



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



EDITORIAL

Ictus isquémico: nihilismo, evidencia y equidad

Ischemic stroke: nihilism, evidence and equity

Los números del ictus dejan claro que se trata de un problema sanitario, social y económico de enorme impacto. En España el ictus es la segunda causa global de muerte, la primera entre las mujeres y la tercera entre los varones. Asimismo, es la primera causa de discapacidad en el adulto, la segunda causa de demencia y la primera causa de epilepsia en el adulto. El ictus consume alrededor del 4% del gasto sanitario. Un 10-15% de pacientes fallecen a los 30 días y un 50% sobrevive con secuelas discapacitantes; un tercio de los pacientes presentarán una recurrencia en los siguientes 5 años. La campaña «1 de 6», destinada a la concienciación de la población, remarca que una de cada 6 personas padecerá un ictus a lo largo de su vida.

A pesar de estos números, hasta hace pocos años el ictus se veía rodeado de actitudes nihilistas y de escepticismo por parte de los profesionales sanitarios. La asistencia al paciente con ictus agudo no se consideraba urgente dada la ausencia de medidas para cambiar su evolución natural. Afortunadamente, este panorama catastrofista cambió en las últimas 2 décadas gracias a la demostración de la eficacia y eficiencia de diversas medidas terapéuticas que han transformado el ictus en una emergencia médica tratable y que son recomendadas por las sociedades científicas con los niveles máximos de evidencia¹⁻⁶. En condiciones óptimas, el proceso diagnóstico y terapéutico debe dirigirlo un neurólogo especializado en enfermedades cerebrovasculares^{7,8} y el paciente debe ingresar en el hospital. El ingreso debe cubrir 5 objetivos:

1. Confirmar que el paciente padece realmente un ictus.
2. Administrar un tratamiento específico. Las unidades de ictus (UI) salvan vidas (NNT=25) y reducen el grado de dependencia funcional (NNT=20) de los pacientes que sobreviven al ictus. Las UI basan su eficacia y eficiencia en la existencia de protocolos diagnósticos y terapéuticos administrados por personal especializado multidisciplinario. Por otra parte, en 1995 se demostró la eficacia de los tratamientos de perfusión en el ictus isquémico agudo. Actualmente está aceptado el tratamiento trombolítico con activador recombinante del plasminógeno tisular (rt-PA) intravenoso en las primeras 4,5 h

que siguen al inicio del ictus agudo con una NNT=7 para evitar una muerte o dependencia. Los tratamientos de perfusión endovasculares se encuentran todavía en estudio.

3. Asegurar un correcto diagnóstico etiológico para iniciar cuanto antes la prevención secundaria de forma racional. Para ello es imprescindible la realización de un mínimo de exploraciones complementarias.
4. Prevención y tratamiento de complicaciones que son una importante fuente de morbilidad y que se presentan en el 50% de pacientes.
5. Inicio precoz de la rehabilitación motora y del lenguaje, destinadas a la reinserción del paciente a su vida socio-laboral previa.

Con este contexto merece una detallada lectura el artículo del Dr. Félix-Redondo et al.⁹ que se publica en el presente número de REV CLIN ESP. En un periodo de 10 años (de 2000 a 2009) estos autores registraron la mortalidad de los pacientes con ictus isquémico durante su ingreso hospitalario y al año de seguimiento, con un promedio de 223 pacientes por año. Los pacientes fueron atendidos en un hospital comarcal por médicos generales en camas hospitalarias convencionales y sin acceso a tratamientos de perfusión. El acceso a las exploraciones complementarias fue limitado. Además de variables pronósticas esperables como la edad, es destacable el hallazgo de mayor mortalidad en aquellos pacientes en los que no se realizaron pruebas complementarias. Otra conclusión llamativa es que la tasa de mortalidad se mantuvo estable durante el periodo de observación. Ante estos datos, parecen oportunas diversas reflexiones:

1. En primer lugar hay que felicitar al equipo investigador por el arduo trabajo de reunir tal cantidad de datos durante 10 años. El temor de los pacientes a convertirse en una persona dependiente es superior incluso al de morir por el ictus. Por ello, los estudios pronósticos no deberían centrarse solo en la supervivencia sino también en la calidad de esta supervivencia, es decir la capacidad funcional residual para llevar a cabo las actividades

básicas de la vida diaria, lo que no se tuvo en cuenta en este trabajo. También en la asistencia rutinaria y en los estudios pronósticos es recomendable el empleo de escalas de gravedad neurológica como la NIHSS y de escalas funcionales como la escala de Rankin o el índice de Barthel.

2. El ictus es heterogéneo desde el punto de vista etiológico. La realización de pruebas complementarias es esencial para llegar a un diagnóstico etiológico, el cual debe guiar la prevención secundaria. Se deberá instaurar un régimen antitrombótico apropiado, el control estricto de los factores de riesgo, a menudo un tratamiento con estatinas a dosis altas y ocasionalmente un tratamiento de revascularización quirúrgico o endovascular. Las exploraciones complementarias fueron claramente insuficientes en el estudio publicado⁹ y los pacientes presentaron peor pronóstico a corto y largo plazo cuando estas pruebas no se realizaron. Por ejemplo, tan solo a 1/3 de los pacientes se les realizó un dúplex de troncos supraaórticos o tan solo a un 24% una ecocardiografía. Desconocemos las causas de mortalidad al año y la frecuencia de recurrencias, aunque los autores aportan datos que sugieren la infrautilización de medidas de eficacia probada como la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular (tan solo en el 38% de los pacientes) o la tromboendarterectomía para la estenosis carotídea. Una explicación alternativa es que se realizaron menos exploraciones a los que tenían peor pronóstico.
3. Los pacientes de este estudio no tuvieron acceso al ingreso en UI, a tratamientos de perfusión y a una atención neurológica especializada.

El mérito de este estudio es ser una llamada de atención para las autoridades sanitarias nacionales en general y las autonómicas y locales en particular sobre el tratamiento subóptimo de los pacientes con ictus. Deben aportarse más recursos para el tratamiento de estos pacientes que en salas de hospitalización convencional atendidas por Medicina Interna presentan una mortalidad global a los 10 años próxima al 50%¹⁰. Las UI, los tratamientos de perfusión y las medidas de prevención secundaria disponibles son coste-efectivas. Debe perseguirse la equidad en el acceso a estos tratamientos. Se recomienda la disponibilidad de una cama monitorizada en la UI por cada 100.000 habitantes y una isocrona de 60 min atendida por una UI^{11,12}. En una encuesta reciente¹³ se detectaron 39 UI en España, pero existen comunidades en las que el número de camas disponibles por habitante es claramente insuficiente o en algunos casos inexistente. También es conocida la infrautilización del tratamiento trombolítico, del que se benefician tan solo un 5% de los afectados^{11,12}, lo que en muchos casos refleja la falta de médicos especializados en su administración o la deficiencia en los circuitos asistenciales, lo que impide el acceso urgente a este recurso.

En conclusión, debe destacarse el mérito de este artículo en llamar la atención sobre un problema acuciante. El sistema organizativo debe asegurar una atención equitativa, continuada y de calidad para todos los pacientes durante el proceso de su enfermedad, independiente de su localización geográfica. Por ello, debe integrar los avances científico-técnicos conseguidos en el tratamiento de la enfermedad cerebrovascular, con la implementación

de estructuras organizativas adecuadas^{11,12,14}. Hemos superado el nihilismo de hace unos años, pero debemos conseguir que los pacientes se beneficien de las medidas que la evidencia científica aporta. Afortunadamente, las directrices de la «Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud»¹⁴, publicadas en 2008 por el Ministerio de Sanidad y Política Social van en este sentido.

Bibliografía

1. Alonso de Leciñana M, Egido JA, Casado I, Ribó M, Dávalos A, Masjuan J, et al., por el Comité *ad hoc* del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Guidelines for the treatment of acute ischaemic stroke. Neurologia. 2011. [Epub ahead of print].
2. Fuentes B, Gállego J, Gil-Núñez A, Morales A, Purroy F, Roquer J, et al., por el Comité *ad hoc* del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Guidelines for the preventive treatment of ischaemic stroke and TIA (I). Update on risk factors and life style. Neurologia. 2012;27:560–74.
3. Fuentes B, Gállego J, Gil-Núñez A, Morales A, Purroy F, Roquer J, et al., por el Comité *ad hoc* del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Guidelines for the preventive treatment of ischaemic stroke and TIA (II). Recommendations according to aetiological sub-type. Neurologia. 2011. [Epub ahead of print].
4. Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, Albers GW, Bush RL, Fagan SC, et al., American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. Stroke. 2011;42:227–76.
5. Adams Jr HP, del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A, et al., American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; American Heart Association/American Stroke Association Clinical Cardiology Council; American Heart Association/American Stroke Association Cardiovascular Radiology and Intervention Council; Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Working Group; Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Group. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. Circulation. 2007;115:e478–534.
6. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. Cerebrovasc Dis. 2008;25:457–507.
7. Dávalos A, Castillo J, Martínez-Vila E. Delay in neurological attention and stroke outcome. Stroke. 1995;26:2233–7.
8. Álvarez-Sabín J, Ribó M, Masjuan J, Tejada JR, Quintana M, Investigadores del Estudio PRACTIC. Hospital care of stroke patients: importance of expert neurological care. Neurologia. 2011;26:510–7.
9. Félix-Redondo FJ, Consuegra-Sánchez L, Ramírez-Moreno JM, Lozano L, Escudero V, Fernández-Bergés D. Mortalidad por ictus isquémico en una década (2000–2009) y factores pronósticos. Rev Clin Esp. 2013;213:16–24.

10. Mérida-Rodrigo L, Poveda-Gómez F, Camafort-Babkowski M, Rivas-Ruiz F, Martín-Escalante MD, Quirós-López R, et al. Supervivencia a largo plazo del ictus isquémico. *Rev Clin Esp*. 2012;212:223–8.
11. Álvarez-Sabín J, Alonso de Leciana M, Gállego J, Gil-Peralta A, Casado I, Castillo J, et al., Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Plan for stroke healthcare delivery. *Neurologia*. 2006;21:717–26.
12. Masjuan J, Álvarez-Sabín J, Arenillas J, Calleja S, Castillo J, Dávalos A, et al. Stroke health care plan (ICTUS II. 2010). *Neurologia*. 2011;26:383–96.
13. Disponible en: <http://www.ictussen.org/unidadesdeictus.htm>
14. Estrategia en ictus del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Stroke_Strategy.pdf

J. Martí-Fàbregas

Unitat de Malalties Vasculars Cerebrals, Servicio de Neurología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

Correo electrónico: jmarti@santpau.cat