



13 JUN 11 | Diagnóstico y tratamiento

## **Accidente cerebral isquémico agudo y accidente cerebral isquémico transitorio**

Actualización sobre el diagnóstico y tratamiento de los ahora llamados ataques cerebrales.

Dres. K S McArthur, T J Quinn, J Dawson, M R Walters

[BMJ 2011;342:d1938](#)

La atención de las personas con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico agudo ha mejorado notablemente en los últimos años. Tanto el ACV como el accidente isquémico transitorio (AIT) son ahora reconocidos como emergencias médicas que deben ser tratadas con la misma urgencia que el infarto de miocardio. El tratamiento actual mediante trombólisis ha tenido una gran difusión, respaldado por pruebas sólidas. La rapidez y el reconocimiento preciso de la isquemia cerebral, el tratamiento inmediato y la remisión a los servicios especializados pueden reducir el riesgo de otros eventos. Aunque el escepticismo terapéutico ha sido sustituido por un cauto optimismo, el ACV sigue siendo una causa importante de muerte y discapacidad, siendo aún necesario mejorar los servicios para su atención. Se estima que en Inglaterra existen 900.000 supervivientes de ACV, la mitad de los cuales depende de otros para su cuidado con un costo estimado de £8 mil millones por año (alrededor de €9 mil millones). Esta carga aumentará a medida que cambie la demografía de la población.

En este trabajo se revisan los datos para el diagnóstico y el tratamiento de la isquemia cerebral aguda, sobre la base de la evidencia surgida de la investigación (en particular, ensayos clínicos aleatorizados multicéntricos), datos del registro, revisiones sistemáticas y metaanálisis, con especial atención en las guías clínicas nacionales e internacionales.

### **¿Qué es un evento cerebrovascular agudo?**

La Organización Mundial de la Salud define el ACV como la aparición súbita de signos neurológicos focales, de presunto origen vascular, que dura más de 24 horas o causa la muerte. Puede ser además clasificado como isquémico, debido a la interrupción del suministro de sangre, o hemorrágico, debido a la ruptura de una arteria cerebral. En la actualidad, el término ACV es menos aceptado porque no hay nada "accidental" en la enfermedad cerebrovascular. Si se considera que el ACV es una emergencia médica, parece más apropiado el término "ataque cerebral." Los síntomas del AIT son similares a los del ACV, pero duran menos de 24 horas. En efecto, una evento isquémico "transitorio" verdadero, sin infarto cerebral, suele manifestarse como un conjunto de síntomas que duran solo unos minutos. Los eventos más prolongados se asocian con infarto y despiertan la sospecha de "ACV", y para reflejar esto, las definiciones deben ser modificadas.

Se han propuesto varios sistemas de clasificación clínica, radiológica y anatomopatológica. La clasificación clínica de Oxford es de uso frecuente por la simplicidad de su aplicación, siendo además de valor pronóstico. Se describen cuatro subtipos de ACV: ACV total de la circulación anterior; ACV parcial de la circulación , infarto lacunar y ACV de la circulación posterior.

#### **Sistema Oxford de clasificación del ACV**

##### ***ACV total de la circulación anterior***

Son tres:

- Déficit sensorial o motor contralateral
- Hemianopsia homónima

- Disfunción cortical superior\*

#### ***ACV parcial de la circulación anterior***

Son dos:

- Déficit sensorial o motor contralateral
- Hemianopsia homónima
- Disfunción cortical mayor

#### ***ACV de la circulación posterior***

- Hemianopsia homónima aislada
- Signos del tronco encefálico
- Ataxia cerebelosa

#### ***Ictus lacunar***

- Déficit motor puro
- Déficit sensitivo puro
- Déficit sensitivomotor

\* La disfunción cortical superior incluye la disfasia /alteración visioespacial.

Una vez confirmada la causa isquémica, la nomenclatura puede ser modificada para otorgar mayor especificidad, por ejemplo, infarto parcial de la circulación anterior. En general, en la mayoría de los eventos isquémicos cerebrales, la causa subyacente es el cardioembolismo o la enfermedad aterosclerótica arterial, que puede causar trombosis in situ o embolia distal. Otras causas son mucho más raras. Las causas más comunes de la embolia cardíaca son la fibrilación auricular, el trombo mural y las valvulopatías; afectan habitualmente al territorio de las arterias intracerebrales grandes, en particular la arteria cerebral media. La enfermedad aterosclerótica afecta típicamente a la arteria carótida interna extracraneana, pero también a las arterias vertebral y basilar. El infarto lacunar se produce por la oclusión de las arterias perforantes profundas provenientes de la circulación anterior y posterior, las que irrigan la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales y del tronco cerebral.

### **¿Es un evento cerebrovascular agudo?**

#### **Diagnóstico clínico**

Es importante distinguir rápidamente al ACV de las numerosas condiciones que se le asemejan. Al menos el 30% de los 350 cuadros consecutivos con sospecha de ACV atendidos en un hospital universitario no dio lugar a un diagnóstico. Esta distinción es importante para permitir el tratamiento precoz basado en la evidencia y la pronta derivación del paciente al equipo correspondiente. Puede ser útil tener en cuenta la definición de ACV de "inicio repentino", foco neurológico y sospecha de origen vascular". Por lo tanto, para los pacientes con un comienzo gradual de los síntomas y que no tienen síntomas focales (por ej., aquellos que han perdido el conocimiento), o que tienen antecedentes que sugieren una base no vascular (convulsiones, migraña), probablemente se pueda descartar el ACV, aunque con algunas excepciones.

Para facilitar el diagnóstico, se puede hacer una evaluación formal basada en estos principios sencillos. Los autores exponen dos herramientas de uso común en la práctica habitual: el Face Arm Speech Test (FAST) (Prueba del habla, brazo y cara), la cual es adecuada para ser utilizada por el público en general y tiene un valor predictivo positivo de ACV del 78% y, la escala ROSIER, diseñada para ser utilizada en las urgencias y puede ser realizada en menos de 5 minutos. Para el diagnóstico del AIT existen otras herramientas, pero aún no han sido ampliamente adoptadas.

#### **Imágenes**

Las imágenes del cerebro ayudan a confirmar el diagnóstico, identificar las causas e iniciar el tratamiento basado en la evidencia. La tomografía computarizada (TC) sin contraste sigue siendo útil, sobre todo para excluir la hemorragia intracerebral y otras condiciones como las metástasis. Sin embargo, en los primeros estadios del ACV, la sensibilidad para detectar la isquemia es baja y hasta que no han transcurrido varios días es difícil distinguir entre el ACV hemorrágico y el isquémico. Las técnicas de TC más modernas como la TC por perfusión y la angiografía tomográfica permiten seleccionar mejor a los pacientes destinados al tratamiento agudo. En la actualidad, la técnica de elección es la resonancia magnética (RM). En un estudio de 217 pacientes con ACV agudo sometidos a TC sin contraste y RM para la detección precoz de la isquemia, la TC tuvo una sensibilidad del 26% y la RM del 83%. Por otra parte, no se ha comprobado que la RM pueda fallar en la detección de hemorragia intracerebral o sea impracticable en las emergencias.

Para los pacientes con ACV de la circulación anterior se requieren imágenes de la carótida extracraneana. Se ha comprobado que la endarterectomía carotídea es útil por los ACV isquémicos con estenosis carotídea moderada ipsilateral (?). Este procedimiento debe ser realizado tempranamente, pero requiere más debate en el futuro. La ecografía carotídea dúplex es bien tolerada y no invasiva pero tiene una gran variabilidad operador dependiente. Previo a la intervención quirúrgica, la mayoría de los equipos quirúrgicos necesitan imágenes demostrativas, sobre todo la angiografía por TC o RM, y muchos centros especializados la utilizan como método de elección.

#### **Frecuencia de las condiciones comunes que simulan un ACV**

Convulsiones 21%  
 Sepsis 13%  
 Tóxicas/metabólicas 11%  
 Lesión ocupante de espacio 9%  
 Deliro 7%  
 Vestibular 7%  
 Mononeuropatía 6%  
 Funcional 6%  
 Demencia 4%  
 Migraña 3%  
 Lesión de la médula espinal 3%  
 Otras 3%

#### **Propiedades clinométricas de las herramientas que ayudan al reconocimiento y diagnóstico del ACV**

##### **♣ ROSIER (Reconocimiento del ACV en la Sala de Emergencias)**

¿Pérdida de la conciencia o síncope? Si: -1♣ punto.

¿Convulsiones? Si: -1 punto.♣

Comienzo agudo♣ nuevo:

¿Parálisis facial asimétrica? Sí: + 1 punto♣

¿Parálisis braquial♣ asimétrica Sí: + 1 punto

¿Trastornos del habla? Sí: + 1♣ punto

¿Defectos del campo visual? Sí: + 1 punto♣

Total -2 a♣ +5

Posible ACV si el puntaje es♣ >0 en ausencia de hipoglucemia

Sensibilidad para el diagnóstico de ACV 82%♣

Especificidad♣ para el diagnóstico de ACV 42%

**♣Escala FAST**

¿Asimetría facial? Sí: + 1 ♣ punto

Parálisis del brazo (o la pierna)? Sí: + 1 punto ♣

Trastornos del ♣ habla? Sí: + 1 punto

Total 0 a 3 ♣

Sospecha de ACV si el puntaje es ♣ &gt;0

Sensibilidad para el diagnóstico de ACV 82% ♣

Especificidad para ♣ el diagnóstico de ACV 37%

Por comparación, el diagnóstico de ACV la primera impresión del equipo clínico tiene una sensibilidad del 77% y una especificidad del 58%.

**Otras investigaciones**

Las anomalías electrocardiográficas pueden indicar el origen cardíaco del trombo. Siempre que las imágenes del cerebro y la presentación clínica hagan sospechar un ACV embólico, y los hallazgos clínicos revelen una enfermedad cardíaca, se requieren imágenes del corazón y una telemetría más detallada. No se justifica la pesquisa rutinaria de vasculitides o trombofilia.

**¿Cómo se sospecha el AIT?**

En todos los pacientes con síntomas, aunque sean leves, se debe sospechar un ACV y deben ser transferidos con urgencia al hospital. Si los síntomas desaparecen antes de que el traslado se lleve a cabo, el mismo puede ser suspendido pero hay que hacer una evaluación rápida e iniciar prontamente el tratamiento del AIT.

Inmediatamente después del AIT existe un riesgo importante de ACV, cuya magnitud es mayor y su momento de aparición más corto de lo que antes se aceptaba. Una revisión sistemática reciente informó un riesgo de ACV a los 7 días después del AIT del 5,2%.

Para evaluar mejor el riesgo individual existen puntajes de estratificación sencillos. El más comúnmente utilizado (y mejor validado) es el ABCD, el cual calcula el riesgo de recurrencia a los 2 días, desde el 1% para los pacientes con "riesgo bajo" hasta el 8,1% para los pacientes con "riesgo elevado".

| Puntaje ABCD y riesgo de ACV       |              |               |        |
|------------------------------------|--------------|---------------|--------|
|                                    | Puntaje ABCD | Riesgo de ACV |        |
|                                    |              | 2 días        | 7 días |
| <b>Características</b>             |              |               |        |
| Edad ≥ 60 años                     | 1 punto      | -             | -      |
| Presión arterial ≥ 140/90 mmHg     | 1 punto      | -             | -      |
| <b>Cuadro clínico</b>              |              |               |        |
| Debilidad focal                    | 2 puntos     | -             | -      |
| Trastornos del habla sin debilidad | 1 punto      | -             | -      |
| Duración                           |              | -             | -      |
| > 60 minutos                       | 2 puntos     | -             | -      |
| 1-59 minutos                       | 1 punto      | -             | -      |
| Diabetes                           | 1 punto      | -             | -      |
| <b>Puntaje ABCD total</b>          |              |               |        |
| Riesgo bajo                        | < 4 puntos   | 1%            | 1,2%   |
| Riesgo moderado                    | 4-5 puntos   | 4,1%          | 5,9%   |

|                |            |      |       |
|----------------|------------|------|-------|
| Riesgo elevado | > 5 puntos | 8,1% | 11,7% |
|----------------|------------|------|-------|

El puntaje ABCD se utiliza en el Reino Unido y muchos centros ofrecen la evaluación el mismo día de producido el ACV en pacientes de riesgo más elevado. Este puntaje también tiene utilidad diagnóstica.

El hecho de que haya mayor riesgo inmediatamente después del AIT indica que la evaluación debe realizarse el mismo día, aunque después la derivación y los estudios varíen según las disponibilidades locales. Las guías del Reino Unido (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] y Scottish Intercollegiate Guidelines Network) indican comenzar el tratamiento antiplaquetario en todos los pacientes (300 mg de aspirina) y derivarlo con urgencia al especialista. El NICE recomienda que los pacientes con puntajes ABCD >4 sean evaluados dentro de las 24 horas.

En Oxford, Reino Unido, el importante estudio EXPRESS compara los cuadros de ACV antes y después de cambiar el manejo estándar a la derivación para la evaluación inmediata y completa del AIT. Se demostró que a los 90 días la recurrencia del ACV disminuyó el 80%, sin eventos adversos. Aunque los autores informan que extrapolaron cautelosamente estos resultados de un solo centro, hacen notar que si los resultados fueran replicados en todos los centros de ACV del Reino Unido se podrían evitar 10.000 ACV anuales.

### **¿Cómo se manejan los pacientes con sospecha de ACV o AIT en los centros especializados?**

El objetivo de la evaluación especializada del ACV es confirmar el diagnóstico de ACV, identificar las causas e iniciar el tratamiento precoz basado en la evidencia. Se deben tomar las imágenes cerebrales sin dilación para distinguir el ACV isquémico del hemorrágico. Aun cuando el paciente no tenga indicación de trombólisis, la realización de imágenes dentro de las 24 horas (idealmente, lo antes posible) es la estrategia de mejor relación costo eficacia. La necesidad de las imágenes en el AIT es más contradictoria. “En nuestra unidad,” dicen los autores, “tomamos imágenes de todo paciente cuyos síntomas permanezcan más de 1 hora, antes de comenzar la prevención secundaria.

### **Pacientes con AIT**

Los tratamientos están destinados a prevenir futuros eventos y son similares a los tratamientos secundarios aplicados a los pacientes después del ACV agudo. En aquellos con fibrilación auricular o trombo mural, están indicados los anticoagulantes. Los fármacos antiplaquetarios o anticoagulantes pueden considerarse en todos los pacientes, como así el tratamiento antilipídico y antihipertensivo, la cirugía carotídea, el tratamiento de la diabetes y el consejo alimentario, del estilo de vida y la cesación de fumar. Una investigación reciente ha comprobado beneficios potenciales de la administración precoz de antiplaquetarios, estatinas y antihipertensivos. La marcada reducción del ACV observada en el estudio EXPRESS puede haber motivado la pronta adopción de estos tratamientos. Si bien los autores están esperando los resultados de los estudios en curso, los datos que están surgiendo indican que es posible que la prescripción “aguda” de antihipertensivos no brinde ningún beneficio clínico.

### **Pacientes con ACV isquémico agudo**

Durante las primeras horas o días, el tratamiento del ACV isquémico agudo incluye la internación en una unidad especializada, la administración intravenosa del activador del plasminógeno tisular (rt-PA); agentes antiplaquetarios y descompresión quirúrgica del edema cerebral masivo.

### **Aspirina**

Una revisión sistemática de los antiplaquetarios después del ACV isquémico (n = 43) demostró

que al final del seguimiento hubo 13 muertes menos por cada 1.000 pacientes tratados agudamente con aspirina (160-300 mg), un efecto modesto pero importante a nivel poblacional. Las guías del Reino Unido recomiendan que los pacientes con ACV isquémico agudo reciban 300 mg/día de aspirina durante 2 semanas, seguido de una estrategia antiplaquetaria preventiva a largo plazo. La aspirina debe ser suspendida 24 horas después de la trombólisis. Si el paciente tiene dificultad para tragar al grado de rechazar la administración, se utilizan preparaciones por vía rectal. En los pacientes que no pueden tomar aspirina, existe la alternativa del clopidogrel. No hay evidencia que avale el uso precoz de anticoagulantes como tratamiento del ACV isquémico agudo.

## Trombólisis

El rt-PA actúa si se administra dentro de las 4,5 horas del ACV isquémico agudo en pacientes seleccionados. En Europa, el rt-PA está aprobado para el tratamiento de del ACV isquémico agudo dentro de las 3 horas del comenzados los síntomas, pero muchos centros lo administran hasta las 4,5 horas, basados en la evidencia. Los beneficios del rt-PA son la reducción de la discapacidad a largo plazo pero sin mejorar la supervivencia o brindar mejoría inmediata en caso de deterioro neurológico (aunque se ha observado en casos aislados). Dos metaanálisis recientes de trabajos sobre trombólisis mayor (n = 277.521 y n = 3670) han demostrado un beneficio manifiesto de la trombólisis, obteniéndose mejores resultados cuando el tratamiento se instituye precozmente. En el análisis más importante sobre el riesgo relativo de un resultado favorable por la administración del rt-PA fue 2,55 dentro de los 0-90 minutos; 1,64 dentro de los 91-180 minutos; 1,34 dentro de los 181-270 minutos y 1,22 dentro de los 271-360 minutos a favor del grupo rt-PA. Las investigaciones han mostrado que las tasas de mortalidad a los 3 meses son equivalentes al placebo.

El escaso tiempo que hay para la administración del tratamiento trombolítico es la principal barrera para el tratamiento. La relación riesgo beneficio más allá de las 4,5 horas no ha quedado bien establecida y se esperan los resultados de estudios en curso. Los pacientes >80 años fueron excluidos de la mayoría de los estudios clínicos. Los datos de estudios de observación no aleatorizados indican que esta relación riesgo beneficio es similar a la de otros pacientes y muchos centros utilizarán la trombólisis para los pacientes de edad avanzada. Sin embargo, faltan datos de estudios aleatorizados y los autores esperan los resultados del tercer estudio internacional de ACV. Muchos médicos temen la aparición iatrogénica de hemorragia intracerebral después de la trombólisis, existiendo guías para seleccionar a los pacientes y minimizar este riesgo.

| Contraindicaciones para el uso del rt-PA en el ACV agudo  |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Contraindicaciones generales para cualquier uso del rt-PA | Contraindicaciones específicas rt-PA a utilizar en el ACV isquémico |
| Hemorragia grave en los últimos 6 meses                   | Evidencia de hemorragia intracraneana                               |
| Diátesis hemorrágica conocida                             | Comienzo de los síntomas >4,5 horas                                 |
| Anticoagulantes orales (RIN >1,4)                         | Momento del comienzo poco claro                                     |
| Antecedentes de hemorragia intracraneana                  | Edad <18 años o >80 años                                            |
| Reanimación cardiopulmonar reciente (<10 días)            | ACV moderado (NIHSS <5) o mejoría rápida                            |
| Endocarditis bacteriana o pericarditis                    | ACV moderado (NIHSS >25 o imágenes)                                 |
| Pancreatitis aguda                                        | Convulsiones al comienzo del ACV                                    |
| Enfermedad ulcerosa péptica                               | Síntomas de hemorragia                                              |

|                                                                                                                        |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| reciente (<3 meses)                                                                                                    | subaracnoidea                                      |
| Neoplasia con riesgo de sangrado                                                                                       | Recuento de plaquetas <10 x 10 <sup>6</sup> /l     |
| Punción reciente de un vaso no compresible                                                                             | Heparina en las últimas 48 hs con aumento del PTT  |
| Cirugía mayor o trauma (<3 meses)                                                                                      | ACV previo dentro de los últimos 3 meses           |
| Enfermedad hepática grave                                                                                              | ACV previo y diabetes concomitante                 |
| Parto reciente                                                                                                         | Presión sistólica >185 mmHg o diastólica >110 mmHg |
| RIN: Relación internacional normalizada; NIHSS: National Institute of Health Stroke Scale; PTT: tiempo de protrombina; |                                                    |

La adquisición de mayor experiencia ha hecho que algunas contraindicaciones de trombólisis con rt-PA que antes eran absolutas ahora hayan pasado a ser relativas. Debido a que éste es el panorama que se presenta, los autores recomiendan referir a todos los pacientes con cuadros sospechosos de ACV hiperagudos al equipo especializado, a menos que exista una discapacidad premórbida importante. Como el beneficio del rt-PA es la reducción de la discapacidad, este enfoque no es de uso sistemático en pacientes cuya función ya está deteriorada.

El registro de la práctica clínica del estudio Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring (SITS-MOST) fue realizado bajo los términos de la licencia europea para el uso del rt-PA y ha ayudado a atenuar algunos problemas acerca de su potencial para producir hemorragia intracerebral iatrogénica. En los 285 centros europeos (6.483 pacientes), las tasas de “buen” resultado (independencia) fueron comparables o mejoraron, comparadas con las halladas en los trabajos clínicos, y también las tasas de transformación hemorrágica. Se destaca que los resultados fueron similares, a pesar de los diferentes niveles de experiencia entre los centros. La implementación de un servicio de trombólisis completo demanda una inversión económica y modificaciones estructurales importantes. Si bien existe aprobación por parte de los objetivos y las normas nacionales, la disparidad geográfica en la disponibilidad y el uso de rt-PA son evidentes dentro del Reino Unido e internacionalmente. En una era en la que el control financiero va en aumento es tranquilizador que los datos económicos (limitados) sobre el uso del rt-PA sugieran un beneficio en el costo total, impulsado por la prevención de la discapacidad a largo plazo.

### **Intervención quirúrgica**

Al día siguiente de la oclusión de la carótida o de la arteria cerebral media puede producirse un edema “maligno” de un hemisferio cerebral infartado y aunque no es común, se asocia con una mortalidad muy elevada. No obstante, la intervención quirúrgica salva vidas y reduce la discapacidad en pacientes seleccionados <60 años. En este grupo, un metaanálisis de 3 estudios aleatorizados y controlados mostró la superioridad de la craneotomía quirúrgica comparada con el tratamiento médico. La reducción de la mortalidad a expensas de la discapacidad importante sigue siendo una posibilidad y se requieren más datos para mejorar urgentemente la selección de pacientes para la cirugía.

### **Control fisiológico y otros tratamientos**

La falla de los mecanismos homeostáticos durante la fase aguda del ACV es frecuente y es muy importante derivar al paciente al especialista. Sin embargo, falta evidencia que permita adoptar medidas para “corregir” el desequilibrio fisiológico; incluso las intervenciones simples como la hidratación y la oxígeno terapia no brindan un beneficio probado y están siendo investigadas. La



observación regular del nivel de conciencia es útil como así las modificaciones en el puntaje de la escala de coma de Glasgow, porque pueden anunciar complicaciones potencialmente tratables, como el edema cerebral o la hemorragia.

La función del control de la presión arterial en la fase inmediatamente posterior al ACV es incierta. La hipertensión arterial se encuentra en el 80% de los pacientes después de un ACV agudo y se asocia a una mala evolución. El estudio ACCESO mostró que el uso precoz de los bloqueantes de los receptores de angiotensina es seguro en el ACV agudo isquémico, pero la reciente publicación de un ensayo más importante en fase III (el SCAST) sobre la eficacia no ha demostrado ningún beneficio y, por el contrario, sostiene que existe mayor peligro. La disminución sistemática de la presión arterial no es recomendada en el Reino Unido ni por las guías internacionales. El tratamiento puede ser apropiado en determinadas circunstancias, tales como la encefalopatía hipertensiva o la disección aórtica, sin embargo, la norma sobre el uso del agente y el objetivo de presión arterial varía según la guía utilizada.

Un meta-análisis de estudios de observación mostró que la fase aguda del ACV conlleva un alto riesgo de infección, y la fiebre se asocia a un mal resultado, posiblemente debido a los efectos adversos de la producción de radicales libres o del metabolismo intracerebral. Pocos datos apoyan el uso de los antipiréticos y el enfriamiento pero no hay ningún ensayo aleatorizado con un poder adecuado que haya investigado sus beneficios. Se recomienda hacer el tratamiento estándar de la fiebre e iniciar enseguida la evaluación de la posible causa de sepsis subyacente.

La hiperglucemia también es común en la fase aguda del ACV isquémico, a menudo en ausencia de diabetes preexistente, la cual puede representar una respuesta de estrés. A pesar de su asociación con aumento de la mortalidad y mala evolución, un estudio importante controlado y aleatorizado de la reducción de glucemia en el ACV no mostró ningún beneficio de la infusión de la insulina, en comparación con el placebo, aunque algunos han argumentado que el estudio no tuvo suficiente poder para detectar un efecto verdadero. El descenso de la hiperglucemia (>198 mg/dl) con insulina sigue siendo utilizado en la práctica común para mantener la normoglucemia. El estudio NICE SUGAR comprobó que el tratamiento agresivo de la hiperglucemia en pacientes críticamente enfermos aumenta la mortalidad, pero dicho estudio no fue específico para pacientes con ACV, por lo que los autores sostienen que “debemos ser cautelosos en el uso de la insulina intravenosa en cualquier pacientes gravemente enfermo.”

### **Preguntas para las investigaciones futuras**

-¿Qué factores influyen en la decisión de un paciente para buscar ayuda médica después de un ACV o un AIT, y cómo podemos usar ésto para mejorar las tasas de presentación temprana?

-¿El médico que deriva al paciente debe iniciar la prevención secundaria antes de que el especialista evalúe el AIT?

-¿El cribado de la enfermedad cardioembólica tiene una buena relación costo eficacia?

-¿Cómo se puede mejorar el acceso a la trombólisis en las zonas alejadas o rurales?

-¿Qué tan segura y eficaz es la trombólisis en los pacientes ancianos o con antecedentes de ACV previo?

-¿Brinda un beneficio clínico la intervención para corregir el fallo fisiológico en los pacientes con ACV agudo?

#### **Consejos para no especialistas**

- La aparición súbita de síntomas



neurrológicos focales representan una emergencia médica y debe tratarse como tal.

- La elegibilidad de los tratamientos agudos está en constante evolución; consultar sobre cualquier paciente con sospecha de ictus agudo con el equipo local especializado.
- Un cambio repentino en la conciencia de un paciente con ictus agudo puede indicar una complicación tratable y requiere la investigación urgente.

♦ Traducción y resumen objetivo: **Dra. Marta Papponetti**. Esp. Medicina Interna.  
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=70585>