

Una de las causas más importantes de malos resultados tras una **hemorragia subaracnoidea (HSA)**, es la aparición de un **resangrado**.

Se piensa que el resangrado se origina a partir de la disolución del coágulo en el sitio de ruptura del **aneurisma cerebral**. Esta disolución probablemente resulte de la actividad fibrinolítica en el **espacio subaracnoideo** tras la HSA. Dado que los agentes antifibrinolíticos disminuyen esta actividad fibrinolítica, se recomendó el tratamiento antifibrinolítico como medio para disminuir la aparición de resangrados y, por lo tanto, producir una disminución en el mal resultado tras una HSA.

Tipos

El mas usado es al Acido Epsilon Aminocaproico (EACA), tras su administración endovenosa tiene un pico en los primeros 20 minutos y se elimina un 75% por la orina dentro de las primeras 12 horas, cruza la barrera hematoencefálica alcanzando su máxima actividad 2 días después del comienzo de su uso, por lo que no protege durante las primeras 48 horas.

Contraindicaciones:

Embarazo.

Trombosis venosa.

Trastornos de la coagulación.

Insuficiencia renal.

Este medicamento aumenta el riesgo de resangramdo durante las 72 horas inmediatas de su utilización, por efecto rebote, debido a que inhibe la interacción entre las plaquetas y la pared vascular. Su mayor complicación radica en el aumento de la incidencia de vasoespasmo e hidrocefalia pues al inhibir la ruptura de los coágulos subaracnoideos incrementa la acción de los factores vasoespásticos sobre la pared, y favorece la fibrosis local con el consiguiente bloqueo a la circulación libre del LCR. De hecho esta establecido que en aquellos pacientes en los cuales los volúmenes de sangre subaracnoidea son importantes se debe evitar su uso.

Otro de los efectos indeseables son:

Aumenta la probabilidad de vasoespasmo radica en el aumento de la diuresis.

Disturbios gastrointestinales.

Arritmias cardiacas.

Hipotensión arterial.

Mialgias.

Mioglobinurias.

Dosis recomendadas:

EACA - 32-48 gs / 24 horas EV u oral por 2-3 semanas. Acido tranexámico, 6-12 gs/ 24 horas EV 2-3 semanas.

El tratamiento antifibrinolítico indudablemente reduce el riesgo de resangrado. Sorprendentemente,

el resultado clínico, en términos de supervivencia e independencia en las actividades de la vida diaria, no mejora con tratamiento antifibrinolítico.

El efecto beneficioso de un riesgo reducido de resangrado se ve anulado por un incremento en alguna de las otras complicaciones. Dado que no hay efectos globales beneficiosos del tratamiento antifibrinolítico en los resultados, se llegó a la conclusión de que no deberían utilizarse fármacos antifibrinolíticos en el tratamiento de pacientes con HSA por aneurisma.

En 17 estudios relevantes que implican a un total de 2.872 pacientes con HSA se incluyen 1.380 pacientes con tratamiento antifibrinolítico en un meta-análisis. Se calculó el Odds ratio del impacto en los resultados funcionales, nuevas hemorragias, infarto cerebral.

El uso de AF a corto plazo (72 horas o menos) parece dar mejores resultados en el resultado funcional a largo plazo, especialmente si no está asociada con un programa de prevención médica de déficit isquémico. El riesgo de infarto cerebral no se incrementa por el uso a corto plazo de AF y el riesgo de resangrado se reduce de forma independiente con respecto a la duración del uso de AF, por lo que el uso se debe de reconsiderar en el marco de las estrategias de tratamiento de la era moderna, como el uso a corto plazo asociados con la prevención médica de déficit isquémico reduce la tasa de resangrado y no aumenta el riesgo de infarto cerebral.

From:

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

Permanent link:

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

Last update: **2019/09/26 22:19**

