

## CARTA AL EDITOR



### Enfermedad cerebrovascular isquémica, igual pero diferente

#### Ischaemic stroke, equal but different

Orlando Valdés Suárez<sup>1</sup>, Berta E Suárez Méndez<sup>1</sup>

---

Estimado señor editor:

Durante años de labor asistencial en las áreas de medicina intensiva y servicios de emergencias, hemos visto como existen diferencias importantes entre dos entidades que comparten prácticamente los mismos factores de riesgos,<sup>1</sup> son causa de elevada mortalidad,<sup>2,3</sup> discapacitantes, elevado costo económico, social y familiar, haciendo referencia a la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular isquémica. Sin embargo, son evidentes las diferencias existentes, al menos en nuestro medio de trabajo, en cuanto al diagnóstico y manejo de ambas entidades.

Está muy bien protocolizado el manejo del infarto agudo cardiaco.<sup>4</sup>

---

Orlando Valdés Suárez. Hospital General Docente Iván Portuondo. San Antonio de los Baños. Artemisa. Cuba. Servicio de Medicina Intensiva. Clínico-Intensivista.

<http://blogviejo.sld.cu/orlandovaldes/orlandovs1971@gmail.com>

---

Diagnosticado el infarto agudo cardiaco con elevación persistente del segmento ST, se exige terapia trombolítica en los primeros 30 minutos a 1 hora del diagnóstico.<sup>2</sup> El paciente con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, está muy bien establecido el protocolo de actuación, reposo, alivio del dolor, antiagregación plaquetaria, anticoagulación con heparina sódica vía intravenosa, o cálcica por vía subcutánea, ingreso en unidades de cuidados intensivos generales o especializadas coronaria,<sup>4</sup> en fin, ningún profesional de la salud tiene dudas del manejo de este tipo particular de paciente en la urgencia.

¿Comparten los pacientes con enfermedad isquémica cerebrovascular igual posibilidad diagnóstica y terapéutica en nuestro entorno de trabajo?

¿Todos sabemos exactamente lo que debemos hacer en cada caso?

¿Los propios pacientes y familiares, ofrecen igual importancia a sus síntomas?

Sin dudas, son muchas interrogantes para resolver, pensar, reflexionar y enfocarnos en sus posibles soluciones. Los propios pacientes y familiares, no tienen dudas que cuando presenten dolor torácico, independientemente de sus características clínicas, deben acudir a los servicios de urgencias más cercanos, pero; si presentan dolor de cabeza, "mareos transitorios" y breves, pérdida de la visión por uno de los ojos de casi segundos, con seguridad le restarían importancia y lo asociarán a cualquier otro problema de salud; "crisis de la cervical", cansancio, estrés, entre otros.

Desafortunadamente, para la enfermedad isquémica cerebral "no todo" está bien organizado, normado, planificado, protocolizado, al menos en nuestro entorno de trabajo.

¿Qué desventajas tiene el paciente isquémico cerebrovascular respecto al coronario agudo?

Intentaremos reflejar nuestra realidad de manera comprensible, basados en preguntas concretas y repuestas sencillas.

¿Se ofrece igual importancia al ataque isquémico transitorio (ATI) que a la angina inestable (AI)?

Está establecido que la angina inestable, independientemente del riesgo mayor o menor, primaria o secundaria, tipo clínico o clasificación, entre otros, tiene criterio de ingreso en salas de cuidados intensivos o coronarias. Sin embargo, no se ingresa todo paciente con el diagnóstico de ATI, a veces por la breve duración (1 o 3 minutos) no se ofrece importancia. No pensamos que el ATI es para el infarto cerebral, lo mis-

mo que la AI es para el infarto cardiaco, o sea, la "antesala".

¿Cómo enfocamos el examen clínico del enfermo con isquemia cardiaca y con isquemia cerebral?

Todos realizamos la auscultación de los 5 focos cardiacos, sin embargo, no todos auscultamos los vasos del cuello, las arterias carótidas extracraneales en busca de soplos asimétricos que detectan placas ateroscleróticas y riesgo de infarto cerebral arteria-arteria.

¿Para la realización de exámenes complementarios existen diferencias?

En cualquier unidad de salud, desde la atención primaria hasta la terciaria, existe electrocardiógrafo, pero ¿en todas contamos con tomógrafos? La tomografía axial computarizada (TAC) simple de cráneo, es el *gold estándar* para el diagnóstico de la enfermedad cerebrovascular (ECV) isquémica,<sup>1,5</sup> pero no está disponible en todas las instituciones de salud del país, no es de fácil acceso, es costosa, con roturas frecuentes, no fácil interpretación por los profesionales de la salud como el electrocardiograma (ECG), no disponible las 24 horas del día.

Los biomarcadores de necrosis; en casi todas las unidades del país, a pesar de no constituir las de mayor evidencia científica actual, pero existe la opción de creatin-quinasa (CK) total y su fracción MB, aspartato transaminasa (AST) y láctico-deshidrogenasa (LDH), sin embargo en muy pocos centros de salud nacional existe fracción BB de la CK, Enolasa neuronal específica, proteína S-100 $\beta$ , entre otros.

Los estudios de ultrasonografía; la ecocardiografía está bien definida, más

fácil acceso, protocolizada y con mayor alcance que los estudios de ecografía doppler para los vasos cerebrales extra o intracraneales, flujo de las arterias cerebrales, ectétera.

Existen protocolos para el uso de fármacos trombolíticos o anticoagulantes en el síndrome coronario agudo (SCA) pero; ¿Qué pacientes con ECV isquémica se benefician de dichas terapias farmacológicas?

Todos los centros asistenciales, incluso los de atención primaria de salud, emplean estreptoquinasa recombinante para el tratamiento trombolítico de todo infarto cardiaco agudo con criterios para su utilización. Ningún profesional deja de emplear heparinas intravenosas o subcutáneas en el SCA cuando tenga una indicación precisa. Sin embargo; no existe protocolo de trombolisis cerebral implementado en nuestro país para el paciente con diagnóstico de infarto cerebral agudo. Incluso, en los países donde sí se aplica, no está globalizado a todas las unidades asistenciales, con rigurosidad en su empleo, dentro de los que se encuentran; TAC simple de cráneo previa que descarte sangre intracerebral, solo con una ventana terapéutica de 3 horas desde el inicio del evento, mayores de 18 años de edad, y criterios de exclusión tales como; síntomas muy leves por la escala de NIHSS (menor de 5 puntos), ECV hemorrágica previa, recuento plaquetario menor a  $100\ 000/\text{mm}^3$ , entre otros.<sup>5</sup> Igual ocurre con la anticoagulación. ¿Quién usa heparina intravenosa sódica en la ECV isquémica de manera rutinaria, sin mucho cuestionamiento per-

sonal y del equipo de trabajo de cada servicio?

Terapéutica intervencionista coronaria, angioplastia transluminal percutánea (ACTP) posterior a un infarto cardiaco agudo, colocación de dispositivos intravasculares (stent) son bien empleados y ampliamente protocolizado comparados con los aplicados para los sistemas vasculares arteriales cerebrales.

El sistema de monitoreo continuo electrocardiográfico durante la evolución de un SCA para la vigilancia de trastornos del ritmo del corazón, monitorización no invasiva de la presión arterial sistémica, entre otros parámetros, es de fácil aplicación e interpretación mediante los monitores que contamos en las unidades intensivas. Sin embargo, no es posible de manera convencional el monitoreo continuo electroencefalográfico después de un infarto cerebral, tampoco la medición de la presión de perfusión cerebral, otra de las desventajas del infarto cerebral frente al cardiaco.

Hasta en, "el especialista al alcance", existen diferencias palpables en nuestro entorno. Los cardiólogos, mayor en número, más disponibles, guardias físicas, estetoscopio al cuello, disponibilidad de unidades de cuidados coronarios para el cuidado de sus enfermos. Los neurólogos, menor en número, menos disponibles, en la mayoría de los centros asistenciales no disponibles físicamente las 24 horas del día, no llevan estetoscopio al cuello (para las carótidas de sus pacientes), escasas unidades de ictus en el país, incluso muchos profesionales niegan hoy día la importancia de las mismas.<sup>1</sup>

En fin, son varios los argumentos que hacen de la **enfermedad cerebrovascular isquémica** un problema de salud **igual** de grave, complicado, incapacitante,

emergente, que la enfermedad isquémica cardíaca **pero diferente** en sus oportunidades diagnósticas y terapéuticas.

### **Referencias bibliográficas**

1. Rivera S, Miranda L, Pérez J, Jesús J, Rivera B, Torres L. Guía de Práctica Clínica: enfermedad vascular cerebral isquémica. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012; 50 (3): 335-346.
2. Bravata DM, Wells CK, Lo AC, Nadeau SE, Melillo J, Chodkowski D, et al. Processes of care associated with acute stroke outcomes. Arch Intern Med 2010;170(9): 804-810.
3. Sánchez V, Bosch C, Sánchez T, González J. Morbilidad y mortalidad por infarto agudo del miocardio. MEDISAN. 2013; 18 (4): 516-522.
4. Fisher BM. Diabetes mellitus and myocardial infarction: a time to act or a time to wait? Diabet Med. 1998; 15 (4):275.
5. Gondstein LB, Samsa GP. Reliability of the National Institutes of Health Stroke Scale: extension to none-neurologist in the context of a clinical trial. Stroke 1997;28: 307-310.

---

<sup>1</sup> Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Docente Iván Portuodo. San Antonio de los Baños. Facultad de Ciencias Médicas. Artemisa. Cuba.

---

Recibido: 13 de abril de 2017

Aprobado: 14 de mayo de 2017

Los autores declaran no presentar conflicto de interés y que desarrollaron de manera equitativa el presente manuscrito.

Autor para la correspondencia: Orlando Valdés Suárez. Teléfono: 47-385197.

E-mail: [orlandovaldes@infomed.sld.cu](mailto:orlandovaldes@infomed.sld.cu)

---