

Resangrado

Se trata de una complicación que se puede producir tras cualquier intervención neuroquirúrgica.

ver [Resangrado de hematoma subdural crónico](#).

Resangrado por rotura de aneurisma intracraneal

El riesgo en las 2 primeras semanas es del 15-20 %.

El resangrado se asocia con múltiples [complicaciones médicas y neurológicas](#), pero no está asociado con el cambio de la incidencia del [déficit neurológico isquémico tardío](#) (Lord y col., 2011). La principal causa de morbilidad es la [hemorragia subaracnoidea](#), producida por un [aneurisma intracraneal](#), que sigue siendo una de las principales causas de muerte y discapacidad ¹⁾.

Se puede prevenir mediante la oclusión temprana del aneurisma, pero en la práctica clínica puede fallar por factores logísticos, como el retraso en el diagnóstico o el transporte entre los hospitales

^{2) 3) 4)}
, , .

Por lo tanto, el tratamiento precoz del aneurisma por sí sola no es suficiente por lo que se deben explorar otras alternativas como un [antifibrinolítico](#) ⁵⁾.

Prevención

A) Reposo en cama.

B) Control de la tensión arterial, evitando oscilaciones bruscas.

En pacientes que precisan derivación ventricular externa, se incrementa el riesgo de resangrado al disminuir la presión intracraneal, por ello se aconseja evacuación de LCR, manteniendo el drenaje a 20-30 cm, para evitar hipotensión del LCR. Cerrar drenaje a los 2-3 días y si no hay deterioro, retirar. Si ocurre empeoramiento, reabrir o valorar colocación derivación ventrículo-peritoneal, siempre y cuando no hay mucha sangre en LCR.

El riesgo de ventriculitis en algunas series es elevado (casi el 50%), por lo que se procurará mantener el drenaje el mínimo tiempo necesario.

C) Tratamiento antifibrinolítico (¿discutido- no aconsejable?)

Bibliografía

Lord, A S, L Fernandez, J M Schmidt, S A Mayer, J Claassen, K Lee, E S Connolly, and N Badjatia. 2011. "Effect of rebleeding on the course and incidence of vasospasm after subarachnoid hemorrhage." *Neurology* (December 14). doi:10.1212/WNL.0b013e31823ed0a4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22170890>.

¹⁾

Roos YB, Beenen LF, Groen RJ, Albrecht KW, Vermeulen M. Timing of surgery in patients with aneurysmal subarachnoid haemorrhage: rebleeding is still the major cause of poor outcome in

neurosurgical units that aim at early surgery. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1997;14:490-493. doi: 10.1136/jnnp.63.4.490

²⁾

Laidlaw JD, Siu KH. Ultra-early surgery for aneurysmal subarachnoid hemorrhage: outcomes for a consecutive series of 391 patients not selected by grade or age. J Neurosurg. 2002;14:250-258. doi: 10.3171/jns.2002.97.2.0250.

³⁾

Phillips TJ, Dowling RJ, Yan B, Laidlaw JD, Mitchell PJ. Does treatment of ruptured intracranial aneurysms within 24 hours improve clinical outcome? Stroke. 2011;14:1936-1945. doi: 10.1161/STROKEAHA.110.602888.

⁴⁾

Lamb JN, Crocker M, Tait MJ, Anthony BB, Papadopoulos MC. Delays in treating patients with good grade subarachnoid haemorrhage in London. Br J Neurosurg. 2011;14:243-248. doi: 10.3109/02688697.2010.544787.

⁵⁾

Roos YB, Rinkel GJ, Vermeulen M, Algra A, Van GJ. Antifibrinolytic therapy for aneurysmal subarachnoid haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2003;14:CD001245

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea**
ISSN 1988-2661

Permanent link:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=resangrado>

Last update: **2019/09/26 22:27**

