

Ictus cerebrovascular isquémico. Factores de riesgo, opciones terapéuticas y pronóstico funcional.6

Autor: Dra. María del Carmen Lea Pereira, Medicina Interna , Neurología

El estudio CATS y el TASS demostraron que la ticlopidina es superior frente al placebo en pacientes con accidentes isquémicos transitorios, y sensiblemente mejor, aunque con diferencias no estadísticamente significativas, que la aspirina. El estudio CAPRIE evaluó la efectividad del sucesor de la ticlopidina, el clopidogrel, frente al ácido acetilsalicílico, concluyendo que el primero era un 7,3% más efectivo que el segundo en la prevención de accidentes cerebrovasculares y mostrando también una menor recurrencia. Quizá el elevado coste de este fármaco limite en cierta medida su utilización aunque sigue siendo una opción terapéutica válida en aquellos pacientes que no toleran la aspirina.

Con respecto a la anticoagulación oral en pacientes con fibrilación auricular y la coexistencia de otros factores de riesgo, como la hipertensión arterial, antecedentes de fenómenos tromboembólicos, edad superior a 75 años o diabetes, o bien con disfunción ventricular izquierda, parece aceptada de forma uniforme su utilización, manteniendo un INR de 2-3. En aquellos sujetos sin factores de riesgo concomitantes o bien con contraindicaciones para la anticoagulación, el ácido acetilsalicílico sería una opción válida.

En la prevención secundaria de complicaciones tromboembólicas en pacientes con antecedentes de accidentes isquémicos transitorios o ictus menores, la anticoagulación oral en rangos anteriormente descritos parece una opción válida de tratamiento; en caso de existir contraindicaciones para ella la opción terapéutica sería el ácido acetilsalicílico y el ibuprofeno.

Estudios observacionales indican que las personas que consumen una cifra superior a 100 UI de vitamina E al día durante más de 2 años parecen tener unas tasas de eventos coronarios menores así como una menor progresión de las lesiones coronarias. En este sentido el grupo de investigadores para la prevención de enfermedades cardíacas 24 diseña un estudio prospectivo sobre pacientes con alto riesgo cardiovascular basado en la administración de 400 UI de vitamina E diarias de fuentes naturales durante un periodo de 5 años. El objetivo fue evaluar el efecto de la vitamina E en relación a la aparición de accidentes cerebrovasculares, infarto agudo de miocardio y mortalidad por eventos cardiovasculares.

Las conclusiones a las que primero llegó fueron que no existían efectos beneficiosos significativos frente a un grupo control tratado con placebo, si bien tampoco se encontraron efectos adversos. Este grupo de trabajo deja abierto el interrogante acerca de la posible asociación de la vitamina E a otros antioxidantes cuyo papel sería el de cofactores y de los efectos beneficiosos de esta asociación.

The National Stroke Association's Stroke Prevention Advisory Board 25 postula una serie de recomendaciones para la prevención de ictus:

1. La hipertensión arterial debe ser tratada con modificaciones del estilo de vida, fármacos y el empleo de estrategias multidisciplinarias.
2. En pacientes que han sufrido un infarto de miocardio y presentan fibrilación auricular, trombos en ventrículo izquierdo o disfunción ventricular izquierda la terapéutica indicada consistiría en la administración de aspirina junto con warfarina (“international normalized ratio 2-3”).
3. La fibrilación auricular en pacientes con edad igual o superior a 75 años debe ser tratada con warfarina. En sujetos con edades comprendidas entre 65 y 75 años con fibrilación ventricular debe instaurarse tratamiento con warfarina y en aquellos en los que no existan factores de riesgo, warfarina o aspirina.
4. Pacientes con hiperlipemia y enfermedad coronaria deben ser tratados con estatinas.
5. La endarterectomía carotídea se recomienda en estenosis del 60-90% cuando la morbimortalidad quirúrgica sea inferior a un 3%.
6. En las guías de actuación deben incluirse las dietas pobres en grasas saturadas, el abandono del hábito tabáquico, el uso moderado del alcohol y la actividad física.

El curso clínico de estos pacientes también constituye un aspecto importante a tener presente con objeto de identificar los elementos capaces de modificar el curso agudo y la posterior evolución del cuadro. La presencia de signos de edema cerebral en la tomografía computerizada se muestra como un factor importante en el curso evolutivo de estos pacientes tanto en la fase aguda como en la tardía. Por otro lado, el uso de activadores del plasminógeno tisular, la presencia de transformaciones hemorrágicas y los cambios moderados de las cifras tensionales no parecen influir en el curso agudo 26. Los factores relacionados con el daño cerebral en los primeros 2-4 días serían los niveles de glucemia, las concentraciones de fibrinógeno, la historia previa de diabetes, la severidad del cuadro al ingreso, la existencia temprana de hipodensidades focales cortico-subcorticales y la presencia de edema.

Por otro lado, en pacientes con infartos subcorticales no muy extensos y deterioro neurológico temprano se han determinado niveles más elevados de glutamato que en aquellos pacientes que no mostraban dicho deterioro, lo que sugiere un papel importante éste en la toxicidad celular, y por tanto, en la patogénesis de la progresión del cuadro. Con respecto a la evolución tardía de estos pacientes, cabe reseñar que como factores predictores de mal pronóstico nos encontraríamos con la edad avanzada, un deterioro neurológico importante en el momento del ingreso, y la existencia de efecto masa en la tomografía realizada al ingreso así como en la efectuada a las 24 horas (la máxima expresión del edema cerebral se produce a los 5 días). Otro aspecto importante lo constituyen las complicaciones que acontecen en estos pacientes, algunas derivadas del tratamiento y otras del proceso de base. Entre las primeras, la hemorragia cerebral constituye la complicación neurológica más frecuente y grave del empleo de anticoagulantes. Este riesgo se ha relacionado con la presencia de hipertensión arterial grave e infartos cerebrales extensos, así como con las alteraciones difusas de la sustancia blanca en tomografía computerizada o resonancia magnética, la mayor intensidad de anticoagulación, la edad avanzada o la existencia de ictus previos 21.

La atención a las secuelas del ictus constituye un papel importante en la valoración de estos pacientes y no sólo desde un punto de vista funcional, sino también atendiendo a conceptos

puramente económicos pues suele tratarse de pacientes con déficits funcionales más o menos intensos que en una gran mayoría de las ocasiones precisan atención tanto fisioterapéutica como farmacológica. En primer lugar, cabría establecer el concepto de calidad de vida relacionada con la salud que se ha definido como el valor que se asigna a la duración de la vida modificada por la incapacidad, el estado funcional, la percepción y las consecuencias sociales debidas a una enfermedad, un accidente o una decisión política, social o sanitaria 28.

En este sentido S. Pinedo y FM de la Villa 29 estudiaron las complicaciones del síndrome hemipléjico durante el primer año de evolución en un total de 82 pacientes. Como hallazgos más frecuentes describen el hombro doloroso, seguido de las contracturas y la depresión; otras complicaciones mencionadas son la disfagia, el dolor central y los fenómenos tromboembólicos. Resulta interesante destacar que no encontraron ningún paciente con úlceras de decúbito, siendo éstas más frecuentes en la fase aguda del ictus. Kalra et al. realizaron un trabajo en similares condiciones, sobre un total de 245 pacientes, objetivando una elevada correlación entre la intensidad de la discapacidad y el número de complicaciones presentadas por el paciente. Los resultados obtenidos por S. Pinedo son similares a los que muestran otras series. Los problemas de deglución se han relacionado con un mayor riesgo de muerte debido a neumonías por aspiración, desnutrición o deshidratación, si bien son más comunes en la fase aguda del ictus, recuperándose habitualmente en las primeras semanas.

La incontinencia urinaria aparece hasta en un 70% de los ictus sensitivo-motores y en un 85% de los infartos totales de la circulación anterior. En la fase aguda se comporta como un predictor de muerte, discapacidad grave y como un factor de peso en el destino al alta del hospital. En la fase crónica supone una medida de sobrecarga, no sólo del paciente, sino también del cuidador 27.

La mayoría de los estudios revelan que la presencia de complicaciones sistémicas influye de forma negativa en la recuperación funcional, o como mínimo determina un mayor retraso de la misma, lo cual resulta importante si tenemos en cuenta que el porcentaje de máxima recuperación tiene lugar en los tres primeros meses. Como factores determinantes de supervivencia en la fase aguda se han descrito la naturaleza de la lesión, la extensión del daño neurológico y las complicaciones de la incapacidad funcional.

Fuente: portalesmedicos.com