

**XXXI Congreso Nacional
de la Sociedad Española
de Medicina Interna**

OVIEDO
17-20 Noviembre 2010

Auditorio-Palacio de Congresos
"Príncipe Felipe"

**II Congreso Ibérico de
Medicina Interna**

**VII Congreso de la Sociedad
Asturiana de Medicina Interna**

MÁS ALLÁ DEL ICTUS
Historias de valor, desesperación
y trombopprofilaxis

59º Asamblea General de la OMS

Ginebra, 22-05-2006

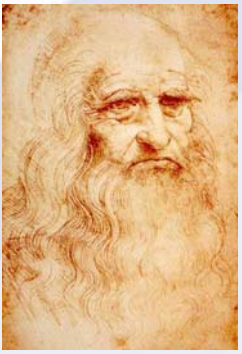


LEE JONG-WOOK

La OMS está comprometida hasta 2015 a reducir en un 2% las muertes por enfermedades crónicas como el cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares, evitando así **36 millones** de muertes prematuras [...]. Existe una estrecha interdependencia entre salud, seguridad y educación...

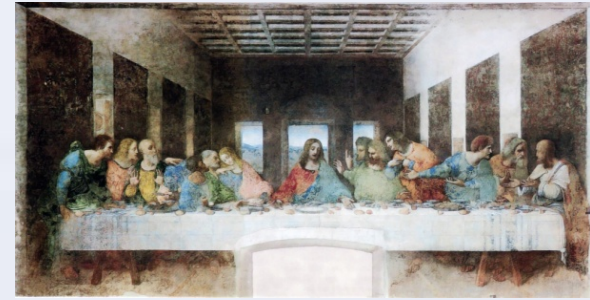
Leídas en su lugar por el Dr. **Bill Kean**
(El Dr. Jong-Wook había fallecido la misma mañana del inicio de la Asamblea de un ictus fulminante).

Ictus trágicos



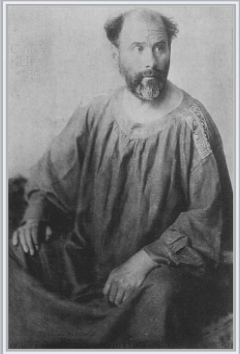
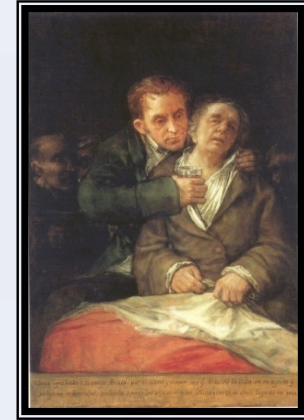
LEONARDO

Ictus con hemiplejia dcha.
†67 años (1519)



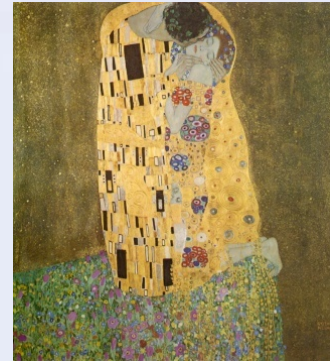
GOYA

Ictus con hemiplejia izda.
†82 años (1828)



KLIMT

Ictus con hemiplejia izda.
†55 años (1918)



SOROLLA

Ictus con hemiplejia izda.
†60 años (1923)



Carga de la aterotrombosis hospitalizada (España, 2008)

Altas totales

Altas: 439047
†hospitalarias: 36545

Enfermedad cerebrovascular

Altas: 117060
†hospitalarias: 14170

Insuficiencia cardiaca

Altas: 99325
†hospitalarias: 10091

Cardiopatía isquémica

Altas: 137554
†hospitalarias: 5968

Enfermedad renal (DM+HTA)

Altas: 7634
†hospitalarias: 2491

Enfermedad hipertensiva

Altas: 27186
†hospitalarias: 1522

Arterioesclerosis/enf. arterial periférica

Altas: 62202
†hospitalarias: 2694

Leonardo DA VINCI
El hombre de Vitrubio

Diabetes mellitus

Altas: 33832
†hospitalarias: 1310

Costes Aterotrombosis

Costes (millones €) : 2272
% de gasto hospitalario: 7,4%

Tabaco

INTERSTROKE/INTERHEART

Comparación del riesgo poblacional atribuible (CI 99%) para factores comunes de riesgo

	INTERSTROKE (all stroke; 3000 cases, 3000 controls) ^{‡*}	INTERHEART (acute myocardial infarction; 15 152 cases, 14 820 controls) [†]
<u>Hypertension</u>	34.6% (30.4-39.1)	17.9% (15.7-20.4)
<u>Smoking</u>	18.9% (15.3-23.1)	35.7% (32.5-39.1)
Waist-to-hip ratio (abdominal obesity)	26.5% (18.8-36.0)	20.1% (15.3-26.0)
Diet		
Diet risk score	18.8% (11.2-29.7)	..
Fruits and vegetables daily	..	13.7% (9.9-18.6)
Regular physical activity	28.5% (14.5-48.5)	12.2% (5.5-25.1)
Diabetes	5.0% (2.6-9.5)	9.9% (8.5-11.5)
Alcohol intake	3.8% (0.9-14.4)	6.7% (2.0-20.2)
Psychosocial factors		
All psychosocial factors	..	32.5% (25.1-40.8)
Psychosocial stress	4.6% (2.1-9.6)	..
Depression	5.2% (2.7-9.8)	..
Cardiac causes	6.7% (4.8-9.1)	..
<u>Ratio of apolipoproteins B to A1</u>	24.9% (15.7-37.1)	49.2% (43.8-54.5)

Data are population-attributable risk (99% CI). *Adjusted for all stroke risk factors apart from ratio of apolipoproteins B to A1. †Adjusted for all myocardial infarction risk factors. ‡See original article for definition of risk factor and methods used to calculate population-attributable risk.



2001: Ictus

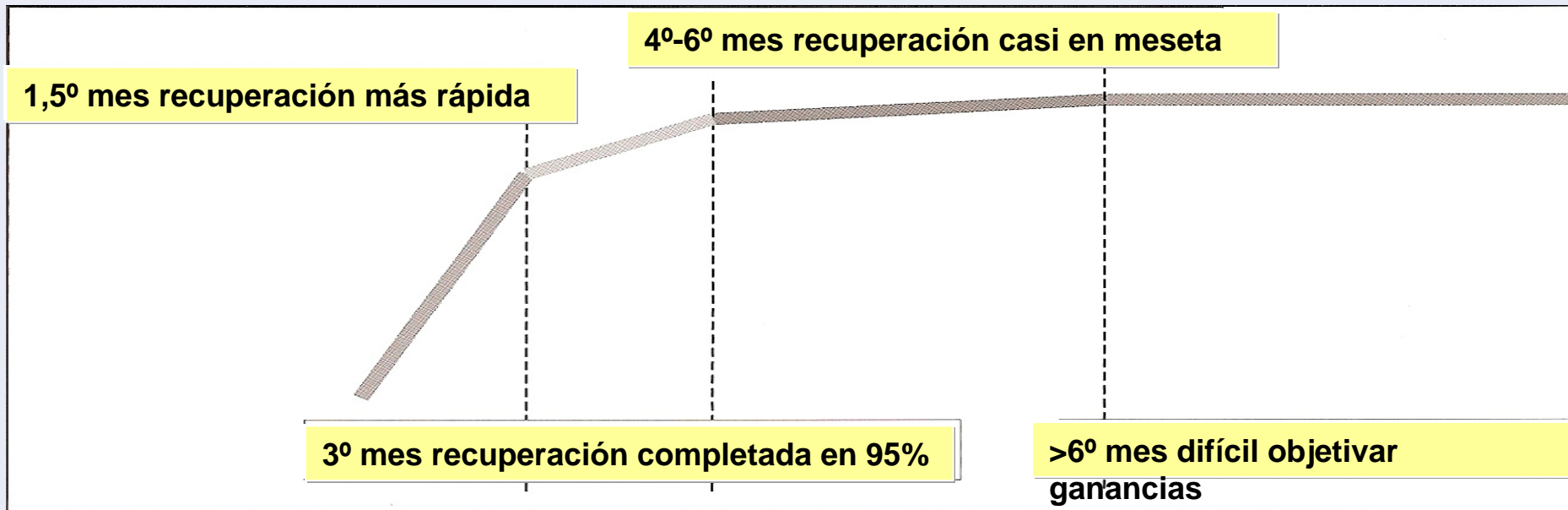
Depresión

Deja de fumar 8 meses

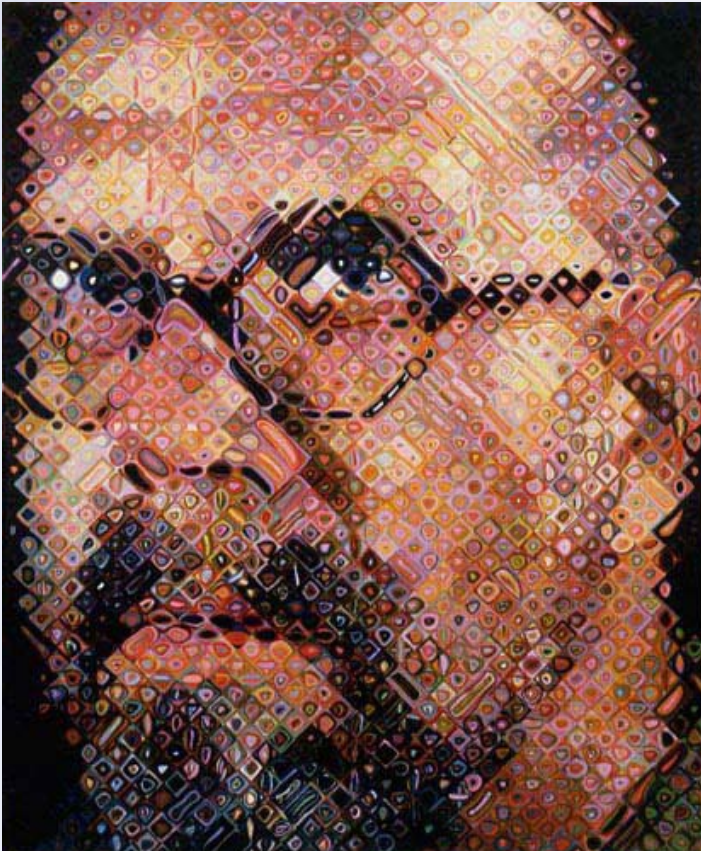
⇒ **Soy mejor fumador que cantante** (En: *Perdonen la tristeza*, 15/01/1984)

Cronología de actuación en ictus

- Prevención → AP, Todos
- 0-4,5 horas → Código ictus
Neurología/M. interna
- 24-48 horas → Establecimiento
- 48 h-Recuperación → Evitar complicaciones
Rehabilitación



Chuck CLOSE (n. 1940)



En 1988: *Ictus con paraplejia* (48)
Siguió pintando,
primero con la boca,
actualmente con férula
adaptada a sus manos

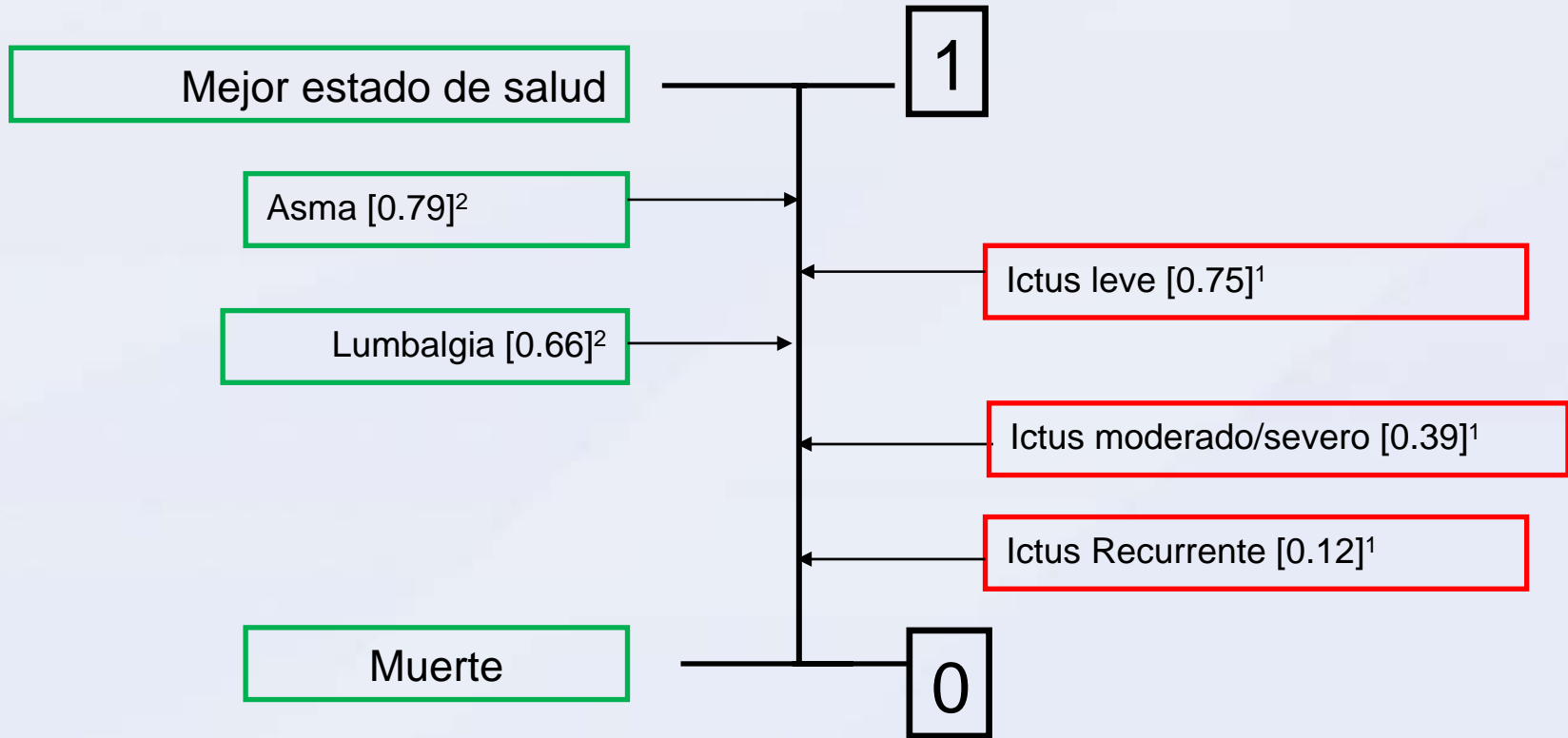
05/2007: Museo Reina Sofía



Ictus

Importante discapacidad e impacto en calidad de vida

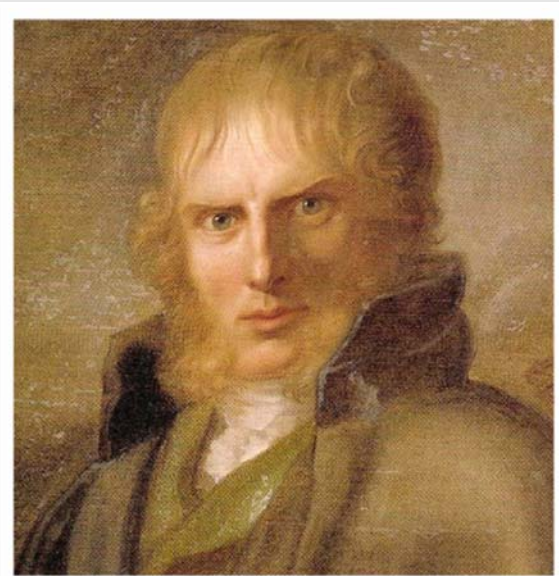
18-60% depresión postictus



Discapacidad a largo plazo³

- >1.1 millones de americanos con dificultades en actividades diarias (1999)
- Riesgo de dependencia al año de sufrir un ictus: 20-30%
- España: >800000 personas >65 años por ACVAs

Caspar David FRIEDRICH (1774-1840)



Retrato por G. von Kügelhen, 1806-09



Caminante sobre un mar de nubes, 1818

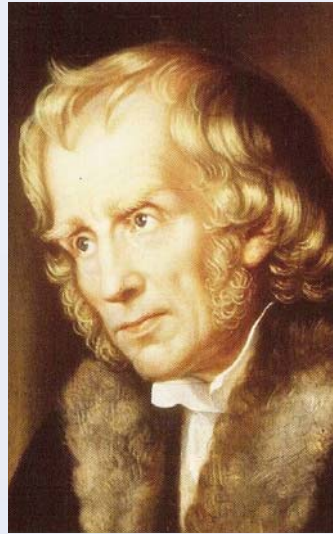


El Molino real en el llano de Plauen, 1802-03

El ictus de FRIEDRICH (1835)



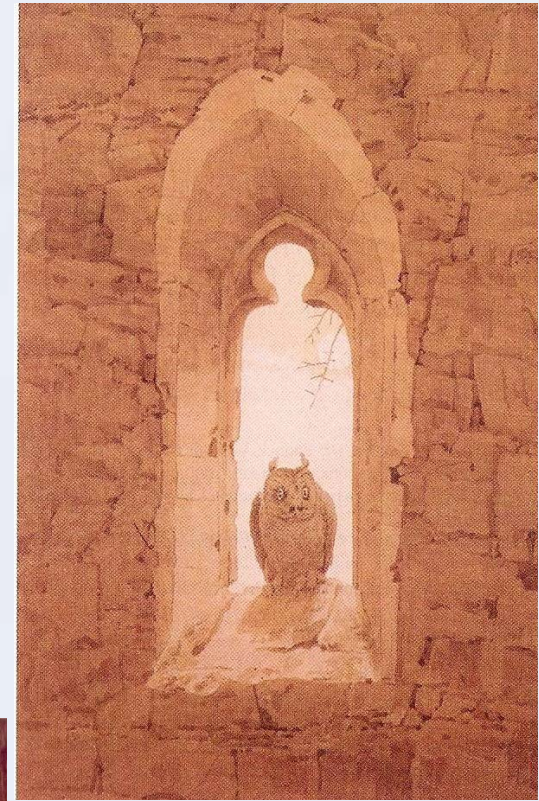
Retrato por Caroline Bardia, 1840



60 años



Esqueleto en una cueva de estalactitas,
1826, *Lápiz, sepia*



Lechuza en una ventana gótica
1836, *Lápiz, sepia*.

Ictus: Riesgo elevado de EP y muerte

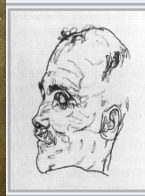
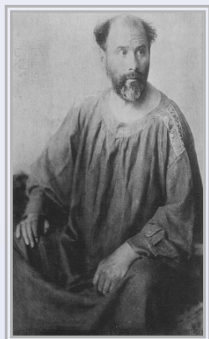
EP: 3ª causa más frecuente de † en Ictus¹

*Tras propio Ictus



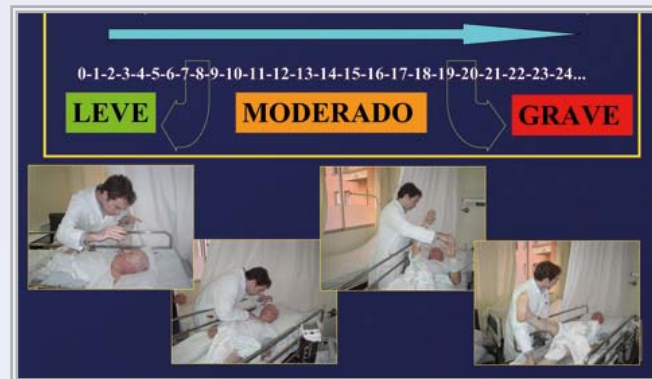
LEE JONG-WOOK (61 años)
Director General OMS

*Infecciones



GUSTAV KLIMT (55 años)
†1918 (Gripe española)

*EP (5-25% de † precoz postictus)^{2,3}



NIHSS

National Institutes of Health
Stroke Scale

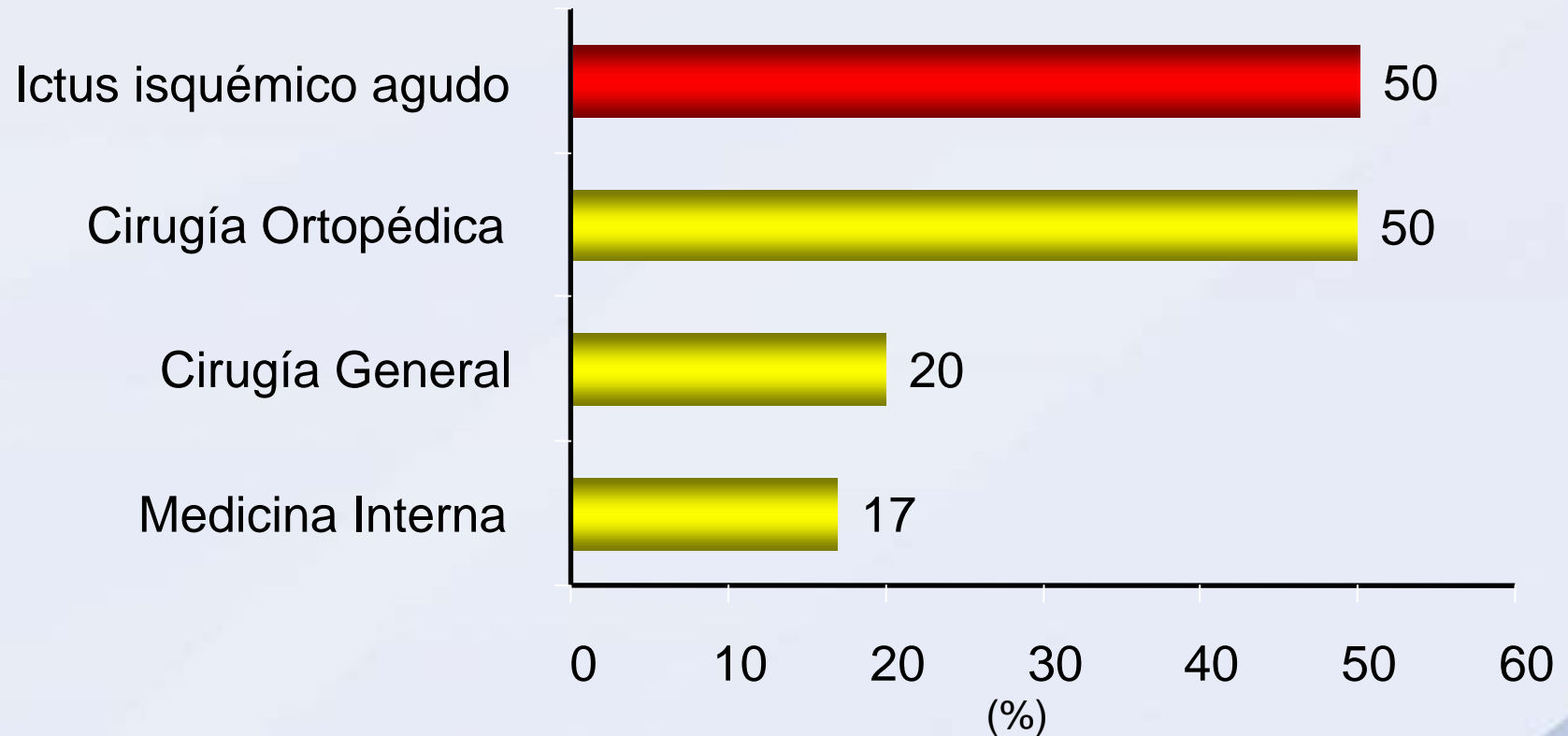


La prevención de ETV es una parte importante del tratamiento después de un ictus isquémico agudo

Riesgo de ETV sin tromboprofilaxis

Pacientes hospitalizados^{1,2}

- Prevalencia de TVP en ictus: una de las más altas en hospitalizados



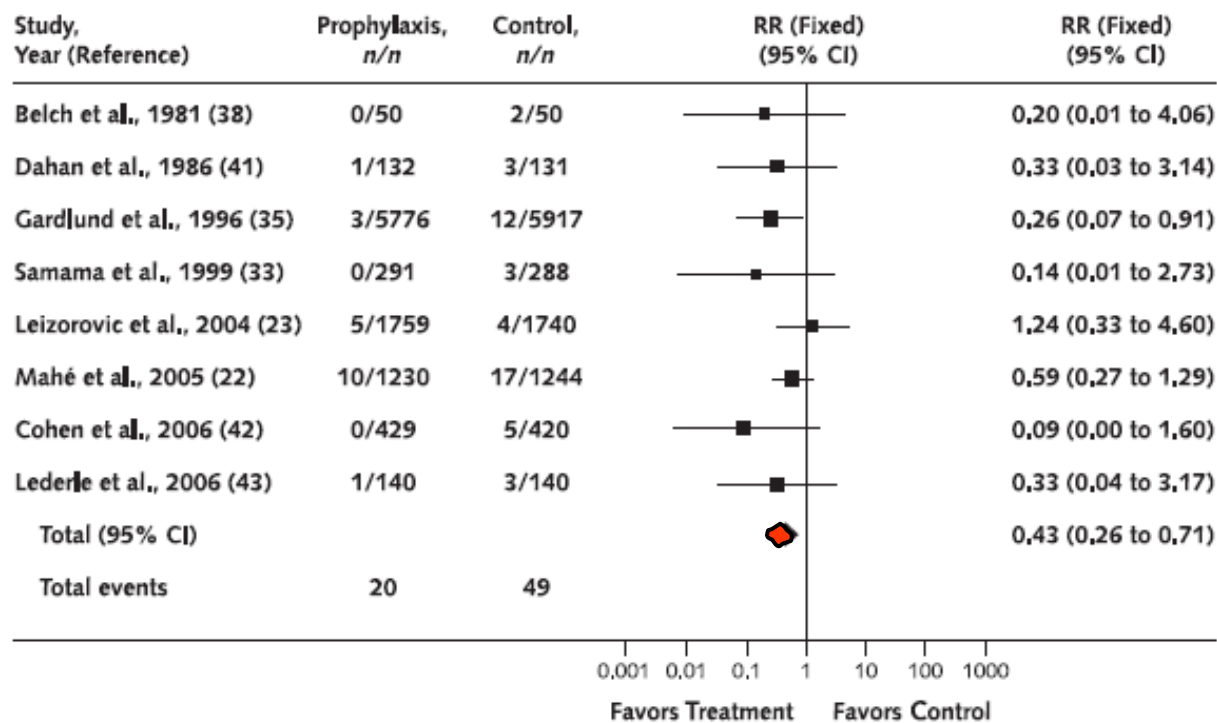
¹Geerts WH, et al. Chest. 2004;126:338S-400S.

²Leizorovicz A, et al. Circulation. 2004;110(24 Suppl 1):IV13-9.

EP durante pfx. anticoagulante

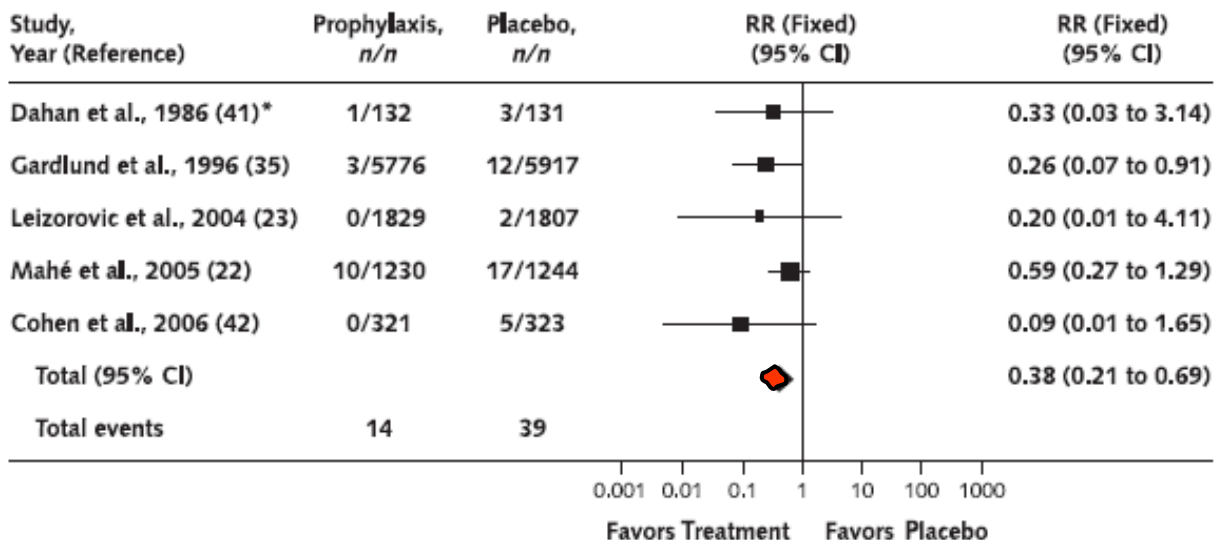
Meta-analysis: Anticoagulant Prophylaxis to Prevent Symptomatic Venous Thromboembolism in Hospitalized Medical Patients

Francesco Dentali, MD; James D. Douketis, MD; Monica Gianni, MD; Wendy Lim, MD; and Mark A. Crowther, MD, MSc



Cualquier EP

NNT=345



EP fatal

NNT=400

C) TABLA PARA EL CÁLCULO DEL RIESGO DE ETV EN PROCESOS MÉDICOS E INDICACIONES DE TROMBOPROFILAXIS

	PESOS AJUSTADOS		
	1	2	3
PROCESOS PRECIPITANTES	Embarazo/puerperio* Viajes en avión > 6 horas	Enfermedad inflamatoria intestinal activa Infección aguda grave Insuficiencia cardíaca clase III Neoplasia	AVCA con parálisis de miembros inferiores EPOC con descompensación grave Infarto agudo de miocardio Insuficiencia cardíaca clase IV Mieloma con quimioterapia ^d Traumatismos de MMII sin cirugía
PROCESOS ASOCIADOS	Diabetes mellitus Hiperhomocisteinemia Infección por VIH Parálisis de MMII TVS previa	Síndrome nefrótico Trombofilia ^b TVP previa ^c Vasculitis (Behçet/Wegener)	
FÁRMACOS	Anticonceptivos hormonales Antidepresivos Antipsicóticos Inhibidores de la aromatasa Tamoxifeno-Raloxifeno Terapia hormonal sustitutiva	Quimioterapia	
OTROS	Catéter venoso central Edad > 60 años Obesidad (IMC > 28) Tabaquismo > 35 cigarrillos/día	Encamamiento > 4 días	

AVCA: Accidente vascular cerebral agudo; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IMC: Índice de masa corporal; MMII: Miembros inferiores; TVP: Trombosis venosa profunda previa; TVS: Trombosis venosa superficial; VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

(a) PESO 3 si: embarazo y trombofilia; PESO 4 si: embarazo y TVP previa.

(b) PESO 2 si: factor V de Leyden en > 60 años, déficit de proteína S o C, déficit combinado, déficit de antitrombina, anticuerpos antifosfolípidos.

PESO 1 si: factor VIII > 150% o factor V de Leyden en < 60 años.

(c) PESO 3 si: TVP previa espontánea.

PESO 5 si: TVP previa y trombofilia.

(d) PESO 4 si: mieloma en tratamiento con quimioterapia y talidomida.

CÁLCULO DEL RIESGO AJUSTADO (RA)

RA = Suma de pesos de los distintos procesos precipitantes (rojo) + suma de pesos de otras circunstancias de riesgo (verde).

Esta fórmula sólo puede aplicarse si su paciente presenta al menos un proceso precipitante o un proceso asociado con peso ajustado ≥ 2 .

RECOMENDACIONES DE PROFILAXIS DE ETV

Riesgo ajustado	Recomendación
1-3	Considerar el uso de medidas físicas
4	Se sugiere profilaxis con HBPM
> 4	Se recomienda profilaxis con HBPM

Guías ACCP 2008

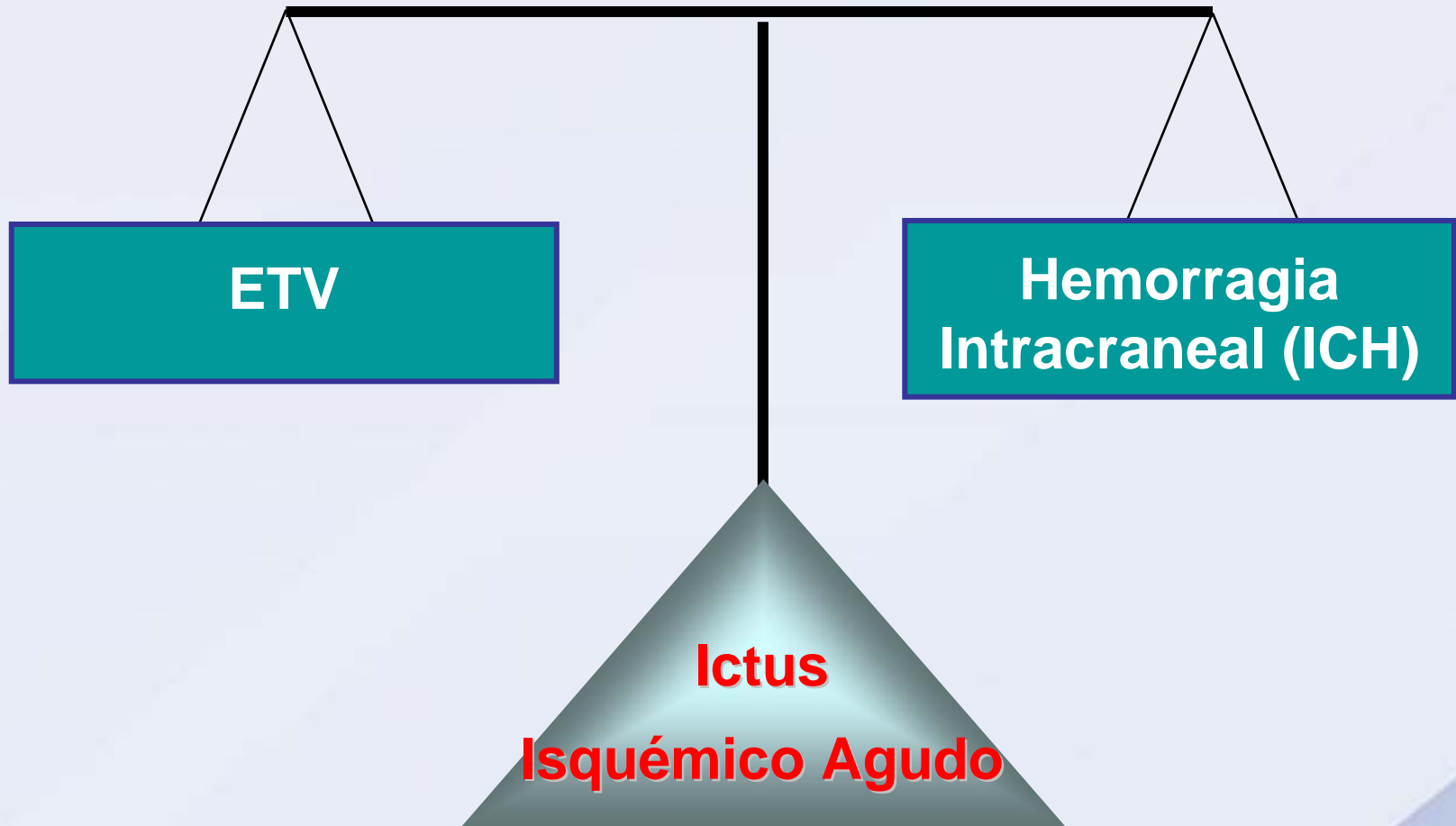
Pfx en pacientes con ictus

- **Ictus agudo con movilidad restringida**
- **HBPM o HNFSBD (1A)**
- Si contraindicaciones: **DCI o medias elásticas (1B)**

- **Hematoma Intracraneal:**
- Dispositivos de Compresión intermitente
- En pacientes estables:
 - sugerido: **HNFSBD** al 2^a día de comienzo hemorragia (2C)

Balance entre eficacia y seguridad de la anticoagulación en pacientes con Ictus

■ ¿Qué escoger ?





The efficacy and safety of enoxaparin versus unfractionated heparin for the prevention of venous thromboembolism after acute ischaemic stroke (PREVAIL Study): an open-label randomised comparison

David G Sherman, Gregory W Albers, Christopher Bladin, Cesare Fieschi, Alberto A Gabbai, Carlos S Kase, William O'Riordan, Graham F Pines, on behalf of the PREVAIL Investigators*

Summary

Background Venous thromboembolism prophylaxis with low molecular weight heparin or unfractionated heparin is recommended in acute ischaemic stroke, but which regimen provides optimum treatment is uncertain. We aimed to compare the efficacy and safety of enoxaparin with that of unfractionated heparin for patients with stroke.

Methods 1762 patients with acute ischaemic stroke who were unable to walk unassisted were randomly assigned within 48 h of symptoms to receive either enoxaparin 40 mg subcutaneously once daily or unfractionated heparin 5000 U subcutaneously every 12 h for 10 days (range 6–14). Patients were stratified by National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) score (severe stroke ≥ 14 , less severe stroke <14). The primary efficacy endpoint was the composite of symptomatic or asymptomatic deep vein thrombosis, symptomatic pulmonary embolism, or fatal pulmonary embolism. Primary safety endpoints were symptomatic intracranial haemorrhage, major extracranial haemorrhage, and all-cause mortality. This study is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT00077805.

Findings In the efficacy population (ie, one or more dose received, presence of deep vein thrombosis or pulmonary embolism, or assessment for venous thromboembolism), enoxaparin (n=666) and unfractionated heparin (669) were given for 10.5 days (SD 3.2). Enoxaparin reduced the risk of venous thromboembolism by 43% compared with unfractionated heparin (68 [10%] vs 121 [18%]; relative risk 0.57, 95% CI 0.44–0.76, p=0.0001; difference –7.9%, –11.6 to –4.2); this reduction was consistent for patients with an NIHSS score of 14 or more (26 [16%] vs 52 [30%]; p=0.0036) or less than 14 (42 [8%] vs 69 [14%]; p=0.0044). The occurrence of any bleeding was similar with enoxaparin (69 [8%]) or unfractionated heparin (71 [8%]; p=0.83). The frequency of the composite of symptomatic intracranial and major extracranial haemorrhage was small and closely similar between groups (enoxaparin 11 [1%] vs unfractionated heparin 6 [1%]; p=0.23). We noted no difference for symptomatic intracranial haemorrhage between groups (4 [1%] vs 6 [1%], respectively; p=0.55); the rate of major extracranial bleeding was higher with enoxaparin than with unfractionated heparin (7 [1%] vs 0; p=0.015).

Interpretation Our results suggest that for patients with acute ischaemic stroke, enoxaparin is preferable to unfractionated heparin for venous thromboembolism prophylaxis in view of its better clinical benefits to risk ratio and convenience of once daily administration.

Introduction

Stroke is a major health problem that is growing in importance.¹ WHO estimates that 15 million people have a stroke every year, and this number is rising.² Each year in the USA alone, 700 000 people have a first

vein thrombosis and 20% develop pulmonary embolism,³ which is fatal in 1–2% of patients with acute ischaemic stroke and causes up to 25% of early deaths after strokes.⁴ The benefits of prophylaxis have been seen in patients with acute ischaemic stroke, and low molecular weight

Lancet 2007; 369: 1347–55

*Collaborators listed in full at end of article

Department of Medicine (Neurology), University of Texas Health Science Center, San Antonio, TX, USA

(Prof D G Sherman MD), Department of Neurology and Neurological Sciences, Stanford University Medical Center, Palo Alto, CA, USA

(Prof G W Albers MD), Box Hill Hospital (Monash University), Melbourne, Australia

(Prof C Bladin MD), University "La Sapienza", Rome, Italy

(Prof C Fieschi MD), UNIFE-Disiplina de Neurologia, Sao Paulo, Brazil

(Prof A A Gabbai MD), Department of Neurology, Boston University School of Medicine, Boston, MA, USA

(Prof C S Kase MD), Paradise Valley Hospital, Nottoway City, CA, USA (W O'Riordan MD), and University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada

(Prof G F Pines MD)

Correspondence to: Prof David G Sherman, Division of Neurology, Department of Medicine, University of Texas Health Science Center at San Antonio, 7703 Floyd Curl Drive, San Antonio, TX 78229-3904, USA

sherman@uthscsa.edu

Eficacia y Seguridad de Enoxaparina vs. HNF en la prevención de Eventos Tromboembólicos en pacientes con Ictus Isquémico Agudo (Estudio PREVAIL): Estudio abierto y randomizado

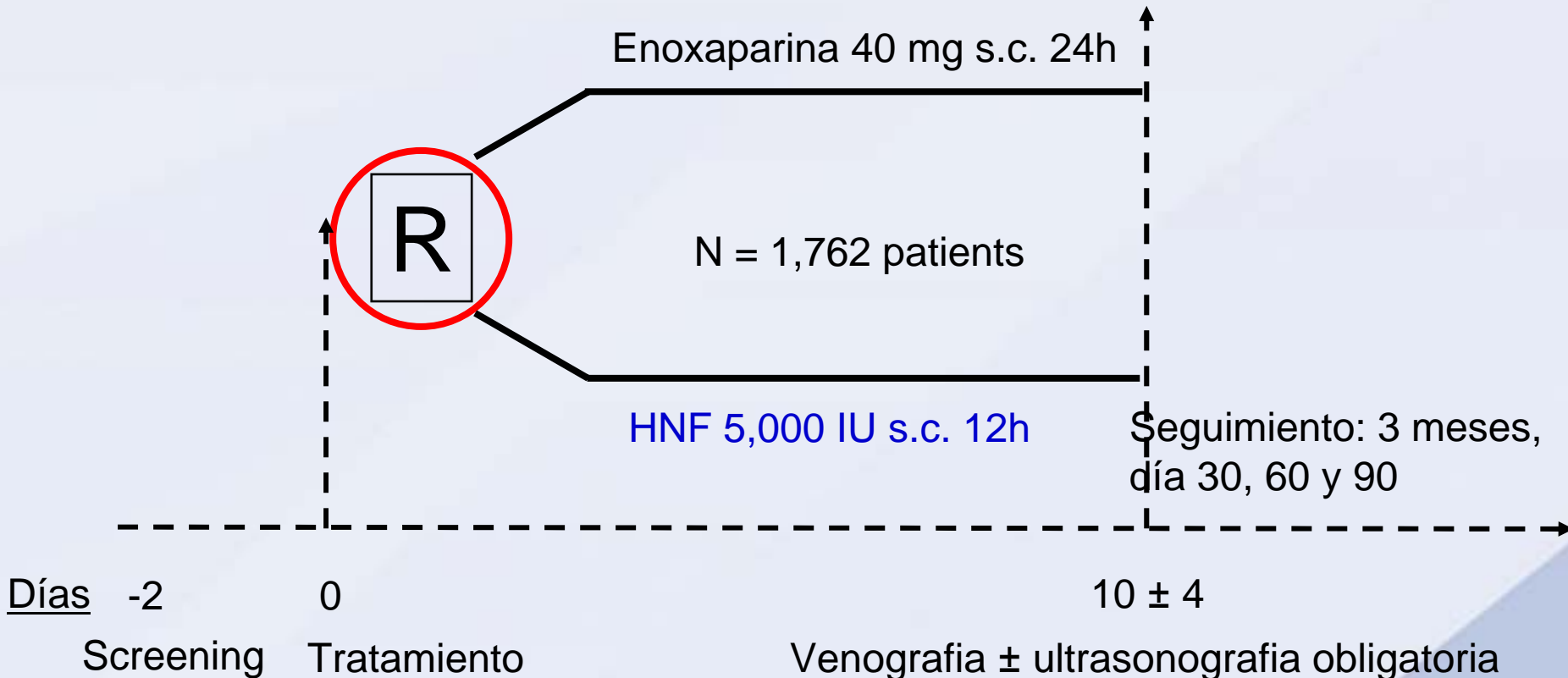
PREvention of VTE after Acute Ischemic Stroke with LMWH Enoxaparin (PREVAIL) Trial

ClinicalTrials.gov n^o NCT00077805

Diseño



- Prospectivo, randomizado, abierto
- Pacientes con Ictus Isquémico <48 horas confirmado por TAC/RMN
- Estratificación según la Escala NHISS: <14 o ≥ 14



Características basales

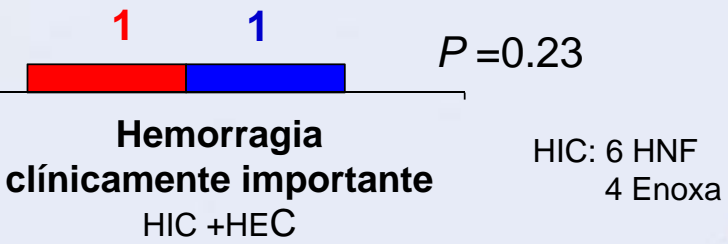
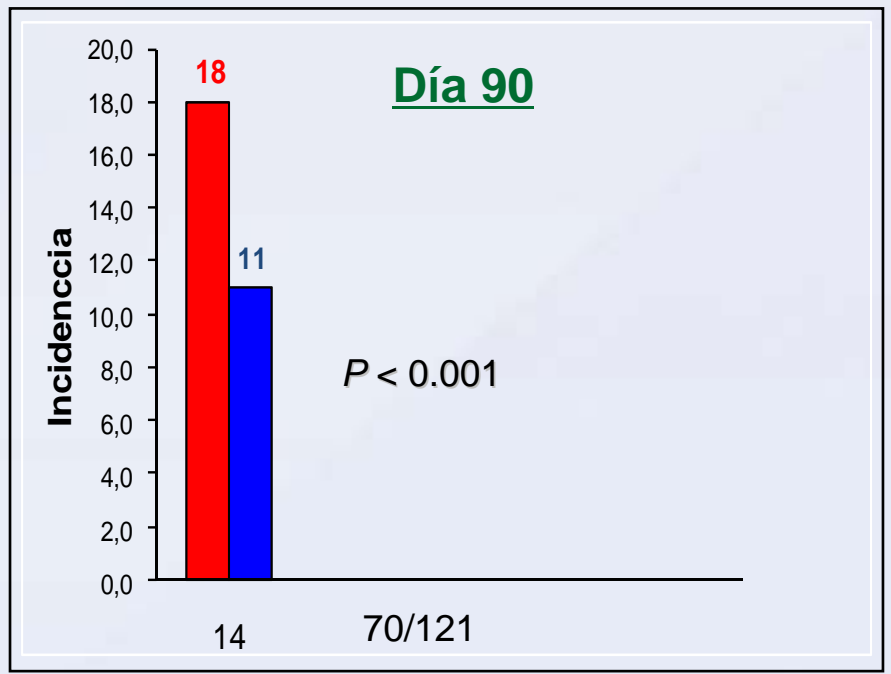
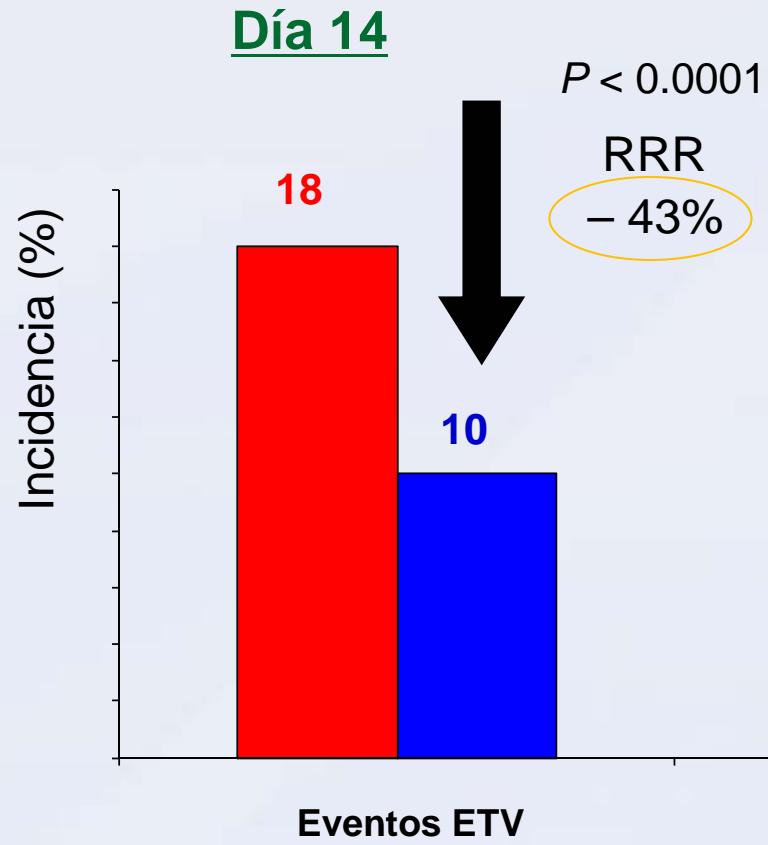


Demografía (%)	Enoxaparina N=884	HNF N=878
<u>Edad</u> (años) (Media±SD)	65.9±12.9	66.1±12.9
<u>Sexo</u> (%)		
Hombres	58.9	53.9
Mujeres	41.1	46.1
<u>NIHSS score</u> (Media±SD)	11.3±5.1	11.3±5.1
< 14 (%)	73.3	71.3
≥14 (%)	26.7	28.7
Tiempo hasta Tratamiento (Días)	1.2 ±0.7	1.2 ±0.7
Duración del Tratamiento (Días)	10.5±3.2	10.5±3.2

Eficacia y seguridad (días 14 y 90)

- HNF
- Enoxaparina

- NNT: (nº necesario pac. a tratar) para evitar un ETV: **13**
- NNH (nº needed-to-harm) para provocar hemorragia importante: **173**



Comparación entre ictus isquémico sin ETV sintomática y con ETV en el SNS (2003).

	Sin ETV	Con ETV
Nº >18 años (GDR 14)	33953	171
Edad (\pm DS)	73 \pm 12	76 \pm 12*
Sexo (V)	53%	42%*
HTA	54%	53%
Hiperlipemia	11%	9%
Diabetes	31%	30%
FA	21%	32%*
Estancia media (\pm SD)	11 \pm 12	18 \pm 15*
Exitus	8,8%	7,6%
Δ Coste		443800 €

* $p < 0,05$

Lee KRASNER (1908-1984)



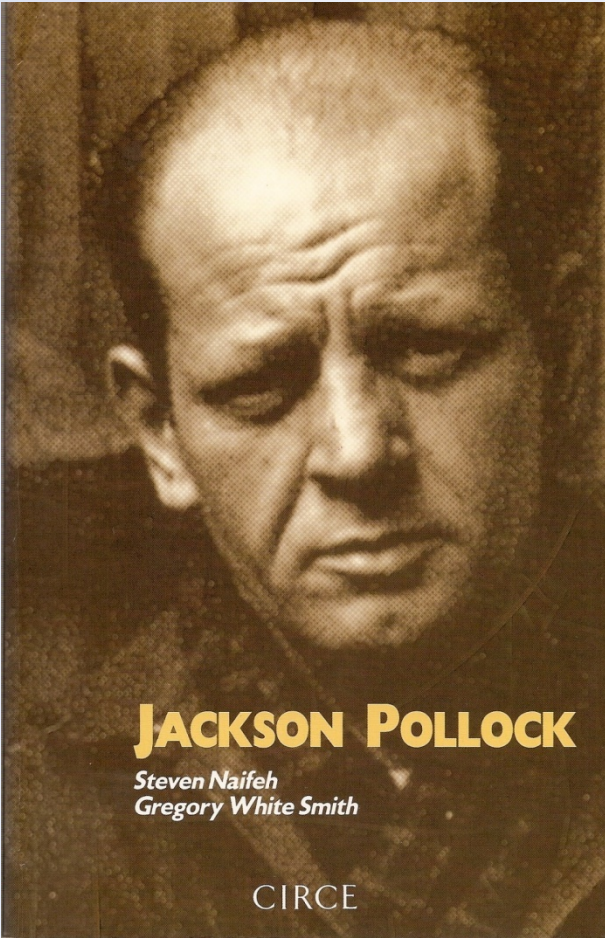
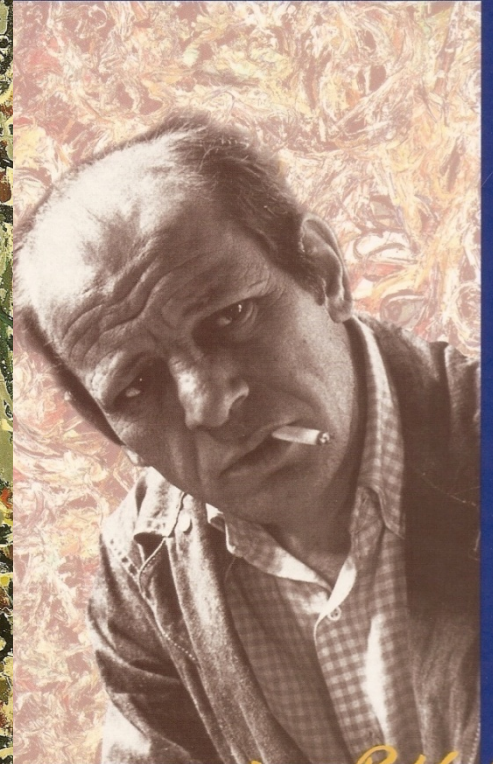
En estudio de Hans Hoffman
(principio de los 40)



Retrato por Igor Pantuhoff (principios de los 30)

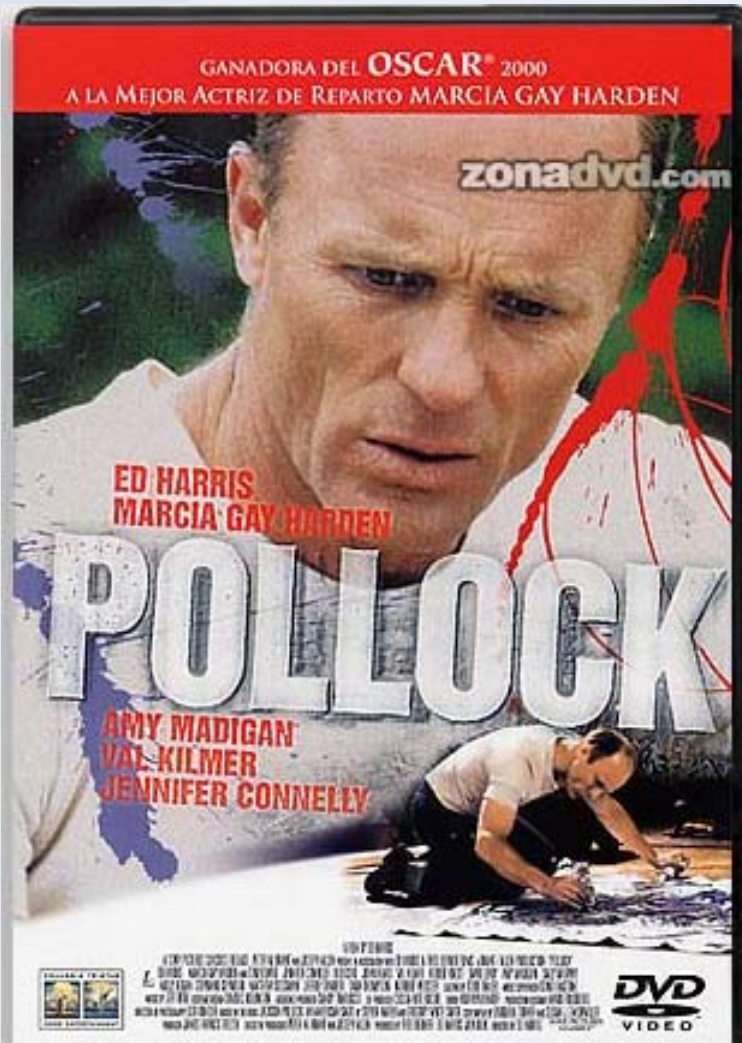


KRASNER, la esposa



Jackson Pollock

POLLOCK vs. KRASNER (1945-1956)



2000

- Tortuosas relaciones con infidelidades, maltratos, alcoholismo...
- Consulta de LK con un psicoanalista
- †Pollock, ebrio, en accidente de coche



Oscar a mejor actriz de reparto Marcia Gay Harden como *Lee Krasner*



KRASNER,

la artista (1956-84)

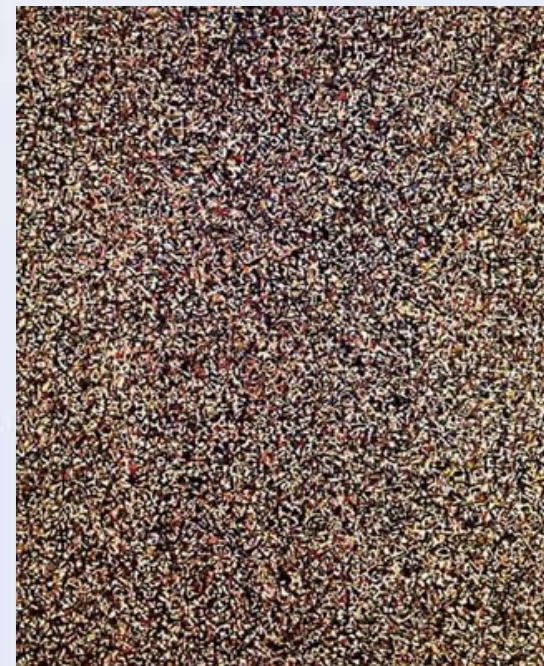
Ictus (54) (1962)
Inestabilidad
Fractura de muñeca

Reconocimiento
Museo Whitney (NY), 1973



Imperative, Collage 1976

Junto a *Morning Glory* (1982,
uno de sus últimos lienzos



**Tumba de Pollock y
Krasner**

**Retrospectiva en MOMA
(NY) 6 m. tas su muerte**

The optimal duration of thromboprophylaxis

in medical patients remains

unclear

Extended-Duration Venous Thromboembolism Prophylaxis in Acutely Ill Medical Patients With Recently Reduced Mobility

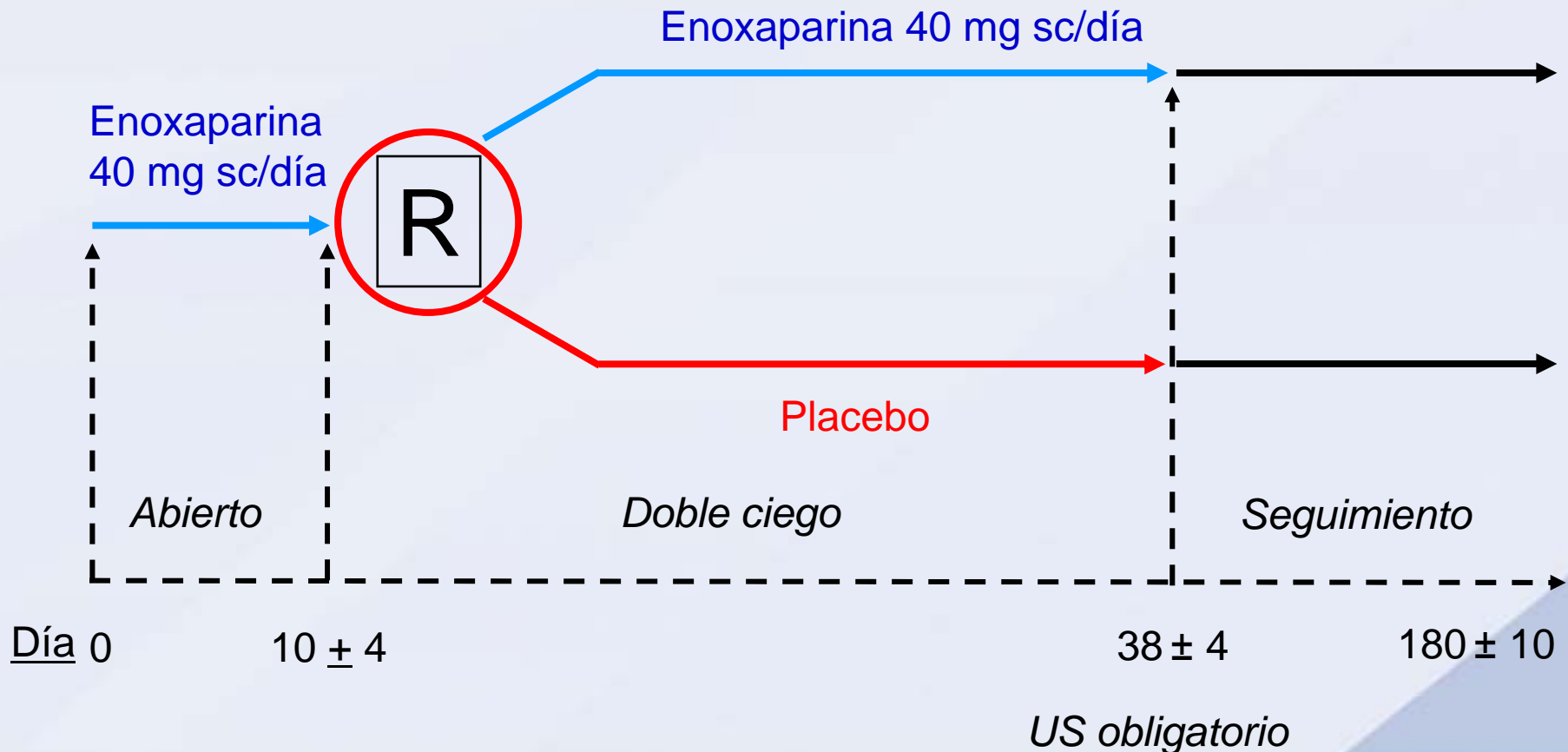


A Randomized Trial

Russell D. Hull, MBBS; Sebastian M. Schellong, MD; Victor F. Tapson, MD; Manuel Monreal, MD; Meyer-Michel Samama, MD, PhD; Philippe Nicol, PhD; Eric Vicaut, MD, PhD; Alexander G.G. Turpie, MD; and Roger D. Yusen, MD, MPH, for the EXCLAIM (Extended Prophylaxis for Venous Thromboembolism in Acutely Ill Medical Patients With Prolonged Immobilization) study*

Ann Intern Med. 2010;153:8-18.

Multicéntrico, Prospectivo, Randomizado, Doble-ciego, Controlado con placebo para demostrar superioridad de enoxaparina 40 mg sc/día por 28 ± 4 días comparado con placebo, siguiendo ambos al tratamiento inicial de 10 ± 4 días con enoxaparina 40 mg sc/día.



Población de estudio (definitiva)

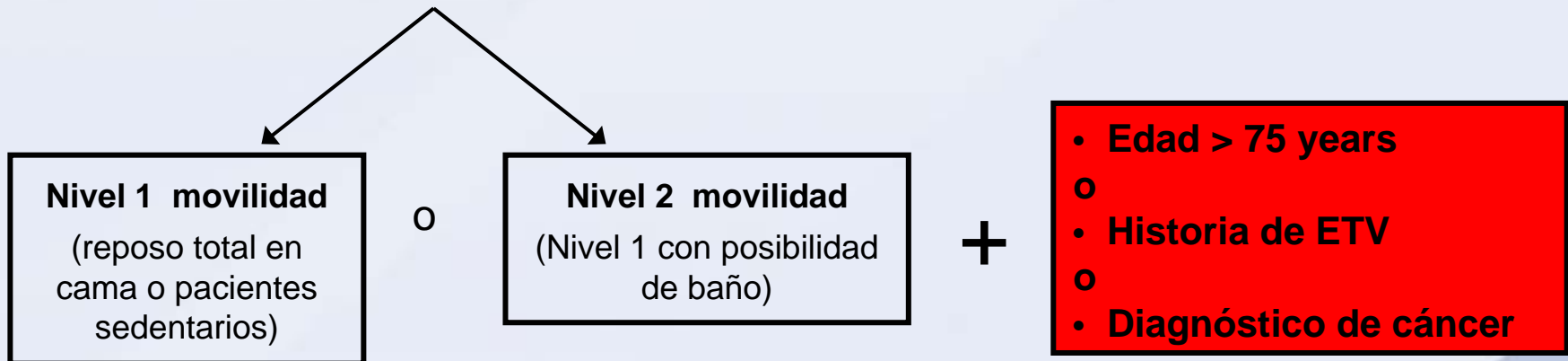
Criterios de inclusión

Edad \geq 40 años

Reciente inmovilización (\leq 3 días)

Enfermedad médica aguda

- Insuficiencia cardiaca, NYHA class III/IV
- Insuficiencia respiratoria aguda
- Otras condiciones médicas agudas, incluyendo:
 - Ictus isquémico agudo
 - Infección aguda sin shock séptico
 - Cáncer activo



Características basales

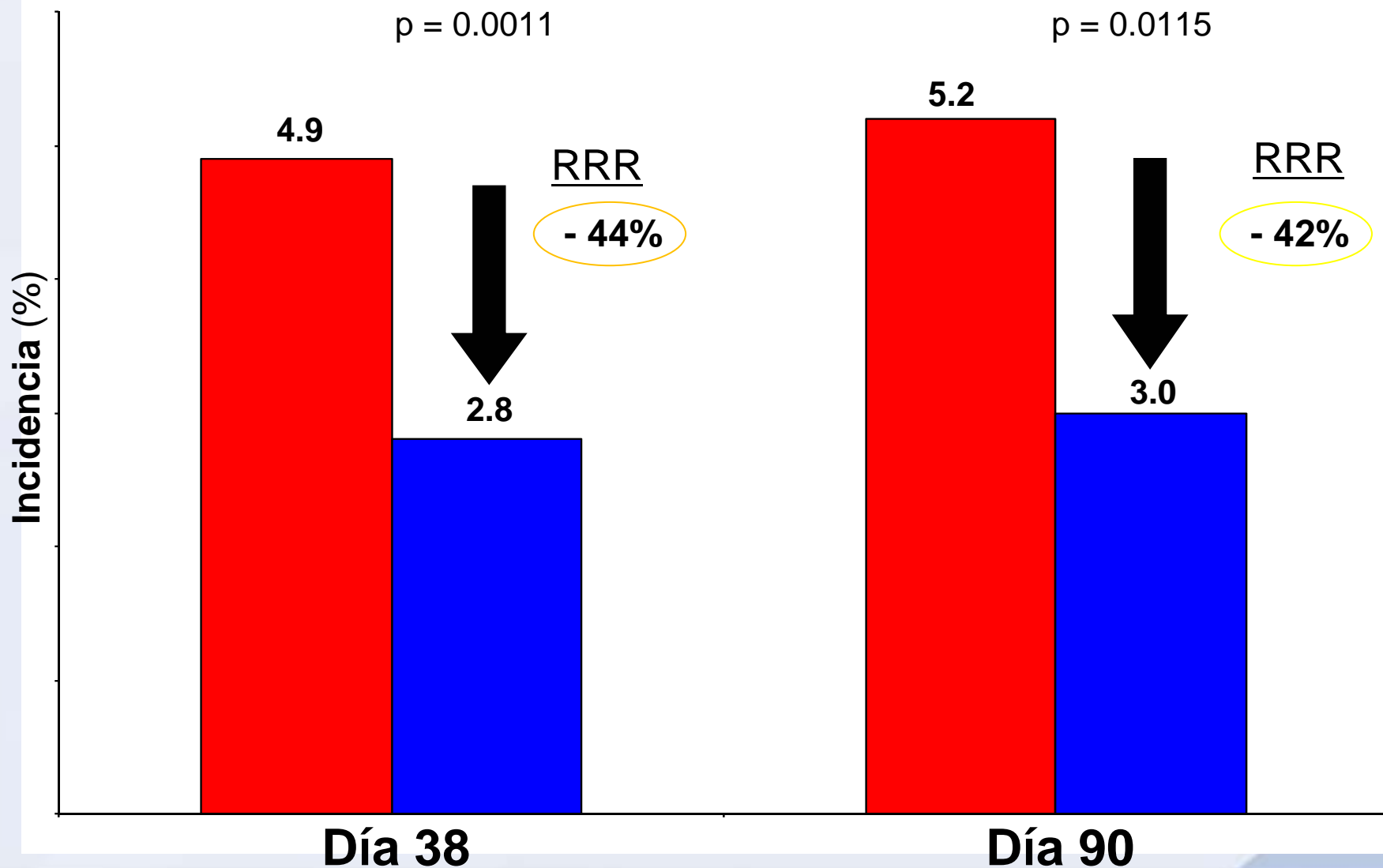


Demografía (%)	Enoxaparina N = 2013	Placebo N = 2027
Edad media (años) \pmSD	70.7 \pm 12.2	70.5 \pm 12.5
>75 years (%)	43.5%	44.5%
Sexo (%)		
Hombre	47.8	47.0
Mujer	52.2	53.0
Indice masa corporal (kg/m²)	27.9 (7.5)	27.8 (7.3)
Hospitalizado al ingreso (sí %)*	93.1	92.8
Duración media tratamiento (días) \pmSD	26.5 \pm 4.9	26.9 \pm 4.7

Eficacia: Todas ETV (Días 38 y 90)

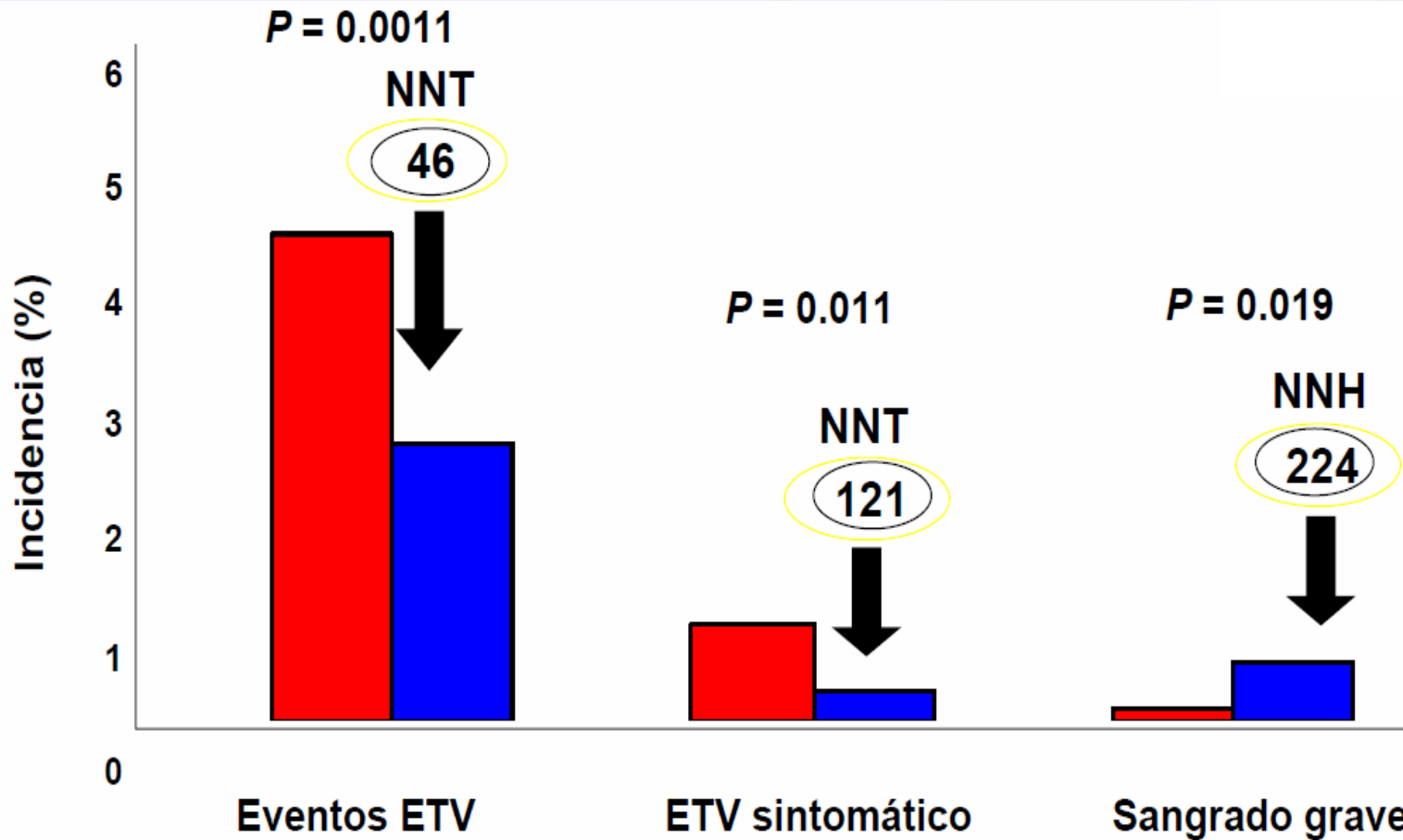


- Placebo (N= 2027)
- Enoxaparina (N=2013)



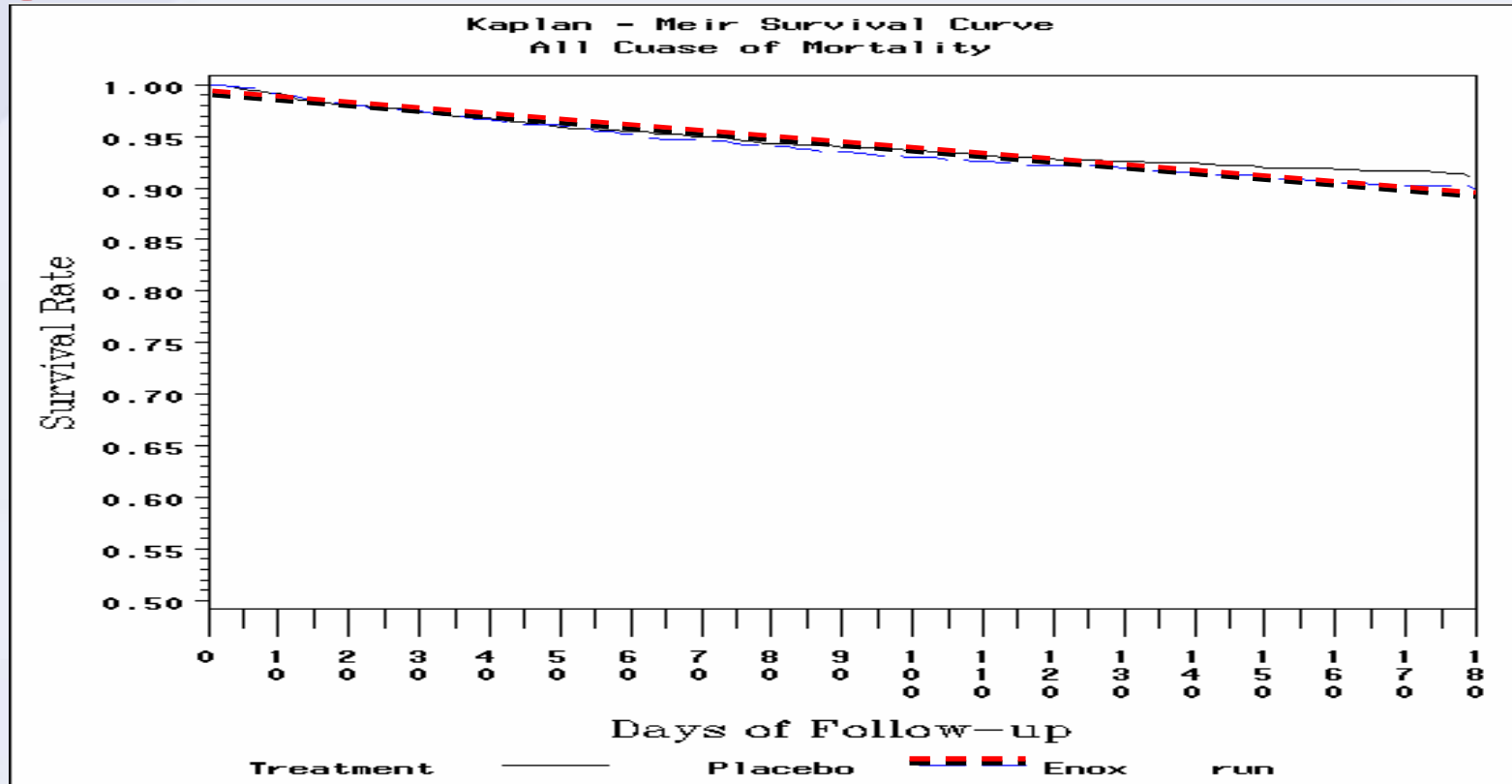
Resumen de eficacia y seguridad

■ Placebo (N= 2027)
■ Enoxaparina (N=2013)



NNT = número necesario para tratar
NNH = número necesario para perjudicar

Seguridad. Mortalidad (todas causas)



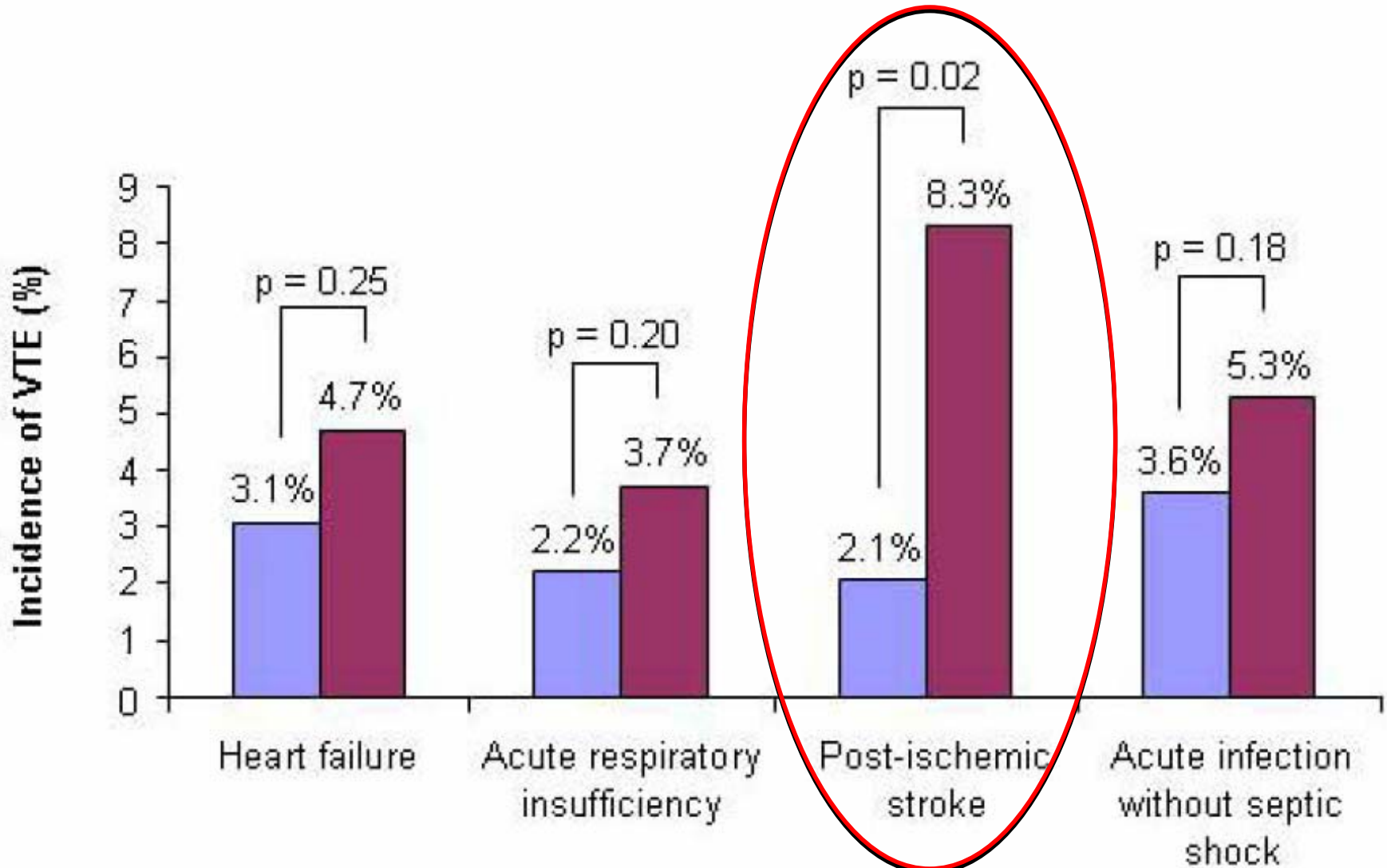
CONCLUSIÓN

El uso de enoxaparina de duración ampliada ↓ ETV más de lo que incrementa el sangrado en pacientes médicos agudos con:

Nivel 1 de movilidad, >75 años y mujeres.

Beneficio en subgrupos

- Placebo
- Enoxaparina duración extendida



Clinical Predictors for Fatal Pulmonary Embolism in 15 520 Patients With Venous Thromboembolism



Findings From the Registro Informatizado de la Enfermedad TromboEmbolica venosa (RIETE) Registry

Silvy Laporte, PhD; Patrick Mismetti, MD, PhD; Hervé Décousus, MD; Fernando Uresandi, MD, PhD; Remedios Otero, MD, PhD; Jose Luis Lobo, MD, PhD; Manuel Monreal, MD, PhD; the RIETE Investigators*

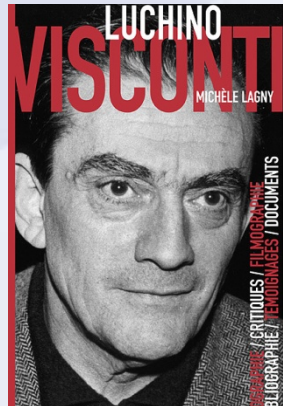
(*Circulation*. 2008;117:1711-1716.)

Table 4. Risk of Fatal Pulmonary Embolism Within 3 Months in Patients With a Treatment Duration of at Least 3 Months

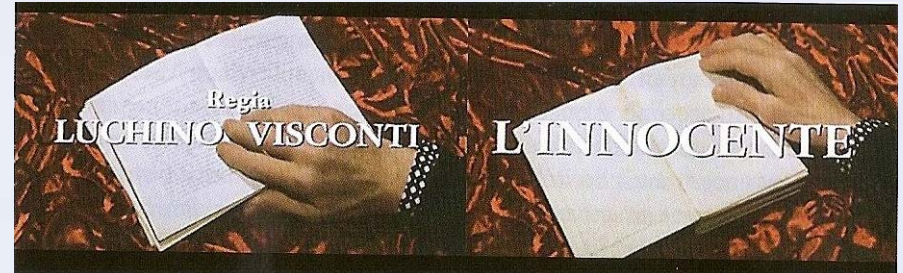
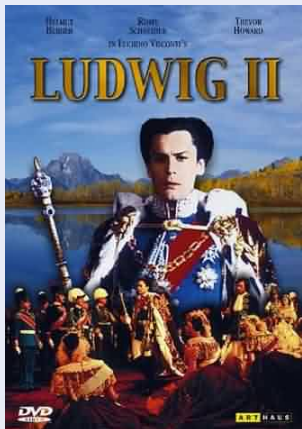
Case Report	Risk of Fatal Pulmonary Embolism (N=15 520), %
Patient <75 years, deep-vein thrombosis	0.23
Patient <75 years, nonmassive symptomatic pulmonary embolism	1.24
Patient >75 years, nonmassive symptomatic pulmonary embolism	3.42
Patient >75 years, nonmassive symptomatic pulmonary embolism, immobilisation >4 days for neurological disease	9.81
Patient >75 years, massive pulmonary embolism, immobilisation >4 days for neurological disease	24.7

VISCONTI & FELLINI

Del neorrealismo social de izquierdas al ictus hemisférico derecho



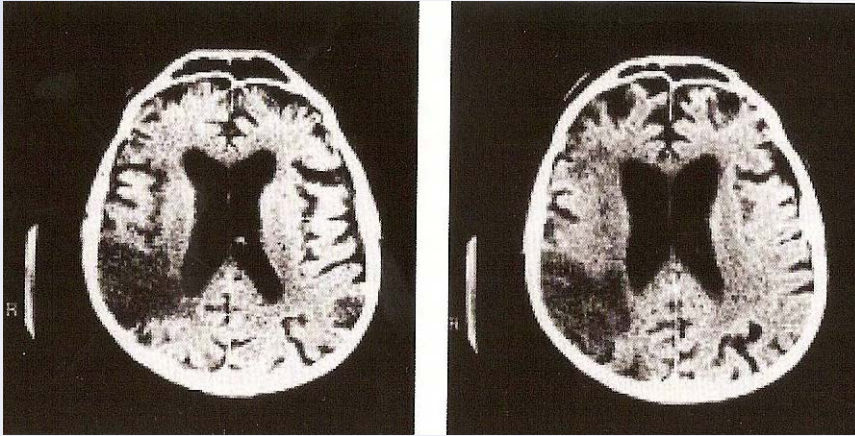
Ictus con hemiplejia izda (65 años)
†69 años (gripe)



Créditos iniciales de *El inocente*, su última película, mostrando su mano derecha

VISCONTI & FELLINI

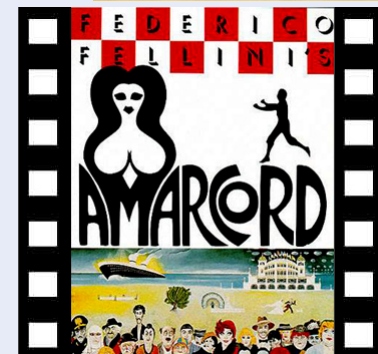
Del neorrealismo social de izquierdas al ictus hemisférico derecho



TAC craneal (hospital de Rimini), 7 días tras ictus



Ictus con hemiplejía izda (73 años)
†73 años (Nuevo Ictus)



Fibrilación auricular e ictus

ICTUS^{1,2}: ~**120.000** hospitalizaciones,
31.714 †
350.000 discapacitados >65 años
1.578,7 millones €

¹Montes Santiago J. Rev Clín Esp 2005; 205(Sup.3):1-3.
²Allender S et al. European Cardiovascular disease statistics, 2008.

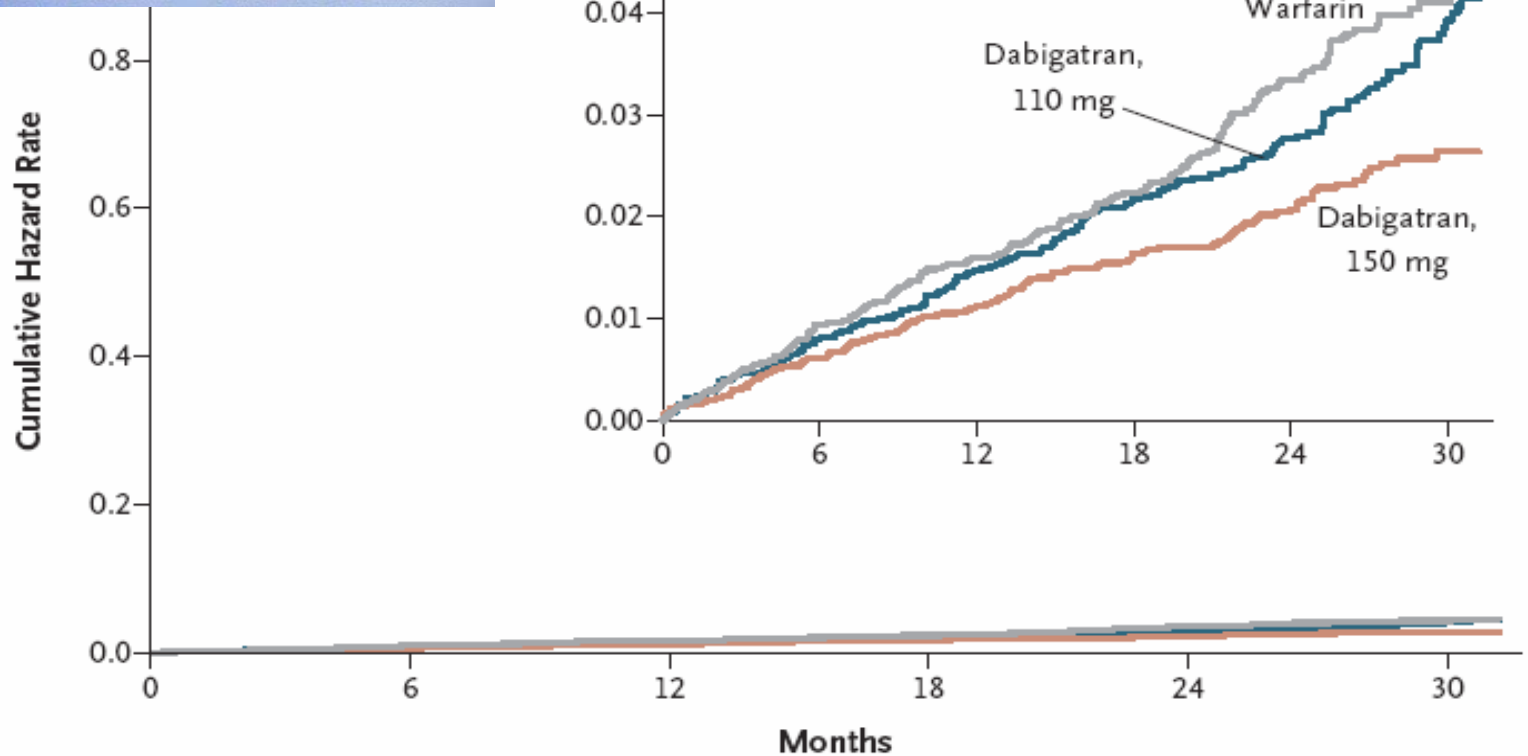
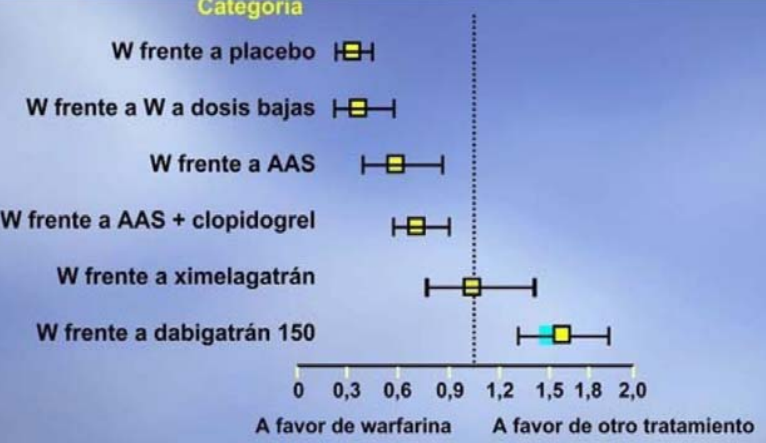
- La FA aumenta riesgo de ictus ~5 veces¹
 - 11-15% de ictus es por FA²
- El ictus cardioembólico conlleva mortalidad elevada
 - † ~25% a 30 días²
 - † ~50% a 1 año³

España: ~ 800000 pacientes con FA

Estudio RELY

Dabigatran

Brazo W: 66% INR en rango



No. at Risk

Warfarin	6022	5862	5718	4593	2890	1322
Dabigatran, 110 mg	6015	5862	5710	4593	2945	1385
Dabigatran, 150 mg	6076	5939	5779	4682	3044	1429

Los nuevos anticoagulantes y el futuro de la cardiología

Andreotti F, Pafundi T.

Rev Esp Cardiol. 2010;63(11):1223-9

Anticoagulante

Rivaroxabán

Apixabán

Otamixabán

Betrixabán

Edoxabán tosilato

Dabigatrán etexilato

Tecarfarina

Fibrilación auricular no valvular

Fase III ROCKET AF: Cierre en noviembre 2010 por superior de **rivaroxabán**

Fase III AVERROES: Cierre en junio 2010 por superior de **apixabán**

Fase III ARISTOTLE: en curso (2011)

—

Fase II SEPIA-ACS1 TIMI 42: publicado, Sabatine et al⁷

Fase II Explore-Xa: completado (véase el texto)

Fase II: completado (véase el texto)

Fase III ENGAGE AF-TIMI 48: en curso (inicio de 2012)

Fase II PETRO: publicado, Ezekowitz et al⁸

Fase III RE-LY: publicado, Connolly et al⁹

Fase IIa: publicado, Ellis et al¹⁰

Fase II EmbraceAC: completado (véase el texto)

Ictus: Hollywood actúa



James Wood
Shark



J. Woods con Don Rickles

2003

5 Spots de concienciación del Ictus
(American Stroke Association)



Sharon Stone
Diabética, fumadora
2001: hemorragia subaracnoidea

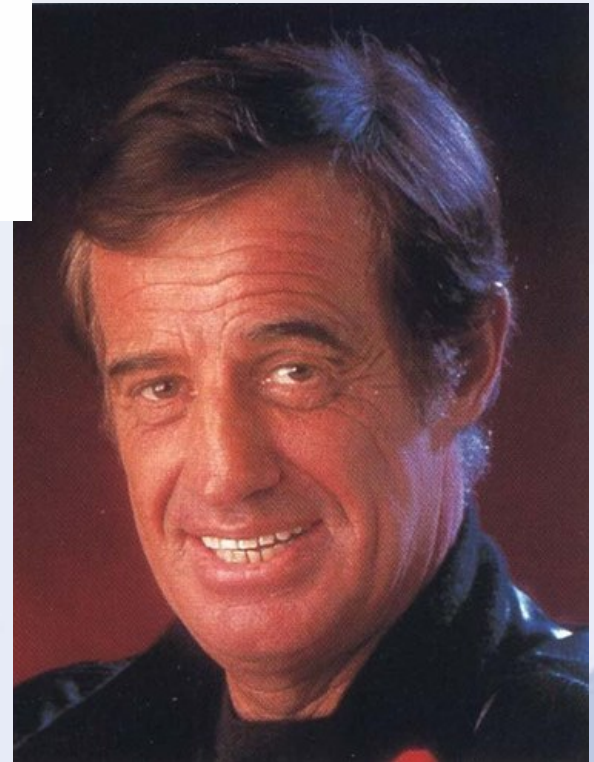
Sharon Stone (n. 1959)



Sharon Stone
Reportaje en
**PARIS
MATCH**
al cumplir 50



Ictus a los 68 años
Padre a los 70
Reanuda rodajes 5 años
posictus



Jean Paul Belmondo (n. 1933)

Ictus

Cuidado global

AHA Scientific Statement

Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient

A Scientific Statement From the American Heart Association

Elaine L. Miller, PhD, RN, CRRN, FAHA, Chair; Laura Murray, PhD, CCC-SLP; Lorie Richards, PhD, OTR/L, OT, FAHA; Richard D. Zorowitz, MD, FAHA; Tamilyn Bakas, PhD, RN, FAHA; Patricia Clark, PhD, RN, FAHA; Sandra A. Billinger, PhD, PT, FAHA; on behalf of the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and the Stroke Council

Stroke

American Stroke
AssociationSM

A Division of American
Heart Association



JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

Octubre 2010

Table 3. HCPs Commonly Part of the Stroke Rehabilitation Team

Discipline	World Wide Web Site	Description
Certified rehabilitation counselors	www.crccertification.com	Assist individuals with disabilities to maximize their vocational and avocational living goals in the most integrated setting possible through the application of the counseling process, including vocational and counseling, case management, referral, and service coordination; identifying and addressing employment and attitudinal barriers; and job analysis, development, and placement services.
Neuropsychologists	www.apa.org	Specialize in brain-behavior relationships and have extensive training in anatomy, physiology, and neuropathology. They identify and treat cognitive and neurobehavioral dysfunction, and through assessment also monitor recovery and thereby enhance community reintegration.
Occupational therapists	www.aota.org	Focus on the "skills of living" necessary for independent and satisfying living. OT services include customized treatment programs to perform daily activities, comprehensive home and job site evaluations and adaptation recommendations, performance skills assessment and interventions, adaptive equipment recommendations and training, and family and caregiver education.
Rehabilitation nurses (RNs)	www.rehabnurse.org	Manage complex medical issues, provide ongoing patient and caregiver education, and establish care plans to maintain optimal wellness. RNs use a holistic approach to fulfill patients' medical, environmental, spiritual, vocational, and educational needs via principles from other disciplines and their own unique medical expertise (bowel, bladder, and skin management). In all care settings, RNs function as coordinators/case managers, collaborators, and counselors. A registered nurse with at least 2 years of practice in rehabilitation who passes the Association of Rehabilitation Nurses examination can earn the Certified Rehabilitation Nurse distinction.
Physical therapists	www.apta.org	Experts in examining and treating neuromuscular problems that affect the abilities of individuals to move. PTs practice in many settings and with all age groups.
Physicians	www.aapmr.org	Usually coordinate the rehabilitation team and manage medical conditions pertaining to stroke and comorbidities. A physician may be a physiatrist (ie, specializing in physical medicine and rehabilitation and thus restoration of function in individuals with problems that range from simple physical mobility to more complex cognitive issues).
Recreational therapists	www.atra-online.com	Provide treatment services and recreation activities to individuals with disabilities to facilitate independent physical, cognitive, emotional, and social functioning by enhancing individuals' current skills and assisting new skill development for daily living and community function. Besides discharge planning for community reintegration, they help individuals develop or redevelop social, discretionary time, decision-making, coping, self-advocacy, and basic skills to enhance overall quality of life.
Social workers	www.naswdc.org	Assist individuals, groups, or communities restore or enhance their capacity for social functioning, while creating societal conditions favorable to their goals. Requires knowledge of human development and behavior; social, economic, and cultural institutions; and interactions among these factors. Social workers help prevent crises; counsel individuals, families, and communities to facilitate coping with everyday stresses; and identify resources to allow individuals with disabilities to remain in the community.
SLPs	www.asha.org	Assess speech, language and other cognitive functions, as well as swallowing, and provide interventions and counseling/education to address language and speech disorders (eg, aphasia, apraxia of speech, dysarthria, and cognitive-communication impairment). SLPs also intervene when swallowing and cognitive disorders exist. They provide services to all age groups and in all care settings.

JOURNAL OF THE A

FINAL

Krystyna **HABURA** (n.1928)
Pintora y escultora polaca



Sufrimiento (1989), pintura premórbida)



Estudio de caballo (1989), premórbido

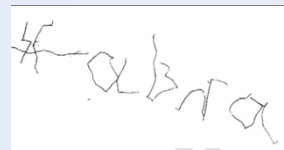
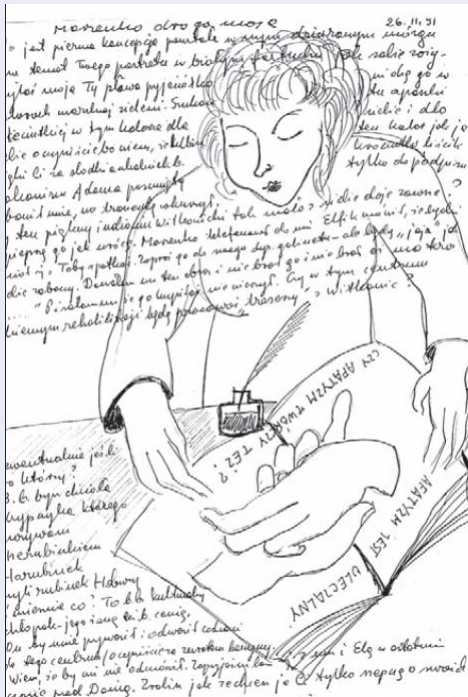
Krystyna HABURA

61 años: ictus isquémico hemisférico dcho. con hemiparesia/afasia

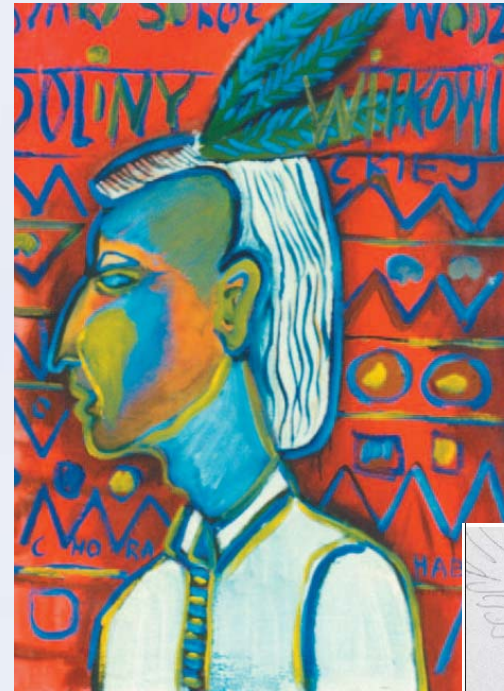
Queja subjetiva: "agujero" en el cerebro que le impide pintar, depresión



Carta pintada.
*La afasia es curable.
Pero, ¿es curable también
la afasia creativa?*



Firma (inicio de la Rehabilitación)



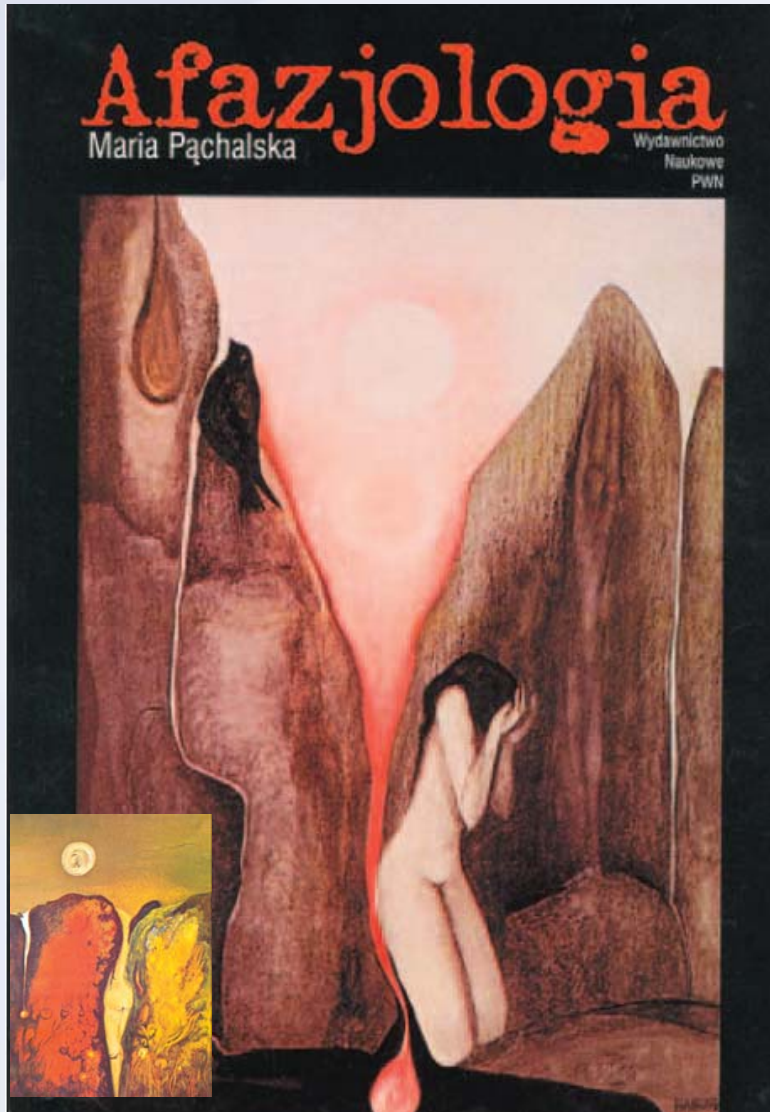
Halcón Gris

Retrato de la Jefa del Dpto.
de Rehabilitación del Centro
de Rehabilitación de Cracovia

Pegasus,
dibujo tras evento



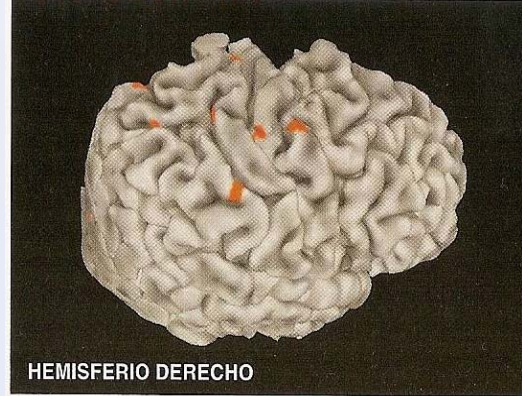
Krystyna HABURA



Portada de Habura del Libro de *Afasiología*, escrito por la encargada de su Rehabilitación

Imágenes de RNM funcional

SUJETO CONTROL



HEMISFERIO DERECHO



HEMISFERIO IZQUIERDO

VICTIMA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR



HEMISFERIO DERECHO



HEMISFERIO IZQUIERDO

Al cerrar la mano derecha se ilumina la corteza motora izda.

Reorganización cerebral: Tras RHB el sujeto hemipléjico con lesión hemisférica izda. utiliza numerosas áreas corticales.

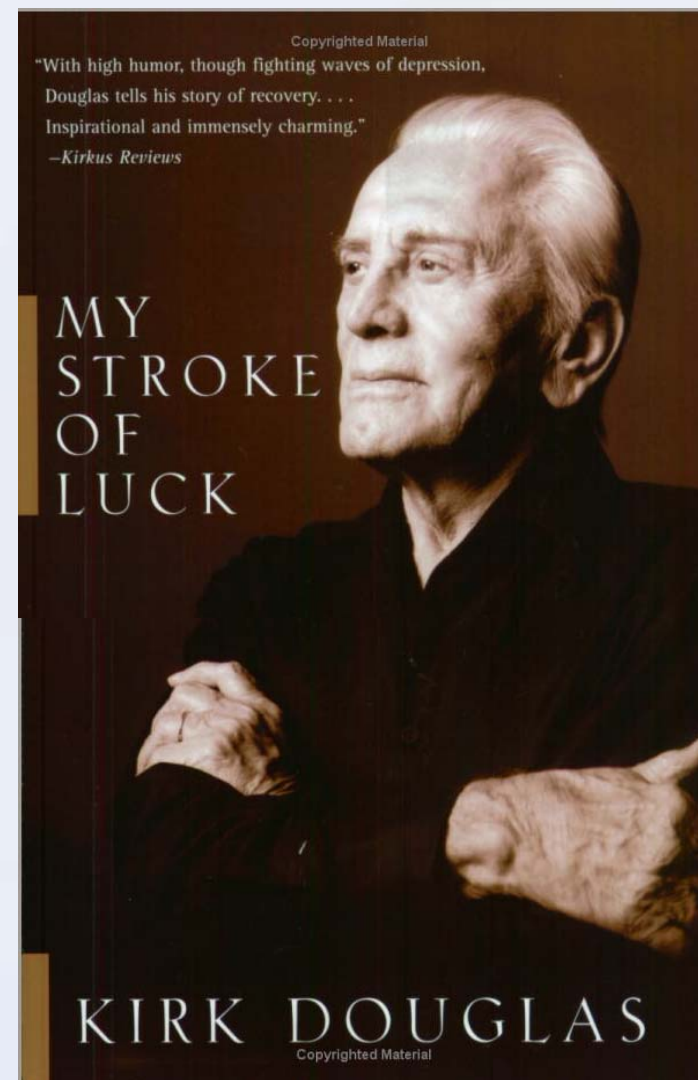
Kirk DOUGLAS (n. 1918)

Espartaco

Stanley Kubrik (1960)



Sé que hacer películas es una forma un poco cara de narcisismo.



*Creo que ahora comienzo realmente a saber quién soy.

*Siempre me digo: La edad está en la cabeza. Es el único antídoto que permite seguir funcionando.

*Sé que pensar un poco en los demás es una manera de distraerse de uno mismo.

Lo que sé (Kirk Douglas, 84 años, en *Esquire*)

Conclusiones

- **Prevención:** lo más importante
- **Trombopprofilaxis:** crucial en todos
 - Extendida si inmovilidad o en >75 años
- **Considerar otros aspectos**
 - Personalidad del paciente
 - Depresión