

la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN • Nº 65

Ictus

1 de septiembre 2015

Elaborado por el Dr. Jose Antonio Serrano.
Director del Área de Salud de The Family Watch.

Introducción

El pasado 11 de Julio, en la edición digital del ABC, aparece el siguiente titular: *‘El tabaco pasivo aumenta el riesgo de ictus en casi un 30%’*. Y es que últimamente es habitual encontrar en la prensa la palabra ictus, dando a entender que es un término médico suficientemente conocido.

El diccionario de la RAE lo define así:

“Ictus” (del latín ictus, golpe, y en especial el que marcaba el ritmo) en su segunda acepción: *Med.* Cuadro morbo que se presenta de modo súbito y violento como producido por un golpe. *Ictus apopléjico, epiléptico, traumático.*

En Diario Médico, del 29/10/2013, en la sección *Laboratorio del lenguaje*, escribía el Dr. Fernando A. Navarro, lo siguiente:

“El 29 de octubre se celebra en todo el mundo el Día Mundial del Ictus; sin duda, una ocasión excelente para sensibilizar a la población sobre la importancia de las enfermedades cerebrovasculares, que representan la segunda causa de mortalidad entre los mayores de 60 años en los países desarrollados (en España, por ejemplo, el ictus causa cada año más de 120.000 muertes). Pero esa deseable tarea de concienciación va a resultar sumamente difícil, me parece, mientras no seamos capaces de dar con un nombre más adecuado para la enfermedad.

No tienen este problema en inglés, donde al ictus lo llaman stroke (forma coloquial y abreviada del antiguo nombre técnico apoplectic stroke). Porque, en inglés, desde el catedrático de neurología más encopetado hasta el último paciente sin apenas estudios, todo el mundo usa el mismo término, stroke, para referirse a la misma enfermedad.

Muy distinto es lo que sucede en España. En los hospitales españoles, el término más utilizado para traducir el inglés stroke es claramente ictus (forma coloquial y abreviada del antiguo «ictus apoplético o apopléjico»). Este término tiene la ventaja de que es igual de breve, sencillo e impreciso que el inglés stroke (pues engloba tanto las formas hemorrágicas como las isquémicas de la enfermedad), pero también un grave inconveniente: que es de uso habitual entre neurólogos y otros médicos, sí, pero prácticamente desconocido para el resto de la población. En una encuesta efectuada en España el 1 de junio de 1999, por ejemplo, el 95 % de los encuestados no supieron decir qué es un ictus; y el problema no es de cultura general, porque el 92 % de esa misma población encuestada sí que sabía de qué les estaban hablando cuando los entrevistadores pasaban a utilizar otros sinónimos, como «embolia cerebral», «derrame cerebral» o «infarto cerebral». Y si la palabra ‘ictus’ es poco usada fuera de los hospitales en España, menos usada aún lo es en América.

Para soslayar este problema, hay quienes abogan por la expresión más descriptiva accidente cerebrovascular (mejor que ‘accidente cerebrovascular agudo’, expresión redundante por cuanto todos los accidentes son, por definición, agudos).

Tiene el inconveniente, no obstante, de ser excesivamente larga y pedir rápidamente su abreviación a ACV, que es ya una sigla críptica para los pacientes.

Otras posibilidades, sin duda más apropiadas para el lenguaje médico hablado y la divulgación, podrían ser recuperar la forma clásica apoplejía, que habíamos dejado caer en desuso, o generalizar el empleo de derrame cerebral, que es una variante de amplio uso y perfectamente comprensible tanto para médicos como para legos.

Si no hacemos algo, me temo que al ictus le va a pasar como a la EPOC: que con un nombre de uso restringido a la clase médica nunca llegará a disfrutar de un grado de concienciación social como el que han conseguido el cáncer, el sida, la enfermedad de Alzheimer o el infarto de miocardio”.

¿Qué es el ictus?

Denominamos ictus a un ‘*trastorno brusco de la circulación cerebral*’, que altera la función de una determinada región del cerebro.

Son trastornos que tienen en común su presentación brusca, que suelen afectar a personas ya mayores –aunque también pueden producirse en jóvenes– y que frecuentemente son la consecuencia final de la confluencia de una serie de circunstancias personales, ambientales, sociales, etc., a las que denominamos factores de riesgo.

Los términos accidente cerebrovascular, ataque cerebral o, menos frecuentemente, apoplejía son utilizados como sinónimos del término ictus.

El ictus, por lo tanto, puede producirse tanto por una disminución importante del flujo sanguíneo que recibe una parte de nuestro cerebro como por la hemorragia originada por la rotura de un vaso cerebral.

En el primer caso hablamos de ‘*ictus isquémicos*’; son los más frecuentes (hasta el 85% del total) y su consecuencia final es el infarto cerebral: situación irreversible que lleva a la muerte a las células cerebrales afectadas por la falta de aporte de oxígeno y nutrientes transportados por la sangre.

En el segundo caso nos referimos a ‘*ictus hemorrágicos*’; son menos frecuentes, pero su mortalidad es considerablemente mayor. Como contrapartida, los supervivientes de un ictus hemorrágico suelen presentar, a medio plazo, secuelas menos graves.

Así, pues, los tipos de ictus más importantes son:

A) Isquémico

-Ictus trombótico, aterotrombótico o trombosis cerebral. Es un *ictus* causado por un coágulo de sangre (trombo), formado en la pared de una arteria importante, que bloquea el paso de la sangre a una parte del cerebro.

-Ictus embólico o embolia cerebral. Se trata de un *ictus* que, al igual que el trombótico, está originado por un coágulo de sangre; éste, sin embargo, se ha formado lejos del lu-

gar de la obstrucción, normalmente en el corazón. A este coágulo lo denominamos émbolo.

B) Hemorrágico

-Hemorragia intracerebral. Es el *ictus hemorrágico* más frecuente. Una arteria cerebral profunda se rompe y deja salir su contenido sanguíneo, que se esparce entre el tejido cerebral circundante, lo presiona y lo daña. La gravedad de este tipo de ictus reside no sólo en el daño local sino en el aumento de presión que origina dentro del cráneo, lo que afecta a la totalidad del encéfalo y pone en peligro la vida.

En ocasiones, el ictus nos concede una segunda oportunidad. El paciente sufre transitoriamente (con frecuencia sólo dura unos minutos) todos los síntomas con los que cursa un ictus establecido, pero, por fortuna para él, éstos desaparecen como llegaron, sin dejar ninguna secuela. Este caprichoso perfil temporal, la ausencia de dolor y –sobre todo– la ausencia de secuelas hacen que el paciente y, lo que es peor, a veces el médico minusvaloren estos episodios, con explicaciones simplistas y erróneas. Esta situación, a la que denominamos ‘*ataque isquémico transitorio*’, es un verdadero «amago» de ictus: hasta un tercio de los pacientes que lo han sufrido presentarán un ictus establecido en el año siguiente si no se toman las medidas adecuadas.

¿Cuáles son sus causas?

Aunque por su forma de presentación –súbita e inesperada– pudiera parecer que el ictus es una catástrofe imprevisible, en realidad –en la mayoría de los casos– no es así. El ictus es el resultado final de la acumulación de una serie de hábitos de estilo de vida y circunstancias personales poco saludables (factores de riesgo). Los vasos sanguíneos son el blanco de estas agresiones y, tras años de sufrir un daño continuado, expresan su queja final y rotunda: el ictus.

En la actualidad están bien identificados los factores de riesgo más importantes para el ictus. Algunos de ellos, por su naturaleza, no pueden modificarse. Es el caso de la edad (el riesgo de padecer un ictus crece de forma importante a partir de los 60 años) y el sexo (en general, hasta edades avanzadas, el ictus se da más entre los hombres que entre las mujeres, aunque la mortalidad es mayor en estas últimas). La historia familiar de ictus, haber sufrido un ictus con anterioridad y pertenecer a determinadas razas, como por ejemplo la raza negra americana, también predisponen con mayor fuerza a padecer un ictus, sin que estas condiciones puedan, en sentido estricto, reconducirse.

Por el contrario, hoy día sabemos que, afortunadamente, podemos actuar sustancialmente sobre los factores de riesgo más importantes y, con ello, reducir de forma significativa el número total de personas que sufrirán un ictus cada año. Hoy por hoy, el mejor tratamiento del que disponemos para las enfermedades cerebrovasculares es una adecuada prevención y ésta comienza por la modificación de los principales factores de riesgo «tratables».

En los últimos 25 años, se ha conseguido ir reduciendo paulatinamente el número de ictus y disminuir hasta el 50% su mortalidad. Una buena parte de este éxito se debe al creciente con-

trol de su factor de riesgo más importante: *'la hipertensión arterial'*. Toda persona mayor de 50 años de edad debería tomarse la tensión arterial al menos una vez al año; hay que tener presente que el riesgo de sufrir un ictus se incrementa tanto si está elevada la tensión arterial sistólica (máxima) como la diastólica (mínima), o ambas. Cifras superiores a 140/80 deben ser vigiladas por su médico.

Los pacientes que padecen *'enfermedades cardíacas'* y, sobre todo por su frecuencia, las que tienen su origen en la arteriosclerosis de las arterias coronarias –la «angina de pecho» y el infarto de miocardio (cardiopatías isquémicas) – corren un riesgo claramente mayor de padecer un ictus. Ello se debe a que la mayoría de los ictus isquémicos, los que denominábamos ateroscleróticos, también tienen en la arteriosclerosis su punto de partida. Pero, es más, si estos problemas cardíacos cursan con determinados tipos de arritmias, como la fibrilación auricular, lo cual no es infrecuente, el riesgo crecerá de forma muy considerable. Estas situaciones exigen una actuación médica enérgica, que puede reducir estas malas expectativas en cerca del 70%.

El *consumo de tabaco* es la causa prevenible más importante de muerte prematura. Su asociación con la arteriosclerosis, las enfermedades cardíacas y el ictus no ofrece hoy ninguna duda.

Aunque, en la actualidad, no está establecido con claridad el papel exacto que desempeñan los *niveles elevados de las grasas* en la sangre (colesterol y triglicéridos) en la probabilidad de sufrir un ictus, sí es evidente su relación con otras enfermedades, como la angina de pecho, el infarto de miocardio y la arteriosclerosis, y éstas a su vez tienen una estrecha relación con el ictus, como hemos visto con anterioridad.

La diabetes mellitus es una enfermedad que condiciona la incapacidad del organismo para metabolizar adecuadamente la glucosa que ingerimos con la dieta. La diabetes aumenta el riesgo de padecer muchas otras enfermedades (renales, oculares, cardíacas, de los nervios periféricos, etc.) y también de sufrir un ictus. Ello se debe a que, al igual que la arteriosclerosis, obstruye los vasos y éstos están en todos los órganos importantes del cuerpo. Hasta el 20% de las personas que han sufrido un ictus son diabéticas.

A pesar de ser una condición permanente, aquellos diabéticos que siguen un adecuado control de su enfermedad tienen menos probabilidades de sufrir un ictus que los que no lo hacen.

Otros factores de riesgo potencialmente tratables son: el consumo excesivo de alcohol, la obesidad, la vida sedentaria y los tratamientos con anticonceptivos orales, aunque –en la actualidad– su contenido en estrógenos es bajo y sólo parecen aumentar el riesgo si se suman otros factores, sobre todo el consumo de cigarrillos o padecer otra enfermedad vascular o cardíaca.

Los síntomas

En general, los ictus son de inicio súbito y de rápido desarrollo, y causan una lesión cerebral en minutos (ictus establecido). Con menos frecuencia, un ictus puede ir empeorando a lo largo de horas, incluso durante uno o dos días, a medida que se va necrosando un área cada vez mayor de tejido cerebral (ictus en evolución). Por lo general, esta progresión suele interrumpirse,

aunque no siempre, dando paso a períodos de estabilidad en que el área de tejido necrosado deja de crecer de forma transitoria o en los que se observa cierta mejoría.

En función del área del cerebro afectada pueden producirse muchos síntomas diferentes.

- Adormecimiento o debilidad repentina en la cara, el brazo o una pierna, especialmente en uno de los lados del cuerpo.
- Confusión repentina, dificultad para hablar o para entender.
- Repentina dificultad para andar, mareo, pérdida de equilibrio o coordinación.
- Problemas repentinos para ver en uno o los dos ojos.
- Dolor de cabeza repentino sin que se conozca la causa.

Cuando el ictus afecta a la *región izquierda del cerebro*, la parte afectada será la derecha del cuerpo (y la izquierda de la cara) y se podrán dar alguno o todos los síntomas siguientes:

- Parálisis del lado derecho del cuerpo.
- Problemas del habla o del lenguaje.
- Estilo de comportamiento cauto, enlentecido.
- Pérdida de memoria.

Si por el contrario, la parte afectada es la *región derecha del cerebro*, será la parte izquierda del cuerpo la que tendrá problemas:

- Parálisis del lado izquierdo del cuerpo.
- Problemas en la visión.
- Comportamiento inquisitivo, acelerado.
- Pérdida de memoria.

Prevención

La Sociedad Española de Neurología recomienda una serie de hábitos saludables para evitar sufrir un ictus:

- Llevar una dieta rica y saludable: Esta dieta también tiene que tratar de evitar el colesterol LDL, lo que se consigue reduciendo las grasas saturadas. Además, así se evitan problemas de obesidad: una persona debe mantener su índice de masa corporal por debajo de 25 para reducir el riesgo de ictus.
- Realizar ejercicio de forma habitual y moderada: Los problemas derivados de una vida sedentaria pueden provocar otros problemas que a su vez causen un ictus.
- No fumar: Además, la exposición pasiva al tabaco también aumenta la probabilidad de sufrir un ictus.

- Moderar el consumo de alcohol: El consumo de alcohol no debe superar los 60 gramos al día, pero esto no significa que haya que evitarlo a toda costa: aquellas personas con un consumo leve (menos de 12 gramos al día) o moderado (entre 12 y 24 gramos al día) de alcohol tienen menos probabilidades de sufrir un ictus que aquellas personas que no lo consumen.
- Llevar un control de la tensión arterial de forma regular: Para ello se pueden llevar controles sobre la tensión arterial. En aquellas personas que no hayan sufrido un ictus anteriormente la tensión arterial debería ser inferior a 140/90, y para diabéticos o personas que ya hayan sufrido un ictus, inferior a 130/80.

Pronóstico

Los avances en el conocimiento, la implantación del código ictus, las unidades de ictus, los tratamientos en la fase aguda y una mayor adherencia a las medidas de prevención han permitido reducir la mortalidad y secuelas de los ictus.

Sin embargo, son la 1ª causa de mortalidad en mujeres y la 2ª de mortalidad específica en general. También es una causa importante de incapacidad y por lo tanto de dependencia, con todo lo que ello significa. En la fase aguda de la enfermedad es difícil determinar el grado de recuperación funcional del paciente a largo plazo, aunque hay escalas pronósticas. Así, en los pacientes que sobreviven a un ictus, hasta el 45% presentan hemiparesia como secuela, hasta un 15% afasia, el 20% no podrán caminar, el 30% sufre de depresión o deterioro cognitivo y entre el 20 y 55% precisarán de ayuda parcial o total.

Tratamiento

El cerebro es un órgano que precisa un aporte constante de oxígeno y nutrientes a través de la sangre arterial. Cuando se produce un fallo en el aporte de sangre en una zona del cerebro se produce una isquemia, o “falta de riego”.

La isquemia en una zona del cerebro se manifiesta clínicamente con diversos déficit neurológicos (pérdida de fuerza en un miembro, trastorno del lenguaje, alteraciones visuales, etc.). El daño cerebral producido por un ictus depende en gran medida del tiempo que dura la isquemia.

El tratamiento del ictus agudo consiste principalmente en intentar acortar la duración de la isquemia cerebral y con ello reducir el daño en el cerebro. Para ello es necesaria una adecuada organización de los diferentes niveles asistenciales que atienden al paciente con ictus con el objetivo de reducir al máximo los tiempos de actuación y tratamiento de estos pacientes.

Los pacientes con ictus agudos deben ser atendidos siempre en un hospital y en un servicio de neurología. El ictus agudo es una ‘*emergencia médica*’ (al igual que el infarto de miocardio), por lo que su atención es primordial en el área de urgencias. Posteriormente debe ser ingresado en una ‘*Unidad de Ictus*’ si es posible, y sino en la planta de Neurología. En su defecto el paciente puede ser ingresado en una planta de Medicina Interna o Geriátrica.

El sistema organizativo diseñado para la atención óptima del paciente con ictus agudo se denomina ‘*Código ictus*’. Consiste en la puesta marcha de diferentes actuaciones encaminadas a

reducir al máximo las demoras en la atención de pacientes con ictus para así poder ofrecer tratamiento en las primeras horas. Se distinguen dos niveles: '*Código ictus extra hospitalario*' que engloba el conjunto de actuaciones que deben realizarse mientras el paciente permanece fuera del hospital, y el '*Código ictus intrahospitalario*' que se refiere a los protocolos de actuación que se deben llevar a cabo cuando el paciente se encuentra en el hospital.

El '*Código ictus extra hospitalario*' es activado por los servicios de atención médica urgente (112, SAMUR, etc.). Sus objetivos son identificar a los pacientes con un ictus en su domicilio, avisar al neurólogo del hospital de destino para que conozca las características del paciente, y trasladar al paciente cuanto antes al hospital.

En el '*Código ictus intrahospitalario*' interviene el neurólogo de guardia y los médicos de urgencias. Los objetivos que se buscan son: confirmar que se trata de un ictus y no de otra enfermedad que produzca síntomas similares (esto se logrará con una historia clínica adecuada y una correcta exploración neurológica), identificar rápidamente el subtipo de ictus: infarto o hemorragia cerebral (mediante una prueba de imagen: TC o RM craneal), establecer la localización y extensión del daño cerebral, intentar identificar la causa más probable del ictus y ofrecer el tratamiento precoz más adecuado.

Tras confirmar que efectivamente el paciente sufre un ictus, se deberán tomar las primeras medidas terapéuticas, algunas de ellas generales y otras específicas para determinadas situaciones.

No podemos entrar en detalles sobre la actuación especializada del tratamiento del ictus. El lector interesado puede entrar, a modo de ejemplo, en la página del "*Código ictus de la Comunidad de Madrid*".

El papel de la familia

El ictus no sólo afecta a la persona que lo sufre. El paciente advierte que su vida ha sufrido un cambio radical, pero también sus familiares y amigos próximos se dan cuenta de que muchas cosas, a menudo importantes, van a cambiar en sus vidas. La nueva situación se vive, en los primeros días, como la premonición de una pesada carga. Se tienen que asumir aceleradamente nuevas responsabilidades, no siempre bien aceptadas, en la mayoría de los casos porque interfieren ostensiblemente con la rutina social, familiar y laboral. En ocasiones, junto con las dificultades motoras, se producen alteraciones del carácter y la convivencia se hace difícil. Todo ello contribuye a acrecentar el estrés ambiental que ya de por sí genera la propia enfermedad.

A pesar de todo ello, es conveniente recordar que la recuperación tras el ictus constituye uno de los desafíos físicos y psicológicos más importantes y prolongados a los que puede someterse a una persona; es del todo imposible superarlo sin ayuda y la falta de apoyo familiar constituye una dificultad añadida.

Los pacientes con un mayor grado de relación con las personas de su entorno son los que, a priori, mejores resultados pueden obtener. No obstante, es conveniente remarcar que la tarea del cuidador principal del paciente tras el ictus, especialmente si éste ha sido grave, suele ser dura, por su exigencia diaria y –fundamentalmente– por su extensión en el tiempo. Un estudio

reciente realizado en España ha puesto de manifiesto que, en su mayoría, los cuidadores principales de los pacientes que han sufrido un ictus asumían de buen grado su nueva situación personal, pero después de los primeros 6 meses se sentían fatigados y percibían que su propia salud había empeorado. Estas observaciones nos hacen recomendar el reparto proporcional de las responsabilidades y tareas implícitas en el cuidado de estas personas entre sus familiares y amigos, siempre que ello sea factible. Esta estrategia contribuirá de forma importante a prevenir el desánimo, la fatiga y la desesperanza, que, inevitablemente, se transmitirían al paciente.

Referencias

- 1) <http://www.ictussen.org/?q=node/90> (del grupo de estudio de enfermedades cerebrovasculares de la SEN)
- 2) <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/ictus.html>
- 3) [http://www.neurodidacta.es/es/comunidades temáticas \(ictus y enfermedad cerebrovascular\) Fundación Mapfre](http://www.neurodidacta.es/es/comunidades temáticas (ictus y enfermedad cerebrovascular) Fundación Mapfre)
- 4) http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1354275317979&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura
- 5) <http://www.ictussen.org/?q=node/95> (publicado el 02/27/2008)