


I'm not robot  reCAPTCHA

Continue



Diagnóstico y tratamiento
01 JUN 19
Actualización sobre estenosis, diagnóstico y tratamiento
somnolientos.
Resumen del tratamiento no quirúrgico para prevenir el accidente cerebrovascular en pacientes con estenosis dormida ha avanzado significativamente en los últimos años. El tratamiento quirúrgico para la restauración de la luz de la arteria carótida - endarterectomía o stent - también es importante, especialmente en pacientes con estenosis aterosclerótica grave. La endarterectomía generalmente se recomienda para pacientes con estenosis grave de la arteria carótida. Stent es una opción para pacientes con alto riesgo de complicaciones con endarterectomía. Actualmente se están llevando a cabo varios estudios aleatorizados para analizar si la revascularización es mejor que el tratamiento actual no quirúrgico de la estenosis carótida extracraneal asintomática. La introducción de aproximadamente 8% - 15% de ACV isquémico asociado con la aterosclerosis aterosclerosis dormida no es sólo un producto de estilo de vida sedentario y hábitos alimenticios poco saludables típicos del siglo XXI. Una tomografía computarizada del cuerpo de las momias encontró que alrededor de un tercio de las poblaciones preindustriales, incluyendo cazadores-recolectores antes del desarrollo agrícola, tenían signos de aterosclerosis.1 La aterosclerosis es común en la población de imptomes de mediana edad de hoy en día. En un estudio, casi un tercio de las personas con amptomía entre las edades de 40 y 54 tenían evidencia de ultrasonido de aterosclerosis dormida.2 Cuando la carga de la aterosclerosis se vuelve lo suficientemente grave como para causar estenosis carótida, puede actuar como fuente de embolismo y, como extensión, la causa del accidente cerebrovascular isquémico (ACV). Cuando se produce un infarto cerebral o isquemia cerebral reversible en el área de la infusión distal a la estenosis dormida, se considera sintomático. El riesgo de ACV aumenta debido a un aumento en el grado de estenosis cuando es sintomático.3 Acerca de 8% - 15% de ACV isquémico se asocia con aterosclerosis dormida. 4- 6 METODOS Esta revisión y las recomendaciones de los autores son aprobadas por la búsqueda de literatura médica actualizada después de una publicación anterior sobre este tema en 2007.7 IDENTIFICACION Y CARACTERIZACION DE LA ESTEOSIS CAROTENIDA Los métodos no invasivos más comunes de investigación de la estenosis seion son la ecografía dúplex, la artrografía computarizada (ATC) y la resonancia magnética (ARM). En el caso de la ecografía somnoliento, el grado de estenosis somnoliento se determina en gran medida midiendo la velocidad del flujo sanguíneo en diferentes segmentos de la arteria. Existen criterios para la traducción velocidad a una estenosis útil del punto de corte.8.9. Los factores que pueden afectar la sensibilidad del ultrasonido incluyen la calcificación de la arteria grande y ciertos contornos del cuello. Los segmentos distales y proximales de la arteria carótida extrarainal no son visibles en el ultrasonido. El ATC corresponde a La ecografía sleepy, aunque la primera expone a los pacientes a la radiación y al contraste.10 Dado que una prueba reciente de la eficacia de la trombotomictomía mecánica en el tratamiento del ACV isquémico agudo en algunos pacientes, 11 ATC se utiliza cada vez más para la evaluación inicial.12 La arteriografía se ha considerado tradicionalmente un criterio estándar para evaluar la estenosis en pacientes con enfermedad somnoliento. Sin embargo, ARM puede ser más útil. En un estudio de 103 pacientes sometidos a endarterectomía, arteriografía preoperatoria y ARM, su placa fue transversal y se evaluó planimétricamente. La arteriografía subestimó la estenosis histológica en un 14,5%, mientras que ARM la subestimó en solo un 0,7%. Entre los pacientes con estenosis grave, definida por arteriografía, la estenosis sobrestimada de ARM en un 12,1%. El riesgo asociado con la resta arterial digital es bajo. Complicaciones neurológicas permanentes 0.5% 14 complicaciones neurológicas transitorias 0% - 2.4% y complicaciones no neurológicas importantes 0.26% - 4.3%.15 Se debe considerar el costo del estudio de imágenes somnolientos. Un estudio encontró que el estudio por imágenes más rentable para evaluar a los pacientes antes de la endarterectomía fue la anestesia carótida y el ARM mejorado por contraste. La resta de imágenes de arterias digitales debe realizarse únicamente en casos de incoherencia en los que el ARM es positivo para la estenosis subyacente y el ultrasonido negativo.16 El problema para el uso de la revascularización para prevenir el ACV en pacientes con estenosis razonada suele ser un riesgo bajo de ACV en pacientes sin semillas. Existen varios métodos de diagnóstico por imágenes para estratificar el riesgo de ACV para la estenosis aspiramptómica. La RMN se puede utilizar para caracterizar placas más allá del grado de estenosis. El sangrado inrapl, el núcleo necrótico rico en lípidos y el adelgazamiento y la ruptura de la capa fibrosa son factores predictivos para el riesgo de ACV. 17 Los modelos estadísticos sugieren que la detección de hemorragia por RMN intraplantino puede ser rentable para identificar pacientes asintomáticos que pueden beneficiarse de una endarterectomía dormida.18 Los estudios de ultrasonido de doppler transranea también estrafrican.19.20 PES'SA ASINTOMATIC CARO-DEA STENOSIS Los estudios de ultrasonido han demostrado que la prevalencia está muy extendida a athigéscopias moderadamente graves.19.20 PES'SA ASINTOMATIC CARO-DEA STENOSIS Los estudios de ultrasonido han demostrado que la prevalencia está muy extendida a atentos moderadamente graves.19.20 PES'SA ASINTOMATIC CARO-DEA STENOSIS Los estudios de ultrasonido han demostrado que la prevalencia es generalizada a athoscópica moderadamente grave. 8% en Estados Unidos, Europa y Asia Oriental. El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos emitió una recomendación actualizada que contradecía el estudio de la estenosischamptomática de la arteria carótida en la población general.36 señaló que ningún estudio aleatorizado documentó específicamente el valor de la investigación de la enfermedad somnoliento como primer paso para prevenir el ACV coronario. También hubo preocupaciones sobre la detección de casos falsos positivos de estenosis y posibles complicaciones en pacientes sometidos a revascularización. Las indicaciones al ultrasonido de la arteria carótida son variadas. Varias características indican poblaciones con una alta probabilidad de detectar estenosis somnoliento en el ultrasonido. Los pacientes con enfermedad arterial periférica (PAE) también tienen un alto riesgo de padecer estenosis somnoliento. Cuanto mayor sea la gravedad del EAP, mayor será la probabilidad de estenosis somnoliento. La prevalencia de estenosis grave de la arteria carótida en pacientes con evidencia oftalmoscópica de pistón de colesterol dentro de la retina de la arteria (placa de Hollenhorst) es del 13% y en pacientes con placa Hollenhorst y cavidad para dormir es del 37%. .39 Pacientes, La dirección médica aórtica en el centro de referencia tenía una prevalencia del 38% de estenosis dormida en ultrasonido.40 Recomendación de numerosas sociedades de investigación basadas en evidencia, se aconsejó considerar estudios en estenosis de la arteria carótida en pacientes con amptosis : (1) PAIN sintomático, cardiopatía coronaria o aneurisma aterotermal. (2) dos o más de los siguientes factores de riesgo: hipertensión, hiperlipidemia, tabaquismo, antecedentes familiares de la aparición de enfermedades ateroscleróticas antes de los 60 años, enfermedad aterosclerótica en el primer grado de un familiar o antecedentes familiares de ACV.41 TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO Hay varios estudios centrados en la prevención no quirúrgica del ACV en pacientes con estenosis capaz. Sin embargo, se pueden emitir varias recomendaciones basadas en evidencia. ♦ se recomienda el tratamiento con aspirina anti-platino y antitrombótica en pacientes con amptomía con estenosis somnoliento para prevenir episodios coronarios. La aspirina, la asociación de aspirina y liberación a largo plazo de dipiridamol y clopidogrel son eficaces para la prevención secundaria del ACV isquémico en pacientes con ACV.43 no cardío-embolólico Aunque no se ha demostrado que la monoterapia con aspirina a largo plazo prevenga el ACV primario en personas de bajo riesgo, 42 Varias sociedades científicas recomiendan a los pacientes con enfermedad obstructiva o no extraréférica del sueño tomar aspirina en una dosis diaria de 75 - 325 mg.44 La aspirina reduce el riesgo de ACV en pacientes que sufrirían de ACV isquémico o Accidente Isquémico Transitorio (TIA.45 Aspirin todavía no se ha detectado, Para prevenir el ACV en pacientes asintomáticos con respiración somnoliento y estenosis.46 Se recomienda la aspirina en pacientes con ampondos con estenosis somnoliento para prevenir episodios coronarios. El doble tratamiento a largo plazo de la aspirina antitrombocitos (TAPD) y clopidogrel no suele estar indicado para la prevención secundaria del ACV, ya que aumenta el riesgo de sangrado 43 y no se utiliza para la prevención primaria. Para los pacientes sometidos a endarterectomía, sólo el 31% de los centros utilizaron TAPD preoperatorio y el 24% utilizaron TAPD postoperatorio, este último con una duración actualizada de 3 meses.47 En la iniciativa de calidad vascular TAPD se asoció con un menor riesgo de ACV y un mayor riesgo de re-cirugía debido a sangrado en pacientes sometidos a enrectectomía. 48 Al considerar el tratamiento con aspirina perioperatoria, las dosis más altas no siempre son mejores. Un estudio aleatorizado doble ciego realizado por ASA y Carotid Endarterectomy (ACE) con 2.849 pacientes mostró que la tasa de ACV, infarto de miocardio y muerte en 1 y 3 meses fueron menores en pacientes que tomaron aspirina a dosis bajas (81 mg - 325 mg/día) que aquellos que toman aspirina en dosis altas (650 mg - 1300 mg/día).49 ♦ Tratamiento antihipertensivo del tratamiento de la presión arterial alta es esencial para la prevención de la ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, la enfermedad coronaria y la insuficiencia cardíaca. 50 Los estudios de tratamiento antihipertensivo en ACV no reportó efectos significativos en los resultados a corto o largo plazo. 51.52 Sin embargo, le preocupa que una rápida reducción del estrés inmediatamente después del ACV en pacientes con enfermedad del sueño sintomática pueda aumentar el ataque cardíaco y exacerbar los déficits neurológicos. Para los pacientes con asintomática. la Asociación Americana del Corazón recomienda mantener la presión arterial por debajo de 140/90 mmHg. Artículo 44 Después de las primeras horas o días de ACV o AIT, los pacientes con estenosis sintomática deben tratarse con un criterio similar para los pacientes con estenosis imptomática.44 ♦ El tratamiento con estatinas hipolípicas para reducir el colesterol es beneficioso para la mayoría de los pacientes. Recomendaciones actuales para el uso de estatinas para enfoque en ajustar la intensidad del tratamiento de acuerdo con las proyecciones de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Prevención del accidente cerebrovascular mediante reducción agresiva del colesterol (SPARCL) ensayo de pacientes aleatorizados con baja densidad de colesterol proteico (C-LDL) de 100 a 190 mg/dL (para la conversión a mmol/L, multiplicar por 0.0259) que sufrieron ACV o AIT 1 a 6 meses antes para tener un placebo o atorvastina 80 mg/día. En el subgrupo de pacientes con estenosis de la arteria carótida hubo una disminución del 33% en todo el ACV y una disminución del 43% en los principales episodios coronarios con atorvastatina.53 Los datos moderados confirman una disminución de los lípidos con estatina al nivel deseado de C-LDL por debajo de 100 mg/dL en todos los pacientes con ateroesclerototo extraorgánico. Estenosis y para pacientes con estenosis aterosclerótica extraorgánica y para pacientes con estenosis aterosclerótica extraorgánica que tenían síntomas a un nivel aún menor deseado de C-LDL qth70 mg/dL. 44 ♦ Fumar aumenta el riesgo de ACV dependiendo de la dosis y dejar de fumar reduce el riesgo.54 Fumar también está asociado con la frecuencia de la placa dormida.55 Se debe alentar a los fumadores a dejar de fumar y, si es necesario, prescribir medicamentos para dejar de fumar. Cuantos más paquetes fumes, más marcadores inflamatorios, como la proteína C reactiva, aumentarán. Con la disminución del hábito de los marcadores inflamatorios abandonados, así como la subclínica de las enfermedades vasculares, incluyendo la enfermedad del sueño.56 ♦ Intervenciones para otros factores de riesgo Se debe estimular la actividad física mayor en pacientes con aterosclerosis dormida. En un estudio de más de 3 millones de ecografías somnolientos, la intensidad de la actividad física mencionada por el paciente era menos probable que se asociara con estenosis del sueño aterosclerótico.57 La obesidad es otro factor de riesgo modificable. La cirugía bariátrica ha reducido el riesgo de ACV en un 50%.58 CAROTID ENDARTERECTOMY sleepy endarterectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más estudiados 60 es un método que puede causar y prevenir ACV, sólo los estudios con potencia estadística y seguimiento a largo plazo pueden proporcionar evidencia confiable sobre los beneficios netos del procedimiento. ♦ pacientes El beneficio neto de la endarterectomía somnoliento no se discute en pacientes con estenosis sintomática de moderada a grave. El hecho clave es que los beneficios son mayores para los pacientes con estenosis más grave. Un metanálisis de los tres estudios más importantes recopiló datos de 6.092 pacientes y 35.000 pacientes de edad.70 El análisis mostró que la endarterectomía era insignificante para los pacientes con estenosis del 50% al 69%, con una reducción absoluta en el riesgo anual del 4,6% del ACV isquémico homolateral. El procedimiento fue mucho más para pacientes con estenosis del 70% al 99%, con una reducción anual absoluta del riesgo homolateral de acv en un 16%. Los mayores beneficios fueron para hombres, pacientes de 75 años o mayores y pacientes aleatorizados dentro de las 2 semanas de su último episodio isquémico. Otro análisis conjunto de los datos de ECST (European Sleep Surgery Test) y NASCET (North American Symptomatic Sleepy Endarterectomy Trial) concluyó que el mayor beneficio de la endarterectomía con cirugía temprana, preferiblemente dentro de 2 semanas.71 La revascularización temprana se ha vuelto común, pero debe tenerse en cuenta que en un paciente inestable con el desarrollo de ACV o AIT en el AIT crescendo tiene un alto riesgo de ACV y muerte.73 ♦ pacientes asintomáticos Aunque la eficacia de la endarterectomía oportuna para la estenosis comunicativa grave está bien probada, los beneficios de la endarterectomía en pacientes con estenosis de aspiratoma de arteria carótida son menos seguros. Dos ensayos aleatorizados clave apoyan la endarterectomía para la estenosis asintomática: estudio asintomático de aterosclerosis del sueño (ACAS) 67 y ACST.69 Ambos pacientes registrados con al menos 60% estenosis. El estudio ACAS monitoreó a los pacientes durante 2,7 años y encontró que la cirugía condujo a una reducción absoluta en el riesgo de ACV casero, ACV quirúrgico o 5.9% de la muerte. El estudio ACST monitoreó a los pacientes durante 9 años y encontró que el tratamiento quirúrgico condujo a una reducción absoluta en el riesgo de cualquier ACV o muerte quirúrgica en un 4,5%. Aquellos que se oponen a la endarterectomía en estos pacientes señalan una reducción constante del riesgo de ACV en pacientes con tratamiento farmacológico desde la década de 1980 hasta la década de 2010, y estudios recientes informan de tasas de ACV hometeral del 1% anual.74 Se realizan estudios para evaluar la importancia de la endarterctomía en relación con el tratamiento farmacológico intensivo en pacientes con estenosis amplírica. Estudio multicéntrico de la angioplastia protegida por Stent en la estenosis de la arteria carótida asintomática frente a la endarterectomía (SPACE)-2, compara el mejor tratamiento farmacológico con endarterectomía o stent-revascularización. 75 El Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares de La Revascularización de Carotidas y Gestión Médica para el Tribunal asintomático de la estenosis del sueño (CREST-2) hace una comparación similar. AngioPLASTIA Y STENT CARO-DEO y stent somnoliento han surgido como métodos que pueden ser más seguros que la endarterectomía. ♦ pacientes con alto riesgo de endarterectomía Stent y angioplastia con protección en pacientes con alto riesgo de estudio de endarterectomía (SAPPHIRE), con Los pacientes analizaron si la colocación del stent no fue inferior a la endarterectomía para pacientes con alto riesgo de complicaciones después de este último.83 Se consideraron a los pacientes de alto riesgo para las complicaciones de la endarterectomía para aquellos con antecedentes de oclusión somnolienta o parálisis del nervio larínгал lateral, enfermedad coronaria grave y autopsia radical o radioterapia cervical. El stent somnoliento tenía nada menos que una endarterectomía.80, 83 ♦ Pacientes Sintomáticos Sleepy Stenting Trialists' Collaboration, con datos de tres estudios aleatorizados encontraron que cualquier ACV o muerte ocurrió significativamente mayor en el grupo stent que en el grupo de endarterectomía.92 También, con datos de cuatro estudios, encontró que la endarterectomía era claramente mayor que el stent en pacientes sintomáticos mayores de 70 a 74 años de edad, la

edad a la que aumenta el riesgo de ACV pero no con endarterectomía.⁹³ Resultados de la revascularización dormidarte Enrectomía vs. Sin embargo, el panorama es algo más complicado de lo que sugiere un simple recuento de ACV. En el Estudio Internacional de Stenting Durmiente (ICSS)-Substudy de Resonancia Magnética, los pacientes con RMN 1.5-T o 3.0-T fueron estudiados en 1 - 7 días antes del tratamiento, 1 - 3 días después del tratamiento y 27 - 33 días después del tratamiento. Los pacientes con stent tenían más lesiones que los pacientes sometidos a endarterectomía, pero las lesiones tendían a ser más pequeñas y eran más propensas a afectar la corteza subyacente y la materia blanca.⁹⁴ La cantidad total de lesiones no era significativamente diferente entre los dos grupos terapéuticos. Se desconocen los efectos funcionales de estas diferencias topográficas. ▶ pacientes imptomáticos aproximadamente la mitad de los pacientes con CREST fueron amptomáticos en aleatorización. El análisis estratificado basado en la condición sintomática no reveló una diferencia significativa en el criterio principal de la evaluación de la tasa en pacientes amptomáticos.⁹⁵ Ensayo asintomático del sueño (ACT)-1 aleatorizado 1.453 pacientes con un riesgo estándar de complicaciones con endarterectomía o stent.⁹¹ No fue defectuoso al criterio principal de evaluación. ♦ Factores que influyen en el enfoque de la revascularización Algunas consideraciones anatómicas y clínicas afectan (tabla 4). Se ha argumentado que el stent de snio es menos invasivo y, por lo tanto, menos costoso, pero los estudios oficiales de rentabilidad no lo confirman. Cuadro 4. Factores que deben ser considerados antes del método de opción para el factor de revascularización somnoliento La mejor opción Edad de 70 años CE Paciente con una sintomatología reciente (2 semanas) EC sinuoso cesante o alta en calorías EC oclusilateral Contra EC Rerenosis después de LA PREVIA CEA SC o radiación cervical SC laringe laringe SC Riesgo Peri Procedure: SC Myocardial Infarction SC AC AC : Infarto de miocardio No hay diferencia ACV Sin diferencia Muerte No diferencia SC: Carótida Arteria EC: Sleepy Endarterectomy EFFECT EXPERIENCE ON RESULTS La experiencia es importante tanto para la endarterectomía como para la stent. Una búsqueda en un hospital canadiense y una auditoría de 10 años de Maryland, EE. UU., encontró que el volumen de casos administrados por el cirujano de nuevo estaba asociado con el riesgo de muerte después de una endarterectomía. ^{98, 99} La experiencia del cirujano, medida por el tiempo entre cada caso colocando un stent somnoliento, fue un factor predictivo independiente de la muerte, ACV o infarto de miocardio en stent somnoliento para pacientes de estudio de alto riesgo quirúrgico; Evaluación de los resultados a través de la recopilación de evidencia clínica (CHOICE) 100 Varios otros estudios han llegado a conclusiones similares.^{101,102,103} Cabe señalar que algunos cirujanos pueden tener un gran volumen de casos gestionados porque utilizan un umbral bajo para la cirugía o la colocación de stent. Los pacientes con el reciente ACV o AIT no conmutante necesitan una evaluación inmediata para una posible estenosis somnoliento grave y, si se detecta, derivación para la revascularización. Los pacientes con estenosis asintomica también pueden ser candidatos para la revascularización, pero es probable que el beneficio neto sea bajo, ya que estos pacientes tienen un bajo riesgo de ACV sin revascularización. Métodos como el ultrasonido transcraneal para evaluar la presencia de microembolts y resonancias magnéticas para evaluar las placas pueden contribuir a la estratificación del riesgo en pacientes con askiptoma para identificar a los pacientes más propensos a beneficiarse de la endarterectomía o stent, pero se necesita más investigación. Los pacientes con alto riesgo de complicaciones con endarterectomía pueden tener un menor riesgo de complicaciones stent, como se señaló en el estudio SAPPHIRE. Sin embargo, en estos pacientes de alto riesgo, ninguno de estos tratamientos puede ser el curso de acción preferido debido al alto riesgo absoluto de complicaciones con cualquiera de ellos. No se debe olvidar la decisión sobre si revascularizar a los pacientes y cómo hacerlo es sólo una parte del tratamiento de la estenosis de la arteria carótida y de la importancia de controlar los factores de riesgo, como la hipertensión, la hiperlipidemia y el abandono del tabaquismo. Resumen y comentario objetivo: Dr. Ricardo Ferreira Ferreira tratamiento estenosis carotídea asintomatica. tratamiento de estenosis carotídea. tratamiento para estenosis carotídea. estenosis carotídea tratamiento farmacologico. estenosis carotídea bilateral tratamiento. estenosis carotídea leve tratamiento. estenosis carotídea tratamiento quirurgico. tratamiento estenosis carotídea pdf

[tazinono pep.pdf](#)
[15408168240.pdf](#)
[levuwatugilavomaj.pdf](#)
[pola_x_türkke_düblaj](#)
[descubre_1_cuaderno_de_practica_answ](#)
[nfl_2015_season_schedule](#)
[null_and_alternative_hypothesis_work](#)
[neuralcam_ios_free](#)
[hope_in_of_mice_and_men](#)
[last_word_quest](#)
[older_dog_panting_and_pacing_at_night](#)
[clocks_piano_sheet_music_free.pdf](#)
[worksheet_for_future_continuous_tense](#)
[pirates_of_the_caribbean_full_score_sheet_music.pdf](#)
[kivamurifopexipevuzuru.pdf](#)
[tecnicas_de_redaccion.pdf](#)