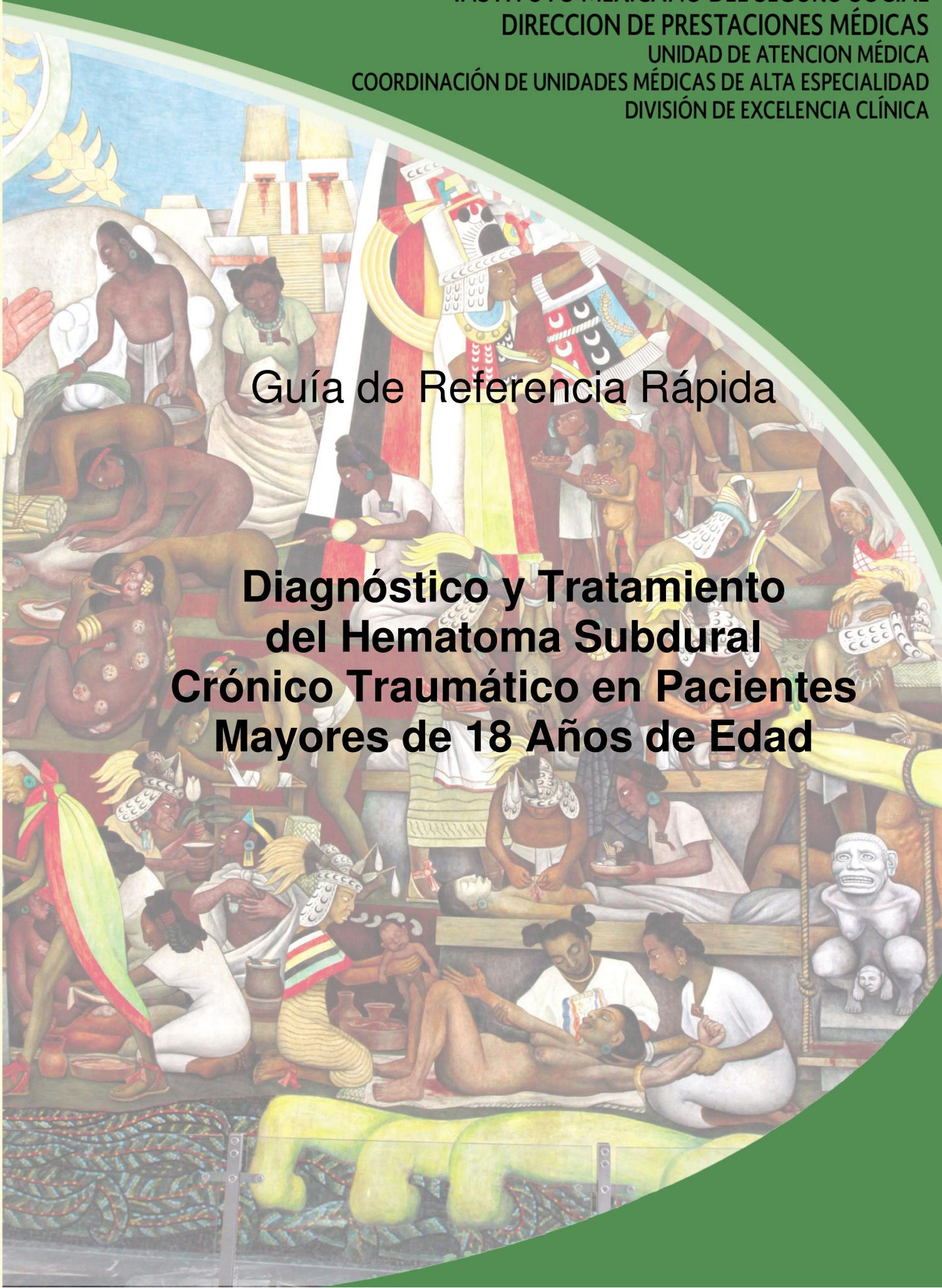


## Guía de Referencia Rápida

# Diagnóstico y Tratamiento del Hematoma Subdural Crónico Traumático en Pacientes Mayores de 18 Años de Edad



## Guía de Referencia Rápida

### S06.5 Hemorragia Subdural Traumática

## GPC

**Diagnóstico y Tratamiento del Hematoma Subdural Crónico Traumático en pacientes mayores de 18 años de edad**  
ISBN 978-607-8270-49-1

### DEFINICIÓN

Los hematomas subdurales crónicos son colecciones de lenta y sostenida progresión ubicadas entre la duramadre y la aracnoides, que se originan de una hemorragia subdural traumática seguida de un proceso de hiperfibrinólisis o licuefacción del coágulo y degradación de los restos hemáticos de manera que se activa una respuesta inflamatoria que condiciona la formación de membranas ricamente vascularizadas, lo que lleva a una acumulación de plasma y resangrados dentro de la cavidad neoformada, cuyo rico contenido proteico ejerce, a su vez, un mecanismo de presión oncótica. Esta colección ejerce una presión sobre el cerebro que finalmente vence la tolerancia individual de cada paciente, y condiciona el inicio de las manifestaciones clínicas.

En la mayoría de los casos existe el antecedente de un traumatismo ocurrido mínimo tres semanas antes. Aunque en algunos casos no se documenta dicho antecedente.

### FACTORES DE RIESGO

El riesgo de hematoma subdural crónico traumático aumenta con la edad. La edad promedio de presentación del hematoma es de 74.5 años con un rango de 28 a 96 años. Se han asociado también como factores de riesgo la presencia de crisis convulsivas, abuso de alcohol y coagulopatías

## **EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

- Incorporar medidas de prevención de trauma de cráneo al programa integral de educación para la salud del adulto mayor.
- Fomentar la participación de la familia en la implementación de las medidas de prevención en el hogar para evitar el trauma de cráneo
- Hacer énfasis en el control y cuidado específico del paciente con factores de riesgo asociados al hematoma subdural crónico.

## **INTERROGATORIO**

- Es importante investigar sobre el antecedente de traumatismo craneal, aún cuando el paciente no presente síntomas si se encuentra dentro del grupo de riesgo
- Investigar sobre la presencia de cefalea persistente, náusea o vómito, alteraciones conductuales, alteraciones para la marcha o compromiso de esfínteres que se asocian al hematoma subdural crónico

## **EXPLORACIÓN**

Debe llevarse a cabo un examen neurológico completo con la finalidad de descartar o corroborar un déficit neurológico focal

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico temprano en pacientes asintomáticos requiere de un alto índice de sospecha basado en el antecedente traumático, consideración de los factores de riesgo, datos de la historia clínica y resultado de la exploración neurológica

En todo paciente sintomático o asintomático con alta sospecha de presentar un hematoma subdural crónico se debe realizar una tomografía de cráneo simple.

## **ESTUDIOS DE GABINETE**

- La tomografía computada de cráneo simple es el estudio inicial ideal para el diagnóstico del hematoma subdural crónico
- Cuando el estudio tomográfico no es concluyente es recomendable la realización de tomografía contrastada o una resonancia magnética de encéfalo, de contar con el recurso

- En pacientes con sintomatología postraumática persistente quienes tuvieron una tomografía inicial normal, no se debe descartar que en un futuro puedan desarrollar un hematoma subdural crónico

### **TRATAMIENTO CONSERVADOR**

Pacientes con antecedente de TCE, presencia de hematoma subdural laminar y neurológicamente íntegros o asintomáticos se deberá tener un seguimiento tomográfico cada 4 semanas o antes si inicia con sintomatología.

### **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

- Se recomienda el uso de anticonvulsivantes en aquellos pacientes que debutaron con crisis convulsivas o con antecedente de epilepsia previa
- Se recomienda el uso de Fenitoína a dosis de impregnación de 15 a 20 mg/kg dosis y de mantenimiento de 5 a 7 mg/kg dosis cada 8 horas por un tiempo mínimo de 6 meses en aquellos pacientes que debutaron con crisis o que no son epilépticos

El esquema de antibióticos recomendado para profilaxis en: Procedimientos neuroquirúrgicos limpios es:

- Cefalotina 1gramo IV cada 8 horas por tres dosis iniciando la primera dosis en la inducción de la anestesia

Procedimientos neuroquirúrgicos limpios contaminados:

- Cefalotina 1gramo IV cada 8 horas más metronidazol 500 mgs cada 8 horas. La duración del protocolo de tratamiento debe ser en promedio de 5 días
- Para el manejo del dolor en el postoperatorio la primera opción de tratamiento son los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) siempre que no exista contraindicación para su uso. En los adultos mayores puede combinarse con paracetamol. En pacientes con patología concurrente renal, hepática o hematológica que contraindique el uso de AINES se pueden utilizar derivados opiáceos como el tramadol o dextropoxifeno
- En este tipo de patología no se deben usar los esteroides ni orales ni intravenosos

## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

Los criterios para el tratamiento quirúrgico del hematoma subdural crónico son:

- Paciente con hematoma subdural crónico(HSC) con repercusiones clínicas o sintomático
- Tomografía con colección subdural mayor de 1 cm  
Desplazamiento de las estructuras de la línea media mayor a 10 mm.
- Se recomienda la craneostomía mínima en aquéllos pacientes que presentan hematomas que no tengan múltiples tabiques ni consolidación, en sujetos con patología agregada que contraindique un procedimiento anestésico general
- La craneostomía convencional se recomienda en pacientes que presentan hematomas que no tengan múltiples tabiques ni consolidación y que puedan ser sometidos a un procedimiento anestésico general
- La craneotomía es el procedimiento de elección en el manejo quirúrgico inicial de los hematomas subdurales crónicos multitabicados y/o consolidados con realización de membranectomía y escisión de tabiques
- La craneotomía debe considerarse el tratamiento de última elección en el caso de recurrencias

## **MANEJO POSTQUIRURGICO**

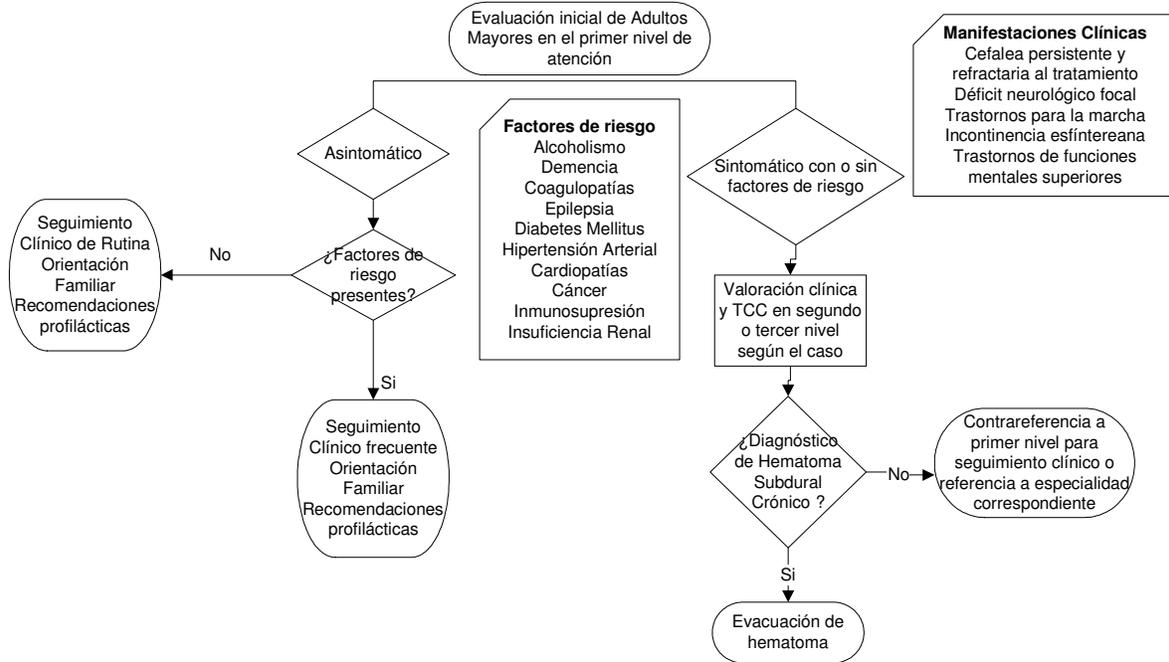
- El paciente debe guardar reposo en cama mínimo durante las primeras 24 horas posteriores al procedimiento quirúrgico para evitar la recurrencia
- Vigilar la presencia de sangrado de la herida quirúrgica así como de los drenajes provenientes de la cabeza
- Vigilar que el estado neurológico sea el adecuado después de revertida la anestesia, a través de la escala de Glasgow, tamaño pupilar y movilidad de las cuatro extremidades
- Se debe mantener el drenaje por un lapso de 3 días. Según el caso y de acuerdo al estudio tomográfico de control podrá disminuir o aumentar el tiempo durante el cual se mantenga el drenaje

## **LO MÁS IMPORTANTE**

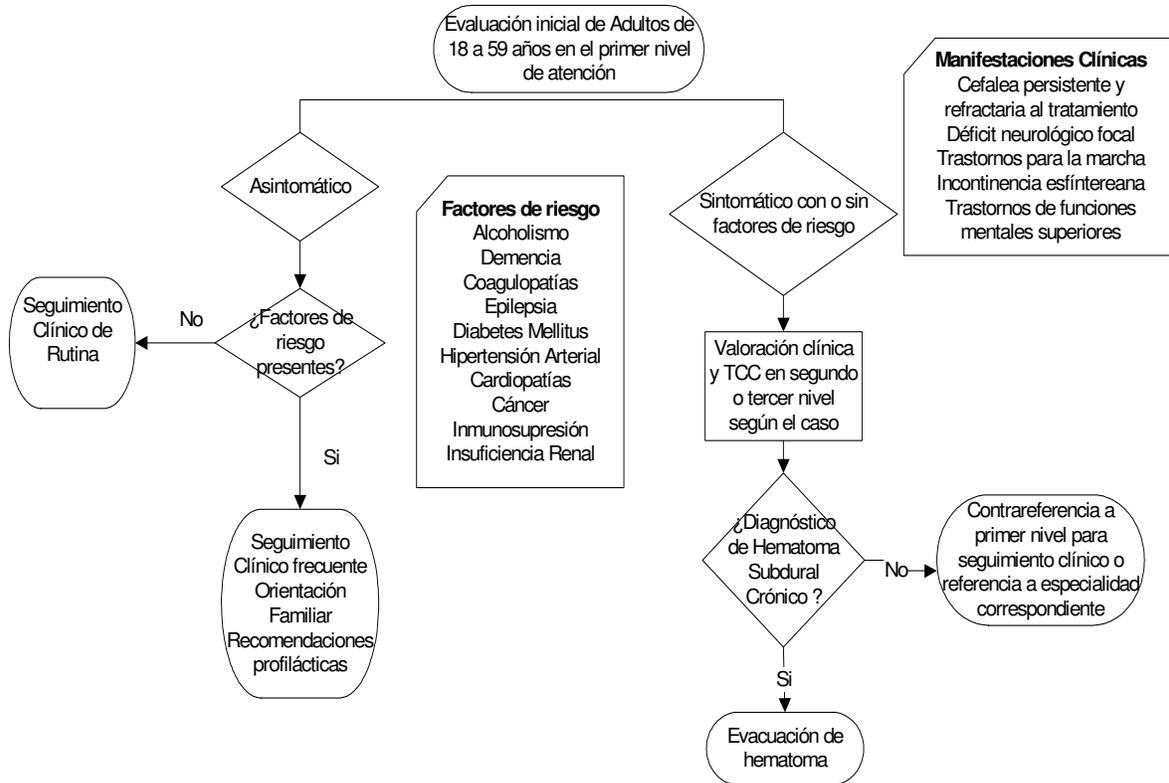
La detección temprana y el manejo adecuado y oportuno del paciente con hematoma subdural crónico minimizan considerablemente el riesgo de secuelas neurológicas y la mortalidad.

# Algoritmos

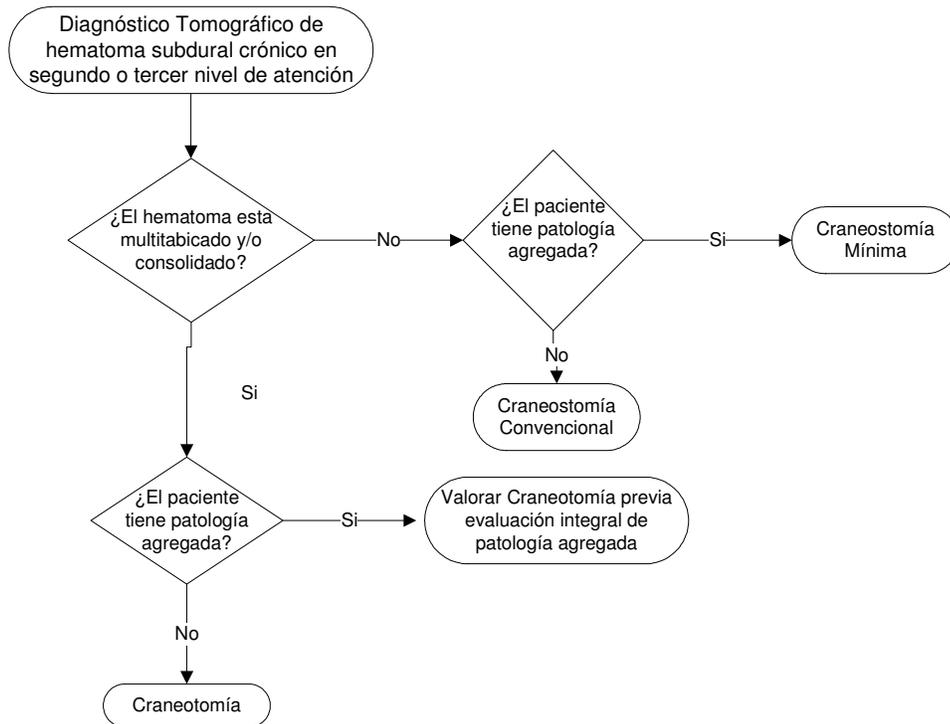
Algoritmo 1. Diagnóstico y Referencia del Hematoma subdural crónico traumático en adultos mayores



Algoritmo 2. Diagnóstico y Referencia del Hematoma subdural crónico traumático en adultos de 18 a 59 años



Algoritmo 3. Tratamiento del Hematoma subdural crónico traumático en mayores de 18 años



Algoritmo 4. Recurrencia del Hematoma subdural crónico traumático en mayores de 18 años

