

## Información básica sobre el ictus

Repercusiones del ictus y perspectivas de nuevos tratamientos

### Definición

Un ictus es el equivalente cerebral del ataque al corazón. El ictus se produce cuando se obstruye o se rompe uno de los vasos que suministra sangre al cerebro, interrumpiéndose así el flujo de oxígeno que llegaba a esa parte del cerebro. Médicamente, el ictus se define como un síndrome clínico, supuestamente de origen vascular, tipificado por la aparición rápida de signos de alteración focal o global de las funciones cerebrales que duran más de 24 horas o que conducen a la muerte.

Hay dos tipos principales de ictus:

- **El ictus isquémico**, que se produce cuando el riego sanguíneo del cerebro está comprometido o se bloquea debido a aterotrombosis, émbolos cardíacos o enfermedad de los vasos pequeños (infarto lacunar). Cuando la pared de unas arterias poco sanas se obstruye con una acumulación de depósitos grasos y colesterol, pueden formarse coágulos de sangre en los vasos sanguíneos que riegan el cerebro. Como alternativa, el coágulo puede haberse formado en otra parte del cuerpo, generalmente el corazón, y ser transportado después al cerebro. Un 85% de todos los ictus son isquémicos.
- **El ictus hemorrágico**, que se produce al romperse un vaso sanguíneo con la consiguiente hemorragia en o sobre la superficie del cerebro. Los ictus hemorrágicos pueden estar causados por varios trastornos, entre ellos una presión arterial elevada de larga duración y los aneurismas cerebrales (un área débil en la pared de un vaso sanguíneo).

Un **ataque isquémico transitorio (AIT)** es un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida aguda de la función cerebral y síntomas que duran menos de 24 horas. Probablemente se debe a un suministro sanguíneo inadecuado causado por un flujo sanguíneo lento, una trombosis o una embolia en algún otro lugar del cuerpo. Un AIT no provoca déficit neurológico permanente.

## **Prevalencia**

Cada año, 15 millones de personas sufren un ictus. De ellos, 5,5 millones son mortales y más de cinco millones de personas quedan permanentemente discapacitadas. En Estados Unidos, por término medio, cada tres minutos muere una persona a causa de un ictus. El ictus ocupa la cuarta posición en cuanto a carga de enfermedad en el mundo. Un 20% de los pacientes discapacitados por un ictus en Estados Unidos requieren cuidados en instituciones sanitarias.

En 2002, Europa alcanzó la cifra de casi 11 millones de años de vida de pacientes perdidos a causa de la mortalidad y la discapacidad asociada al ictus. A pesar de ello, la investigación del ictus todavía recibe mucha menos financiación que las enfermedades del corazón o el cáncer.

## **Síntomas del ictus**

Los síntomas del ictus incluyen algunos o todos de los siguientes:

- 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
- Problemas repentinos para ver en uno o los dos ojos
- Repentina dificultad para andar, mareo, pérdida de equilibrio o coordinación
- Dolor de cabeza repentino sin que se conozca la causa

Es esencial ponerse en contacto con un equipo médico de urgencias lo antes posibles tras la aparición del ictus.

## **Los efectos del ictus**

En Estados Unidos, aproximadamente entre un 8% y un 12% de las personas que sufren un ictus isquémico y entre un 37% y un 38% de quienes tienen un ictus hemorrágico mueren antes de 30 días.

Los efectos de los ictus no mortales pueden ser devastadores. Aunque el ictus afecta principalmente a los vasos y tejidos cerebrales, su repercusión se deja sentir en todo el cuerpo. Los efectos físicos y psicológicos varían enormemente dependiendo de la región del cerebro que resulte dañada. Entre los posibles problemas figuran:

- Problemas del habla o del lenguaje
- Debilidad o parálisis (hemiplejía) – generalmente de un sólo lado del cuerpo
- Problemas cognitivos
- Fatiga
- Dificultad de percepción
- Cambios de humor

Un tercio de las personas que sobreviven a un ictus quedará funcionalmente dependiente durante el año siguiente al ictus. En Estados Unidos, entre los mayores de 65 años supervivientes a un ictus isquémico, los resultados 6 meses después de un ictus agudo incluían:

- Parálisis que afectaba a un lado del cuerpo (50% de los supervivientes)
- Incapacidad para caminar sin algún tipo de ayuda (30% de los supervivientes)
- Dependencia en actividades de la vida diaria (26% de los supervivientes)
- Dificultad para hablar, escribir o comprender el lenguaje (19% de los supervivientes)
- Síntomas depresivos (35% de los supervivientes)
- Internamiento en una residencia (26% de los supervivientes)

### **Carga económica del ictus**

En Europa, el tratamiento del ictus supone del 5% al 10% de los recursos sanitarios. En Estados Unidos, el gasto en ictus es de 56.800 millones de dólares anuales, un 62% de los cuales se destina a costes directos como asistencia hospitalaria y domiciliaria.

### **Factores de riesgo**

Existen numerosos factores de riesgo de padecer un ictus (consultar tabla). Uno de los factores más importantes que contribuye al aumento del riesgo de tener un ictus es la existencia de un ictus o un AIT previos, lo que incrementa en un 30% a 40% el riesgo de padecer nuevos ictus en los 5 años siguientes.

Factores no modificables o no controlables:

- Edad
- Sexo
- Antecedentes familiares/raza
- Antecedentes familiares de diabetes

Factores modificables o controlables:

- Presión arterial elevada (hipertensión)
- Fibrilación auricular (latidos irregulares)
- Tabaquismo
- Sedentarismo
- Diabetes

## **Tratamiento**

Las directrices de tratamiento hacen hincapié en la importancia de la prevención primaria y secundaria mediante ajustes en el estilo de vida y reduciendo al mínimo los factores de riesgo.

La mayoría de los episodios de ictus no son mortales pero dar lugar a que muchas personas queden con alguna forma de discapacidad. Por consiguiente, la rehabilitación es esencial después de la recuperación de un episodio agudo.

El mejor resultado depende de empezar a aplicar el tratamiento a la mayor brevedad después del comienzo de los síntomas. Existen varias pruebas que ayudan a identificar tanto el tipo de ictus que se ha producido como las mejores opciones de tratamiento. Las que se utilizan con mayor frecuencia son:

- Medidas de la presión arterial, glucemia, función de la coagulación y niveles de colesterol
- Imágenes cerebrales por tomografía computadorizada (TC) o resonancia magnética (RM)
- Radiografía de tórax, ECG y ecocardiograma para evaluar las funciones pulmonar y cardíaca
- Ecografía de las arterias carótidas para evaluar el flujo sanguíneo al cerebro

## **Trombólisis**

En la actualidad, la única terapia autorizada para el tratamiento del ictus agudo es la trombólisis, que consiste en disolver los coágulos de sangre que obstruyen el flujo sanguíneo al cerebro. No obstante, este tipo de tratamiento está contraindicado en los pacientes que presentan ictus hemorrágico ya que puede aumentar el riesgo de hemorragias.

Por esta razón, es necesario confirmar mediante TC o RM el origen isquémico del ictus. Actualmente, el tratamiento trombolítico debe administrarse en las tres horas siguientes al comienzo de los síntomas, lo que deja un margen de oportunidad estrecho para el tratamiento cuando se tiene en cuenta el tiempo necesario para ingresar al paciente y hacer una TC. Muchos pacientes no llegan al hospital suficientemente pronto y, en la práctica, menos del cinco por ciento de los pacientes son tratados con terapia trombolítica.

Una necesidad médica actualmente sin cubrir

Hoy por hoy, la terapia trombolítica es el único tratamiento específico para el ictus isquémico agudo. No obstante, puesto que sólo el cinco por ciento de los pacientes recibe el tratamiento, se necesita una terapia efectiva y segura con una ventana de actuación más amplia que pueda satisfacer esta enorme necesidad médica aún sin cubrir. Lo ideal sería que las terapias futuras no necesitaran una valoración previa mediante imágenes cerebrales, evitándose así un retraso adicional a la hora de proporcionar tratamiento.

Neuroprotección: posible tratamiento del ictus en el futuro

Actualmente se están investigando nuevas terapias para tratar el ictus, entre ellas los agentes neuroprotectores. Estos agentes conservan células neuronales viables en la zona de penumbra isquémica obstaculizando la compleja cascada de acontecimientos desencadenada por la isquemia cerebral que lleva a la muerte celular. Por lo tanto, son diferentes de los agentes trombolíticos que reducen la isquemia cerebral mediante el restablecimiento del flujo sanguíneo.

En modelos experimentales recientes de isquemia focal, se ha demostrado protección histológica y neurológica al administrar un agente neuroprotector al menos 4-5 horas después de la oclusión. En un ensayo clínico de fase III, multicéntrico y controlado con placebo se demostró que un agente neuroprotector puede reducir la discapacidad después de un ictus isquémico agudo medida con la Escala de Rankin modificada (ERm), si bien es necesario realizar más estudios.

Confiamos en poder hacer más para aumentar la concienciación entre médicos y público por igual en el sentido de que el ictus es una urgencia tratable: cuánto antes llegue el paciente al hospital y reciba tratamiento menores serán las probabilidades de que sufra los graves y debilitantes efectos del ictus.

Sería de esperar que un agente neuroprotector efectivo y bien tolerado aumentase el número de pacientes que reciben tratamiento específico para el ictus isquémico agudo. Posiblemente reduciría la discapacidad asociada al ictus lo que supondría una reducción de los casos de dependencia y proporcionaría un nuevo tratamiento para que los médicos puedan tratar este problema que supone una importante necesidad sin cubrir.

Fuente: AstraZéneca. Junio 2006.