

# Sobre el ataque cerebro vascular y sus repercusiones

## *About stroke and its impact*

Germán Enrique Pérez

En este número de Acta Neurológica Colombiana Suárez et al del INDEA presentan un interesante trabajo sobre la percepción, evolución y discapacidad causada por el ataque cerebrovascular; estudio realizado con 81 pacientes, cuyos egresos hospitalarios se ocasionaron, entre los seis meses y dos años anteriores a una encuesta telefónica realizada al paciente o cuidador (familiar si era del caso)(1).

En primer lugar unas observaciones sobre el lenguaje; en tanto en inglés (y por extensión en la literatura de influencia anglo-sajona) el término “stroke” representa sin asomo de duda la urgencia, el golpe y hasta la campanada de alarma, que las alteraciones neurológicas significan para las personas, su traducción más aceptada es “accidente cerebrovascular”, desafortunado término que continua sugiriendo la intervención del sino y del azar, y que en ocasiones propicia una actitud errática o nihilista de los pacientes, sus acudientes o familiares y hasta del médico.

En una rápida búsqueda en el tan famoso “Google”, la introducción de estas dos palabras, produce al menos 700 mil resultados. Si se usa la definición propuesta por Wikipedia: “un accidente cerebrovascular (ACV o ACVA), ictus cerebral, embolia cerebral, apoplejía, golpe o ictus apoplético, ataque cerebrovascular o ataque cerebral es la pérdida de las funciones cerebrales producto de interrupción del flujo sanguíneo al cerebro y que origina una serie de síntomas variables en función del área cerebral afectada”(2), se hace evidente que las comunidades

de habla castellana disponen, por riqueza del lenguaje, de al menos cinco términos para identificar esta entidad clínica.

Fue por ello que en 199 la Asociación Colombiana de Neurología y su comité de expertos en enfermedad cerebrovascular propusieron el uso de la denominación “Ataque cerebrovascular” para referirse al episodio agudo y crear en torno ella toda una estrategia de reconocimiento que lo asimilara al ataque del corazón tan bien identificado por los pacientes, la comunidad y el personal médico(3). A ello dedica desde 1990 una campaña anual que ha logrado de diversas maneras sensibilizar a unos y otros. Empero no ha logrado que la comunidad científica en general y que la de los neurólogos, en particular, lo acepten de manera universal. Buen ejemplo es la consulta en la Biblioteca Virtual en Salud, pues al utilizar los “Descriptor en salud” del BIREME será posible hallar el “accidente cerebrovascular” con catorce alternativas o sinónimos, que incluyen el ataque, como primera alternativa, pero que no identifica de entrada el “ataque cerebrovascular”.(4) Es la hora de conseguir que este término reciba carta de ciudadanía (no solo científica), como ya lo hizo el “Ictus” entre los neurólogos españoles y hasta entre los de lengua de origen portugués, será una tarea a largo plazo, pero sin la colaboración de los colegas neurólogo será casi imposible obtener esta unificación terminológica tan necesaria en época de manejo agudo del ataque cerebrovascular, del código de ataque cerebrovascular y de trombólisis.(5)

Recibido: 26/05/11. Revisado: 27/05/11. Aceptado: 27/05/11.

Germán Enrique Pérez. Neurólogo. Profesor, Universidad Nacional de Colombia.

Correspondencia: germanenrique@gmail.com

**Nota del editor**

---

En relación al tipo de ACV, sus síntomas y las secuelas causadas, el trabajo de Suárez et al coincide con los informes previos de la literatura sobre predominio de enfermedad isquémica y afección de la arteria cerebral media. A este respecto, es llamativa la baja utilización que los neurólogos del país hacen de la clasificación de Bamford, propuesta por el “Oxfordshire Stroke Community Project (también conocido como OSCP)”, en la última década del siglo pasado y que con base en los elementos clínicos estableció los riesgos de muerte, dependencia y recurrencia, a los treinta días, seis meses y un año, del ataque cerebrovascular(6). Los pacientes con amplio compromiso de un territorio arterial (TACI o infarto completo de la circulación anterior) presentan mayor dependencia a su egreso y mayor mortalidad en los primeros meses; los pacientes con compromiso parcial del territorio arterial (PACI o infarto parcial del territorio anterior) experimentan menor dependencia pero a su vez mayor riesgo de recidiva y de mortalidad por eventos de origen diferente al neurológico (7). La versión de esta clasificación, hecha por la Sociedad Iberoamericana de Enfermedad Cerebrovascular, puede verse en la tabla 1 (8).

En cuanto a la recuperación de los pacientes el estudio realizado en el INDEA demuestra que en el transcurso del tiempo los pacientes mejoran, quizás como resultado de las intervenciones médicas y familiares, pero con una alta tasa de discapacidad que torna al enfermo dependiente en lo socioeconómico (solo 10,7 % conservaron su oficio inicial). En este punto es interesante analizar la poca utilización que en el medio se hace de la clasificación de Rankin al egreso y que permitiría una mejor apreciación de los resultados del estudio en cuestión. La escala de Rankin permite comparaciones entre pacientes y facilita la apreciación del resultado de las intervenciones en agudo como lo han confirmado múltiples estudios (9).

En relación a la percepción de la enfermedad, la discapacidad generada y sus repercusiones en lo social y personal, este estudio de Suárez et al, es muy interesante pues parece corresponder a un primer intento en el país de valorar las representaciones sociales de una enfermedad con alta carga para los servicios de salud, pero con mayor repercusión en lo personal y familiar; elementos que casi siempre se desconocen en los estudios de impacto socioeco-

nómico, como quiera que muy pocas veces se han aplicado las escalas de calidad, para medir el impacto del ataque cerebrovascular en estos campos. Entre ellas resalta la utilidad de escala de calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) que permite evaluar la incidencia del “bienestar” en la percepción que los pacientes tienen de su enfermedad (10, 11).

En fin, es saludable que en el país se avizoren estos aspectos del ataque cerebrovascular en particular y de la ECV en general; ya habrá ocasión de regresar a la importancia del tratamiento agudo y del ineludible derecho que tienen los enfermos a recibir el mejor y más oportuno tratamiento para el ataque (12).

## REFERENCIAS

1. SUÁREZ JC, RESTREPO S, RAMÍREZ E, BEDOYA C, JIMÉNEZ I. Descripción Clínica, social, laboral, y de la percepción funcional individual en pacientes con ataque cerebrovascular. *Acta Neurol Colomb* 2011;27:97-105.
2. [http://es.wikipedia.org/wiki/Accidente\\_cerebrovascular](http://es.wikipedia.org/wiki/Accidente_cerebrovascular). Consultada en Mayo 24 de 2011
3. PÉREZ GE, CELIS JI, MUÑOZ M, PEDRAZA OL, VILLA LA. Ataque cerebrovascular agudo. En: Zurek R, ed. Consensos en neurología. Guías de práctica clínica. Asociación Colombiana de Neurología. Bogotá: Exlibris Editores, 2001: 57-105.
4. Biblioteca Virtual en Salud. Descriptores en Salud. Accidente cerebrovascular. <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. Consultada en mayo 24 de 2011.
5. GEFFNER-SCLARSKY D, SORIANO-SORIANO C, VILAR C, VILAR-VENTURA RM, BELENGUER-BENAVIDES A, CLARAMONTE B, CAMPILLO M, A. DEL VILLAR, PAJARÓN-BOIX E, PEINAZO-ARIAS M. Código ictus provincial: características e impacto asistencial. *Rev Neurol* 2011;52:457-464.
6. BAMFORD J, SANDERCOCK P, DENNIS M, BURN J, WARLOW C. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *Lancet* 1991;337(8756):1521-1526.
7. BURN J, DENNIS M, BAMFORD J, SANDERCOCK P, WADE D, WARLOW C. Long-term risk of recurrent stroke after a first-ever stroke. The Oxfordshire Community Stroke Project. *Stroke*. 1994;25(2):333-337.
8. DÍEZ-TEJEDOR E, DEL BRUTTO O, ÁLVAREZ-SABÍN J, MUÑOZ M, ABIUSI G. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares *Rev Neurol* 2001; 33: 455-464.

**TABLA 1. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES. SE INCLUYEN LAS FRECUENCIAS DE MORTALIDAD, DEPENDENCIA Y RECIDIVA A LOS SEIS MESES**

Tipos de infarto cerebral	Síntomas y signos	Territorio	Causas	% Mortalidad 6M	% Dependencia 6M	% Recidiva 6M
LACI (20%) Infartos lacunares	Déficit motor puro. Déficit sensitivo puro. Déficit sensitivo motor. Ataxia-hemiparesia. Disartria-mano torpe	Ganglios basales. Protuberancia	Lipohialinosis Microateromas.	7	44	Relativo a causas
TAC I (25%) Infartos totales de la circulación anterior	Distinción cerebral cortical (afasia, discalculia alteraciones visuoespaciales) Hemianopsia homónima Déficit motor y/o sensitivo, por lo menos en dos regiones (cara, miembro superior o inferior)	Territorio superficial Y Profundo de ACM y ACA.	Embolia. Trombosis	56	35	Bajo
PACI (30%) Infartos parciales	Dos o tres componentes del TACI. Distinción cerebral cortical Déficit sensitivo motor más limitado que LACI (p. ej. monoparesia)	Porción superior e inferior de la ACM	Embolia.	10	45	Alto
POCI (25%) Infartos de la circulación posterior	Afectación ipsilateral de uno o más nervios craneales con déficit motor y/o sensitivo contralateral (síndrome alterno). Alteraciones de la mirada conjugada, alteraciones oculares nucleares o internucleares. Síndrome cerebeloso. Hemianopsia homónima uni o	bilatera Territorio vertebrobasilar: Trombosis Cerebelo Tronco encefálico Lóbulos occipitales	Embolia Trombosis	14	32	Alto

Adaptado de (8)

---

9. STACCHIETTI S, LORENZETTI R, COCCIA M, CHIAVAROLI F, CAPECCI M, PROVINCIALI L, CERAVOLO MG. Prevalenza di declino funzionale e incidenza di complicanze in esiti stabilizzati di ictus: studio osservazionale su comunità. *Eur Med Phys* 2008;44(Suppl. 1):1-3.

10. CAROD-ARTAL FJ, EGIDO JA. Quality of life after Stroke: The importance of a good recovery. *Cerebrovasc Dis* 2009;27(Suppl 1): 204-214.

11. MCPHERSON K, MYERS J, TAYLOR WJ,

MCNAUGHTON HK, WEATHERALL M. Self-Valuation and Societal Valuations of Health State Differ with Disease Severity in Chronic and Disabling Conditions. *Medical Care* 2004;42:1143-1151.

12. MUÑOZ COLLAZOS M, GUTIÉRREZ AM, LONDOÑO D, BAYONA H, HERRÁN S, PÉREZ GE. Uso del Activador de Plasminógeno Tisular Recombinante (rt-PA) en el Ataque Cerebrovascular isquémico (ACVi) en Colombia: un estudio de costo-efectividad. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:158-173.