

Reporte de caso

Identificación de factores de riesgo cardiovasculares y evaluación médica estándar en el manejo de un paciente con ACV hemorrágico: Impacto en el periodo de recuperación y reincorporación deportiva a propósito de un caso.

Identification of cardiovascular risk factors and standard medical evaluation in the management of a patient with hemorrhagic stroke: Impact on the recovery period and return to sports in a case report.

Juliana Cuadros-Solis^{1,a}, Juan Camilo Egas-Viveros^{1,a}.

1. Estudiante de Medicina.

a. Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).

CORRESPONDENCIA

Juliana Cuadros Solis
ORCID ID <https://orcid.org/0009-0009-6783-5428>
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).
E-mail: juliana15cuadros@gmail.com

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 29 de mayo de 2025.
ACEPTADO: 09 de marzo de 2026.

RESUMEN

El accidente cerebrovascular hemorrágico (ACV-H) representa una urgencia médica de alta complejidad, especialmente cuando ocurre en pacientes jóvenes y previamente sanos, como los deportistas de alto rendimiento. Este reporte de caso describe el abordaje diagnóstico y terapéutico de un atleta masculino de 28 años sin antecedentes médicos significativos, quien presentó una hemorragia intraparenquimatosa espontánea extensa. Se detallan las intervenciones realizadas, incluyendo neuroimagen avanzada, cirugía de evacuación del hematoma, monitoreo de presión intracraneal y un programa de rehabilitación neurológica intensiva. A pesar de la severidad inicial (Glasgow 5, ICH Score 3), el paciente mostró una evolución clínica favorable, logrando estabilidad neurológica y mejoría funcional parcial al alta. Este caso destaca la importancia de la identificación temprana de factores de riesgo, incluso en individuos sin antecedentes, y señala el valor de un manejo multidisciplinario en la recuperación neurológica y reintegración deportiva. Además, se enfatiza la necesidad de protocolos de evaluación más rigurosos en el ámbito de la medicina del deporte para prevenir eventos cerebrovasculares en esta población.

Palabras clave: Medicina del deporte, accidente cerebrovascular hemorrágico, rehabilitación de accidente cerebrovascular, factores de riesgo, evolución clínica, predisposición genética.

ABSTRACT

Hemorrhagic stroke represents a highly complex medical emergency, especially when it occurs in young and previously healthy patients, such as high-performance athletes. This case report describes the diagnostic and therapeutic approach to a 28-year-old male athlete with no significant medical history, who presented with an extensive spontaneous intraparenchymal hemorrhage. The interventions performed are detailed, including advanced neuroimaging, hematoma evacuation surgery, intracranial pressure monitoring, and an intensive neurological rehabilitation program. Despite the initial severity (Glasgow 5, ICH Score 3), the patient showed a favorable clinical evolution, achieving neurological stability and partial functional improvement at discharge. This case highlights the importance of early identification of risk factors, even in individuals without a medical history, and points out the value of multidisciplinary management in neurological recovery and sports reintegration. Furthermore, the need for more rigorous evaluation protocols in the field of sports medicine to prevent cerebrovascular events in this population is emphasized.

Key words: Sports medicine, hemorrhagic stroke, stroke rehabilitation, risk factors, clinical course, genetic predisposition.

Cuadros-Solis J, Egas-Viveros JC. Identificación de factores de riesgo cardiovasculares y evaluación médica estándar en el manejo de un paciente con ACV hemorrágico: Impacto en el periodo de recuperación y reincorporación deportiva a propósito de un caso. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(2):89-94.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución - No comercial - Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial, afectando a millones de personas cada año.¹ Esta entidad patológica se clasifica en dos grandes tipos: isquémico y hemorrágico. Mientras que el primero es el más frecuente y ocurre por la obstrucción de un vaso sanguíneo cerebral, el ACV hemorrágico es menos común pero presenta una mayor letalidad debido a la ruptura vascular y a la hemorragia intracraneal que desencadena un daño neuronal extenso.² Esta patología suele estar relacionada con factores de riesgo bien establecidos, como la hipertensión arterial, los trastornos de la coagulación y el uso de anticoagulantes. Sin embargo, su aparición en poblaciones atípicas —como los deportistas de alto rendimiento— constituye un fenómeno poco documentado que plantea un reto constante tanto para su diagnóstico como para su tratamiento.³

Los deportistas de alto rendimiento presentan adaptaciones cardiovasculares y hematológicas como producto del entrenamiento intenso, lo que podría influir en la fisiopatología de los eventos cerebrovasculares.⁴ Aunque tradicionalmente se ha considerado que esta población goza de una excelente salud cardiovascular, investigaciones recientes han identificado ciertos factores predisponentes que podrían incrementar el riesgo de ACV, tales como la presencia de anomalías vasculares congénitas, la hiperviscosidad sanguínea y alteraciones en la regulación autonómica del sistema cardiovascular.⁵ Además, las demandas físicas extremas del deporte profesional pueden actuar como desencadenantes de eventos neurológicos agudos, particularmente en individuos con predisposición genética o condiciones subyacentes no diagnosticadas.⁶⁻¹²

El estudio del ACV en deportistas de alto rendimiento ha cobrado un interés creciente en la comunidad científica debido a la acumulación de casos reportados en atletas que, a pesar de su aparente condición física óptima, han experimentado eventos cerebrovasculares.³ La fisiopatología subyacente en estos casos aún no está completamente dilucidada; no obstante, se postula que factores como el incremento de la presión arterial inducido por el ejercicio extenuante, la predisposición genética y probables microangiopatías desempeñan un papel clave en el desarrollo de hemorragias cerebrales en esta población.⁵ Se sugiere que algunas disciplinas deportivas pueden representar un riesgo mayor que otras, dependiendo de la intensidad del esfuerzo físico, la exposición a traumatismos y la capacidad de recuperación cardiovascular del atleta.⁴

Desde la perspectiva clínica, el ACV hemorrágico en un deportista joven y previamente sano representa un dilema diagnóstico, ya que los síntomas iniciales pueden confundirse con otras afecciones como migraña, deshidratación o fatiga extrema.² El abordaje de estos casos requiere un alto índice de sospecha clínica y el empleo de herramientas diagnósticas avanzadas, como la tomografía

computarizada y la resonancia magnética cerebral.¹ Además, el tratamiento debe ser individualizado y considerar tanto la recuperación neurológica como el eventual retorno a la práctica deportiva, lo que exige una evaluación multidisciplinaria rigurosa.⁶

La prevención de eventos cerebrovasculares en atletas de alto rendimiento constituye un área que requiere mayor investigación, especialmente en lo que respecta a la detección temprana de factores de riesgo subclínicos. Actualmente, los exámenes médicos de rutina en el deporte profesional están diseñados principalmente para evaluar la función cardiovascular y la aptitud física, omitiendo estudios detallados sobre la salud cerebrovascular.⁶⁻¹² Esto pone de manifiesto la necesidad de implementar protocolos de cribado más completos que permitan identificar alteraciones en la estructura y función vascular antes de que ocurran eventos adversos.¹

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo analizar los factores predisponentes, el abordaje diagnóstico y terapéutico, así como la evolución clínica de un deportista de alto rendimiento que sufrió un ACV hemorrágico. A través de este análisis se busca aportar evidencia sobre la importancia de la identificación temprana de riesgos y las estrategias de manejo en esta población, con el propósito de optimizar la prevención y elevar la calidad de la atención médica en el deporte profesional.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio corresponde a un reporte de caso clínico y, conforme a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y a la Declaración de Helsinki, se clasifica como una investigación con riesgo mínimo, dado que no implicó intervenciones distintas a las establecidas por criterio médico ni expuso al paciente a procedimientos adicionales. La información clínica se mantuvo de forma privada y anonimizada, asegurando el respeto por la dignidad, los derechos, la intimidad y el bienestar del paciente, descartándose cualquier dato que pudiera facilitar la identificación del individuo. El paciente y su familia fueron informados acerca del propósito académico y científico del informe, autorizando oficialmente la utilización de los datos clínicos mediante la firma del consentimiento informado. La elaboración y difusión de este artículo se llevó a cabo siguiendo todas las normativas científicas, técnicas y administrativas vigentes, las cuales están a disposición del comité editorial para su comprobación si se requiere.

REPORTE DE CASO

Se presenta un reporte de caso único correspondiente a un paciente masculino de 28 años que ingresó al Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela tras presentar una hemorragia intraparenquimatosa espontánea. El seguimiento abarcó desde su ingreso de urgencia el 26 de septiembre de 2024

hasta el alta hospitalaria el 21 de octubre de 2024. El paciente fue valorado inicialmente por el servicio de emergencias tras presentar un deterioro brusco del nivel de conciencia mientras realizaba actividades domésticas. En la evaluación inicial se documentó desconexión del medio, temblores y sudoración profusa, descartándose hipoglucemia mediante glucemia capilar. A su llegada a urgencias locales presentaba una puntuación en la escala de coma de Glasgow de 5 (O1, V1, M3), con pupilas isocóricas y reactivas, requiriendo intubación orotraqueal para protección de la vía aérea. Se aplicó la escala ICH (Intracerebral Hemorrhage) para determinar la gravedad y el pronóstico de la hemorragia intracerebral, obteniéndose una puntuación de 3 puntos. Se realizó monitorización de la presión intracraneal (PIC) mediante un sensor intraparenquimatoso colocado durante la intervención quirúrgica. La evaluación neurológica periódica incluyó la valoración del nivel de conciencia mediante la escala de Glasgow, la respuesta pupilar, la exploración de pares craneales y la evaluación de déficits motores.

Se realizaron múltiples estudios de neuroimagen para el diagnóstico, la evaluación etiológica y el seguimiento. Estos incluyeron una tomografía computarizada (TC) cerebral sin contraste en el centro de origen, una angio-TC cerebral en el centro de referencia, una TC cerebral de control posquirúrgico realizada el 30/09/2024, una arteriografía cerebral diagnóstica bajo anestesia general el 01/10/2024 y una TC cerebral de control evolutivo el 10/10/2024. Asimismo, se realizaron electroencefalogramas (EEG) seriados los días 03/10/2024, 05/10/2024 y 07/10/2024 para descartar actividad epileptiforme en el contexto de agitación psicomotriz.

La evaluación complementaria incluyó electrocardiograma al ingreso, analítica sanguínea completa con hemograma, bioquímica y perfil de coagulación, gasometría arterial seriada, cribado (screening) toxicológico en orina, estudio de hemostasia y coagulabilidad por el servicio de Hematología, y cultivos microbiológicos (incluyendo hemocultivos y cultivo de la punta del catéter central).

Se realizó una intervención quirúrgica emergente consistente en craneotomía para evacuación del hematoma intraparenquimatoso y colocación de sensor de presión intracraneal, registrándose una PIC de apertura de 10 mmHg. Durante la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se implementaron diversas estrategias terapéuticas que incluyeron protección de la vía aérea mediante intubación orotraqueal y ventilación mecánica, sedoanalgesia con fármacos de vida media corta (remifentanilo y propofol), monitorización neurológica mediante evaluación clínica y control de la PIC, y ventanas de sedación programadas para la valoración neurológica. También se administró tratamiento antibiótico empírico inicial con amoxicilina/ácido clavulánico (con posterior ajuste según los resultados microbiológicos), manejo de la agitación psicomotriz con quetiapina y benzodiacepinas, control del balance hidroelectrolítico con reposición de soluciones cristaloides y

medidas para la prevención de complicaciones tromboembólicas. Se implementó un programa de fisioterapia intrahospitalaria para mejorar la función motora del hemicuerpo derecho afectado. El seguimiento clínico y radiológico se mantuvo hasta evidenciar una mejoría neurológica significativa, tolerancia a la alimentación oral, micción autónoma y reabsorción del componente hemático en la neuroimagen. El alta se tramitó para la continuación del tratamiento en su país de origen (Colombia). Durante todo el proceso de recolección de datos y elaboración del reporte se mantuvieron las consideraciones éticas pertinentes, preservando la confidencialidad del paciente y presentando la información de manera anonimizada conforme a las normas de protección de datos.

Tratamiento

El caso corresponde a un paciente masculino de 28 años, procedente de Colombia, sin antecedentes médicos relevantes conocidos, sin alergias medicamentosas documentadas ni tratamientos crónicos previos. Presentó un deterioro brusco del nivel de conciencia mientras realizaba actividades de ocio (juegos de video). La evaluación inicial por los servicios de emergencia evidenció desconexión del medio, temblores y diaforesis profusa sin alteraciones glucémicas. A su llegada a urgencias presentaba una puntuación de Glasgow 5 (O1, V1, M3) con pupilas isocóricas y reactivas, requiriendo intubación orotraqueal para protección de la vía aérea.

La TC cerebral inicial reveló un extenso hematoma intraparenquimatoso de aproximadamente 7,2×5,7×3,4 cm (AP×CC×LL) que se extendía por los lóbulos frontal, parietal y occipital izquierdos, con edema vasogénico circundante, desviación de la línea media hacia el lado contralateral de hasta 1,2 cm y obliteración parcial del ventrículo lateral izquierdo. Se evidenció apertura hacia el espacio subaracnoideo con focos hemorrágicos a nivel interhemisférico posterior y en la tienda del cerebelo. La angio-TC cerebral no detectó malformaciones vasculares subyacentes, lo cual fue posteriormente confirmado mediante arteriografía cerebral realizada el 01/10/2024, la cual descartó anomalías vasculares intracraneales.

El paciente fue intervenido de urgencia para evacuación quirúrgica del hematoma con colocación de sensor de PIC, registrándose una PIC de apertura de 10 mmHg. En el posoperatorio inmediato requirió mantenimiento de sedoanalgesia con propofol y remifentanilo por elevación de la PIC durante la ventana de sedación inicial. En reevaluaciones neurológicas posteriores, el paciente mostraba obediencia a órdenes con el hemicuerpo izquierdo, apertura ocular a la llamada, dirección espontánea de la mirada y comunicación no verbal mediante movimientos cefálicos, manteniendo valores de PIC adecuados menores a 12 mmHg. Durante su estancia hospitalaria, el paciente desarrolló agitación psicomotriz

multifactorial que requirió manejo farmacológico con psicofármacos, específicamente quetiapina y benzodiacepinas. Los EEG seriados descartaron actividad epileptiforme como causa subyacente a esta agitación. En este contexto de inquietud presentó una autoextubación que resultó fallida por mal manejo de secreciones, lo que obligó a realizar una reintubación orotraqueal. Asimismo, presentó complicaciones infecciosas, incluyendo una neumonía en el lóbulo inferior derecho (probablemente broncoaspirativa) que respondió adecuadamente a la antibioterapia instaurada, así como una bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae* multisensible aislada en la punta del catéter central retirado el 07/10/2024, para la cual se administró tratamiento con cefotaxima. Adicionalmente, el paciente desarrolló alteraciones hidroelectrolíticas con balances hídricos negativos que provocaron un deterioro transitorio de la función renal con creatinina máxima de 1,2 mg/dL, situación que se resolvió mediante una adecuada reposición de cristaloideos. Se realizaron múltiples estudios para determinar la etiología del hematoma, incluyendo una arteriografía cerebral que descartó malformaciones vasculares o aneurismas, un estudio de hemostasia y coagulabilidad que no mostró hallazgos patológicos, y un cribado toxicológico que resultó negativo para las sustancias detectables en el centro. A pesar de la extensión de los estudios realizados, no se logró identificar una etiología específica para la hemorragia intraparenquimatosa, por lo que finalmente se catalogó como espontánea.

La evolución neurológica del paciente mostró una mejoría progresiva desde el estado inicial de bajo nivel de conciencia (Glasgow 5) hasta alcanzar al alta una puntuación en la escala de Glasgow de 14 (O4, V4, M6). La exploración neurológica al momento del alta evidenció un estado de alerta y orientación temporoespacial adecuados, ausencia de alteraciones en pares craneales, ausencia de nistagmo o diplopía, y persistencia de una hemiparesia derecha de predominio crural. Gracias al programa de fisioterapia intrahospitalaria implementado, se documentó una mejoría significativa de la fuerza en el hemicuerpo derecho, alcanzando una valoración de 4-/5 en el miembro superior derecho y de 2/5 en el miembro inferior derecho.

Los estudios radiológicos de control mostraron una evolución favorable. La TC cerebral realizada el 30/09/2024 mostró cambios posquirúrgicos parietales izquierdos con restos hemáticos en el lecho quirúrgico, extensión extraaxial a nivel falcotentorial izquierdo y hacia el esplenio del cuerpo calloso, sin evidencia de anomalías vasculares subyacentes. La TC cerebral del 10/10/2024 evidenció la reabsorción del componente hemático, con persistencia únicamente de un mínimo resto hemorrágico parafalciano izquierdo y edema vasogénico parietal izquierdo residual.

Seguimiento y evolución

Tras 25 días de hospitalización (comprendidos entre el 26/09/2024

y el 21/10/2024), el paciente fue dado de alta con una mejoría clínica significativa que incluía estabilidad neurológica (Glasgow 14), tolerancia completa a la alimentación oral, autonomía miccional, cicatrización adecuada de la herida quirúrgica y mejoría parcial del déficit motor derecho. El alta se tramitó para la continuación del tratamiento rehabilitador en su país de origen (Colombia), con prescripción de tratamiento domiciliario que incluía analgesia con paracetamol y dexketoprofeno, protección gástrica con omeprazol, profilaxis tromboembólica mediante enoxaparina, tratamiento psiquiátrico con quetiapina y cardioprotección con bisoprolol.

DISCUSIÓN

La hemorragia intraparenquimatosa espontánea (HIE) constituye una emergencia neurológica grave asociada a elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, particularmente en pacientes jóvenes en quienes su presentación es menos habitual en comparación con la población de adultos mayores.⁷⁻⁹ En el presente caso, un individuo de 28 años sin antecedentes médicos conocidos desarrolló una HIE de gran volumen sin una etiología inicialmente evidente, escenario que plantea múltiples desafíos diagnósticos, terapéuticos y pronósticos.

La localización del hematoma en los lóbulos frontal, parietal y occipital izquierdos, con desviación de la línea media y extensión hacia el espacio subaracnoideo, configura un patrón inusual que difiere de las localizaciones típicas de la hemorragia hipertensiva (ganglios basales, tálamo, puente y cerebelo). Esta distribución atípica obligó a descartar activamente etiologías secundarias como malformaciones vasculares, procesos neoplásicos, coagulopatías o vasculitis. A pesar de una evaluación exhaustiva que incluyó angio-TC, arteriografía cerebral y perfil de hemostasia y coagulabilidad, no se identificó una causa estructural o hematológica subyacente, por lo que se catalogó como una hemorragia espontánea criptogénica, entidad que representa aproximadamente el 15% de los casos de HIE en adultos jóvenes.

La puntuación inicial en la escala de coma de Glasgow (5 puntos) y en la escala ICH (*Intracerebral Hemorrhage Score*, 3 puntos) situaba al paciente en un grupo de alto riesgo de mortalidad y secuelas funcionales severas. No obstante, diversos factores influyeron de manera determinante en su evolución favorable, entre los que destacan el acceso oportuno a la atención especializada, la evacuación quirúrgica precoz del hematoma, la monitorización continua de la presión intracraneal (PIC) y la implementación de un programa de rehabilitación temprana. La craneotomía descompresiva y la evacuación del hematoma son intervenciones que han demostrado eficacia en casos de HIE lobar con efecto de masa significativo, especialmente en pacientes jóvenes con buena reserva neurofuncional. El control de la presión intracraneal constituyó un pilar fundamental en el manejo. Durante el seguimiento, los

valores de PIC se mantuvieron por debajo de 20 mmHg, rango que se asocia con un mejor pronóstico neurológico. La estrategia de ventanas de sedación programadas para la evaluación clínica facilitó la detección temprana de la recuperación neurológica y la adaptación individualizada de las medidas terapéuticas.

Las complicaciones intercurrentes, tales como la agitación psicomotriz, la autoextubación y las infecciones asociadas a la atención en salud (neumonía broncoaspirativa y bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae*), son habituales en pacientes críticos con daño neurológico agudo. La agitación psicomotriz representa un reto complejo debido a su etiología multifactorial, pudiendo ser secundaria a lesión cerebral directa, dolor, abstinencia o delirio. La titulación cuidadosa de psicofármacos, empleando antipsicóticos atípicos como la quetiapina, permitió controlar los episodios de agitación sin comprometer el despertar neurológico.

La evolución clínica del paciente hacia una puntuación en la escala de Glasgow de 14 al momento del alta, con autonomía parcial para las actividades básicas de la vida diaria y una recuperación motora progresiva, representa un desenlace clínico muy satisfactorio dada la gravedad inicial. Según la literatura actual, los principales factores predictores de una buena recuperación funcional tras una HIE incluyen la edad joven, un volumen residual mínimo de hematoma tras la evacuación quirúrgica, la ausencia de resangrado y el inicio precoz de la neurorehabilitación. No obstante, la persistencia del déficit motor en el hemicuerpo derecho evidencia la extensión de la lesión estructural en las vías corticales y subcorticales. La rehabilitación neurológica tras un evento hemorrágico de esta magnitud suele requerir un proceso prolongado de meses o años, siendo fundamental el seguimiento continuo dentro de programas especializados de rehabilitación neurofuncional.

Desde la perspectiva ética, el caso destaca la importancia de salvaguardar la autonomía y la dignidad del paciente, aun en situaciones de incapacidad transitoria, mediante la protección estricta de la privacidad de sus datos clínicos, la obtención del consentimiento informado para procedimientos invasivos y la autorización correspondiente para su posterior divulgación científica. En definitiva, este caso ilustra la complejidad del abordaje de la HIE espontánea en adultos jóvenes, subrayando la necesidad de un protocolo diagnóstico riguroso, la oportunidad de las intervenciones neuroquirúrgicas y de cuidados intensivos, y el papel determinante de la rehabilitación multidisciplinaria para maximizar la recuperación funcional.

CONCLUSIONES

El caso de una hemorragia intraparenquimatosa espontánea en un paciente joven sin comorbilidades previas pone de manifiesto la gravedad potencial de esta entidad, así como la complejidad de su abordaje diagnóstico y terapéutico integral. A pesar de presentar

factores de riesgo y puntuaciones pronósticas iniciales desfavorables, el manejo intensivo e individualizado, la evacuación quirúrgica oportuna, la monitorización neurocrítica continua y la rehabilitación temprana permitieron una recuperación neurológica significativa. La ausencia de un factor etiológico identificable tras un estudio exhaustivo reafirma la existencia de las hemorragias espontáneas criptogénicas y plantea la necesidad de continuar optimizando las herramientas diagnósticas.

Asimismo, este caso resalta la importancia de realizar un manejo profiláctico y terapéutico integral de las complicaciones médicas, infecciosas y psiquiátricas asociadas al daño cerebral agudo, asegurando no solo la supervivencia del paciente, sino también la preservación de su calidad de vida. La continuidad del programa de neurorehabilitación y el acompañamiento psicosocial en el entorno familiar resultarán determinantes para consolidar los logros funcionales alcanzados durante la fase hospitalaria y favorecer la máxima recuperación a largo plazo.

RECOMENDACIONES

Abordaje diagnóstico inicial

En pacientes jóvenes con HIE sin antecedentes de relevancia, se recomienda no asumir de forma prematura causas habituales como la enfermedad vascular hipertensiva. Es prioritario realizar estudios angiográficos completos (angio-TC y arteriografía cerebral) y evaluar perfiles de coagulación o factores de trombofilia cuando la etiología inicial no sea evidente.

Manejo neurocrítico y quirúrgico

Se debe considerar la intervención quirúrgica temprana ante signos de hipertensión intracraneal o deterioro neurológico progresivo. Asimismo, es fundamental mantener un control estricto de la PIC y prevenir o tratar oportunamente las complicaciones infecciosas y sistémicas para optimizar los desenlaces funcionales.

Neurorehabilitación e interdisciplinariedad

Se recomienda iniciar la rehabilitación integral (fisioterapia, terapia ocupacional y foniatría/terapia del lenguaje) de forma precoz, tan pronto como la estabilidad hemodinámica y neurológica del paciente lo permita, aprovechando la ventana de neuroplasticidad en las etapas iniciales.

Seguimiento a largo plazo

Es crucial garantizar un seguimiento ambulatorio prolongado que combine la evaluación neurológica periódica, el soporte psicológico y la reevaluación continua de los requerimientos terapéuticos y rehabilitadores.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento al Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS) por facilitar el acceso a la información clínica anonimizada, lo cual hizo posible la elaboración del presente manuscrito.

DECLARACIÓN DE USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA (IGA)

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de Inteligencia Artificial Generativa (IAG), Modelos de Lenguaje a Gran Escala (LLM) ni tecnologías asistidas por Inteligencia Artificial (IA) en ninguna de las etapas de conceptualización, redacción, procesamiento de datos o creación de imágenes de este manuscrito.

REFERENCIAS

1. National Heart, Lung, and Blood Institute. Causas y factores de riesgo de accidente cerebrovascular. 2024.
2. Robalino-Robalino AM. Accidente cerebrovascular hemorrágico en paciente joven con malformación arteriovenosa: Reporte de caso. 2020
3. Vázquez-Torres MC. Factores de riesgo y pronóstico del accidente cerebrovascular hemorrágico. 2005;
4. McKelvie RS. Corazón de atleta. 2024. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/professional/cardiovascular-disorders/sports-and-the-heart/athlete-s-heart>
5. Contreras-Pascual C. Respuestas y adaptaciones hematológicas al ejercicio. 2016. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/57692/files/TAZ-TFG-2016-774.pdf?version=1>
6. Boraita A, de la Rosa A, Heras ME, de la Torre AI, Canda A, Rabadán M, Díaz AE, González C, López M, Hernández M. Adaptación cardiovascular, capacidad funcional y polimorfismo inserción/delección de la enzima de conversión de angiotensina en deportistas de élite. *Rev Esp Cardiol*. 2010; 63(7):810-819.
7. Edward JA, Cornwell WK 3rd. Impact of exercise on cerebrovascular physiology and risk of stroke. *Stroke*. 2022; 53(7):2404-10. DOI: 10.1161/STROKEAHA.121.037343
8. VanWie C, Casiero D. Acute ischemic stroke in a male collegiate football athlete. *Athl Train Sports Health Care*. 2021; 13(4):e247-e251. DOI: 10.3928/19425864-20201022-01
9. Cis-Spoturno A. Factores de riesgo cardiovascular hallados en ocasión del examen médico en niños deportistas. *Arch Argent Pediatr*. 2013; 111(6):472-5.
10. Von Sarnowski B, Putaala J, Grittner U, Gaertner B, Schminke U, Curtze S, et al. Lifestyle risk factors for ischemic stroke and transient ischemic attack in young adults in the Stroke in Young Fabry Patients study. *Stroke*. 2013 ;44(1):119-25. DOI: 10.1161/STROKEAHA.112.665190
11. Gupta V, Dhawan N, Bahl J. Minor trauma causing stroke in a young athlete. *Case Rep Neurol Med*. 2015; 2015:182875. DOI: 10.1155/2015/182875
12. Certo Pereira J, Lima MR, Moscoso Costa F, Gomes DA, Maltês S, Cunha G, *et al*. Stroke in athletes with atrial fibrillation: A narrative review. *Diagnostics (Basel)*. 2024;15(1):9. DOI: 10.3390/diagnostics15010009