

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Dra. Leo López Montes

Médica especialista en Medicina Interna

CLASIFICACION**A) SEGÚN MECANISMO PATOGENICO:**

- **Ictus Isquémico:** Aterotrombótico, cardioembólico, lacunar e Ictus de causa inusual (vasculitis, hiperviscosidad...).
- **Ictus Hemorrágico:** hematoma intraparenquimatoso y hemorragia subaracnoidea.

B) SEGÚN PERFIL CLÍNICO-TEMPORAL:

- **Isquemia Cerebral Transitoria (AIT):** duran de 5 a 20 min (hasta 24 h).
- **Infarto Cerebral:** Pueden ser clínicamente:
 - Estables.
 - Progresivo o en evolución.
 - Con tendencia a la mejoría (ictus menor o déficit neurológico isquémico reversible).

Su existencia aislada no sugiere origen vascular, no son AIT: Progresión lenta de los síntomas, alteración nivel conciencia aislado, crisis aislada, escotoma centelleante, vértigo, disfagia, disartria, diplopia o amnesia aislada.

CLINICA**A) ICTUS ISQUÉMICO:**

- **Territorio Carotídeo:**
 - Arteria cerebral media: Hemiplejía, hemihipoestesia contralaterales de predominio facial, y hemianopsia homónima, desviación conjugada oculocefálica hacia lado de la lesión. Afasia global (si hemisferio dominante), fenómeno heminegligencia (no dominante).
 - Arteria cerebral anterior: debilidad e hipoestesia predominantes en MI contralateral. Lesión bilateral: incontinencia urinaria, abulia, y apraxia marcha.
 - Arteria carótida interna: Asintomática / Afectación ACA y ACM (deterioro del nivel conciencia) / Oclusión a. oftálmica: amaurosis fugax.
- **Territorio Vertebrobasilar.** Datos que sugieren esta localización: movimientos oculares desconjugados o nistagmo, signos cerebelosos, síndromes cruzados, ataxia cruzada con resto de vías largas.
 - Arteria cerebral posterior: Hemianopsia homónima contralateral y confusión mental.
 - Punta de la basilar: bajo nivel conciencia de instauración progresiva, que afecta de forma parcheada a todo el sistema vertebrobasilar (occipital, tálamo, TCE y cerebelo).
- **Ictus Lacunar** (Típico HTA y DM): No altera funciones superiores ni hemianopsia.
 - Sdre. Motor puro (hemiparesia aislada).
 - Sdre. Sensitivo puro (hemihipoestesia).
 - Disartria-mano torpe
 - Hemiparesia-ataxia.
 - Sdre. Sensitivo-motor.
- **Territorio Frontera** (Zona límite entre 2 aa. o entre 2 territorios misma arteria). Típico de estados de hipoperfusión. Alteración memoria, ceguera cortical, movimientos anormales...
- **Trombosis Venosa Cerebral:** Puede aparecer en contexto de: parto, sepsis, QT, cirugía reciente. Aparece cefalea, y disminución nivel conciencia.

B) ICTUS HEMORRÁGICO:

- **Hematoma Intraparenquimatoso:**
 - Etiología más frecuente: HTA.
 - Localización más frecuente: ganglios basales.
 - Diagnóstico diferencial con ictus isquémico: TAC craneal.
 - En ocasiones debuta como síndrome HIC, sin síndrome vascular típico.
 - En general la TA más elevada y mayor alteración nivel conciencia que en isquémicos.
- **Hemorragia Subaracnoidea:** Síndrome Meníngeo muy severo, con cefalea, náuseas y vómitos.

EXPLORACION CLINICA

- **H. Clínica:** antecedentes (HTA, cardiopatía, drogas, diabetes...), forma de instauración y/o progresión, síntomas y signos asociados.
- **Exploración física general:** TA, FC, FR, Tª, AC y carotídea, AP.
- **Exploración neurológica.**

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- TAC cerebral
- Bioquímica
- Hemograma
- Hemostasia
- Rx tórax
- ECG

CRITERIOS DE INGRESO

- Ingresar todos los ictus excepto demencia previa muy avanzada o enf. carácter terminal.
- Alta a un AIT de duración breve si edad avanzada y siempre que:
 - Se remita a Neurología para valoración.
 - Se hayan realizado todas las exploraciones físicas y complementarias.
 - Se inicie tratamiento antiagregante.
- Siempre ingresaran los AIT si se repiten en un breve plazo (horas o días).

TRATAMIENTO**A) MEDIDAS GENERALES**

- **Aporte hídrico** de 1.500-2000cc SF (evitar soluciones hipotónicas) + 30-40 mEq ClK.
- **Dieta absoluta** (valorar). Evitar ayuno > 48 h.
- **Control glucemia.**
- **Control TA.**
 - Tratamiento sólo si:
 - Ictus *isquémico*: TAS > 220 y/o TAD >110.
 - Ictus *hemorrágico*: TAS > 180 y/o TAD > 100.
 - Administrar Labetalol ev. (Trandate) 2 amp en 200ml a 20 ml/h (o bolos IV de 20mg). Si tolera capoten 25 mg. vo.
- **Control hipertermia:**
 - Si Tª > 37.5°C antitérmicos, y hemocultivos.
 - Si se confirma iniciar Amoxicilina-Clavulánico 1 g ev/ 8 h.
- **HBPM profiláctica.**
- **Rehabilitación precoz.**
- **Evitar sonda vesical y SNG.**
- **Si hay HTIC/coma:** manitol 20% 250ml en 30 min.

B) TRATAMIENTO ESPECÍFICO ICTUS ISQUÉMICO

- **Antiagregación:** AAS 300 mg/día.
 - En pacientes con intolerancia, contraindicaciones o previamente tratados con AAS: Clopidogrel (75 mg/día).
 - Si dieta absoluta: Inyesprin media ampolla ev cada 24h.
- **Anticoagulación en Ictus Cardioembólico:**
 - AIT Reciente de Repetición: Heparina y posteriormente anticoagulación oral.
 - AIT No Reciente: Anticoagulación oral con dicumarínicos.
 - Infarto Establecido: 2 posibilidades:
 - Signos precoces de infarto extenso en TAC o clínica sugestiva de infarto extenso: demorar anticoagulación al menos 7 días.
 - TAC normal y clínica sugestiva de infarto de pequeño tamaño: Iniciar anticoagulación.
- **Fibrinolisis:** infarto cerebral de menos de 3h de evolución, con TAC y hemostasia normales, confirmación por especialista y no contraindicaciones.