

## Capítulo 10. TRATAMIENTO EN EL ICTUS.

**Dr. Carlos Vilar.**

Como ya sabemos, el ictus puede ser debido a múltiples causas, por lo tanto el tratamiento debe ser individualizado para cada paciente, dependiendo del estado de las arterias que llevan el riego sanguíneo al cerebro, la presencia o no de arritmias cardíacas, los factores de riesgo asociados y, por supuesto, todo teniendo en cuenta la situación del paciente en cada momento.

### **1. Desatascar la tubería: endarterectomía – angioplastia:**

La alteración de la arteria carótida, que es una de las tuberías que lleva el riego sanguíneo al cerebro, es la responsable de un 20% de nuevos Ictus isquémicos cada año. El riesgo de Ictus en pacientes con estenosis carotídea severa (estrechamiento de la luz entre el 70 y 99%) con antecedentes de Accidente Isquémico Transitorio o infarto cerebral no invalidante en dicho territorio es del 20-25% en los 2 años siguientes. Por lo tanto si un paciente con Ictus menor tiene la Arteria Carótida Interna estropeada (estenosada) por aterotrombosis esta debería ser reparada. Para ello y dependiendo de varios factores disponemos de dos técnicas para desatascar la tubería, una mediante cirugía: La ENDARTERECTOMIA y otra sin operación mediante un sistema parecido al utilizado para reparar las arterias del corazón con una malla mediante una angiografía: La ANGIOPLASTIA. La utilización de una u otra técnica dependerá de la situación del paciente (enfermedades acompañantes del corazón, pulmón...), de cómo esté la tubería estropeada, de los tratamientos recibidos anteriormente por el paciente (si ha llevado radioterapia sobre la tubería o no) y de la disponibilidad de la técnica en el centro. Siendo muy importante el equipo que maneje la técnica.

Hay que tener en cuenta que en ocasiones por el estado del paciente, enfermedades acompañantes o por que la tubería esté completamente atascada estas técnicas no se podrán utilizar siendo el tratamiento médico el único disponible.

Si el grado de estrechamiento de la arteria carótida interna que provocó el ictus menor es inferior al 50%, probablemente el paciente seguirá sólo con tratamiento médico, ya que los riesgos de la intervención superan el bajo riesgo de nuevo ictus en ese territorio.

### **2 Evitar los coágulos cardíacos. Fibrilación Auricular.**

Una de las causas más importantes de Ictus es una arritmia cardíaca llamada FIBRILACIÓN AURICULAR. Las personas que han tenido un Ictus debido a esta arritmia cardíaca tienen un riesgo de padecer un nuevo Ictus de alrededor de un 12 % en los

próximos dos a tres años, de ahí la importancia del tratamiento. Para evitar que se formen estos coágulos cardíacos disponemos de varias medicaciones. De ellas las más importantes son los anticoagulantes orales, el más usado en nuestro país es el acenocumarol (SINTROM), y a distancia la warfarina (ALDOCUMAR). Estos son los medicamentos de elección salvo que no podamos utilizarlos porque el paciente tenga alergia al mismo o contraindicaciones para su uso, sobre todo antecedentes de sangrados recientes y pacientes en los que no van a poder llevar un control correcto de la medicación. En caso de no poder utilizar el SINTROM utilizaremos el ácido acetilsalicílico o medicamentos similares (clopidogrel o triflusal).

Sin embargo aunque el tratamiento con anticoagulantes orales es efectivo para prevenir nuevos Ictus Isquémicos hay que tener en cuenta que no está exento de riesgos, siendo el más grave la hemorragia que puede incluso comprometer la vida del paciente. Esto se puede evitar en gran medida con un control estricto de la medicación, por ello los pacientes que llevan tratamiento con anticoagulantes orales deben ser sometidos periódicamente a análisis de sangre para comprobar el estado de su coagulación y ajustar la medicación.

Se evitará el uso de Aspirina que puede potenciar el efecto de la medicación, tomando si hay dolores o fiebre paracetamol. Deberá evitarse el uso de inyecciones intramusculares por el riesgo de hematomas. En caso de necesidad de una intervención quirúrgica o una extracción dentaria, habrá que adecuar a criterio del hematólogo y del especialista el cambio de medicación.

Ante cualquier cambio de su medicación habitual deberá indicar al médico que toma *Sintrom* para evitar complicaciones por interacción de medicamentos.

### **3. Tratamiento médico**

El tratamiento médico se basa en tomar medidas farmacológicas para reducir el riesgo de nuevos Ictus isquémicos y de otros ataques vasculares, como el infarto de corazón o la isquemia en las piernas.

El tratamiento médico consiste en el control de los factores de riesgo cardiovascular sobretodo la hipertensión, la diabetes y el colesterol, modificar los hábitos de vida [*ver capítulo 9 Más vale prevenir*] y en administrar medicamentos que evitarán la formación de trombos plaquetarios (FÁRMACOS ANTIPLAQUETARIOS.)

### **3.1 Fármacos antiplaquetarios**

Los fármacos antiplaquetarios o antiagregantes son la base del tratamiento médico, ya que evitan la acumulación-agregación de las plaquetas que son el eje central de la formación de la trombosis arterial, reduciendo así el riesgo de un nuevo Ictus. Por ello todo paciente que ha sufrido un Ictus por aterotrombosis debería llevar un fármaco antitrombótico salvo que tuviera contraindicaciones para ello.

Los fármacos antitrombóticos que utilizaremos dependerán de las características de cada paciente.

Los antiagregantes plaquetarios más empleados son la Aspirina y el clopidogrel . Los mecanismos de acción de cada uno son diferentes También han demostrado eficacia el triflusal y la combinación de aspirina con dipiridamol .

En conjunto se puede decir que los antiagregantes disminuyen el riesgo de un nuevo ataque vascular un 20-25%. Su uso no está exento de posibles complicaciones. Las molestias gastrointestinales y la hemorragia digestiva son las principales efectos adversos de la Aspirina, aunque su aparición es infrecuente y sigue siendo el antiagregante más empleado. La dosis de la aspirina va de 50 a 300 mg. No se ha demostrado que una dosis mayor sea más eficaz, aunque sí produce más molestias digestivas.

El tiempo que se deberá seguir el tratamiento antiagregante lo indicará el médico. La mayoría de estudios demuestran el mayor efecto preventivo en los primeros 2-3 años tras el ictus o el ataque vascular. Habitualmente se continúa empleándolos durante muchos años más, ya que el paciente con ictus tiene riesgo vascular elevado.