 

**UNIVERSIDAD DEL SUERESTE**

**Dr. Samuel Esau Fonseca Fierro**

**Alumno:**

**Jonathan Suriano Cruz**

**Materia:**

**Imagenologia**

**Tema:**

**Hemorragia subaracnoidea**

**Grado:**

**4° semestre de medicina humana**

La hemorragia subaracnoidea es el sangrado entre la aracnoides y la piamadre. En general, el traumatismo de cráneo es la causa más frecuente, pero la hemorragia subaracnoidea traumática suele considerarse una entidad separada. La hemorragia subaracnoidea espontánea (primaria) suele ser el resultado de la rotura de los aneurismas. Un aneurisma sacular o en fresa intracraneano congénito es la causa en alrededor del 85% de los pacientes. El sangrado puede detenerse de forma espontánea. La hemorragia aneurismática puede ocurrir a cualquier edad, pero es más frecuente entre los 40 y los 65 años. Sangrado de una maraña de vasos sanguíneos llamado una malformación arteriovenosa (MAV) Trastorno hemorrágico. Sangrado de un aneurisma cerebral (un área débil en la pared de un vaso sanguíneo que causa que dicho vaso sobresalga o se hinche) Traumatismo craneal. La cefalea suele ser intensa y alcanzar un pico en algunos segundos. Puede seguir la pérdida de conciencia, por lo general inmediata, pero a veces no hasta varias horas después. Pueden producirse déficits neurológicos graves que se tornan irreversibles en minutos o en algunas horas. Puede haber compromiso del sensorio, y los pacientes pueden ponerse inquietos. Es posible que se presenten convulsiones. Por lo general, el cuello no está rígido al inicio a menos que se hernien las amígdalas cerebelosas. Sin embargo, dentro de las 24 h, la meningitis química produce un meningismo moderado a pronunciado, vómitos y, a veces, respuestas plantares extensoras bilaterales. Las frecuencias cardíaca o respiratoria muchas veces son anormales. Habitualmente, TC sin contraste y, si es negativa, una punción lumbar. El diagnóstico de la hemorragia subaracnoidea es sugerido por los síntomas característicos. Los estudios deben realizarse tan rápido como sea posible, antes de que el daño se torne irreversible. La TC sin contraste se realiza dentro de las 6 h del inicio de los síntomas. La RM tiene una sensibilidad similar, pero es menos probable contar con ella de inmediato. Si el volumen de sangre es pequeño o si el paciente está tan anémico que la sangre es isodensa con el tejido cerebral, es posible un resultado falso negativo. **Tratamiento** en un centro integral de accidente cerebrovascular, Nicardipina si la tensión arterial media es > 130 mmHg, Nimodipina para prevenir el vasoespasmo y Oclusión del aneurisma causal.

**Escala de Hunt y Hess**

* Grado I Ausencia de síntomas, cefalea leve o rigidez de nuca leve.
* Grado II Cefalea moderada a severa, rigidez de nuca, paresia de pares craneales
* Grado III Obnubilación, confusión, leve déficit motor.
* Grado IV Estupor, hemiparesia moderada a severa, rigidez de descerebración temprana o trastornos neurovegetativos.
* Grado V Coma, rigidez de descerebración.

**Escala de Fischer**

* Grado I No sangre cisternal.
* Grado II Sangre difusa fina, < 1mm en cisternas verticales.
* Grado III Coágulo grueso cisternal, >1mm en cisternas verticales.
* Grado IV Hematoma intraparenquimatoso, hemorragia intraventricular, ± sangrado difuso.