

## TRATAMIENTO MÉDICO

### Atención Especializada

El ictus es una urgencia médica y debe ser rápidamente trasladado a urgencias del hospital, preferentemente en transporte sanitario, para confirmar el diagnóstico de ictus y de su etiología probable, iniciando medidas de cuidados generales y medidas terapéuticas específicas.

La rápida atención por el especialista con ingreso en Unidades de Ictus o, si este recurso no está disponible, por el equipo de ictus, se ha asociado a una mejor evolución y pronóstico del ictus, con menor morbi-mortalidad, complicaciones y estancias hospitalarias. ([http://www.svneurologia.org/PASI\\_CV\\_2006.htm](http://www.svneurologia.org/PASI_CV_2006.htm))

Tras un AIT o ictus pueden producirse recurrencias precoces: hay que adoptar lo antes posible medidas que disminuyan este riesgo (prevención secundaria) En tratamiento médico, las posibles opciones terapéuticas son ANTIAGREGACIÓN Y ANTICOAGULACIÓN.

### ANTIAGREGACIÓN:

La antiagregación se ha mostrado eficaz en la prevención secundaria del ictus isquémico. Respecto al efecto de los antiagregantes sobre el pronóstico del ictus actual sólo ha sido estudiado el AAS, mostrando un leve beneficio su uso precoz. Podríamos recomendar.

1. **AITs** (Salvo en pacientes con cardiopatía embolígena en cuyo caso estaría indicada la anticoagulación):
  - **Antiagregación** inmediata con AAS a dosis próximas a 300 mg/día (aunque según autores varía entre 80-1300 mg/día).
  - **Clopidogrel** (75 mg/día) En pacientes con intolerancia, contraindicación o previamente tratados con AAS, como prevención secundaria, ya que no tiene efecto inmediato.
  - **Trifusal:** Eficacia en prevención secundaria similar a la del AAS, con mejor tolerancia gástrica, menos complicaciones hemorrágicas y posiblemente mejor perfil sobre el control de la TA. Se puede utilizar como alternativa al AAS, por ejemplo en pacientes con intolerancia gástrica al AAS o HTA mal controlada. La dosis es de 600 mgr/ día.
  - **Ticlopidina** (250 mgr/ 2 veces al día): eficaz como antiagregante, pero su uso está limitado por sus efectos adversos.
  - **Doble antiagregación con AAS + clopidogrel:** En varios ensayos clínicos realizados no se ha detectado beneficio de la doble antiagregación en la prevención secundaria del ictus frente al uso de un solo antiagregante. Actualmente se recomienda la doble antiagregación solamente tras la realización de angioplastia con stent.
  - **AAS con dipyridamol** (No aprobado en fase aguda) La formulación que se ha estudiado en prevención secundaria no se comercializa en España.
2. **Ictus establecido:** seguir la misma pauta que en AIT.

### ANTICOAGULACIÓN

Se iniciaría con heparina, de bajo peso molecular subcutánea, a dosis anticoagulantes (similares a las utilizadas en el TEP) o con heparina no fraccionada (heparina sódica) intravenosa.

En caso de ser necesario mantener la anticoagulación más allá de la fase aguda del ictus debe pasarse a anticoagulantes orales en cuanto sea posible.

Manejo de heparina sódica: Se administra por vía intravenosa, sin bolo inicial, a dosis de 300-400 UI /kg /día manteniendo un ratio de cefalina entre 1,5-2,5 veces el control. El primer control de APTT deberá realizarse a las 6 horas, ajustando la dosis si es necesario.

En pacientes muy obesos (más de 150 Kg) o con insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina inferior a 25 ml/min) no es recomendable el uso de heparina de bajo peso para anticoagulación (sí para profilaxis de trombosis venosa profunda). Si se utilizara heparina de bajo peso sería necesario monitorizar la eficacia del tratamiento con determinaciones de antifactor Xa, por lo que en estos pacientes es más recomendable emplear heparina no fraccionada (Heparina Na) intravenosa, sin bolo inicial, para el tratamiento anticoagulante.

## **INDICACIONES DE LA ANTICOAGULACIÓN**

### 1. Ictus cardioembólico

- AIT RECIENTE (<24 H) O AITs DE REPETICIÓN):

Anticoagulación inicial con heparina (ver manejo más arriba) con posterior cambio a anticoagulación oral en cuanto sea posible.

- AIT NO RECIENTE:

Anticoagulación oral con dicumarínicos.

- INFARTO ESTABLECIDO:

El momento en que debe iniciarse la anticoagulación en un infarto cardioembólico establecido es una cuestión controvertida, aunque en la mayoría de las guías se propone posponerlo de 4 a 7 días. Debe valorarse en cada caso el riesgo embólico / hemorrágico antes de decidir si se pospone o no el inicio de la anticoagulación, y cuanto tiempo se pospone.

- ICTUS NO CARDIOEMBÓLICO

No se recomienda el uso de la anticoagulación en la fase aguda del ictus no cardioembólico excepto en la trombosis de senos venosos y la disección de vasos extracraneales.

Podría estar indicada también en pacientes antiagregados con recurrencia de clínica pese a llevar dosis correctas, si no existe otro antiagregante alternativo que aún no se haya utilizado y tras valorar los posibles riesgos / beneficios en cada caso.

- AITs IN CRESCENDO E ICTUS EN EVOLUCIÓN:

No existe ninguna evidencia a favor del uso de la anticoagulación en estas dos entidades, aunque es frecuente el emplearla de forma empírica.

## **FIBRINOLISIS**

Ver apartado correspondiente

## **ESTATINAS**

No se ha demostrado en ensayos clínicos su indicación en fase hiperaguda y aguda en el ictus isquémico. Sí existe evidencia de que no es recomendable retirar las estatinas a aquellos pacientes que hayan sufrido un ictus estando en tratamiento con este grupo de fármacos.

## **NEUROPROTECCIÓN**

En el momento actual no hay datos suficientes que avalen el uso de ninguna sustancia como neuroprotector en el tratamiento del infarto cerebral agudo y no se recomienda su uso si no es en un ensayo clínico.