

Guía de práctica clínica del aneurisma intracraneal roto

La [Guía de Práctica Clínica](#) para el [manejo](#) del [aneurisma intracraneal roto](#), específicamente en el contexto de la [hemorragia subaracnoidea](#) (HSA), proporciona una serie de [recomendaciones](#) enfocadas en el [diagnóstico](#), [tratamiento](#) y [seguimiento](#) de esta [emergencia](#) neuroquirúrgica.

1. Evaluación Inicial y Diagnóstico

a) Presentación clínica:

Los síntomas más comunes del aneurisma roto incluyen: [Cefalea](#) súbita e intensa (“la peor cefalea de la vida”). Pérdida de [conciencia](#). [Meningismo](#). [Náuseas](#) y vómitos, fotofobia y déficit neurológicos focales. En casos más graves, puede presentarse coma.

b) Confirmación diagnóstica: [Tomografía computarizada](#) (TC) cerebral sin contraste: Es la prueba de elección inicial para detectar hemorragia subaracnoidea. Punción lumbar: Indicada si la TC es negativa pero existe alta sospecha clínica de HSA (presencia de xantocromía en el líquido cefalorraquídeo). Angiografía cerebral por TC o resonancia magnética: Para localizar y caracterizar el aneurisma. Angiografía cerebral por cateterismo: Es el estándar de oro para la evaluación precisa de los aneurismas y la anatomía vascular.

2. Manejo Agudo

a) [Estabilización](#) inicial:

Cuidados en [Unidad de Cuidados Intensivos](#) (UCI): Todos los pacientes con HSA deben ser ingresados en una UCI para monitoreo y manejo intensivo. Control de la presión arterial: Se debe controlar la presión arterial para evitar el resangrado. Se recomienda mantenerla en rangos de normotensión moderada (por ejemplo, presión sistólica entre 140-160 mmHg). Analgesia y sedación: Para aliviar el dolor y la agitación. Profilaxis de convulsiones: Aunque no es universal, puede considerarse el uso de anticonvulsivantes en los primeros días.

b) Tratamiento del [aneurisma roto](#): Intervención precoz (dentro de las primeras 72 horas) para prevenir el resangrado es fundamental. Las opciones de tratamiento incluyen: Embolización endovascular (coiling): Se considera el tratamiento preferido en muchos centros, especialmente en aneurismas de difícil acceso quirúrgico o en pacientes con comorbilidades.

Cirugía de clipping: Opción recomendada para aneurismas accesibles quirúrgicamente o en casos donde la embolización no es viable. El objetivo es aislar el aneurisma de la circulación mediante un [clip](#).

c) Manejo del [resangrado](#):

El resangrado del aneurisma es una de las principales causas de mortalidad en la HSA. Se recomienda tratar el aneurisma roto lo antes posible para evitar esta complicación. El riesgo de resangrado es mayor en las primeras 24-48 horas.

3. Manejo de Complicaciones

a) Vasoespasmo cerebral: El vasoespasmo es una complicación tardía común, que ocurre entre los días 3 y 14 post-HSA, y puede llevar a isquemia cerebral. Profilaxis con nimodipino: Se recomienda administrar nimodipino oral (60 mg cada 4 horas) durante 21 días para prevenir el vasoespasmo. Terapia invasiva: En casos graves de vasoespasmo, pueden considerarse intervenciones como angioplastia con balón o la administración intraarterial de vasodilatadores (ej. nimodipino o milrinona). Hipertensión inducida: Puede ser utilizada para mejorar la perfusión cerebral en pacientes con signos de vasoespasmo. b) Hidrocefalia aguda: Aproximadamente el 20% de los pacientes desarrollan hidrocefalia aguda tras la ruptura del aneurisma. Tratamiento: Drenaje ventricular externo para aliviar la presión intracraneal elevada. En casos de hidrocefalia crónica, puede requerirse una derivación ventriculoperitoneal. c) Hiponatremia: La hiponatremia es una complicación frecuente en la HSA, generalmente debida a un síndrome de pérdida de sal cerebral. El tratamiento incluye la reposición de sodio y el manejo de la volemia.

4. Seguimiento y Monitorización

a) Monitoreo neurológico: Se debe realizar un monitoreo continuo del estado neurológico del paciente para detectar signos de deterioro temprano. TC cerebral de control: Realizar estudios de imagen de seguimiento para detectar complicaciones como el resangrado, infartos o hidrocefalia. b) Angiografía de seguimiento: Para evaluar el estado del aneurisma tras el tratamiento (coiling o clipping), se recomienda realizar una angiografía de seguimiento (por TC o cateterismo) en las semanas o meses posteriores al tratamiento.

5. Rehabilitación y Pronóstico

a) Rehabilitación: La recuperación varía según la severidad inicial de la HSA y las complicaciones secundarias. Muchos pacientes requerirán rehabilitación neurológica intensiva. El manejo multidisciplinario es esencial, involucrando a fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, neuropsicólogos y otros profesionales de la salud. b) Pronóstico: Dependerá de varios factores, incluyendo el escala de Hunt y Hess (estado clínico al ingreso) y la escala de Fisher (extensión de la hemorragia en la TC inicial). Los pacientes con aneurismas rotos tratados de manera precoz tienen mejores tasas de supervivencia y menor riesgo de discapacidad a largo plazo.

6. Prevención del Aneurisma Secundario

Se recomienda la modificación de factores de riesgo en pacientes con antecedentes de HSA para prevenir la formación o ruptura de nuevos aneurismas: Control de la hipertensión arterial. Abstención del tabaquismo y consumo de alcohol en exceso. Monitoreo de aneurismas no tratados o hallazgos incidentales. Resumen El tratamiento del aneurisma intracraneal roto requiere una intervención rápida y un manejo multidisciplinario para minimizar las complicaciones y mejorar los resultados a largo plazo. La prevención del resangrado, el manejo del vasoespasmo y la rehabilitación posterior son pilares fundamentales en el manejo de estos pacientes

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=guia_de_practica_clinica_del_aneurisma_intracraneal_roto

Last update: **2025/05/04 00:00**

