ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON PATOLOGÍA VASCULAR CEREBRAL

Dr. Eduardo López-Arregui
Clínica Euskalduna. Bilbao.

"cambiando actitudes"

9º Congreso S.E.C. Sevilla.

PATOLOGÍA VASCULAR CEREBRAL

* HIPOXIA... ...ISQUEMIA... ...INFARTO
* HEMORRAGIA INTRACRANEAL
* ENFERMEDAD C-V HIPERTENSIVA
* ANOMALÍAS C-V (aneurismas y malformaciones)

* 200.000 **muertes anuales** en EE.UU.
* Mayor causa de **discapacidad**.

* Mujeres menores de 45 años, 4% del total.
* Mortalidad baja, 2%-5% de los ACV en esa edad.
* Morbilidad alta, 1/3 alguna discapacidad.

CEREBRO

* 2% peso corporal
* 15% gasto cardíaco
* 20% consumo total oxígeno
* Flujo intracerebral T.A.S. < 50 mmHg

* Flujo “0” **muerte cerebral** 4’ a 10’
* Flujo 16 mL/min **infarto** 60’
* Flujo 20 mL/min **isquemia** ... ...

DAÑO ISQUÉMICO AGUDO.

Práctica clínica

* **Encefalopatía Isquémica** (Hipotensión profunda)
  - Estado confusional transitorio
  - Estado vegetativo

* **Infarto cerebral** (Oclusión)
  - Isquémico: trombótico o embólico
  - Hemorrágico: lisis del trombo

ICTUS Definición “clínica”

Aparición brusca de un déficit neurológico atribuible a un evento vascular focal, oclusivo o hemorrágico.

Los síntomas son variables por la compleja anatomía y vascularización cerebral.

Se produce una reducción brusca del flujo a la región cerebral irrigada.

Nulas o escasas anastomosis.

Dramáticamente sintomático.

Si el flujo se restablece rápidamente, el tejido cerebral se recupera por completo y los síntomas son transitorios:

ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO 5’-12’

AIT: episodios de síntomas de ictus que duran “poco”...

Etiología similar al ictus

Factor de riesgo por separado **“anuncia”** ACV

ETIOLOGÍA ACV ISQUÉMICO

CAUSAS MÁS COMUNES:

* Trombosis (... deshidratación...)
* Émbolos: arterio-arteriales y cardíacos

CAUSAS MENOS COMUNES:

* Hipercoagulabilidad (... AH...)
* Trombosis de seno venoso
* Vasculitis
* Cardiogénicas
* Drogas (cocaína)
* Eclampsia

MIGRAÑA Y ACV

* Concepto de “infarto migrañoso”, en revisión.
* El **Collaborative Group for Study of Stroke** (CGSS) ya estableció la migraña como factor de riesgo RR: 2.0.
* **Bogousslavsky**: 91 % sufren ictus durante episodio de migraña.
* **Tzourio**: la migraña, en mujeres jóvenes, tiene asociación con ictus independientemente de otros factores. (MSA 3:0 y MCA 6.2).
* **Lidegaard**: la historia de migraña implica RR: 2,8.
* **Giovannoni**: En AIT en jóvenes, la migraña es un factor de riesgo muy común; no así en adultos.

A.H.O. Y A.C.V.

Infarto hemorrágico: (usuarias actuales)

* El riesgo global está aumentado en países en desarrollo (RR:1.76), pero no en Europa (RR:1.38).
* En usuarias menores de 35 años no aumenta el riesgo. En mayores de esa edad el riesgo supera RR: 2.0.
* La hipertensión aumenta el riesgo 10-15 veces.
* El riesgo supera 3.0 en usuarias actuales que son fumadoras actuales.

A.H.O Y A.C.V.

Infarto isquémico:

* El riesgo global en Europa es 2.99, y en países en desarrollo 2.93
* Mujeres jóvenes que no fuman y normotensas tienen menor riesgo.
* En hipertensas: Europa RR: 10.7
  Países en desarrollo RR: 14.5
* La dosis de estrógeno decreciente no modifica el riesgo en países en vías de desarrollo; en Europa baja de 5.3 a 1.5
* Gillum calcula que el uso de AHO supone 4,1 ACV extras al año , en cada 100.000 usuarias de AHO de dosis baja de estrógeno, no fumadoras y normotensas.

* Las fumadoras tiene riesgo 2.2 respecto a no fumadoras.

* La clase social es inversamente proporcional al riesgo de ACV, claramente independiente del tabaquismo.

- Globalmente: usuarias actuales (RR:2.3)
  usuarias antiguas (RR:1.3)
  usuarias ocasionales (RR:1.5)

* El riesgo de ictus disminuye en las que cesan la toma, después del diagnóstico de HTA.

MIGRAÑA, A.H.O. Y A.C.V.

* **Bogousslavsky**: No hay más infartos migrañosos en pacientes con ictus usuarias de AHO, que en otras pacientes con ictus. Ni tampoco hay más usuarias de AHO entre migrañosas con ictus, que en las que padecen ictus sin migraña.
* **CGSS**: La migraña se asocia a un RR de infarto trombótico de 2.0, y aumenta a 5.9 con la combinación de migraña y AHO.
* **Tzourio**: Las mujeres con migraña usuarias de AHO tienen RR 13.9 de sufrir infarto isquémico respecto a no migrañosas no usuarias (efecto aditivo, no sinérgico).Entre las usuarias de AHO, las migrañosas tiene riesgo de ictus 4 veces mayor.
* La incidencia de ictus aumenta con la edad. El riesgo relativo es constante en los grupos etarios. Pero el riesgo absoluto de ACV por uso de AHO o existencia de migraña, es 10 veces más en la mujer mayor de 40 años que en la de 20.

PREPARADOS CON SÓLO GESTÁGENO

* **Lidegaard**: *"La píldora de progesterona no se asocia a un riesgo aumentado de ictus..."*.

Categoría 3 de la OMS/WHO:

Métodos que no deben recomendarse normalmente a menos que otros más apropiados no estén disponibles o no sean aceptables.

MIRENA

* Contraindicación en enfermedad arterial grave activa o antecedentes previos.
* Antecedente A.I.T:. No contraindicación... Evaluar riesgo/beneficio individualmente.

CONCLUSIONES

* Migraña aumenta el riesgo de ACV independientemente de AHO
* Migraña y AHO tienen riesgo aditivo de ACV, no sinérgico.
* La migraña con aura tiene más riesgo de ECV que la de sin aura.
* El riesgo de infarto trombótico aumenta en usuarias actuales.
* El riesgo de infarto hemorrágico está menos aumentado que el trombótico en usuarias actuales. El factor de riesgo es la HTA.
* El nivel socioeconómico es un factor independiente, que aumenta el riesgo de ACV en usuarias de AHO.

* Contraceptivos combinados, categoría 4 OMS
* Contraceptivos “sólo gestágeno”, categoria 3 OMS

CONCLUSIONES

* Anamnesis **detallada y dirigida.**
* **Actualizar** anamnesis en cada visita.
* Hábitos. Abuso de tóxicos.
* **Tomar la tensión arterial.**

UNIDADES DE ICTUS

La posibilidad de que una paciente muera o padezca secuelas tras un ACV, es en torno a un **25%-30% menor** si es atendida de forma inmediata, y por neurólogos y enfermeras especializados.

Actualmente ni Andalucía, ni Castilla La Mancha, ni Asturias disponen aún de este tipo de unidades.

contentos en este apartado. tipo de ayuda tenía que costearse servido para mejorar la situación.

REHABILITACIÓN

Escuchar música acelera la recuperación tras un ictus

LA MEMORIA VERBAL Y EL ESTADO DE ÁNIMO DE LOS PACIENTES MEJORAN CUANDO OYEN CANCIONES DURANTE UNA O DOS HORAS AL DÍA

ISABEL PERANCHO

La musicoterapia gana terreno dentro de la Medicina a medida que nuevas investigaciones revelan sus beneficios para la salud. La última de ellas da fe de sus ventajas para las personas que se recuperan de un infarto cerebral. Las que escuchan música durante una o dos horas al día en la fase inmediatamente posterior al accidente vascular ven potenciada su rehabili-

exploró el potencial terapéutico de la música en un grupo de 60 pacientes que acababa de sufrir un ictus. Todos recibieron el tratamiento médico habitual pero, adicionalmente, durante la fase aguda de su recuperación a unos se les propuso escuchar diariamente música de su elección, a otros un libro en audio, mientras a un tercer grupo no se le facilitó ningún material.

Su evolución neurológica se siguió durante seis meses con técnicas de imagen (resonancia mag-

con letra, exhibían una recuperación mayor de la memoria verbal y de la atención que, incluso, los que oyeron libros. La hipótesis de