

PROTOCOL DE TRACTAMENT MÈDIC ACTUALITZACIÓ 2007

1: Atenció Especialitzada

1.1 L'ictus és una urgència mèdica i ha de ser ràpidament traslladat a urgències de l'hospital, preferentment en transport sanitari, per a confirmar el diagnòstic d'ictus i de la seua etiologia probable, iniciant mesures de cures generals i mesures terapèutiques específiques.

1.2 La ràpida atenció per l'especialista amb ingrés en Unitats d'Ictus o, si este recurs no està disponible, per l'equip d'ictus, s'ha associat a una millor evolució i pronòstic de l'ictus, amb menor morbi-mortalitat, complicacions i estades hospitalàries (http://www.svneurologia.org/PASI_CV_2006.htm)

Després d'un AIT o ictus poden produir-se recurrències precoces: cal adoptar com més prompte millor mesures que disminuïsquen este risc (prevenció secundària) En tractament mèdic, les possibles opcions terapèutiques són ANTIAGREGACIÓ I ANTICOAGULACIÓ.

1) ANTIAGREGACIÓ:

L'antiagregació s'ha mostrat eficaç en la prevenció secundària de l'ictus isquémico. Respecte a este efecte dels antiagregants sobre el pronòstic de l'ictus actual només ha sigut estudiada l'AAS, mostrant un lleu benefici el seu ús precoç.

Podríem recomanar:

A). AITs:

(Excepte en pacients amb cardiopatia embolígena i en este cas estaria indicada l'anticoagulació)

*Antiagregació immediata amb AAS a dosis vinents a 300 mg/dia (encara que segons autors varia entre 80-1300 mg/dia).

*Clopidogrel (75 mg/dia) En pacients amb intolerància, contraindicació o prèviament tractats amb AAS, com a prevenció secundària, ja que no té efecte immediat.

*Trifusal: Eficàcia en prevenció secundària semblant a la de l'AAS, amb millor tolerància gàstrica, menys complicacions hemorràgiques i possiblement millor perfil sobre el control de la LA TEUA. Es pot utilitzar com a alternativa a l'AAS, per exemple en pacients amb intolerància gàstrica a l'AAS o HTA mal controlada. La dosi és de 600 mgr/ dia.

*Ticlopidina (250 mgr/ 2 vegades al dia): eficaç com antiagreguen-te, però el seu ús està limitat pels seus efectes adversos.

*Doble antiagregació amb AAS + clopidogrel: En diversos assajos clínics realitzats no s'ha detectat benefici de la doble antiagregació en la prevenció secundària de l'ictus enfront de l'ús d'un sol antiagreguen-te. Actualment es recomana la doble antiagregació només després de la realització d'angioplastia amb stent.

*AAS amb dipiridamol (No provat en fase aguda) La formulació que s'ha estudiat en prevenció secundària no es comercialitza a Espanya.

B). Ictus establert: seguir la mateixa pauta que en AIT.

2) ANTICOAGULACIÓ

S'iniciaria amb heparina, de baix pes molecular subcutània, a dosis anticoagulants (semblants a les utilitzades en el TEP) o amb heparina no fraccionada (heparina sòdica) intravenosa.

En cas de ser necessari mantindre l'anticoagulació més enllà de la fase aguda de l'ictus ha de passar-se a anticoagulants orals en tot el que es pugui.

Maneig d'heparina sòdica: S'administra per via intravenosa, sense birla inicial, a dosi de 300-400 UI /kg /dia mantenint un ràtio de cefalina entre 1,5-2,5 vegades el control. El primer control d'APTT haurà de realitzar-se a les 6 hores, ajustant la dosi si és necessari.

En pacients molt obesos (més de 150 Kg) o amb insuficiència renal (aclarament de creatinina inferior a 25 ml/min) no és recomanable l'ús d'heparina de baix pes per a anticoagulació (sí que per a profilaxi de trombosi venosa profunda). Si s'utilitzara heparina de baix pes seria necessari monitoritzar l'eficàcia del tractament amb determinacions d'antifactor Xa, per la qual cosa en estos pacients és més recomanable emprar heparina no fraccionada (Heparina Na) intravenosa, sense birla inicial, per al tractament

anticoagulant.

INDICACIONS:

A) Ictus cardioembòlic

1. AIT RECENT (<24 H) O AITs DE REPETICIÓ):

Anticoagulació inicial amb heparina (veure maneig més amunt) amb posterior canvi a anticoagulació oral en tot el que es puga.

2. AIT NO RECENT: Anticoagulació oral amb dicumarínicos.

3. INFART ESTABLIT:

El moment en què ha d'iniciar-se l'anticoagulació en un infart cardioembòlic establert és una qüestió controvertida, encara que en la majoria de les guies es proposa posposar-ho de 4 a 7 dies. Ha de valorar-se en cada cas el risc embòlic / hemorràgic abans de decidir si es posposa o no l'inici de l'anticoagulació, i quant de temps es posposa.

B) Ictus no cardioembòlic

1. No es recomana l'ús de l'anticoagulació en la fase aguda de l'ictus no cardioembòlic excepte en la trombosi de sinus venosos i la dissecció de gots extracranials.

2. Podria estar indicada també en pacients antiagregats amb recurrència de clínica a pesar de portar dosis correctes, si no hi ha un altre antiagreguen-te alternatiu que encara no s'haja utilitzat i després de valorar els possibles riscos / beneficis en cada cas.

3. AITs "*crescendo*" i ictus en evolució: No hi ha cap evidència a favor de l'ús de l'anticoagulació en estes dos entitats, encara que és freqüent emprar-la de forma empírica.

3) FIBRINOLISIS: Vegeu apartat corresponent

4) ESTATINES:

No s'ha demostrat en assajos clínics la seua indicació en fase hiperaguda i aguda en l'ictus isquèmic.

Sí que hi ha evidència que no és recomanable retirar les estatines a aquells pacients que hagen patit un ictus estant en tractament amb este grup de fàrmacs.

5) NEUROPROTECCIÓ.

En el moment actual no hi ha dades suficients que avalen l'ús de cap substància com neuroprotector en el tractament de l'infart cerebral agut i no es recomana el seu ús si no és en un assaig clínic.