

Enfermedad Cerebro – Vascular

Síntesis y Recomendaciones

Por doctor Carlos Santiago Uribe Uribe
Profesor de Neurología
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

En Colombia, la Enfermedad Cerebro – Vascular (ECV) ocupa la tercera causa de muerte después de los homicidios, la violencia y las cardiopatías (1). La prevalencia en los países desarrollados es de 500 – 600 /100.000.

En Colombia, según estudio epidemiológico puerta a puerta, practicado en Sabaneta (Antioquia), la prevalencia fue de 559 /100.000 (2). En los países desarrollados se ha logrado disminuir la incidencia de las ECV con programas de control y tratamiento de la enfermedad hipertensiva arterial, la diabetes, las dislipidemias y la implementación de programas educativos que influyen sobre los factores de riesgo predisponentes (3).

Los factores de riesgo modificables bien documentados tales como la hipertensión arterial deben ser controlados adecuadamente.

Las cifras de 140 mm. de Hg. de sistólica o superiores y de 90 mm. de Hg. de diastólica, requieren intervención terapéutica; inicialmente, se deben aplicar medidas educacionales como régimen dietético con restricciones de sal, reducción de peso, ejercicio moderado y fármacos antihipertensivos (nivel de evidencia I, recomendación A) (4).

Los pacientes con diabetes mellitus tienen una mayor susceptibilidad para desarrollar arterioesclerosis y mayor prevalencia de Hipertensión arterial, obesidad e hiperlipidemia. El riesgo relativo de ictus en la diabetes es de 1.8 – 3.0. Por lo tanto se recomienda estricto control de la diabetes para evitar las complicaciones asociadas a esta.

En cuanto a la dislipidemia, estudios recientes han demostrado una relación de riesgo elevado de Colesterol e ictus isquémico y aún mas entre valores elevados de lipoproteínas de baja densidad (LDL) e ictus aterotrombótico además de entre el valor de lipoproteínas de alta densidad (HDL) (inversa), índice LDL/HDL y lipoproteína (a) e ictus isquémico.

Estudios como el CARE (5) demostraron que la Pravastatina 40 mg. /día por 5 años en 4.159 pacientes con antecedentes de Infarto del miocardio y colesterol total de 209 mg.% y LDL de 139 m. % se produjo una reducción de 32% de riesgo relativo para ECV (ataque isquémico transitorio y para ECV aguda).

Se acepta hoy en día que las Estatinas producen disminución de la inflamación, estabilizan la placa arteriosclerótica, disminuyen la agregación plaquetaria

mejoran la función endotelial y últimamente por los efectos pleiotrópicos tienen efecto neuroprotector (6) regulando de manera selectiva y positiva la síntesis endotelial del óxido nítrico por lo cual hay aumento del flujo sanguíneo cerebral.

Es así como evidencias recientes recomiendan el uso de estatinas para disminuir la presentación de ACV en pacientes considerados de alto riesgo cardiovascular por haber tenido previamente clínica de enfermedad coronaria, de ECV de enfermedad arterial periférica, hipertensión arterial (especialmente en mayores de 55 o 65 años) y en la diabetes mellitus; debe recordarse que dentro del grupo de alto riesgo, aún en pacientes con elevaciones leves o niveles de colesterol considerados como normales, se benefician del tratamiento con estatinas.

Tanto el consumo de tabaco como el abuso del alcohol se han relacionado con un aumento del riesgo de ictus. El estudio Framingham demostró que el abandono del tabaco reduce el riesgo en 2 – 4 años. Se recomiendan campañas educativas en atención primaria para el cese del consumo de tabaco y consumo excesivo de alcohol.

Se recomienda también reducción de peso, basándose en el aumento de comorbilidad que pueden ayudar a producir ECV, también ejercicio diario de aproximadamente 30 minutos tienen efecto preventivo.

En cuanto a la estenosis carótidea asintomática; la endarterectomía se indica en paciente con estenosis del 60 – 99 % pero cuando la morbimortalidad quirúrgica sea menor del 3% y la expectativa de vida sea mayor de 5 años. Los demás casos se tratan con antiagregantes plaquetarios.

Los ataques de Isquemia cerebral transitoria (AIT) se consideran como premonitores de Infarto cerebral, en realidad 40 % de individuos con AIT desarrollan después infartos cerebrales, la mitad de ellos lo hacen 3 meses después y dos tercios suceden dentro de 6 meses. La mitad (50%) de los AIT duran menos de 5 minutos, 25 % duran 1 hora y el resto desaparecen en el término de 24 horas. Los episodios que duran menos de una hora son causados por microembolismo arteria – arteria; los que duran más de una hora por lo general son de origen cardíaco. La frecuencia de los episodios de AIT es muy variable y va desde semana o meses a múltiples episodios que ocurren el mismo día.

El paciente con episodios de AIT debe evaluarse en forma muy completa para investigar y corregir todos los factores de riesgo predisponentes y después de esto iniciar según el caso terapia médica con antiagregantes plaquetarios (Aspirina a dosis variables de 300 mg. diarios), en casos de intolerancia a la aspirina puede usarse el Clopidogrel 75 mg. diarios, o también la Ticlopidina de 250 mg., dos veces al día, con controles periódicos de leucograma por el riesgo de neutropenia.

En casos de estenosis carótidea crítica (mayor del 70%) sintomática se recomienda endarterectomía carótida siempre que el grupo de cirujanos tenga una tasa de complicación menor del 3% en este procedimiento. En pacientes

en quienes no se puede realizar el procedimiento quirúrgico se recomienda la angioplastia y stent como alternativa (7).

Con respecto a las cardiopatías embolígenas (8) tales como la Fibrilación auricular, la valvulopatía mitral reumática, las prótesis mecánicas, cardiopatías isquémicas con infarto agudo del miocardio, miocardiopatía dilatada y fracción de eyección menor del 30%, se recomienda la anticoagulación con un INR entre 2 –3.

En el foramen oral permeable se recomienda iniciar con aspirina 300 mg. día. Referente a factores de riesgo menor documentados pero potencialmente modificables debemos tener en cuenta la hiperhomocisteinemia (8) la cual aumenta con la edad y tratarla cuando las cifras están en 16 o mayor de 16 milimoles, se debe administrar B6 (piridoxina) y B12.

Avances recientes del manejo de la ECV Aguda:

En la última década, han ocurrido progresos en el diagnóstico y tratamiento de la ECV; con el advenimiento de la “Unidad para cuidados intensivos cerebro – vasculares” se han logrado avances en el tratamiento inmediato y se ha mejorado el pronóstico en cuanto a la mortalidad y morbilidad. (9)

El médico general debe estar alerta cuando llegue el paciente al servicio de Urgencias y se debe educar al público en general para detectar los signos clínicos tempranos de Ataque Cerebro – Vascular (ACV). Recordar dichos síntomas de alarma a saber:

- 1 – Debilidad o entumecimientos súbitos de un lado del cuerpo, cara, brazo o pierna.
- 2 - Dificultad para hablar o para entender lo que habla.
- 3- Visión borrosa o disminución de la visión en una o ambos ojos.
- 4- Cefalea súbita y severa
- 5- Pérdida inexplicada del balance del cuerpo o de de la estabilidad mareo o vértigo (en especial si se asocia con uno de los síntomas mencionados).

Una vez valorados estos síntomas, se debe establecer lo más preciso posible el tiempo de inicio de los síntomas; si la ventana terapéutica es menor de 6 horas se debe trasladar a la Unidad cerebro – vascular de inmediato para proceder según los hallazgos radiológicos y según criterios a la terapia trombolítica. Si la ventana terapéutica es menor de 3 horas y si cumplen los criterios de inclusión y exclusión para terapia trombolítica IV con rt PA, se traslada a la UCV.

Las Neuroimágenes en especial la ANGIO - RM y las nuevas técnicas de difusión, perfusión nos permite evaluar el área de penumbra isquémica que puede ser recuperable con la terapia trombolítica bien sea con el uso del rt PA IV si la ventana terapéutica es menor de 3 horas o con la terapia trombolítica intra – arterial si la ventana terapéutica es de 6 horas.

Debemos tener en cuenta que lo más importante en el paciente con ECV es la promoción y prevención de factores de riesgo lo cual debería ser función de las EPS, las cuales infortunadamente no cumplen su papel. Con la aplicación de la Ley 100, las autoridades sanitarias descargaron la responsabilidad de promoción y prevención de las enfermedades en las EPS, las cuales no están haciendo campañas para controlar los factores de riesgo modificables cardio – cerebro vasculares tales como la hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad, etc.

Necesitamos que las EPS inviertan sus excesivas ganancias en campañas de prevención y promoción y no desvíen los recursos económicos en otras inversiones que en nada benefician la salud del pueblo colombiano.

BIBLIOGRAFÍA

1 – Colombia Ministerio de Salud Pública. Estudio sectorial de Salud. La Salud en Colombia, Bogotá: Ministerio de Salud. 1990; 5 95 – 7.

2 –Uribe CS, Jiménez I et.al Epidemiología de las enfermedades cerebrovasculares en Sabaneta, Colombia. (1992 – 1993). Rev. Neurol. 1997; 25: 1008 – 1012.

3–Fratiglioni L, Massey W, Schoenberg D, Schoenberg BS: Mortality from Cerebrovascular disease. Neuroepidemiology 1983; 2: 101 –6.

4 –Goldstein LB, Adams R, Becker K, et al Primary prevention of ischemic stroke. A statement for healthcare professionals from the stroke council of the American Heart Association. Stroke 2001; 103: 163 –82.

5 –Plehn JF, Davis BR, Sacks FM et al. Reduction of stroke incidence after myocardial infarction with pravastatin: the cholesterol and Recurrent events (CARE) study. Circulation 1999; 99: 216 – 223

6 –Terront MA. Usos de estatinas e hipolipemiantes en Neurología. En Uribe M editor, Guía Neurológica Nº 5, 2003 pp. 93 –98

7-Celis JI, Villa L, Volchy M. Enfermedad cerebrovascular oclusiva y trombosis venosa cerebrales. En Uribe CS, Arana A, Iorenzana P. Editores Fundamentos de Medicina. Neurología, 6ª ed. CIB, 2002 pp. 338 – 354.

8 – Díez _- Tejedor, Fuentes B et al Guía para el tratamiento preventivo de la isquemia cerebral Neurología; 17 (Supl 3): 61 – 75.

9- Villa LA Ataque cerebrovascular. Guía Neurológica Nº 3. Asociación Colombiana de Neurología. 2001. Pp. 77 –109.

