

Tratamiento del infarto cerebral con rt-PA

Como ya conoce, se ha confirmado que Usted (o su familiar) ha sufrido un infarto cerebral. Esta situación consiste en la detención del aporte sanguíneo a una región de su cerebro lo que produce daño cerebral que puede manifestarse con uno o varios de los siguientes síntomas: pérdida de fuerza o sensibilidad, alteración del lenguaje, afectación de la visión, trastorno de la marcha...

Esta situación puede suponer un problema muy grave, ya que de mantenerse durante tiempo la falta de aporte sanguíneo, pueden quedar secuelas e incluso se puede producir empeoramiento del estado neurológico y fallecimiento.

En el momento actual, y aprobado por las Autoridades Sanitarias (Agencia Europea del Medicamento), se puede administrar un fármaco, el *activador tisular de plasminógeno (rt-PA)*, que puede “disolver” el trombo formado y restablecer el aporte sanguíneo (tratamiento trombolítico).

Este fármaco, para ser eficaz, debe ser administrado en las **primeras 4,5 horas** desde el comienzo de los síntomas, de acuerdo a criterios estrictos que su médico valorará previamente a la administración del mismo.

En estudios previos realizados con un elevado número de pacientes se ha demostrado que la administración de este fármaco comparado con placebo, es decir, con pacientes que no recibían tratamiento, disminuía las secuelas en los pacientes tratados (un 30 % más de probabilidades de tener mínimos déficits o incluso sin secuelas a los tres meses del suceso).

Procedimiento del tratamiento

Usted va a recibir toda la medicación que se está administrando habitualmente en los pacientes con un Infarto cerebral. Adicionalmente se le administrará el tratamiento trombolítico (rt-PA).

El tratamiento consistirá en una perfusión intravenosa única de rt-PA de 1 hora de duración que se realizará en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Además, recibirá otros cuidados y medicamentos, los mismos que hubiese recibido en caso de no administrarse el tratamiento trombolítico. Entre estas medidas se incluyen todos los análisis rutinarios de sangre, orina, estudios tomográficos computarizados (TAC o RM) y otros estudios médicos.

Durante el tratamiento puede recibir otros medicamentos, siempre que sean considerados necesarios. Puede también proseguir la medicación con otros preparados que le habían sido prescritos para otras enfermedades. Por favor, comente con su médico cualquier otra medicación que tome de forma habitual.

Beneficios esperados

El beneficio esperado con el tratamiento trombolítico es que, al administrar rt-PA, los síntomas de su enfermedad mejoren considerablemente. Como hemos dicho, estaremos eliminando la causa que ha originado todo el proceso, por lo que cabe esperar que las secuelas producidas por el infarto se verán muy reducidas: obtenemos una curación más por cada siete tratamientos que administramos

Incomodidades y acontecimiento adversos.

La experiencia recogida hasta la fecha demuestra que, por lo general, la tolerancia al rt-PA es buena.

A continuación se indican los **Acontecimientos Adversos**, detectados en alguna ocasión, que pueden aparecer durante el tratamiento con rt-PA.

- rt-PA se perfunde en una vena del brazo. En el punto de inyección puede observarse un pequeño derrame sanguíneo (hematoma, “cardenal”). Como ocurre con todas las perfusiones o extracciones de muestras de sangre, el punto de inyección puede molestar.
- Entre los efectos secundarios adversos pueden incluirse la hemorragia visible en el punto de inyección como ya hemos dicho, o debido a otras lesiones vasculares previas desconocidas (p.e. hemorragia nasal, etc.), ya que el rt-PA influye sobre la coagulación de la sangre.
- Muy raramente, se han producido también otros efectos secundarios: elevación pasajera de la temperatura corporal, náuseas, vómitos, descenso de la presión arterial, erupción cutánea y obstrucción de las vías respiratorias. Por el momento no se han comunicado reacciones alérgicas después de la administración de rt-PA.
- En cualquier caso, de presentarse algún acontecimiento adverso, se le aplicarán inmediatamente todas las medidas necesarias para minimizar al máximo sus consecuencias.

- Existe un pequeño riesgo de hemorragia cerebral de aproximadamente un 6-8%. Sin embargo ello no contrarresta el beneficio terapéutico sobre las secuelas de la enfermedad, y no aumenta la mortalidad causada por el propio infarto cerebral.

El Servicio de Neurología de HM Hospitales posee los recursos técnicos y humanos para la administración de este tratamiento.

Para que usted o su familiar reciba este tratamiento es necesario que firme un Consentimiento Informado, tras la lectura de esta información, la comprensión de la misma y haber podido realizar las preguntas que Usted considere oportunas, asumiendo los beneficios y riesgos del tratamiento.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Don/Doña:..... y DNI Nº.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Don/Doña:..... y DNI Nº.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

En calidad de de Don/Doña.....
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

DECLARO

Que el DOCTOR/A....., con Nº Colegiado.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado que es necesario/ conveniente iniciar tratamiento con rt-PA por infarto cerebral.

He (ha) recibido y leído la hoja de información sobre él

He (ha) podido hacer preguntas sobre el tratamiento.

He (ha) recibido suficiente información sobre el tratamiento.

Comprendo que la aceptación de la administración de este tratamiento es voluntaria y que he (ha) expresado libremente mi (su) conformidad para recibir el mismo.

CONSENTO

En....., a de de 20.....

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL
(Si procede)

DENEGACIÓN / REVOCACIÓN

Don/Doña:..... y DNI Nº.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Don/Doña:..... y DNI Nº.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

En calidad de de Don/Doña.....
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

DENIEGO / REVOCO (*táchese lo que no proceda*) el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el procedimiento propuesto.

En....., a de de 20.....

Fdo.: EL/LA MÉDICO
Nº Colegiado.....

Fdo.: LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL
(Si procede)