



El escáner es clave para determinar el alcance de la lesión cerebral después de un ictus. / LUIS SEVILLANO

Seis horas para atacar el ictus

Las unidades especializadas permiten recuperar al 30% de los afectados, pero la mitad de las provincias carecen de ellas ● El tiempo de respuesta es crucial

EMILIO DE BENITO
Madrid

A las 10.30 suena el busca del neurólogo Faustino Nombela. Una ambulancia del 112 comunica un posible ictus de una mujer de 64 años. Nombela se lo comunica a su colega Álvaro Ximénez-Carrillo, y el hospital de la Princesa de Madrid, uno de los cinco de la comunidad con unidades especializadas (hay unas 40 en España), se pone en marcha.

“Al haber una unidad de ictus tenemos que estar siempre dos de guardia”, indica Nombela. Así, mientras él sigue con las visitas en planta, Ximénez-Carrillo baja a urgencias. “En 20 minutos, dependiendo del tráfico, estará aquí”, dice el médico. Mientras, él mismo se encarga de avisar al servicio de admisión, al de imagen y al de analíticas. Hasta se preocupa de que haya una camilla disponible para que, una vez se hayan hecho las pruebas más urgentes, la paciente pueda dejar la que usa, que, para ahorrar tiempo, es la de la propia ambulancia. “Se trata de que el neurólogo espere al paciente, no el paciente al neurólogo”, resume Ximénez-Carrillo.

El tráfico ha sido favorable y en los 20 minutos previstos llega la ambulancia. La camilla pasa directamente desde la ambulancia hasta una sala donde se le saca sangre a la paciente a la vez que el personal del servicio de urgencias informa de la historia clínica al médico mientras se le hace una primera inspección (preguntas, movilidad). “El ictus fue

hace dos horas. Estamos a tiempo”, comenta Ximénez-Carrillo.

En menos de tres minutos, esta primera revisión está finalizada y la paciente pasa a que le hagan un escáner. La prueba de imagen sirve para determinar el tipo de lesión y su alcance en el cerebro. La mayoría de los ictus (el 90%) son por falta de riego, bien sea por un trombo, bien sea porque una arteria se cierra. “Por eso se le llama también infarto cerebral”, dice el neurólogo. El otro 10% es por hemorragias. Y eso es lo primero que hay que discriminar, porque, lógica-

En menos de tres minutos se saca sangre y se hace un escáner al paciente

En la sección de semicríticos se vigila 24 horas a los afectados

mente, el tratamiento es distinto. Pero el escáner va más allá: detecta el área afectada, y lo que los médicos denominan la zona de “penumbra”: la que puede destruirse si se mantiene la falta de riego. Incluso en casos más graves —no lo es este,afortunadamente— se puede ver el primer efecto de la medicación (los anticoagulantes, concretamente, antifibrinolíticos).

Media hora después, la paciente ya está en la unidad de semicríticos: cuatro camas en la séptima planta del hospital donde estará en continua observación durante 24 o 48 horas. Por medio de un Doppler (una técnica que mide el flujo de la sangre) se puede controlar si se está restaurando la circulación. Las cámaras son infrarrojas, para poder ver también al paciente a oscuras y no alterar su sueño.

Los tiempos se han cumplido: han pasado menos de dos horas desde los síntomas hasta que se ha tratado a la paciente y menos de una desde que llega el aviso hasta que se la ha atendido. Y hay otro aspecto que Ximénez-Carrillo destaca: se detectó pronto y el marido de la paciente llamó al servicio de emergencias en vez de trasladarla él en su propio coche. “Solo con que la gente sepa que eso es lo que hay que hacer, me quedaría contento. Con ello se gana tiempo, porque si la llevan a un hospital sin unidad de ictus luego tienen que reenviarla, y eso es peor. Además, si llega por su cuenta a urgencias no estaríamos preparados”, dice.

Los síntomas son claros: “Una pérdida súbita de la fuerza y la movilidad en un lado del cuerpo, que puede afectar al habla”. Esto depende de cuál sea el alcance de la lesión y qué parte del cerebro sea el que se queda sin riego. La capacidad del lenguaje reside en el lado izquierdo del cerebro en la mayoría de los casos (los diestros), y si esta es la afectada los pacientes pueden tener desde problemas con algunas palabras

hasta pérdida total del lenguaje. También puede verse afectada la visión y el oído, aparte de la movilidad.

El paciente tipo ha ido cambiando desde que José Vivancos, el jefe del Servicio de Neurología del hospital madrileño, puso en marcha la unidad en 1999. “Ahora son en su mayoría mujeres mayores”, dice. Esto se debe a dos causas: primero, que “el ictus está asociado con el envejecimiento, y las mujeres viven más; segundo, que empiezan a incorporar hábitos poco saludables, como el tabaquismo”.

Las hemorragias e infartos cerebrales son la primera causa de discapacidad

Unas 120.000 personas sufren al año un accidente cerebrovascular

El caso de la mujer atendida en el hospital de la Princesa indica la mejor atención posible que puede recibir una persona con un ictus. Y no son pocos: cada año se diagnostican unos 120.000, según el Grupo de Estudios de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Aun así, más del 60% de los pacientes sufrirán las secuelas durante el res-

to de su vida. De hecho, los ictus son la primera causa de dependencia. “Su aparición provoca más incapacidad y muertes prematuras que el alzhéimer y los accidentes de tráfico juntos”, indica el grupo de la SEN. “El tratamiento precoz supondría salvar la vida a más de 6.000 enfermos de los 40.000 que fallecen cada año”, afirma.

Los médicos ahora están intentando mejorar los tratamientos. La unidad de la Princesa y el Clínico de Madrid, por ejemplo, están investigando un sistema para operar y extraer los trombos que no se disuelven con la medicación. “Se trata de introducir un catéter que abre la vía, pero que luego, al cerrarse, lo captura y lo retira”, cuenta Ximénez-Carrillo.

Pero, sobre todo, preocupa el problema de acceso. La SEN calcula que debería haber unas 95 unidades de ictus. “Solo las hay en un 48% de las provincias”, afirma Jaime Masjuán, coordinador del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. “Esta situación es especialmente llamativa en comunidades como Andalucía (que solo cuenta con unidades en dos de las ocho provincias), Castilla-La Mancha y Galicia (que solo disponen de una) o en La Rioja (que no posee ninguna)”, añade. “Solo la creación de las unidades tiene un efecto terapéutico”, dice Ximénez-Carrillo. “Hay un claro problema de equidad, porque mientras en Madrid, por ejemplo, la comunidad ha apostado por las unidades, en otras autonomías no hay”, afirma.

Y el tiempo, como se ha visto, es clave. Tanto, que incluso en Madrid —donde “a pesar de los recortes, la apuesta se mantiene”, afirma el médico— la mitad de los afectados llega a la unidad pasado el margen de las seis horas que se consideran el máximo para que la atención sea efectiva.