

Reduciendo el tiempo de retraso prehospitario en ACV agudo

Reducing prehospital delay in acute stroke

Bouckaert M, Lemmens R, Thijs V. Reducing prehospital delay in acute stroke. *Nature Reviews Neurology*. 2009;5:477-83.

En forma global, el accidente cerebrovascular (ACV) isquémico es la segunda causa de muerte en adultos mayores de 65 años y la principal causa de discapacidad. La terapia con trombólisis intravenosa es efectiva y segura para pacientes con esta patología pero solamente cuando se administra dentro de las primeras 4-5 h de iniciados los síntomas. Pese a la evidencia a favor del beneficio del tratamiento temprano, sólo del 3 al 8,5% de los pacientes con ACV lo reciben.

Las barreras que provocan retraso aparecen en varias fases. El retraso prehospitario incluye desde el inicio de los síntomas hasta la decisión de llamar al médico, desde la decisión hasta el primer contacto médico y desde este último hasta llegar a la guardia. En este artículo se revisa el problema del retraso intrahospitalario y las estrategias para su reducción.

Retraso por parte del paciente

- Factores demográficos. Varios reportes hallaron que las mujeres esperan más la evolución de los síntomas hasta la consulta. Datos del REGARDS (Reasons of Geographic and Racial Differences in Stroke) sugieren que pacientes con mayores ingresos económicos presentan más predisposición a realizar consulta.
- Factores clínicos. Algunas etiologías están asociadas con menor retraso. Los ACV cardioembólicos se asocian a menor retraso en la consulta que los lacunares, probablemente por las características de los síntomas que provocan. Los infartos en territorio vertebrobasilar parecen relacionarse con mayor tiempo de retraso que los del circuito anterior. Síntomas particulares, como asimetría facial y trastornos del lenguaje, se relacionan con arribo más rápido al servicio de emergencias. Los factores de riesgo, como diabetes o historia previa de enfermedad cardíaca, se asocian a menor retraso así como la historia de ACV previo. El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al servicio de emergencias es entre 2 y 3 veces mayor que el de un infarto miocárdico.
- Factores cognitivos. El conocimiento de la población general sobre el ACV es pobre, lo que lleva a un pobre reconocimiento de los síntomas. La mayoría de los pacientes no aprecia la severidad de los síntomas que presentan. Usualmente los testigos del episodio reconocen los síntomas antes que el paciente. De todas formas, diversos estudios

demuestran que en los pacientes el reconocimiento precoz de síntomas no se asocia en forma directa con menor retraso en llamar al servicio de emergencias.

Retraso de los servicios médicos

Un estudio alemán demuestra que la mayoría de los profesionales de la salud consideran al ACV y al AIT como emergencias médicas. Sólo dos tercios de los mismos ingresarían a un paciente en forma inmediata al presentar los síntomas de ACV. Los pacientes con AIT o síntomas poco claros usualmente se manejan en forma ambulatoria.

Por otra parte, los receptores de llamadas de emergencias reconocen el ACV en el 50% de los casos. En la primera llamada uno de cada cuatro operadores no reconoce los síntomas. En otras ocasiones, el contacto de los pacientes con su médico de cabecera puede contribuir al retraso en la consulta.

Intervenciones para reducir el retraso

- Mejorar el conocimiento de los pacientes. El costo-beneficio de las campañas masivas de comunicación es dudoso. Sólo pocos trabajos estudian su efecto sobre el reconocimiento del ACV y las medidas tomadas desde el mismo. Algunas campañas mostraron mejorar el conocimiento sobre factores de riesgo, sin efecto sobre las pautas de alarma de la población. El contenido del mensaje es de importancia. Se han propuesto mensajes breves con 5 puntos de alarma. Una desventaja del mismo era que resultaba difícil de recordar. Algunas unidades de ACV han diseñado instrumentos de reconocimiento rápidos para aplicar en su población. Otros métodos, como volantes, información aportada por voluntarios, eventos públicos, mensajes por vía telefónica y medidas alternativas (educación en escuelas y en centros de belleza) también han sido propuestos.
- Mejorar las respuestas del servicio de emergencias. Los médicos de servicios de traslado y emergencia deben reconocer la urgencia del ACV. Si dichos profesionales sospechan el infarto cerebral en curso, pueden avanzarse fases antes de la llegada al hospital como la de determinar el tiempo exacto de inicio de los síntomas, descartar contraindicaciones obvias del tratamiento con alteplasa y además el aviso en el centro receptor puede mejorar y acelerar los pasos ante la llegada del paciente.
- Programas educativos combinados. Distintos programas de educación pública y del personal de la salud a través de

anuncios de radio y televisión, contacto personal por medio de voluntarios y folletos mostraron marcados aumento en las tasas de trombólisis.

La presente revisión resalta la importancia del retraso pre-hospitalario en el ACV agudo, responsable de la mayoría de los tratamientos que no llegan a realizarse en período de ventana.

El uso de campañas masivas de comunicación sobre ACV, si bien necesarias, no ha mostrado aún utilidad suficiente.

Se remarca la necesidad del rol activo de los médicos neurólogos en promover la importancia de reconocer esta entidad en la comunidad, frente a las autoridades políticas y entre el personal médico con el fin de facilitar un accionar efectivo y adecuado para cada paciente.

Verónica Bruno

Residente de Neurología, FLENI, Buenos Aires, Argentina

Migraña y riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) hemorrágico en mujeres: estudio prospectivo de cohorte

Migraine and risk of haemorrhagic stroke in women: prospective cohort study

Kurth T, Kase CS, Schürks M, Tzourio C, Buring JE.
Migraine and risk of haemorrhagic stroke in women:
prospective cohort study. BMJ. 2010;341:c3659.

Introducción

La prevalencia de la migraña en mujeres de mediana edad es del 20%; hasta un tercio presentan migraña con aura. Los datos que asocian migraña con ACV hemorrágico son escasos. Se evalúa la asociación entre migraña con y sin aura y ACV hemorrágico luego de una media de seguimiento de 13 años.

Métodos

Se analizaron datos de las participantes en el Women's Health Study (WHS). El antecedente de migraña se registró mediante cuestionarios. El diagnóstico de ACV hemorrágico fue confirmado mediante revisión de historias clínicas. Se utilizó como análisis estadístico el modelo de riesgo proporcional (Cox) y multivariantes ajustadas por edad.

Resultados

De las 27.860 mujeres participantes, 5.130 (18%) referían historia de migraña, de las cuales 3.612 (70%) correspondían a migraña activa (episodios de migraña durante el año previo), y de éstas, 1.435 (40%) fueron clasificadas como migraña con aura. Durante el seguimiento se confirmaron 85 ACV hemorrágicos (44 HIC, 36 HSA y 5 sin distinción clara). Luego de

ajuste por edad, la incidencia de ACV hemorrágico por cada 10.000 mujeres por año fue de 2,3 en pacientes sin migraña, de 2,5 en migraña, de 6,3 en migraña activa con aura, de 0,8 en migraña activa sin aura y de 1,3 en migraña previa. Se presentaron 4 ACV hemorrágicos adicionales asociados con migraña con aura cada 10.000 mujeres por año. Las mujeres con historia de migraña no presentaron mayor riesgo que aquellas sin migraña. Participantes con migraña con aura activa presentaron riesgo aumentado. La asociación entre migraña activa con aura y ACV hemorrágico fue mayor para HIC que para HSA y mayor para ACV fatal que para ACV no fatal.

Discusión

Mujeres con migraña con aura activa presentaron un riesgo de ACV hemorrágico superior al doble del de aquellas sin historia de migraña. Debido al bajo número de ACV hemorrágicos y el riesgo atribuible relativamente bajo, debería tomarse con cautela dicha asociación. La asociación con ACV hemorrágico parece ser mayor en pacientes de mayor edad.

Este trabajo alerta acerca de que, además de la ya conocida asociación entre migraña con aura y eventos vasculares isquémicos, podría existir un mayor riesgo de eventos hemorrágicos. Como mencionan los autores, deberían realizarse trabajos con mayor número de eventos para poder confirmar esta asociación.

Laura Negrotto

Residente de Neurología. Instituto de investigaciones neurológicas Raúl Carrea – FLENI, Buenos Aires, Argentina