



Protocolo de prevención secundaria del ictus

B. Fuentes, P. Martínez-Sánchez y G. Ruiz Ares

Servicio de Neurología y Centro de Ictus. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España. Instituto de investigación IdiPAZ. Madrid. España. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Prevención secundaria
- Factores de riesgo vascular
- Antiagregantes plaquetarios
- Anticoagulantes orales
- Estatinas
- Antihipertensivos
- Endarterectomía carotídea
- Angioplastia carotídea

Keywords:

- Secondary prevention
- Vascular risk factors
- Antiplatelet agents
- Oral anticoagulants
- Statins
- Antihypertensive agents
- Carotid endarterectomy
- Carotid angioplasty

Resumen

El tratamiento preventivo del ictus isquémico se basa en la actuación sobre los factores de riesgo vascular, así como en medidas terapéuticas específicas según el subtipo etiológico de ictus. En el ictus isquémico de origen aterotrombótico se indicará un tratamiento antiagregante, estatinas y procedimientos de intervención carotídea en casos seleccionados con estenosis de arteria carótida ipsilateral. En los de causa lacunar, tratamiento antiagregante y estatinas. En los de origen cardioembólico, tratamiento anticoagulante (el tipo de agente anticoagulante y la intensidad de la anticoagulación varían en función de la fuente cardioembólica). En el ictus isquémico de causa inusual, el tratamiento preventivo dependerá de la etiología. En el ictus criptogénico, antiagregación plaquetaria, recomendándose además la monitorización del ritmo cardiaco prolongada en busca de fibrilación auricular paroxística.

Abstract

Secondary stroke prevention protocol

Preventive treatment for ischemic stroke is based on actions taken on the vascular risk factors as well as the specific therapeutic measures according to the etiological subtype of the stroke. For ischemic stroke of atherothrombotic origin, the indication is for antiplatelet therapy, statins and carotid interventional procedures in selected cases with ipsilateral carotid artery stenosis. In lacunar stroke, antiplatelet therapy and statins are indicated. For stroke of cardioembolic origin, the indication is for anticoagulant treatment (the type of anticoagulant agent and the intensity of the anticoagulation vary according to the cardioembolic source). For ischemic stroke of uncommon cause, the preventive treatment will depend on the etiology. For cryptogenic stroke, antiplatelet therapy is recommended, along with extended cardiac rhythm monitoring in search of paroxysmal atrial fibrillation.

Introducción

El tratamiento preventivo del ictus isquémico se basa en la actuación sobre los factores de riesgo vascular (FRV), así como en medidas terapéuticas específicas según el subtipo etiológico de ictus¹⁻³.

Actuación sobre los principales factores de riesgo vascular

Hipertensión arterial

Hay que iniciar tratamiento antihipertensivo, una vez superada la fase aguda, en los pacientes con cifras superiores a 140/90 mm Hg. No existen suficientes evidencias para reco-

mendar una pauta de tratamiento antihipertensiva concreta, aunque los datos disponibles avalan el uso combinado de diuréticos e inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), diuréticos o antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA-II).

Diabetes mellitus

Dado que uno de cada cuatro pacientes con ictus isquémico presenta diabetes mellitus (DM) no previamente conocida, se recomienda evaluar la HbA1c. En los pacientes con DM previa, se debe realizar un estrecho control de los niveles de glucemia, con el objetivo de mantener la HbA1c inferior al 7%.

Hipercolesterolemia

Iniciar tratamiento con atorvastatina 80 mg en todos los pacientes con ictus isquémico de etiología aterotrombótica o por enfermedad de pequeño vaso. En los demás pacientes valorar el tratamiento con estatinas en función del riesgo vascular (coexistencia de otras enfermedades que indican dicho tratamiento como cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica, DM).

Tabaco

Recomendar el abandono del hábito tabáquico.

Alcohol

Evitar el consumo superior a dos unidades al día en varones y una en mujeres.

Prevención secundaria del ictus según subtipo etiológico

Ictus isquémico por arteriosclerosis de gran vaso

Antiagregación plaquetaria

Iniciar tratamiento con antiagregantes plaquetarios como ácido acetilsalicílico (AAS) (300 mg/día), clopidogrel (75 mg/día) o triflusal (600 mg/día). En general, no se recomienda el uso de doble antiagregación, aunque estudios recientes sugieren el posible beneficio de una pauta corta (90 días) con la combinación de AAS (75 mg) y clopidogrel (300 mg el primer día, seguido de 75 mg hasta el día 90) en pacientes con ataque isquémico transitorio (AIT) de alto riesgo o ictus leve. No obstante, antes de aplicar esta pauta en la práctica clínica, es necesario esperar los resultados de ensayos clínicos en marcha.

Estatinas

Iniciar tratamiento con atorvastatina 80 mg.

Procedimientos de intervención vascular

Estenosis de arteria carótida interna. Considerar la endarterectomía carotídea en los pacientes que hayan sufrido en los últimos 6 meses un AIT, amaurosis *fugax* o infarto cerebral (IC) con secuelas menores con evidencia de estenosis carotídea ipsilateral del 70-99%, en centros que garanticen una tasa de morbilidad quirúrgica inferior al 6%. En los casos de estenosis del 50-70% podría considerarse en varones con FRV y síntomas de afectación hemisférica reciente. Estenosis inferiores al 50% no deben ser tratadas con endarterectomía carotídea. La angioplastia transluminal percutánea puede indicarse como alternativa a la endarterectomía carotídea en casos sintomáticos de estenosis carotídea mayor del 70%, especialmente en pacientes de alto riesgo quirúrgico o en caso de dificultades técnicas para la endarterectomía, reestenosis tras endarterectomía o estenosis posradioterapia. La figura 1 muestra un ejemplo de algoritmo de decisión terapéutica en la estenosis carotídea sintomática.

Estenosis de arterias intracraneales. Se recomienda el tratamiento médico que incluye la modificación de los FRV, antiagregación plaquetaria y tratamiento con estatinas. No está indicado el tratamiento endovascular.

Ictus isquémico por enfermedad de pequeño vaso. Infarto lacunar

Antiagregación plaquetaria

Iniciar tratamiento con antiagregantes plaquetarios como AAS (300 mg/día), clopidogrel (75 mg/día) o triflusal (600 mg/día). No está indicada la doble antiagregación.

Estatinas

Iniciar tratamiento con atorvastatina 80 mg.

Ictus isquémico de origen cardioembólico

Anticoagulación oral

Fibrilación auricular no valvular. Tratamiento anticoagulante oral con antagonistas de la vitamina K, inhibidores directos de la trombina (dabigatrán) o inhibidores directos del factor Xa (rivaroxabán, apixabán, edoxabán). La selección del anticoagulante es individualizada en función de los FRV, comorbilidad renal o hepática, tolerancia, interacciones con otros fármacos, coste y preferencia del paciente. En caso de fracaso terapéutico de los antagonistas de la vitamina K no se considera adecuado aumentar la intensidad de la anticoagulación (INR). En pacientes tratados con antagonistas de la vitamina K que presenten labilidad de los valores de INR, considerar el cambio a otro anticoagulante oral. El momento de iniciar el tratamiento anticoagulante oral en prevención secundaria de ictus será de 7-14 días en función del tamaño del infarto, del desarrollo o no de transformación hemorrágica y del tipo de anticoagulante elegido (ver fichas técnicas).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3808358>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3808358>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)