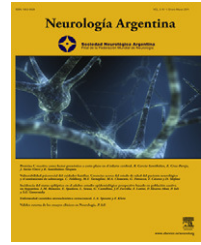


Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Comentarios y opiniones

Pocas unidades de ataque cerebral: factor principal de las pocas trombósis

Few stroke units: main factor for the few thrombolysis

Raúl Omar Domínguez

Departamento de Neurología, Hospital Sirio Libanés, Buenos Aires, Argentina

En la organización asistencial de la neurología sigue aumentando la división en áreas para los diferentes tipos de enfermedades. Una de esas áreas es el ataque cerebral (AC). El AC es una de las causas principales de mortalidad, y es la primera causa de discapacidad en el adulto. Asimismo, las cifras de la enfermedad cerebrovascular son una creciente problemática de salud, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo¹. Estas personas con riesgo de muerte y de secuelas son las que podrían beneficiarse con estrategias eficaces. La fibrinólisis y otros tratamientos de reperfusión cambiaron el manejo del AC, y aunque ya han pasado 15 años desde su aprobación, esta terapia es poco utilizada hoy día. La organización asistencial para la atención del AC está en falta²⁻⁴.

¿De qué depende la poca trombólisis endovenosa (TLE) que se efectúa en todas las ciudades del mundo? Ello no es debido a la ausencia de promociones académicas para el empleo del trombolítico. Todas las directivas para la utilización del activador tisular del plasminógeno han sido brindadas en todas las ciudades del mundo. En nuestro país también se dieron numerosas conferencias sobre la TLE. Pero pareciera que este no fuese el modo ideal para su implementación, sin antes haber promocionado la creación de unidades de AC (UAC). Pocas conferencias y guías fueron desarrolladas para la implementación de UAC. El objetivo de este trabajo es jerarquizar la creación de UAC, como elemento importante para el mejor pronóstico de la enfermedad vascular cerebral y el aumento de la TLE. Para este desarrollo se intentará trazar un paralelismo con la patología coronaria.

El origen de las unidades de cuidados coronarios (UCO) para el enfermo con infarto agudo de miocardio (IAM) fue en la década de 1960. De aquella época fueron los primeros manuscritos sobre la mejoría en la mortalidad y morbilidad

del IAM, pero ninguno de esos estudios incluyó grupos controles. Los especialistas destacaban que era la mejor estrategia para anticiparse a los trastornos del ritmo cardíaco y así evitar la necesidad de resucitar al paciente⁵. La Asociación Americana de Cardiología divulgó que más de 50.000 personas podrían salvarse anualmente si todos los pacientes con IAM tuviesen los beneficios de UCC. Estos datos fueron proyecciones, pero impulsaron el desarrollo de UCC en todas las regiones de Estados Unidos. En la segunda mitad de la década de 1970 aparecieron los estudios controlados sobre el uso favorable de trombólisis en el IAM. Hacia mediados de la década de 1980, la aplicación de TLE era usada con más frecuencia. Ya pasaron 50 años de la creación de UCC, y 35 años del uso de la TLE⁶. Hubo una primera etapa de formación de UCC, y luego la aplicación de mejores tratamientos.

En el AC, la falta de atención en UAC puede deberse a diferentes sectores, tales como la población médica, los dirigentes de las políticas sanitarias y las personas en general⁷. La publicación de una encuesta realizada a los directores de hospitales de España mostró una deficiencia en las guardias neurológicas, en la capacidad para realizar fibrinólisis y en la asistencia por UAC⁸.

La evidencia ha demostrado que los pacientes que padecen un AC tienen una evolución más favorable en las UAC. Esta mejoría está avalada por una reducción del 20% en la mortalidad y en la discapacidad⁹. La UAC es muy útil para la prevención y el reconocimiento precoz de las complicaciones del AC. Estas complicaciones pueden ser neurológicas (recurrencias del AC, crisis epilépticas), cardíacas (arritmias e isquemia), infecciones (urinaria, respiratoria), trombosis venosas periféricas, hemorragias digestivas, síndrome depresivo, deformaciones musculoesqueléticas y ulceraciones

Correo electrónico: dominguezraulo@yahoo.com.ar

de piel, y otras concomitancias clínicas. El control de estas anormalidades permite acortar los días de internación. Otra de las medidas de primordial atención para proteger al cerebro es la utilización de la TLE, y este procedimiento tiene un mayor crecimiento en los países industrializados, con buena eficacia y seguridad, aun en las personas mayores de 80 años^{10,11}. En los países en desarrollo tiene una menor utilización, y en un registro efectuado en Argentina entre los años 2004 a 2006 solo el 1,05% de los pacientes con AC recibieron la TLE. También en este análisis, las cifras de los pacientes que ingresaron a UAC fue escasa (5,7%)⁴.

Comentarios

Siendo colaborador, y ya pasados 5 años del registro argentino mencionado⁴, las cifras de la TLE no crecieron. Basado en el número de AC por año en Argentina —alrededor de 125.000 casos— y restándole un 20% de posibles formas hemorrágicas, y en las formas isquémicas separando un 40% de pacientes que presentan criterios de exclusión para TLE, quedarían aproximadamente 60.000 pacientes para intentar la reperusión con trombólisis. Las ventas anuales de alteplase en Argentina en 2010 fueron de 368 unidades, y en 2011 la proyección está en 440 unidades. Estas cifras especulativas avalan que solo el 0,66% de AC recibe la TLE.

¿Cuál es el papel de las instituciones sanitarias en la creación de las UAC? Los Ministerios de Salud de la Nación y de las Provincias tienen un papel muy importante para el crecimiento de la UAC. El apoyo de la Salud Pública estaría basado en una estimación del descenso de las tasas de mortalidad, de incapacidad, de recaídas y de menor número de días de internación. El Gobierno puede cumplir tres tipos de tareas.

- La primera política sanitaria oficial es la aprobación de normas para el funcionamiento de la UAC en la mayoría de los hospitales que están bajo su dominio, en todas las regiones del país que posean un número adecuado de habitantes. La UAC tendría una homologación a las UCC, incorporándose a las denominadas salas de cuidado para pacientes críticos. El paciente crítico es aquel enfermo cuya situación afecta a un sistema del organismo o a varios, y ello pone en riesgo actual o potencial a la vida del enfermo, haciendo necesario una vigilancia especializada, médica y paramédica. Sin dudas, la situación del cerebro en un AC es crítica.
- Una segunda tarea importante del Estado es la legitimación del sistema económico relacionado con los cuidados críticos. En relación a los costos, un día de internación en las unidades de cuidados críticos supera cerca de 4 veces a la internación en una sala general, incluyendo al personal especializado. La mejor atención del AC con aumento de sus costos estaría compensada por un ahorro al disminuir la discapacidad, cuyo gasto continuado es mucho mayor.
- En tercer lugar, si las administraciones de gobierno impulsaran el crecimiento de las unidades de cuidados críticos, incluida la UAC, avalarían también a personal técnico especializado en la construcción, mantenimiento y manejo de equipos complementarios.

Si estas tres situaciones pueden cumplirse, el aumento del número de UAC sería factible. Las nuevas estrategias

terapéuticas son recientes, sofisticadas y costosas, pero eficaces. Este cambio en la terapia del AC, desde una terapéutica casi pasiva hace 30 años hasta una situación de urgencia, ha conllevado importantes cambios sanitarios. Todavía no se ha producido una completa conciencia de esta variación en muchos estamentos médicos y sanitarios, y aún menos en la sociedad.

Concluyendo, la organización asistencial destinada a la creación de UAC necesitaría ser impulsada por las instituciones académicas, por los hospitales y los centros de atención, por los Ministerios de Salud Nacional y Provinciales. Ello propenderá al mejor cuidado de los pacientes con AC. Es tiempo de difundir masivamente el crecimiento de UAC, organizar fundaciones benéficas afines como en otras enfermedades de la neurología, y buscar apoyo político sanitario. El aumento del número de UAC es un factor clave para disminuir la mortalidad y la incapacidad, asimismo para el crecimiento de la TLE, elementos importantes para un mejor pronóstico del AC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnston SC, Mendis S, Mathers CD. Global variation in stroke burden and mortality: Estimates from monitoring, surveillance, and modelling. *Lancet Neurol.* 2009;8:345-54.
2. NINDS rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. *N Engl J Med.* 1995;333:1581-7.
3. Heuschmann PU, Berger K, Misselwitz B, Hermanek P, Leffmann C, Adelman M, et al. Frequency of thrombolytic therapy in patients with acute ischemic stroke and the risk of in-hospital mortality: The German stroke registers study group. *Stroke.* 2003;34:1106-13.
4. Sposato L, Esnaola MM, Zamora R, Zurru MC, Fustinoni O, Saposnik G, on behalf of ReNACer Investigators and the Argentinian Neurological Society. Quality of ischemic stroke care in emerging countries. *Stroke.* 2008;39:1-4.
5. Day HW. An intensive coronary care area. *Dis Chest.* 1963;44:423-7.
6. Marx M, Levin DC. Coronary thrombolytic therapy: State of the art. *Am J Roentgenol.* 1986;147:1-8.
7. Palomeras ES, Fossas PF, Quintana ML, Monteis RC, Sebastián MS, Fábregas CC, et al. Reconocimiento de los síntomas del ictus y respuesta frente a ellos en la población. *Neurología.* 2007;22:434-40.
8. Bermejo-Pareja F, Iglesias-Casarrubios P, Calleja P, Ruiz-López PM. Opinión sobre la organización asistencial en el ictus. Encuesta a directores médicos hospitalarios en España. *Rev Neurol.* 2009;48:395-9.
9. Stroke Unit Trialists Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;4. CD000197.
10. Bhatnagar P, Sinha D, Parker RA, Guyler P, O'Brien A. Intravenous thrombolysis in acute ischaemic stroke: A systematic review and meta-analysis to aid decision making in patients over 80 years of age. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2011;82:712-7.
11. Topakian R, Brainin M, Eckhardt R, Kiechl S, Ahmed N, Ferrari J, et al., for the SITS-Austria group. Thrombolytic therapy for acute stroke in Austria: Data from the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke (SITS) register. *Eur J Neurol.* 2011;18:306-11.