

23. ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO, ICTUS Y CONDUCCIÓN

ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT)

La causa más frecuente de AIT son los émbolos cerebrales originados por placas ateroscleróticas en las arterias carótidas o vertebrales, o la reducción brusca del flujo sanguíneo a través de las arterias con estenosis.

Síntomas

Los AIT aparecen súbitamente, duran entre 2 y 30 minutos o más, y luego ceden sin que queden secuelas neurológicas, con un nivel de conciencia intacto durante el episodio.

Cuando se afecta la arteria carótida, los síntomas suelen ser unilaterales, con ceguera homolateral, hemiparesia contralateral y frecuentes parestesias y disartria. La afasia indica la afectación del hemisferio dominante.

Cuando se afecta el sistema vertebrobasilar, puede haber confusión, vértigo, ceguera binocular o diplopía, y debilidad con parestesias de las extremidades, con posibilidad de caída al suelo. Puede aparecer disartria.

Los pacientes con isquemia cerebral transitoria tienen una probabilidad del 43% de sufrir otro accidente vascular en los siguientes diez años. El riesgo de un incidente vascular es superior poco tiempo después del accidente isquémico, alcanzando su punto más bajo a los tres años y elevándose gradualmente después de este momento.

Se deben realizar mejoras a largo plazo en la prevención secundaria de la enfermedad vascular en pacientes con isquemia cerebral transitoria.

Tratamiento

Está demostrado que las mejoras de tratamiento y el control de los factores de riesgo como HTA, diabetes, obesidad, hiperlipidemia y tabaquismo reducen la incidencia del infarto cerebral en un 40%.

La hipertensión arterial es el primer factor de riesgo para que se desencadene un ictus, por lo que los pacientes deben comer una dieta equilibrada con poca sal y cumplir sin interrupciones el tratamiento prescrito.

Se indican con frecuencia fármacos antiagregantes y anticoagulantes cuando hay riesgo de embolias. El abordaje quirúrgico o instrumental de la aterosclerosis carotídea tiene seleccionada su indicación.

El aumento de la población anciana haría pensar en un aumento de la incidencia de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento, incluido el infarto cerebral. Sin embargo, las mejoras en la prevención médica con el empleo de fármacos reductores de la presión sanguínea y el colesterol, las reducciones de las reacciones adversas relacionadas con estos medicamentos y la prevención quirúrgica del infarto han reducido el riesgo de isquemia cerebral en mayores de 60 años.

23. ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO, ICTUS Y CONDUCCIÓN

ICTUS EN EVOLUCIÓN Y ESTABLECIDO

Ictus en evolución se considera al infarto de tamaño creciente que se manifiesta por trastornos neurológicos, que aumentan en un periodo de 24-48 horas.

El ictus establecido agudo es el trastorno más frecuente, en que los síntomas se desarrollan rápidamente siendo máximos a los pocos minutos.

Síntomas

Las alteraciones neurológicas pueden empeorar en los días siguientes con posible disminución del nivel de conciencia. La mejoría ulterior es gradual durante días, semanas o meses, excepto en los infartos graves.

Lo más frecuente es que se afecte el territorio de la arteria cerebral media, provocando hemiplejía contralateral con hemianestesia y hemianopsia homónima. Se produce afasia si es el hemisferio dominante y apraxia si es el no dominante.

La oclusión completa de la arteria basilar produce generalmente oftalmoplejía, alteraciones pupilares, tetraparesia o tetraplejía y alteraciones del nivel de conciencia. A menudo, disartria, disfagia e inestabilidad emocional. Tiene mala evolución.

Pronóstico

El grado de recuperación neurológica final depende de la edad del paciente, el estado general de salud y de la localización y tamaño del infarto. La recuperación completa es poco frecuente, pero cuanto antes se inicia la mejoría, mejor es el pronóstico.

El deterioro del nivel de conciencia y mental, la afasia y los signos graves del tronco encefálico son de mal pronóstico.

Aproximadamente, la mitad de los pacientes con hemiplejía moderada o grave y la mayoría de los que tienen alteraciones motoras presentan recuperación funcional al ser dados de alta.

Finalmente, estos pacientes son capaces de atender por sí mismos sus necesidades básicas con un sensorio claro y caminando adecuadamente, aunque presenten alguna limitación en la extremidad afectada.

Cualquier alteración que persista después de seis meses es probable que sea permanente. La recidiva después del infarto cerebral es frecuente, empeorando más la secuela neurológica.

La edad poco avanzada, los trastornos sensitivos y motores aislados, la función mental intacta y el ambiente colaborador en el domicilio favorecen la buena rehabilitación. El paciente y los familiares deben comprender la naturaleza de la incapacidad.

La terapéutica física y ocupacional debe insistir en el empleo de las extremidades afectadas, para lograr la realización de las funciones básicas, incluida la conducción. A menudo son necesarias adaptaciones en el vehículo que permitan el adecuado control de los mandos.

Las variaciones del estado del ánimo pueden ser consecuencia del infarto o bien una reacción ante la situación. Los tranquilizantes y antidepresivos son útiles una vez que se ha estabilizado el estado del paciente.



23. ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO, ICTUS Y CONDUCCIÓN

Consejo sobre accidente isquémico transitorio (AIT)

- ▶ Se desaconseja la conducción a los pacientes que sufren AIT de repetición por riesgo de perder el control del vehículo. El problema surge cuando la población envejece y el primer episodio se manifiesta con las manos al volante.
- ▶ Si el tratamiento preventivo no es posible o efectivo, y los AIT suceden, no se puede conducir.
- ▶ No se aconseja conducir hasta que hayan transcurrido 6 meses del AIT, sin síntomas neurológicos, con informe médico del neurólogo que especifique que no hay secuelas, y con vigencias cortas del permiso de conducción.
- ▶ Los pacientes anticoagulados deben ser advertidos del mayor riesgo que tienen de sufrir hemorragias ante pequeños golpes, para que extremen la prudencia al volante.
- ▶ Los pacientes que a pesar del tratamiento médico presentan AIT tampoco pueden conducir.

Consejo sobre ictus en evolución y establecido

- ▶ En un gran número de pacientes se desaconseja la conducción después de un infarto cerebral, por las secuelas incapacitantes y permanentes.
- ▶ La terapia física y ocupacional debe insistir en el empleo de las extremidades afectadas, para lograr la realización de las funciones básicas, incluida la conducción.
- ▶ El paciente que mejora del infarto cerebral hasta la recuperación completa, situación poco frecuente, puede volver a conducir sin restricciones si su médico así lo indica.
- ▶ Las secuelas leves pueden permitir la conducción, pero para ello son necesarias adaptaciones en el vehículo que aseguren el adecuado control de los mandos.
- ▶ Los conductores con riesgo alto de recidiva del infarto cerebral no deben conducir.
- ▶ No se puede conducir hasta que la causa que originó el infarto cerebral esté diagnosticada y el tratamiento establecido y ajustado, aunque la recuperación haya sido completa y sin síntomas.

