

EL ICTUS

¿QUÉ ES, CÓMO SE PREVIENE Y TRATA?

Antonio C Gil Núñez,
José A Egido,
José Larracochea,
Nicolás Vila,
en nombre del Grupo de
Estudio de Enfermedades
Cerebrovasculares
de la Sociedad Española
de Neurología

GEECV

grupo de estudio
de enfermedades
cerebrovasculares



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA



En España el ictus es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres y se puede considerar una verdadera epidemia que aumentará teniendo en cuenta que cada vez tenemos más esperanza de vida. También es la primera causa de discapacidad grave y la segunda causa de demencia, tras la enfermedad de Alzheimer.

El **Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología** (GEECV-SEN) está trabajando para combatir cada vez mejor esta enfermedad desde el año 1983.

En una encuesta nacional telefónica pudimos saber que sólo un 4% de la población conocía el término ictus, y sólo un 10% estaba informada de la naturaleza de la enfermedad y las medidas para prevenirla. Si a ello unimos que, según nuestra experiencia, los pacientes con un ictus suelen acudir al hospital cuando ya ha pasado mucho tiempo, al no identificar los síntomas y que muchos de ellos no tomaban medidas preventivas, aún estando dentro de los grupos de riesgo, queda clara la necesidad de una mejora de la información que los profesionales transmiten a la sociedad. Que el público en general conozca a través de este libro divulgativo esta enfermedad mediante explicaciones sencillas es fundamental, ya que conociendo las personas que tienen riesgo de padecer un ictus, el control y tratamiento de estas enfermedades de riesgo o costumbres de riesgo; conociendo los síntomas o manifestaciones del ictus que lleve urgentemente a los hospitales, y el tratamiento posterior que evite que se vuelva a repetir, servirá para prevenir muchas muertes o lo que quizás sea peor, que estas personas queden discapacitadas graves o dementes.

Antonio C Gil Núñez

Coordinador del GEECV-SEN

¿Hay muchos ictus en España?

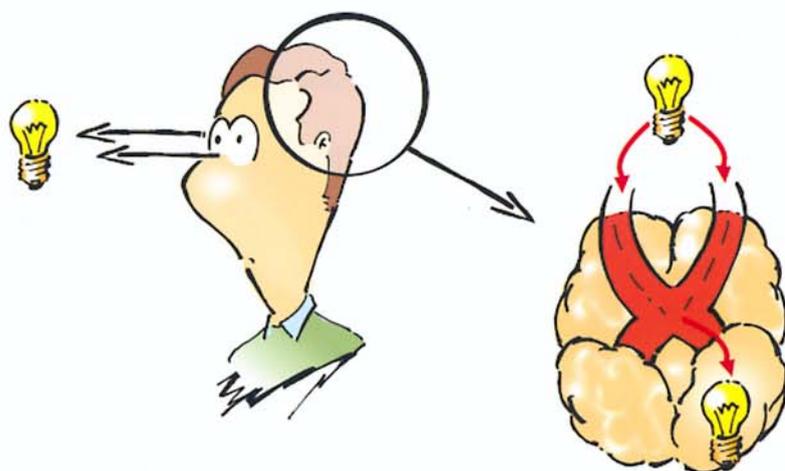
¿Es una enfermedad rara?

A lo largo del siglo XX, y de forma progresiva, las patologías cardiovasculares, fundamentalmente la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular, el ICTUS, ha pasado a ocupar los primeros lugares en cuanto a importancia sanitaria y social. Hasta 1997, último dato disponible del Instituto Nacional de Estadística, el ictus supuso en España la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en varones. Esta enfermedad afecta mayoritariamente a personas mayores de 55 años y suele ser fuente de secuelas neurológicas, causando deficiencias motoras, sensitivas y mentales, que representan unos costes humanos y económicos sumamente elevados. En consecuencia, y dado el progresivo envejecimiento de nuestra sociedad, la enfermedad cerebrovascular supone un grave problema de salud pública.

La enfermedad cerebrovascular se debe a muchos factores que se desarrollan a lo largo de la vida y se acelera por la presencia de determinados factores de riesgo vascular. El desarrollo de la mayor parte de estos factores está favorecido por el estilo de vida actual, con un abandono progresivo de los hábitos saludables. Dada la magnitud del problema y por ser un grupo de enfermedades en las que se han identificado factores de riesgo modificables cuya corrección potencialmente prevendría la aparición de la enfermedad, es necesario seguir analizando las características de este grupo de enfermedades en cuanto a su incidencia, letalidad y mortalidad así como la distribución de factores de riesgo en la población.

En España se producen, cada año, 100.000 nuevos casos de ictus, lo que supone aproximadamente uno cada seis minutos. Comparado con los países de nuestro entorno, la incidencia se encuentra en niveles medios, con alrededor de 200 casos nuevos por cada 100.000 habitantes al año.

Aunque en los últimos años la mortalidad de los ictus ha descendido debido a un mejor tratamiento, y a una mejor aplicación de las medidas preventivas, todavía es la segunda causa de muerte en los varones españoles, y la primera causa en las mujeres españolas. Dicho de otra



forma: en 1997 murieron 37.881 españoles por enfermedad cerebrovascular. Cada 15 minutos se produce en España un fallecimiento por ictus.

El hecho de que en las mujeres tenga mayor peso como causa de muerte es aparentemente contradictorio con el hecho conocido de que los ictus sean más frecuentes en varones. Sin embargo no es así si tenemos en cuenta que la diferencia entre los sexos a la hora de padecer ictus desaparece tras la menopausia, que las causas de muerte cardíacas, que se presentan en edades más tempranas, engrosan la lista de fallecimientos en el grupo de los varones y que la mujer tiene mayor esperanza de vida.

¿Y los supervivientes? Tan importante como los costes de la enfermedad en vidas lo es la circunstancia de que más del 30% de los pacientes queden con discapacidad después del ictus. La calidad de vida del paciente y de su entorno familiar inmediato cambian con frecuencia de forma radical. Muchas veces una persona que era autónoma pasa a necesitar ayuda para muchas actividades de la vida diaria y de auto cuidado. Este problema afecta además a segmentos de la población especialmente vulnerables, de edad avanzada, con menos recursos, y frecuentemente con menos apoyo familiar. Por cada 100.000 personas de más de 65 años vivas, 8.500 han padecido un ictus. La magnitud de las cifras deja poco lugar a dudas sobre lo que esto supone en costes sanitarios y sociales, residencias, centros de apoyo, etc., y la insuficiencia de los mismos en una población cada vez más envejecida.

La Circulación Cerebral. El ictus

Como hemos visto, las enfermedades cerebrovasculares constituyen en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes y como tal deben ser consideradas. Es la primera causa de muerte entre las españolas, por delante del infarto de miocardio, la segunda en los varones y la primera causa de invalidez permanente entre las personas adultas.

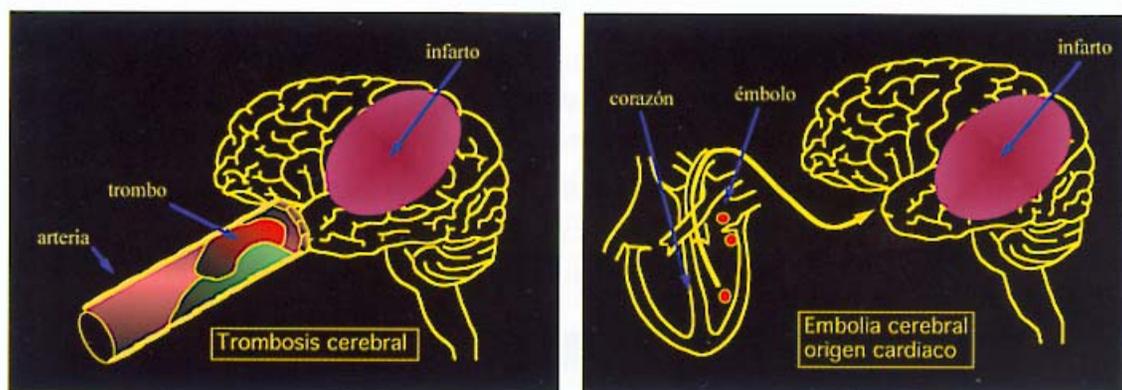


El cerebro, como cualquier otro órgano depende para su normal funcionamiento del continuo aporte de sangre a través de las arterias cerebrales, que le proporciona el oxígeno y los nutrientes necesarios para que sus células funcionen normalmente. El cerebro es, en cambio, uno de los órganos que peor soporta la falta de circulación de la sangre, es decir, lo que llamamos **isquemia**, siendo necesarios solo unos minutos en isquemia para que se produzca una pérdida de la función cerebral e incluso lesiones irreversibles.

Denominamos **ictus** a un trastorno brusco de la circulación cerebral que altera la función de una determinada región del cerebro. **Ictus** en español, quiere decir "golpe", y es así como se presenta: como un trastorno cerebral de presentación brusca, "de golpe", que suele afectar a personas ya mayores, aunque también pueden ocurrir en jóvenes. Frecuentemente es la consecuencia final de la confluencia de una serie de circunstancias personales, ambientales, sociales... etc. a las que denominamos **factores de riesgo**.

Los términos "**accidente cerebrovascular**", "**ataque cerebral**" o menos frecuentemente, el de "**apoplejía**" son utilizados como sinónimos del término **ictus**.

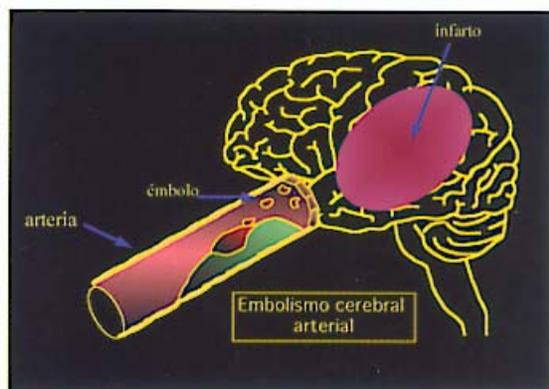
El ictus se puede producir por una disminución importante del flujo sanguíneo que recibe una parte de nuestro cerebro. Recibe el nombre de **ictus isquémico**. Es el más frecuente (hasta el 85% del total) y su consecuencia final es el **infarto cerebral**, situación irreversible que lleva a la muerte a las células cerebrales afectadas por la falta de aporte de oxígeno y nutrientes transportados por la sangre. Pero el ictus puede producirse también por la rotura de una arteria cerebral, que sangra en el interior del cerebro. Son



Ictus hemorrágicos, o hemorragias cerebrales menos frecuentes, pero con una mortalidad muy elevada.

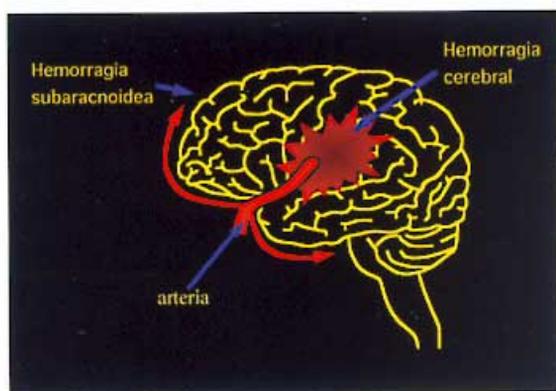
Cada una de estas situaciones tienen causas y tratamiento diferentes, y así se distinguen varios tipos de ictus:

- **Ictus trombótico, aterotrombótico o trombosis cerebral:** Es un ictus isquémico causado por un coágulo de sangre (trombo) formado en la pared de una arteria importante y que bloquea el paso de la sangre a una parte del cerebro.
- **Ictus embólico o embolia cerebral:** Se trata de un ictus isquémico que, al igual que el trombótico, está originado por un coágulo de sangre, pero que se ha formado lejos del lugar de la obstrucción, usualmente en el corazón o las grandes arterias del cuello. Si se desprende, viaja con la sangre como un tronco por el río hasta llegar a taponar la salida de una arteria más pequeña. A este coágulo "viajero" lo denominamos émbolo.
- **Hemorragia cerebral:** Es el ictus hemorrágico más frecuente. Normalmente una arteria cerebral profunda se rompe, dejando salir sangre que se esparce entre el tejido cerebral circundante presio-



nándolo y dañándolo. La gravedad de este tipo de ictus reside no solo en el daño local sino en el aumento de presión que origina dentro del cráneo, lo que afecta a la totalidad del cerebro y compromete la vida.

- **Hemorragia subaracnoidea:** Es una hemorragia localizada entre la superficie del cerebro y la parte interna del cráneo. Su causa más frecuente es la ruptura de un aneurisma arterial (porción anormalmente



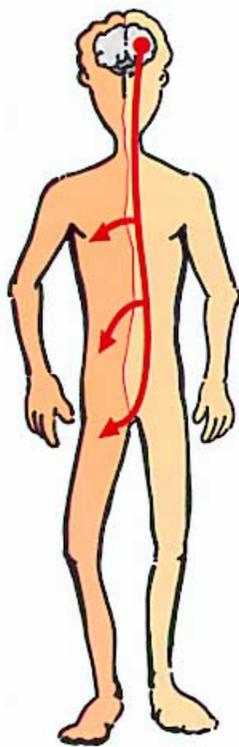
delgada de la pared de una arteria que adopta forma de globo o saco). Es una de las formas más graves, con una mortalidad muy elevada.

En ocasiones el ictus nos avisa. El paciente sufre transitoriamente (con frecuencia solo dura unos minutos) todos los síntomas con los que cursa un ictus establecido pero, por fortuna

para él, estos desaparecen como llegaron, sin dejar ninguna secuela. Este caprichoso perfil temporal, la ausencia de dolor y sobre todo, la ausencia de secuelas hace que el paciente y, lo que es peor, a veces el médico no den importancia a estos episodios, buscándole explicaciones simplistas y erróneas. Esta situación a la que denominamos **Ataque Isquémico Transitorio** es un verdadero "amago" de ictus, hasta un tercio de los pacientes que lo han sufrido presentarán un ictus establecido en el año siguiente, con máximo riesgo en los días o semanas siguientes, si no se toman las medidas adecuadas. Es el momento de poner remedio antes de que el daño se haya producido.

Síntomas de Alarma del Ictus

Cualquier persona puede padecer un ictus, jóvenes o viejos, aunque hasta entonces se haya disfrutado de una salud envidiable. Lo que ocurre es que las posibilidades aumentan sobre todo a partir



de los 60 - 65 años y con mucha mayor probabilidad si reunimos alguno de los factores de riesgo mencionados. Resulta de gran utilidad, especialmente en estos casos, que denominamos de alto riesgo, pero también para la población general, conocer como se inicia un ictus y cuales son los síntomas que nos permiten identificarlo. A estas manifestaciones iniciales las llamaremos **Síntomas de Alarma**.

Hemos aprendido que el dolor en el pecho o en el brazo izquierdo puede ser el "aviso" de un infarto cardíaco y que no debemos esperar para acudir con celeridad al hospital. Desgraciadamente, el ictus puede presentar síntomas variados y no es frecuente que curse con dolor, el síntoma que mas nos "alarma", pero sus consecuencias pueden ser igualmente graves y mucho mas invalidantes. **El ictus en general no duele, pero es una verdadera urgencia neurológica** y en la actualidad se ha podido demostrar que sus devastadoras consecuencias son tanto menores cuanto antes se acuda al hospital para ser atendido por el neurólogo. De aquí, la importancia de que el paciente y las personas que le rodean habitualmente puedan reconocer con prontitud los síntomas de alarma que se enumeran a continuación y, que son válidos tanto para los pacientes que nunca han padecido un ictus como para aquellos que ya lo han sufrido, pudiéndose repetir.

- **Pérdida de fuerza** de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco.
- **Trastornos de la sensibilidad**, sensación de “acorchamiento u hormiguillo” de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco.
- **Pérdida súbita de visión**, parcial o total, en uno o ambos ojos.
- **Alteración repentina del habla**, dificultad para expresarse, cuesta articular el lenguaje y ser entendido por quien nos escucha.
- **Dolor de cabeza de inicio súbito**, de intensidad inhabitual y sin causa aparente, diferente del dolor de cabeza habitual.
- Sensación de **vértigo intenso, inestabilidad, desequilibrio e incapacidad para caminar** o caídas bruscas inexplicadas, cuando se acompañan de cualquiera de los síntomas descritos con anterioridad.

Cualquiera de los síntomas enumerados no pierden su valor de “alarma”, antes bien lo refuerza, el hecho de desaparecer espontáneamente (recuerde lo comentado con anterioridad sobre los ataques isquémicos transitorios).

Si además, es usted una persona con uno o varios factores de riesgo es aconsejable que sus amigos y familiares conozcan estos síntomas de alarma y puedan trasladarle con celeridad al hospital más próximo.

**SI TIENE ALGÚN SÍNTOMA DE ALARMA, NO PIERDA TIEMPO:
ACUDA INMEDIATAMENTE AL HOSPITAL**

LA ESTANCIA EN EL HOSPITAL

El ictus es una emergencia neurológica. Debe atenderse con celeridad por personal médico cualificado conocedor de este tipo de patología; habitualmente suele ser un **neurólogo**. El hospital, por su dotación de personal y recursos materiales, diagnósticos y terapéuticos, es la única institución sanitaria adecuadamente preparada para atender un ictus en su fase aguda. Por todo ello, resulta inoperante e incluso perjudicial para la situación funcional futura del paciente demorar en pasos intermedios su evacuación rápida al hospital.

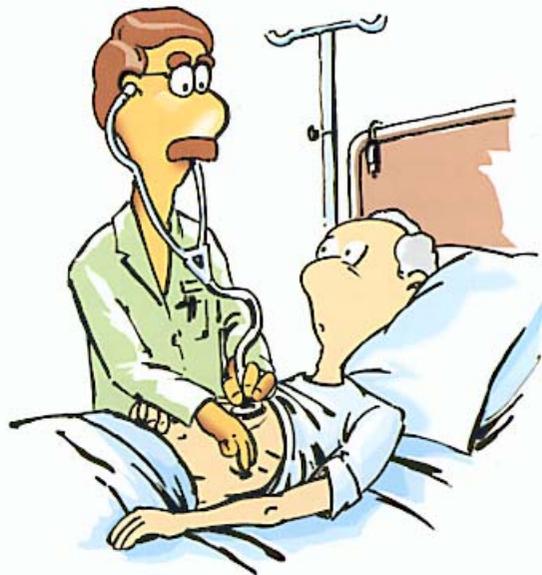


En la actualidad se dispone de tratamientos que aplicados muy precozmente en algunos tipos de ictus son capaces de revertir, incluso sin secuelas, todos sus síntomas. A su llegada al hospital, usualmente en el Servicio de Urgencias, el médico que le atienda confirmará el diagnóstico de ictus. Para ello realizará una **historia clínica** completa donde se recogerán, del propio paciente y / o de sus familiares o acompañantes, sus antecedentes personales y familiares, sus factores de riesgo, los detalles del inicio y progresión de los síntomas y tiempo transcurrido hasta su llegada al hospital. Además llevará a cabo una **exploración física general y neurológica**. Habitualmente, su médico indicará la realización de una serie de **pruebas** necesarias para la completa evaluación de la situación, que básicamente serán un escáner ó tomografía cerebral, un análisis de sangre y un electrocardiograma. Con los datos obtenidos en la his-

toria clínica la exploración física y los resultados de estas pruebas es posible conocer el **tipo de ictus**, el **territorio vascular cerebral** afectado y, en porcentaje elevado de casos, su **causa** y por tanto, **iniciar el tratamiento** mas conveniente para cada caso.

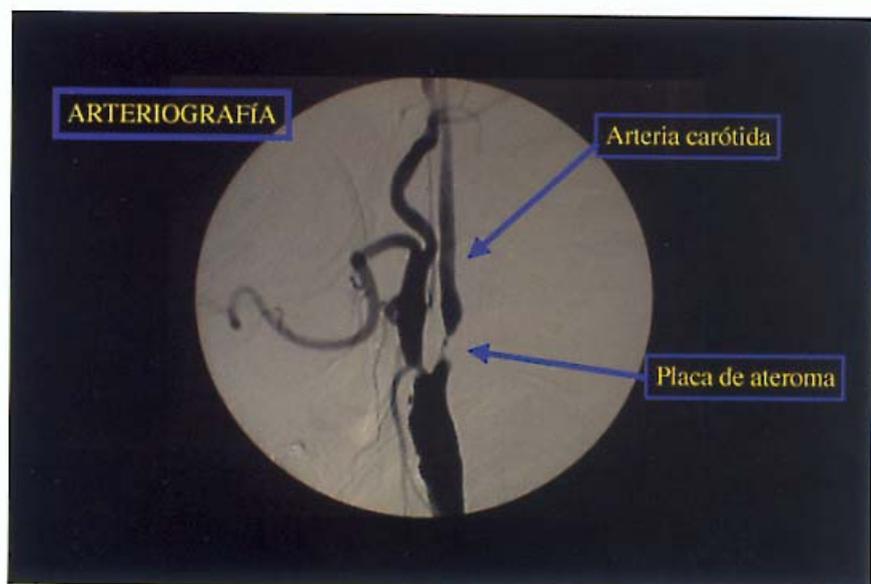
Salvo excepciones (demen-
cia grave, situación de
dependencia por ictus pre-
vios o enfermedad terminal
coincidente) relacionadas
con la calidad de vida pre-
via que aconsejan una

atención domiciliaria, el paciente con ictus en fase aguda será ingresado en el hospital, preferiblemente en **unidades de neurología** con personal médico y de enfermería capacitado para poder ofrecer los mejores cuidados a estos pacientes. Desde hace pocos años, se ha introducido un nuevo concepto asistencial en la atención médica de los pacientes con un ictus en fase aguda, hablamos de las **Unidades de Ictus**. Habitualmente desarrolladas en los servicios de neurología de los hospitales generales, coordinadas por un neurólogo experto en enfermedades cerebrovasculares y con personal auxiliar y de enfermería especialmente entrenado en el manejo de estos pacientes. Cuentan con la colaboración de profesionales médicos de otras especialidades (cardiólogos, rehabilitadores, neuroradiólogos, cirujanos vasculares, etc...) que están directamente relacionados con el diagnóstico y/o tratamiento de estos pacientes. Estas unidades que ofrecen un método de trabajo uniforme, especializado y protocolizado han demostrado mejorar los resultados en cuanto a la mortalidad y secuelas funcionales tras el ictus hasta en un 30 por ciento.



El ingreso hospitalario de un paciente que acaba de presentar un ictus debe perseguir los siguientes objetivos:

- Aplicar el **tratamiento** médico y, en ocasiones quirúrgico, mas idóneo para cada caso con el fin de estabilizar la situación general y neurológica del paciente, reduciendo al mínimo posible las secuelas funcionales futuras.
- Iniciar la **alimentación** por vía enteral (sonda nasogástrica) o parenteral (por vía intravenosa) en aquellos casos en que la deglución se vea afectada como consecuencia del ictus, previniendo así la desnutrición y deshidratación.
- Llegar a un **diagnóstico preciso** y en plazo razonable que especifique el tipo de ictus, el territorio vascular implicado y las causas, en aquellos casos en los que con las pruebas iniciales no se haya conseguido. Para ello, con frecuencia, es necesario realizar nuevas pruebas complementarias, como angiografía cerebral, ultrasonografía o ecocardiografía o repetir alguna de las ya realizadas.



- Prevenir y tratar convenientemente cuando se presenten las **complicaciones médicas** que pueden sobrevenir en la fase aguda del ictus.
- Iniciar precozmente el **programa de rehabilitación** y readaptación a la nueva situación personal. La familia del paciente debe implicarse en la nueva situación personal y familiar del paciente.
- Iniciar las pautas de **modificación de los factores de riesgo** previos para prevenir recurrencias futuras.

La duración de la hospitalización en la fase aguda es variable para cada caso y depende de la consecución de los objetivos reseñados. No obstante, salvo excepciones no resulta recomendable una estancia hospitalaria prolongada que aumente posibles complicaciones, especialmente las infecciones. Para este tipo de pacientes se recomienda un período de ingreso medio no superior a 15 días.

Para decidir el momento idóneo del alta el médico responsable de cada caso valorará una serie de criterios que se relacionan directamente con los objetivos que persigue la hospitalización. Estos criterios abarcan tres aspectos fundamentales de la enfermedad, cuando el estado neurológico sea estable o empiece la mejoría, se hayan controlado las posibles complicaciones, se hayan finalizado las pruebas diagnósticas y se haya decidido el tratamiento a largo plazo.

El paciente al ser dado de alta en el hospital recibirá un **informe médico**. En este documento se recoge todo lo acontecido con su enfermedad: sus antecedentes personales y familiares, que ocurrió el día que sufrió el ictus, lo que encontró su médico al llegar al hospital, las pruebas que se le realizaron desde el ingreso, su evolución, las posibles complicaciones acaecidas y cómo se resolvieron, las conclusiones a las que se llegaron a la vista de todos los datos (**el diagnóstico**) y las medidas tomadas y por tomar en el futuro encaminadas a mejorar su situación actual, facilitando su adaptación con su nueva realidad, y a prevenir la recurrencia de nuevos episodios (**el tratamiento**).

Para terminar, el informe de alta suele recoger el plan de revisiones periódicas que debe seguir el paciente.

EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

Para la mayoría de los pacientes que han sufrido un ictus y han sobrevivido a él, la rehabilitación es una de las partes más importantes de su tratamiento. Se suele iniciar ya en **fases muy precoces**, en los primeros días de estancia en el hospital; tan pronto como la situación médica del enfermo lo permita, aunque luego se suelen continuar en régimen ambulatorio. Se recomienda a cualquier paciente que, habiendo sufrido un ictus, tuviera una vida previa autosuficiente. Por el contrario, se excluyen de estos programas, por el escaso beneficio que les supone, a aquellos pacientes en coma o estado vegetativo o con secuelas tan severas que impiden una mínima colaboración en las técnicas de rehabilitación. En estos casos, se recomienda la movilización pasiva de las extremidades afectadas y los cambios posturales frecuentes para prevenir las contracturas y las ulceraciones por presión prolongada sobre las zonas de apoyo.

Un programa de rehabilitación adecuado contribuye a que el paciente recupere su autoestima y puede ser la diferencia entre una situación de autonomía y el confinamiento. De hecho, con la ayuda de estos programas, transcurrido un año desde el ictus, un tercio de los pacientes que lo superan vuelven a su trabajo anterior, la mitad no necesitan ninguna ayuda para sus actividades cotidianas, un 20% necesitan ayuda solo en determinadas situaciones y otro 20% son dependientes en mayor o menor medida.

Los **3 - 6 primeros meses** tras el ictus se consideran los más importantes en el progreso de readaptación. La mayoría de los movimientos voluntarios se recuperan en los 6 primeros meses. El lenguaje, el equilibrio y algunas otras habilidades pueden seguir mejorando hasta transcurridos 2 años.

¿Quién es candidato a tener un ictus?

El ictus mayoritariamente se produce a partir de los 55 años de edad y aumenta exponencialmente con la edad. Con estas edades las personas que tienen enfermedades o costumbres de riesgo para padecer un ictus como son: hipertensión arterial, arritmias cardíacas u otras enfermedades del corazón, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad, tabaquismo, consumo de alcohol excesivo o consumo de dietas inadecuadas, son candidatas a tener un ictus. Cuantas más enfermedades o hábitos de riesgo se tengan, más riesgo existe de tener un ictus.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La tensión arterial es la presión que tiene la sangre dentro de las arterias para que pueda circular o llegar a las diferentes partes del cuerpo incluido el cerebro.

Una persona tiene hipertensión arterial cuando sus cifras de tensión arterial son mayores o iguales a 140 de máxima o sistólica o 90 de mínima o diastólica, medidas en milímetros de mercurio (mmHg) y en mediciones repetidas.

Cuando estas tensiones arteriales elevadas se mantienen en el tiempo, las arterias que llevan la sangre a tanta presión se dañan, tapándose y produciendo un infarto cerebral, o bien rompiéndose causando una hemorragia cerebral. Es importante resaltar que el aumento de riesgo se relaciona con la tensión alta mantenida durante largo tiempo, más que con tensiones altas en un momento dado.

ARRITMIAS CARDIACAS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

El corazón se contrae rítmicamente para enviar la sangre a las arterias. Cuando esto no ocurre se producen las llamadas arritmias cardíacas. Existen diferentes tipos de arritmia cardíaca. La más común de ellas es la **fibrilación auricular**, que hace que el corazón se contraiga defec-



tuosamente y en algunos casos al remansarse la sangre se producen coágulos o **émbolos** que van al cerebro taponando una arteria y produciendo un infarto cerebral.

Otras enfermedades del corazón como un infarto de miocardio o enfermedades de la válvulas cardiacas pueden producir coágulos o émbolos con el mismo resultado que la fibrilación auricular.

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es una enfermedad en la que existe un nivel de glucosa (azúcar) en la sangre por encima de 120mg/dl. Existen dos tipos de diabetes mellitus: la tipo I o juvenil por falta de insulina y la tipo II o del adulto en la que hay resistencia a la insulina. En la diabetes también se dañan las arterias por lo que es más frecuente que se produzcan ictus.

COLESTEROL (DISLIPEMIA)

El colesterol es una grasa natural necesaria, pero cuando se tiene unos niveles elevados en sangre (dislipemia) se vuelve peligroso. Unas partículas llamadas lipoproteínas transportan por la sangre el colesterol y son: lipoproteína de baja densidad (LDL) y lipoproteína de alta densidad (HDL). El colesterol unido a HDL o "colesterol bueno" llamado así porque destruye en el hígado el exceso de colesterol, el colesterol unido a LDL o "colesterol malo" porque se deposita en las arterias produciendo las placas de ateroma. Estas placas de ateroma estrechan o tapan las arterias con lo que la sangre no circula y se produce el infarto cerebral.



HÁBITOS NOCIVOS Y OTROS FACTORES DE RIESGO

Tabaquismo

El tabaco disminuye el colesterol bueno e incrementa la tensión arterial por lo que también favorece la formación de la placa de ateroma, aumentando el riesgo de tener un ictus.

Consumo excesivo de alcohol

El consumo excesivo de alcohol incrementa el riesgo de infarto y hemorragia cerebral por aumento de la tensión arterial y otros mecanismos.

Obesidad

También esta asociada a riesgo de ictus sobre todo porque estas personas frecuentemente son más hipertensas, diabéticas o tienen el colesterol elevado.

Sedentarismo o inactividad física

Disminuye el colesterol unido a HDL (bueno) y favorece la obesidad.

¿Cómo prevenir un ictus?

La mejor manera de prevenir el ictus es el control y tratamiento, en caso necesario, de las enfermedades o hábitos que nos hacen candidatos a tener un ictus. Estas situaciones de riesgo pueden dar pocos síntomas por lo que a partir de los 45 años, debemos estar alertas y acudir a nuestro médico para detectarlas. Hay que recordar que cuando se tienen varias enfermedades el riesgo de ictus es mayor.

Es frecuente escuchar a personas con factores de riesgo: "yo me encuentro bien ¿para que voy a ir al médico o tomar pastillas?". Se debe recordar a esta persona que es un firme candidato a tener un ictus.

A continuación se dan recomendaciones generales de que se puede hacer, pero no olvide que es su médico quien debe controlar y tratar su enfermedad y que cada paciente tiene un control y tratamiento concreto.

CONTROLE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Recuerde que para el diagnóstico se precisa varias mediciones y que la tensión arterial varía a lo largo del día y por diversas circunstancias como: comidas, alcohol, tabaco, postura, café, etc. Es importante saber que la hipertensión arterial no da ningún tipo de síntoma, y por supuesto no duele, por lo que se puede ser hipertenso sin saberlo. A partir de los 45 años es conveniente medirse la tensión arterial al menos una vez al año.

En general, la hipertensión arterial (cifras mayores de 140 mmHg de presión sistólica o "máxima" o cifras mayores de 90 mmHg de presión diastólica o "mínima") no se cura, por tanto el tratamiento es para toda la vida. Se debe abandonar el tabaco, moderar el consumo de alcohol, no añadir sal a las comidas, hacer ejercicio moderado y bajar peso si tiene sobrepeso y utilizar dietas sanas. A veces, con estas medidas es suficiente, pero su médico le indicará el tratamiento más adecuado. Muchas veces es necesario el uso de fármacos para mantener la tensión en niveles normales y prevenir el daño arterial y sus repercusiones a largo plazo en cerebro, corazón o riñón, antes de que el daño se produzca.

ARRITMIAS CARDIACAS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

El riesgo de tener un ictus por estas causas depende de la edad y otras enfermedades de riesgo asociadas. Además del tratamiento que deba seguir por su enfermedad, su médico o cardiólogo le podrá recetar, si lo considera fármacos antiagregantes o anticoagulantes para evitar que se formen coágulos que conduzcan a un ictus embólico.

CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS

La diabetes asocia frecuentemente otras situaciones de riesgo como es el colesterol elevado, la obesidad y la hipertensión. Se precisa la utilización de dietas para diabéticos que además sea baja en colesterol. También se contemplará el tratamiento con insulina o antidiabéticos orales, cuando sea preciso, y en caso de asociar hipertensión los niveles de tensión arterial a alcanzar serían menores a 130/ 85 mmHg.

COLESTEROL (DISLIPEMIA)

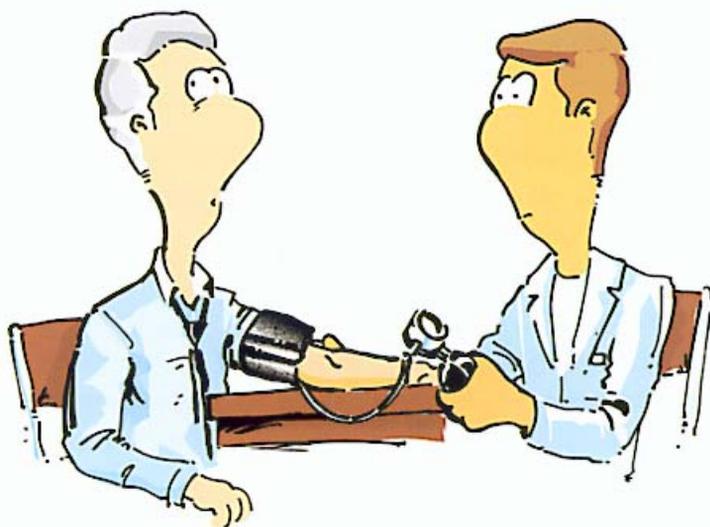
Los niveles deseables de colesterol son variables y dependen también de los niveles de HDL- Colesterol (bueno) y LDL-colesterol (colesterol malo), de la edad y de otras enfermedades de riesgo asociadas. **Como norma general los niveles de colesterol deben ser menores de 240 mg/dl y con alto riesgo vascular menor de 200 mg/dl.**

El control se basa en dietas bajas en colesterol, evitando grasas saturadas (carnes grasas, leche y productos lácteos enteros, helados, pastelería industrial y aperitivos industriales etc) y, en caso necesario, fármacos como las estatinas.

HÁBITOS NOCIVOS, DIETA Y EJERCICIO

Tabaquismo

Recuerde que si deja de fumar en tres años el riesgo de ictus es el mismo que si nunca hubiese fumado, por lo que nunca es tarde. Para



dejar el hábito tiene que hacerlo de forma radical. Su médico le puede aconsejar sobre sustitutos de nicotina y otros fármacos.

Alcohol

El consumo excesivo de alcohol es claramente perjudicial, no sólo para el riesgo de tener un ictus. En personas no bebedoras se puede recomendar uno o dos vasos de vino al día, pero recuerde: ni uno más.

Obesidad, dieta y ejercicio

La obesidad, en general, es debida a que consumimos más calorías de la necesarias y hacemos una vida sedentaria. Nuestros cambios en las costumbres alimenticias consumiendo más grasas malas (saturadas) y comida basura, nos puede costar muy caro.

Una dieta equilibrada como la *dieta mediterránea* basada en el consumo frecuente de verduras, legumbres, frutas, aceite de oliva y pescado es la que debemos mantener.

El ejercicio de intensidad baja o moderada como andar, correr o nadar realizado de manera progresiva hasta 30 a 60 minutos diarios, que evite el sedentarismo es muy beneficioso.

¿Después del Ictus?

Después de haber sufrido un ictus los objetivos principales son la prevención de nuevos ictus (recurrencias) y conseguir la máxima rehabilitación funcional de las secuelas.

Ya durante la hospitalización se deben iniciar las medidas destinadas a reducir el riesgo de recurrencias. Este conjunto de acciones se denomina **prevención secundaria** y abarca tanto a los medicamentos como a los cambios en el estilo de vida del paciente. Es importante recalcar que estas medidas tienen poca repercusión sobre las secuelas del ictus previo.

Tan importante como el cumplimiento estricto de la medicación es corregir los **factores de riesgo**. Para ello se aconseja el **abandono del tabaco, la pérdida de peso en caso de obesidad, el ejercicio físico moderado pero regular, una dieta adecuada, y el control periódico de la presión arterial, diabetes y niveles de colesterol.**

La **hipertensión arterial** es el principal factor de riesgo para el ictus. Por ello, es importante reducir la ingesta de sal en las comidas, controlarse la presión arterial periódicamente y tomar la medicación que le prescriba su médico. La reducción de peso puede ayudar a controlar las cifras de presión arterial. La **obesidad** es además un mal aliado de la recuperación funcional de las secuelas motoras y del equilibrio en los pacientes que han sufrido un ictus. Si es **diabético**, es imprescindible seguir una dieta, controlarse regularmente las cifras de glucemia y seguir las pautas de tratamiento recomendadas por su médico. Las cifras elevadas de **colesterol** aumentan el riesgo de infarto de miocardio en pacientes con ictus. El control del colesterol debe iniciarse por el control dietético y si no se consigue habrá que añadir un tratamiento farmacológico, como por ejemplo las estatinas. No sirve de nada tomar medicación si no se complementa con una dieta correcta. El **ejercicio físico moderado y regular** ayuda a controlar la presión arterial, así como las cifras de glucosa y colesterol. Además, favorece la recuperación de las secuelas, complementándose con los programas de rehabilitación.



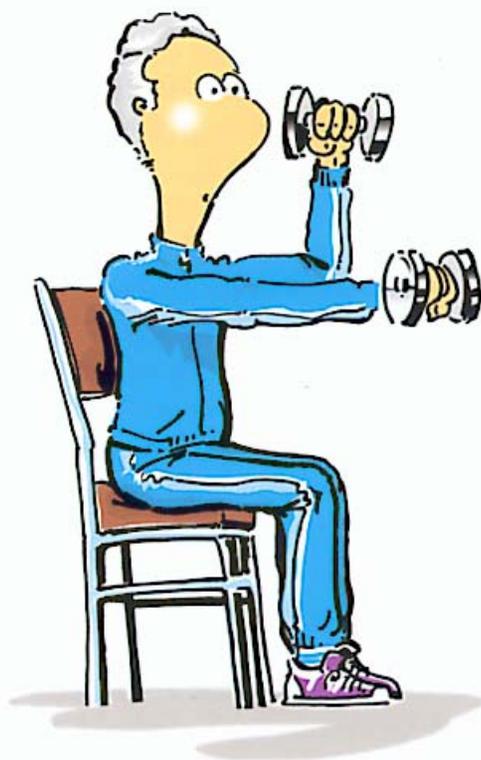
La **dieta** es una medida de prevención eficaz, económica y sin efectos secundarios. Se recomienda la reducción de grasas saturadas, la reducción de sal y el aumento de alimentos ricos en fibra, legumbres, frutas y verduras. Se deben evitar o limitar mucho el uso de carnes grasas, salchichas, charcutería, productos ahumados y en conserva, leche entera o condensada, huevos, repostería, mayonesa, mantequilla o chocolate. Sólo está permitido uno o dos vasos de vino tinto al día, salvo que su médico le indique lo contrario. Es importante que la dieta sea variada y que mantenga los gustos y preferencias del paciente, pues de lo contrario se abandona con facilidad. Existen libros de recetas de cocina especialmente dedicados a pacientes con factores de riesgo vascular, para que la cocina sea atractiva.

Otras medidas de prevención son las farmacológicas y las quirúrgicas. En la prevención de nuevos ictus se utilizan principalmente los **antiagregantes plaquetarios**, que reducen el riesgo de presentar nuevos ictus, pero también de padecer infarto de miocardio. Esta eficacia se ha demostrado con la aspirina, la combinación de aspirina y dipiridamol, la ticlo-

pidina y el clopidogrel. Los anticoagulantes orales (sintrom, aldocumar) impiden sobre todo la formación de coágulos, especialmente en el corazón. El empleo de uno u otro grupo de fármacos depende del origen del ictus previo. Los **anticoagulantes** se utilizan, en general, en aquellos pacientes con enfermedades cardíacas con alto riesgo de producir embolias o en aquellos con anomalías de la coagulación; mientras que si el origen del ictus es por un problema restringido a las arterias se recomiendan los antiagregantes.

En cualquier caso la indicación de uno u otro tratamiento debe tener en cuenta los beneficios, pero también la posibilidad de efectos secundarios. Por ejemplo, los anticoagulantes pueden producir hemorragias. Por ello, se ha de tener cuidado con las caídas y golpes, especialmente en la cabeza.

Ante cualquier hemorragia, por mínima que sea, debe consultar a su médico. No permita que le retiren una medicación de estas características sin consultarlo con su neurólogo. Antes de iniciar un medicamento nuevo debe consultarlo a su médico. Es importante cumplir con los controles de anticoagulantes así como tomar la dosis que se le indica de



forma estricta. No se debe acumular la dosis al día siguiente si un día se olvida su toma.

En ciertos casos, como los ictus producidos por obstrucciones o estrechamientos arteriales por acúmulos de colesterol (placa de ateroma) superiores al 70%, se puede realizar una limpieza de este material mediante una operación denominada **endarterectomía** de la arteria carótida. Es importante saber que no todos los pacientes son candidatos quirúrgicos sino que deben cumplir unos criterios de selección.

Al mismo tiempo que se consiguen estas medidas de prevención secundaria se debe informar al paciente y a sus familiares sobre los objetivos y beneficios de la rehabilitación.

La **rehabilitación** es una de las partes más importantes del tratamiento. Debe iniciarse en las fases más precoces tan pronto como la situación médica del paciente lo permita, implicando en la medida de lo posible a los familiares. La intensidad y duración de la rehabilitación depende de la gravedad del ictus. Se recomienda en todos los pacientes que tuviesen previamente una vida autónoma. Por el contrario, no debe ser muy agresiva por su escaso beneficio, en pacientes con secuelas graves. No obstante, en estos casos, la movilización pasiva de las extremidades afectadas así como los cambios posturales periódicos previenen complicaciones como contracturas, úlceras por presión sobre zonas de apoyo, hombro doloroso. Es importante aclarar estos términos durante la fase aguda del ictus para que no existan falsas esperanzas.

Para evitar frustraciones es necesario informar a la familia que los programas de rehabilitación no pueden en la mayoría de los casos dejar al paciente como si no hubiese ocurrido nada. El objetivo es conseguir que el paciente tenga una máxima adaptación en las actividades de su vida diaria. Es importante, por tanto, complementar las actividades de recuperación motora con las de terapia física y ocupacional. Con la ayuda de estos programas, en general, la mitad de los pacientes no

necesitan ayuda para las actividades de la vida cotidiana y un tercio de los pacientes vuelve a su trabajo anterior.

La rehabilitación debe ocuparse de áreas diversas como los problemas motores, del lenguaje, del equilibrio o de la percepción.

El éxito de la rehabilitación depende de un inicio precoz, de la colaboración del paciente y de una buena coordinación entre el equipo sanitario. Los primeros 3-6 meses son fundamentales en la recuperación de las secuelas sobre todo de tipo motor, más allá de los seis meses no es útil. El lenguaje y el equilibrio pueden continuar mejorando hasta transcurridos dos años después del ictus.



Las alteraciones emocionales son frecuentes en pacientes que han sufrido un ictus y la rehabilitación contribuye a que el paciente recupere su autoestima y no caiga en un estado depresivo que impida su recuperación. En algunos casos se puede indicar un tratamiento antidepresivo coadyuvante. Es necesario informar a los familiares de que la convivencia puede resultar en algunos casos complicada y que no deben desanimarse. Es imprescindible que el trabajo con el paciente sea continuado y constante ya que tras los primeros seis meses es frecuente la fatiga y los esfuerzos disminuyen, por lo que se recomienda un reparto de las responsabilidades y tareas a realizar.

Una situación frecuente y de difícil manejo por parte de los familiares son las alteraciones del lenguaje. Se recomienda hablar a la persona con palabras claras, sencillas, con buena vocalización y entonación. Si la comprensión es buena y el paciente no puede hablar, se pueden utilizar dibujos y lenguaje gráfico. No interrumpir al paciente cuando intente hablar, darle tiempo y remarcar que no se ponga nervioso, darle ánimos y sobre todo prestarle gran atención. El aspecto emocional del lenguaje es básico en la recuperación del mismo. De lo contrario, el paciente puede llegar a un estado de mutismo debido más a un decaimiento anímico que a una discapacidad.

Finalmente, el fin último de todo paciente con ictus es una máxima readaptación personal al entorno social. Se recomienda que el paciente esté involucrado en la medida de lo posible en las actividades sociales familiares, procurándole atención, distracción y fomentando la realización de tareas para que se sienta útil dentro de la unidad familiar. Es importante que el paciente perciba que no es una carga para la familia sino que puede realizar tareas aunque sean de poca relevancia.

Otras publicaciones

Después del Ictus. Guía práctica para el paciente y sus Cuidadores. Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. 1997

Agradecimiento

Al grupo **Sanofi-Synthelabo** el apoyo en la publicación de este libro y su constante esfuerzo de apoyo al GEECV-SEN.



sanofi~synthelabo