

Cuidar a pacientes con incremento de la presión intracraneal

Averigüe qué causa la elevación de la presión y cómo intervenir antes de que se produzcan complicaciones.

MATT LeJEUNE, RN, ACNP, BC, MSN, Y TAMARA HOWARD-FAIN, RN, ACNP, BC, MSN



SI UN PACIENTE ha sufrido una lesión cerebral primaria está en riesgo de desarrollar un incremento de la presión intracraneal (PIC) y lesiones cerebrales secundarias. En este artículo se explicará cómo identificar el incremento de la PIC y cómo intervenir para reducir al mínimo las lesiones. En primer lugar, revisemos las lesiones primarias y secundarias.

La lesión cerebral primaria es inmediata e irreversible. El origen de la lesión inicial puede ser traumático (como un golpe en la cabeza recibido en un accidente de tráfico) o no traumático (como consecuencia de una apoplejía, un tumor o una infección).

Las lesiones cerebrales secundarias son la consecuencia de una lesión primaria o de procesos como hipoxia, hipotensión, hipercapnia, acidosis y reducción de la distribución de oxígeno. Debido a que el cráneo no puede expandirse para compensar el exceso de sangre, de líquido cefalorraquídeo (LCR) o de tejido cerebral inflamado, o por el crecimiento de un tumor, la PIC se eleva y dificulta el flujo sanguíneo cerebral. Un aumento en cualquiera de estos elementos—sangre, LCR, tejido cerebral o tumor— significa que el volumen de los demás se reduce en una cantidad similar. Este principio es conocido como la teoría de Monro-Kellie. El LCR es el elemento que con más frecuencia se desplaza, y si la PIC permanece elevada después de que el LCR se ha desplazado se altera el volumen sanguíneo cerebral. Cuando se alcanza el volumen máximo de desplazamiento, los nuevos incrementos del volumen intracraneal aumentarán notablemente la PIC.

Después de una lesión cerebral

La inflamación y el edema son componentes del proceso de cicatrización tras una lesión cerebral primaria. El edema cerebral puede estar localizado o generalizado y puede conducir a la pérdida de la autorregulación y al cambio compensatorio del diámetro de los vasos sanguíneos intracraneales, que mantiene el flujo sanguíneo constante, a pesar de los cambios en la presión de perfusión cerebral (PPC). A su vez, la pérdida de la autorregulación conduce a un incremento del flujo sanguíneo cerebral. La barrera sanguínea cerebral se altera como respuesta a la agresión y los líquidos se desplazan desde el espacio intravascular hasta el intersticial.

Las alteraciones de la presión arterial también pueden afectar a la PIC. La hipertensión suele incrementar el flujo sanguíneo cerebral y agrava el edema; por otro lado, la hipotensión suele causar una lesión isquémica, una hipoxia y un aumento de las concentraciones de PCO_2 en sangre arterial. La elevación de la PCO_2 produce vasodilatación, lo que contribuye al edema.

Por otra parte, el descenso de las concentraciones de PCO_2 debida a la hiperventilación puede producir una vasoconstricción que reduce el flujo sanguíneo cerebral e incrementa el riesgo de una lesión cerebral secundaria. El edema cerebral puede afectar al hipotálamo y provocar hipertermia, lo que conduce a más vasodilatación, aumenta el índice metabólico y produce un incremento del consumo de oxígeno.

Más adelante se ofrece información sobre cómo algunas intervenciones enfermeras pueden agravar estos peligrosos procesos e incrementar la PIC del paciente, y cómo evitarlo.

Cuidados críticos

Observar para detectar los cambios

Ahora que se han expuesto algunas de las causas y efectos del incremento de la PIC, examinemos los principales indicadores de sus cambios. Los signos y los síntomas asociados con los cambios en la PIC difieren según la localización de la lesión y de la cantidad de elasticidad intracraneal residual (la cantidad de espacio que queda en el cráneo dependiendo de la cantidad de sangre y LCR, y de la inflamación tisular).

Las cefaleas y las alteraciones del nivel de conciencia son signos tempranos del incremento de la PIC, por lo que usted deberá establecer una valoración neurológica basal al iniciar su turno. (Para obtener más detalles, consulte "Afrontar la valoración neurológica sin temor" en el ejemplar de agosto-septiembre de *Nursing2002*.) La tríada de Cushing (patrón respiratorio irregular, aumento de la presión arterial diferencial y bradicardia) es un signo tardío del incremento de la PIC.

Controle los electrolitos del paciente, la saturación de oxígeno y la concentración de dióxido de carbono. Informe al neurólogo o al neurocirujano de los cambios neurológicos, los signos de infección, las elevaciones constantes de la PIC, una PPC superior a 100 mmHg o inferior a 70 mmHg, así como cualquier cambio en el drenaje de LCR, en su cantidad, color y transparencia.

Monitorización de la PIC

El paciente puede necesitar la monitorización de la PIC para controlar sus cuidados. Existen varios tipos de dispositivos. Pueden colocarse pasadores intracraneales en los espacios subdural o subaracnoideo, aunque estas zonas no son las mejores para el acceso directo y el drenaje del LCR. Por otro lado, un catéter

Planifique los cuidados cuando la PIC del paciente tienda a ser más baja y deje que descanse entre las intervenciones para que la PIC pueda regresar a los valores de referencia.

intraventricular es mejor para el drenaje del LCR, pero conlleva el riesgo de infección y hemorragia, ya que es un procedimiento más agresivo. Otra opción es colocar un catéter intraparenquimatoso de fibra óptica. No obstante, estos catéteres no pueden ser calibrados una vez que se han colocado y con el tiempo pueden dar valores erróneos.

Todos los monitores de la PIC deben ser calibrados al menos una vez en cada turno. Para ello, siga las directrices pautadas por el médico, el fabricante o los protocolos de su unidad. En el cambio de turno revise y verifique las indicaciones con respecto a los parámetros de la monitorización, la nivelación y los parámetros del drenaje con la enfermera que le entrega el turno.

Los sistemas de transductores llenos de líquido tienen que estar nivelados en el orificio de Monro para garantizar que la medición es exacta. La posición de

este orificio debe estar a la misma altura que la línea que va desde la parte superior del pabellón auricular hasta el ángulo exterior del globo ocular.

Después de nivelar y calibrar el transductor y obtener sus valores, inspeccione el sistema para detectar filtraciones y acodamientos en la tubuladura. Compruebe el punto de inserción del dispositivo para detectar hemorragias, infección y filtraciones de LCR. Si se está utilizando el dispositivo para evacuar el LCR, compruébelo cada hora para valorar el color, la cantidad y la transparencia. Si observa que gotea líquido de la nariz o los oídos haga la prueba de glucosa con una tira reactiva y comunique inmediatamente los resultados al neurocirujano. El valor normal de la glucosa en el LCR es de aproximadamente dos tercios del valor en sangre. No obstante, la prueba de tiras de glucosa es rápida pero poco fiable, lo que da lugar a muchos falsos positivos y negativos. Por ello, los resultados positivos deben ser confirmados con una prueba de transferrina beta-2, con la que se buscan las proteínas marcadoras específicas del LCR.

En algunos pacientes, como los que sufren traumatismos craneoencefálicos, el exudado sanguinolento puede contener LCR. Un método rápido para valorar esta presencia es recoger el líquido en una gasa de 10 × 10 cm o en un filtro de papel. El LCR se separará de la sangre y dará lugar al signo del halo (también denominado el signo del anillo o del doble anillo.) No obstante, este signo no es exclusivo para el LCR, de manera que es posible que se produzcan falsos positivos.

La PIC normal es inferior a 10 mmHg; si se sitúa entre 10 y 20 mmHg se considera de ligera a moderadamente elevada, y si es superior a 20 mmHg está gravemente elevada. Cuando los pacientes tienen la PIC monitorizada es posible calcular la PPC, que impulsa la sangre a través de los lechos capilares cerebrales. Los estudios recientes han indicado que la monitorización de la PPC y la PIC tienen más valor pronóstico que la monitorización de la PIC por sí sola. La PPC se calcula restando la PIC del paciente de la presión arterial media. Por regla general, la PPC de un adulto es de 70 a 100 mmHg, y si es inferior a 50 mmHg no se puede producir una perfusión cerebral adecuada.

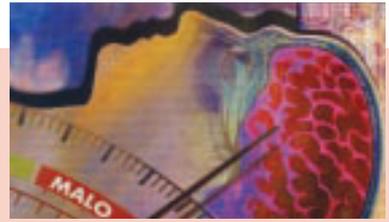
Su papel en los cuidados del paciente

Como se ha mencionado anteriormente, muchas intervenciones enfermeras, como girar al paciente y realizar la aspiración, pueden provocar una elevación de la PIC, aunque agrupando estas actividades este riesgo se puede reducir.

Planifique los cuidados cuando la PIC del paciente tienda a ser más baja y deje que descanse entre las intervenciones para que ésta pueda regresar a los valores de referencia.

Para mejorar el retorno venoso, mantenga la cabeza y el cuello del paciente alineados y conserve la cabecera de la cama por encima de 30°, pero por debajo de 90°.





Factores estresantes

- Dolor
- Conversación perturbadora y ruido
- Luces brillantes

Otros factores

- Cintas de traqueostomía apretadas o collarín cervical
- Aumento de la presión intratorácica
- Ventilación a presión positiva
- Presión positiva al final de la espiración
- Maniobra de Valsalva
- Tos
- Vómitos
- Aspiración
- Collarín blando
- Sueño con movimientos oculares rápidos
- Ser despertado

Por otro lado, asegúrese de que las cintas que sujetan la cánula de traqueotomía y el tubo endotraqueal no estén demasiado apretadas.

Si el paciente está ventilado mecánicamente o intubado proceda a su hiperoxigenación antes de realizar la aspiración y limite ésta a dos pasos de menos de 10 s. Por otra parte, trate de no estimular la tos ya que podría elevar aún más la PIC. Sin embargo, no se recomienda la hiperventilación para disminuir la PIC, ya que el descenso de la PCO_2 produce vasoconstricción, lo que deteriora el flujo sanguíneo cerebral. Por ello, mantenga la PCO_2 en sangre arterial del paciente entre 30 y 35 mmHg.

Administrar el tratamiento farmacológico

Los fármacos que se utilizan para disminuir la PIC incluyen el manitol, un diurético osmótico que, administrado en forma de perfusión intravenosa, extrae los líquidos del espacio intersticial y los desplaza al espacio intravascular. El manitol puede ser seguido de un diurético del asa para eliminar el líquido del espacio intravascular. En pacientes de edad avanzada utilice dosis más bajas y efectúe un control cuidadoso. Una eliminación urinaria inadecuada o dosis demasiado elevadas pueden hacer que el manitol se acumule, produciendo una hiperexpansión del líquido extracelular y una sobrecarga circulatoria, lo que puede causar edema de pulmón, así como signos y síntomas de intoxicación hídrica e insuficiencia cardíaca fulminante, especialmente en los pacientes que presentan una disminución de las reservas cardíacas (como los ancianos).

El manitol está contraindicado en los pacientes hipersensibles al fármaco o en aquellos que presentan anuria, congestión pulmonar grave, edema pulmonar franco, insuficiencia cardíaca grave, deshidratación aguda, edema metabólico, enfermedad o insuficiencia renal progresiva, o hemorragia intracraneal activa (excepto durante una craneotomía). Por otro lado, se debe emplear con cautela en pacientes embarazadas y en aquéllos cuya función renal esté comprometida.

Además, se ha descubierto que el bloqueo neuromuscular con una sedación adecuada es eficaz para reducir la PIC, cuando la evacuación del LCR y otros métodos no son eficaces. Si el manitol, el bloqueo neuromuscular u otras medidas no funcionan debe considerarse el coma barbitúrico, que reduce la vasoconstricción, el metabolismo y los radicales libres de oxígeno, provocando una disminución de la PIC.

Los glucocorticoides fueron muy utilizados en otros tiempos para disminuir la PIC, pero en la actualidad la investigación indica que no mejoran los resultados en los

¿Qué hace subir la presión intracraneal?

Problemas de ventilación y oxigenación

- Obstrucción de las vías respiratorias (aumento de la PCO_2)
- Hiperventilación
- Aspiración sin hiperoxigenación
- Hipoxemia

Posición

- Decúbito prono
- Trendelenburg
- Flexión extrema de la cadera
- Flexión, hiperextensión o rotación del cuello
- Alzarse en la cama sin ayuda
- Posición de decorticación o descerebración

Aumento del índice metabólico

- Hipertermia
- Actividad convulsiva

pacientes con traumatismos craneoencefálicos. Sin embargo, estos fármacos aún se recomiendan para tratar la PIC no causada por traumatismos craneoencefálicos, como la causada por tumores intracraneales o de la médula espinal.

Controle los signos vitales (incluida la presión venosa central) cada hora y documente el balance de líquidos, el peso corporal y la función renal. Además, vigile diariamente las concentraciones de sodio y potasio tanto en orina como en sangre.

Mantener la presión baja

Cuidar de un paciente con incremento de la PIC puede presentar muchos problemas, incluso si lo hace una enfermera especializada en cuidados críticos. Estas técnicas, clave en la valoración, y las estrategias de los cuidados enfermeros le ayudarán a proporcionar la asistencia que necesita el paciente, sea cual sea el tipo de lesión que haya sufrido. ⑩

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Johnson, L.: "Factors Known to Raise Intracranial Pressure and the Associated Implications of Nursing Management," *Nursing Critical Care*. 4(3):117-120, May-June 1999.

Lower, J.: "Facing Neuro Assessment Fearlessly," *Nursing* 2002. 32(2):58-64, February 2002.

March, K.: "Intracranial Pressure Monitoring and Assessing Intracranial Compliance in Brain Injury," *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 12(4):429-436, December 2000

Matt Lejeune es enfermero en práctica profesional en la unidad de cardiología del Veterans Affairs Medical Center y enfermero de plantilla a tiempo parcial en el Servicio de Urgencias del Methodist Healthcare Central Hospital, en Memphis, Tennessee. Tamara Howard-Fain es enfermera de familia y ejerce en una consulta de medicina interna de Memphis.

Lo que usted necesita saber sobre el gammahidroxibutirato

También denominada éxtasis líquido, esta droga barata de discoteca puede ser mortal cuando se mezcla con alcohol. A continuación presentamos cómo dar soporte a un paciente con sobredosis.

JOSEPH PITTMAN, RN

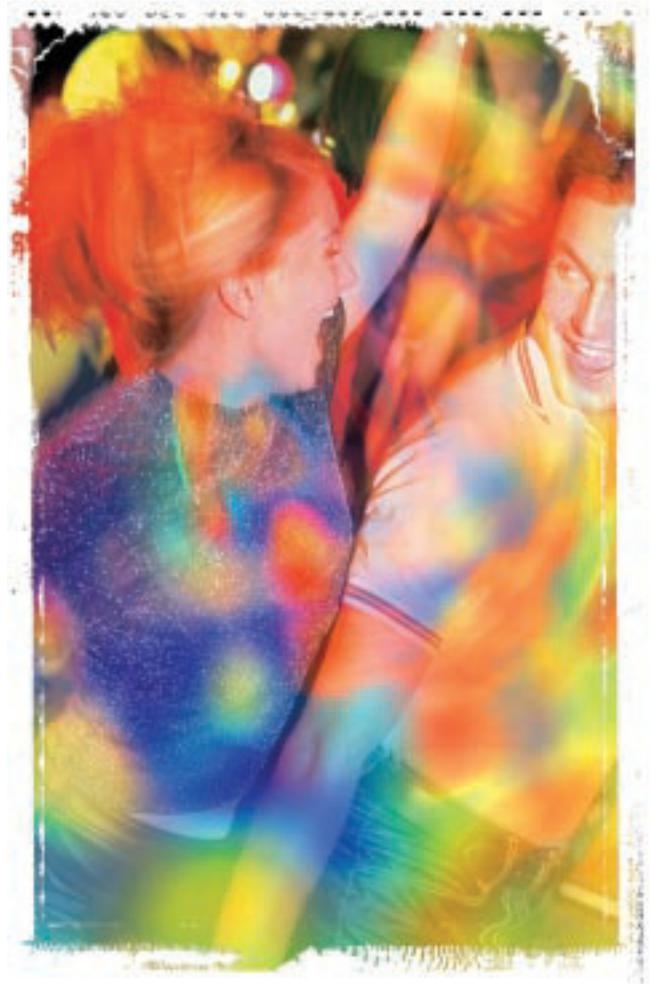
SARA M., DE 23 AÑOS DE EDAD, es llevada al servicio de urgencias (SU), donde usted trabaja, después de sufrir un desmayo en una discoteca nocturna. El personal de primeros auxilios le informa de que cuando han llegado al lugar de los hechos la paciente estaba inconsciente y sus signos vitales eran: presión arterial (PA), 118/64 mmHg; frecuencia cardíaca (FC), 64 lat/min; frecuencia respiratoria (FR), 10 respiraciones/min, y temperatura, 35 °C, ligeramente hipotérmica.

Aunque durante el traslado el personal de primeros auxilios le ha administrado 4 mg de naloxona por vía intravenosa (i.v.), la paciente aún no responde al tratamiento, lo que indica que la causa no es una sobredosis de estupefacientes. Sus amigos han explicado al personal de primeros auxilios que Sara había estado tomando bebidas alcohólicas y una sustancia denominada líquido X, que usted reconoce como uno de los nombres populares para el gammahidroxibutirato (GHB), también denominado éxtasis líquido. Al igual que la popular droga conocida como éxtasis, una anfetamina, el GHB intensifica la sensibilidad al tacto y disminuye las inhibiciones.

Sus pupilas miden 4 mm y reaccionan con rapidez, y su reflejo nauseoso está gravemente deprimido, por lo que procede a intubar a la paciente con el fin de proteger las vías respiratorias. Seguidamente canaliza una segunda vía i.v. y obtiene muestras para obtener un hemograma completo, electrolitos, concentración de glucosa en sangre, concentración de nitrógeno ureico en sangre, concentración de alcohol en sangre, hormona estimuladora del tiroides y creatinina sérica; además, realiza una prueba de detección de drogas en orina.

Por otro lado, inicia una perfusión de solución de cloruro sódico al 0,9% con 100 mg de tiamina, ya que el alcohol vacía los depósitos de esta sustancia. Los resultados de los análisis reflejan una concentración de alcohol de 135 mg/dl (o 0,135%), una cifra superior al 0,08% que, desde el punto de vista legal, se considera intoxicación, y la detección de drogas en orina es positiva para la marihuana. Los otros resultados son normales y la paciente no muestra signos de traumatismo.

Una hora después de su llegada, la paciente empieza a mover las extremidades y presenta algunos movimientos intencionados. Después de 3 h, está lo bastante alerta como para ser extubada. Antes de ser dada de alta afirma que había tomado el líquido X anteriormente, pero en pequeñas cantidades.



Peligro de diseño

“Líquido X”, “chico de barrio de Georgia”, “éxtasis líquido”, “siempre claro”, “renutrientes” y “g-riffick” son tan sólo algunos de los nombres para el GHB, un depresor del sistema nervioso central (SNC) que se ha convertido en una droga popular en las fiestas, debido a su eficacia para reducir las inhibiciones.

Empleado como anestésico en los años sesenta, el GHB fue utilizado posteriormente como un complemento para el desarrollo muscular debido a sus supuestos efectos anabolizantes. En los últimos 10 años se ha convertido en una droga recreativa que puede conseguirse en forma de polvo para esnifar o fumar, y en forma de líquido para beber o añadir a otra bebida. El líquido, muy concentrado, es vendido habitualmente

en pequeñas botellas de plástico por unos 10 euros. Una botella contiene entre 9 y 10 dosis de un tapón cada uno.

El GHB se ha convertido, además, en una nueva arma para la violación durante una cita amorosa, ya que reduce las inhibiciones, relaja los músculos y provoca amnesia. El líquido, incoloro e inodoro, tiene un ligero sabor salado que puede disimularse cuando se añade a una bebida.

A pesar de que es ilegal en muchos países, desde 1997 el GHB es todavía fácil de conseguir a través de Internet. Además, sus precursores, entre los que se encuentra el butanediol-1,4, se venden legalmente como complementos dietéticos. Por otro lado, los "químicos caseros" también elaboran GHB de diferente calidad y pureza.

Cuando se toma con bebidas alcohólicas, el GHB puede ser mortal. Los efectos empiezan en los primeros 15 min y alcanzan su punto máximo a los 45 min, con

En ausencia de complicaciones, los efectos del GHB, por regla general, se resuelven rápidamente. En los casos más graves, la deshabituación puede tardar hasta 15 días.



una vida media de 23 min. Hasta pequeños aumentos en la cantidad de GHB ingerida pueden producir una intensificación importante de sus efectos, entre los que se encuentran mioclonía, alucinaciones audiovisuales, amnesia, náuseas, vómitos, paranoia y sudación. A dosis más elevadas, el GHB puede provocar coma y depresión o paro cardiorrespiratorio.

En ausencia de complicaciones, los efectos del GHB, por regla general, se resuelven rápidamente –la droga se metaboliza a través de la eliminación respiratoria– y muchos pacientes pueden ser dados de alta en unas cuantas horas. En los casos más graves, la deshabituación puede tardar hasta 15 días.

Reconocer una sobredosis de GHB

Las sobredosis y la deshabituación del GHB pueden asemejarse a los síndromes de abstinencia de los sedantes, los hipnóticos o el alcohol, al síndrome de la serotonina y a los trastornos endocrinos, como la crisis tiroidea y el feocromocitoma. Los estudios diagnósticos deben incluir un hemograma completo, pruebas metabólicas, pruebas de función tiroidea, concentración de alcohol, creatinina y detección de drogas en orina y sangre.

Aunque el GHB no puede ser detectado por las pruebas selectivas de toxicología en sangre y orina de la mayoría de hospitales, puede ser medida en un laboratorio especializado mediante una espectrometría

gaseosa de cromatografía/masa, con resultados disponibles en 3 a 14 días, dependiendo del laboratorio. En el caso de sospechas de una víctima de violación durante una cita amorosa, envíe una muestra de orina a un laboratorio especializado en que sea posible llevar a cabo análisis para el GHB.

Tratar una sobredosis

No se dispone de ningún antídoto para el GHB, y la naloxona y el flumacencil no tienen efecto sobre la depresión del SNC. El tratamiento para una sobredosis aguda es sintomático y de soporte, haciendo hincapié en la prevención de las lesiones. Prevenga las convulsiones y administre barbitúricos, si están prescritos, para controlar la actividad convulsiva.

Administre sueros i.v. para mantener el balance de líquidos. Muchos pacientes necesitan la administración rápida de líquidos por vía i.v. para tratar la hipovolemia y la hipotensión. La descontaminación gastrointestinal con carbón activado puede ser eficaz si el paciente ha ingerido la droga dentro de la hora anterior a su llegada al servicio de urgencias. Trate la bradicardia con atropina, siguiendo las directrices del apoyo vital cardíaco avanzado y proporcione soporte respiratorio, que puede incluir la intubación endotraqueal y la ventilación mecánica. La intubación debe hacerse con precaución, ya que muchos consumidores de GHB se despiertan y se muestran agitados y violentos como respuesta a estímulos nocivos. Para controlar la agitación puede ser precisa la administración de benzodiazepinas.

Por último, antes de que dar el alta a la paciente, edúquela acerca de los riesgos de la drogadicción y recomiéndele que se asesore sobre el consumo de drogas. **■**

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Dyer, J., et al.: "Gamma-Hydroxybutyrate Withdrawal Syndrome", *Annals of Emergency Medicine*. 37(2):147-153, February 2001.

Kronz, C.: "A 30-year-old Woman with Possible Unknown Ingestion of Date Rape Drugs", *Journal of Emergency Nursing*. 26(6):544-548, December 2000.

Miotto, K., et al.: "Gamma-Hydroxybutyric Acid: Patterns of Use, Effects, and Withdrawal", *American Journal of Addiction*. 10(3):232-241, Summer 2001.

Teter, C., and Guthrie, S.: "A Comprehensive Review of MDMA and GHB: Two Common Club Drugs", *Pharmacotherapy*. 21(12):1486-1513, December 2001.

H. Joseph Pittman es enfermero de plantilla en el Servicio de Urgencias del St. Joseph's Baptist Hospital de Tampa, Florida.



WEB SELECCIONADAS

Project GHB <http://www.projectghb.org>

U.S. Drug Enforcement Administration Club Drugs: An Update
<http://www.usdoj.gov/dea/pubs/intel/01026/index.html>

La aspirina es el tratamiento adecuado después de un ictus isquémico

■ Tomar aspirina dentro de las 48 h posteriores a un ictus puede reducir el riesgo de muerte e invalidez, según un informe de la American Stroke Association (ASA) y la American Academy of Neurology (AAN). El informe científico conjunto de la ASA/AAN sobre la utilización de los fármacos anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios después un ictus ha fundamentado sus recomendaciones en la revisión de 310 estudios, en la que se observó que tomando de 160-325 mg de aspirina dentro de las 48 h posteriores a un ictus se produce una mejora pequeña, pero significativa. Sin embargo, debido a que los datos son insuficientes, el informe no recomienda el empleo de otros fármacos antiagregantes plaquetarios en las 48 h posteriores a un ictus isquémico,

El informe añade que la heparina subcutánea debe tenerse en cuenta para los pacientes con apoplejía con riesgo de trombosis venosa profunda (TVP), aunque también pueden utilizarse medidas preventivas no farmacológicas.

Los investigadores han manifestado que esperan que se administre tratamiento con aspirina a todos los pacientes con ictus isquémico agudo, que los profesionales sanitarios traten el problema de la TVP en los pacientes con apoplejía y que en estos pacientes la heparina se emplee con precaución.

Fuente: "Anticoagulants and Antiplatelet Agents in Acute Ischemic Stroke: Report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a Division of the American Heart Association)," Stroke, B. Coull, et al., July 2002.

Las mujeres se benefician de una revascularización agresiva tras un infarto de miocardio

■ Las mujeres que son tratadas tempranamente y de forma agresiva tras un infarto de miocardio (IM) sin elevación del segmento ST presentan mejores resultados a largo plazo que los varones, según este estudio. Estos resultados están en discordancia con estudios anteriores en que se indicaba que las mujeres no se beneficiaban de una revascularización temprana.

En este estudio se siguió a 1.450 pacientes tratados mediante revascularización en las primeras 24 h tras su ingreso en el hospital. A la mayor parte de los pacientes se les había realizado una angioplastia con colocación de una endoprótesis vascular, y otros habían sido sometidos a un by-pass coronario urgente. Aproximadamente 2 años más tarde sólo el 7% de las mujeres había sufrido un segundo IM o había muerto, comparado con el 10,5% de los varones.

Fuente: "Women Do Have an improved Long-Term Outcome after Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes Treated Very Early and Predominantly with Percutaneous Coronary Intervention: A Prospective Study in 1,450 Consecutive Patients." Journal of the American College of Cardiology, C. Mueller, et al., July 17, 2002.

Encuesta: la diabetes supone un riesgo máximo para la enfermedad cardíaca

■ La diabetes es un factor de riesgo para sufrir una enfermedad cardíaca mucho mayor que el tabaquismo, según los médicos encuestados en el congreso anual de la American Diabetes Association (ADA). Además, los médicos clasificaron la diabetes como un factor de riesgo más alto que la hipertensión, el colesterol elevado y la obesidad, según la encuesta encargada por la ADA y el American College of Cardiology (ACC). Los médicos manifestaron que hablan con los pacientes diabéticos sobre las medidas para disminuir el riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca, aunque muchos pacientes creen que los riesgos más grandes que plantea la diabetes son la ceguera y la amputación. Por otro lado, una encuesta realizada en febrero de 2002 por la ADA y el ACC a los pacientes con diabetes puso de manifiesto que el 68% no era consciente del incremento del riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca y apoplejía.

La ADA patrocina una iniciativa denominada: *Make the Link! Diabetes, Heart Disease and Stroke* (¡Relacione! Diabetes, enfermedad cardíaca y apoplejía), y afirma que los médicos y otros profesionales sanitarios tienen que ser más incisivos cuando enseñan a los pacientes cómo han de controlar no solamente la glucosa en sangre, sino también las concentraciones de colesterol.

Para más información sobre la iniciativa de la ADA visite: <http://www.diabetes.org/makethelink>.

Enalapril para la insuficiencia cardíaca: no es una cuestión de raza

■ El enalapril trata la insuficiencia cardíaca tan eficazmente en los pacientes de raza negra como en los de raza blanca, según un estudio realizado en Estados Unidos.

En algunos estudios se ha sugerido que los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), como el enalapril, podrían no funcionar en los afroamericanos con insuficiencia cardíaca. Pero un análisis retrospectivo de más de 4.000 pacientes, incluidos en los Studies of Left Ventricular Dysfunction Prevention Trial, puso de manifiesto que la raza no afecta a la respuesta de los pacientes a los IECA. No obstante, los afroamericanos tienen un riesgo más elevado de sufrir una insuficiencia cardíaca sintomática.

Los investigadores recomiendan que los IECA se conviertan en un tratamiento estándar para todos los pacientes con disfunción sistólica e insuficiencia cardíaca. ①

Fuente: "Efficacy of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibition in Reducing Progression from Asymptomatic Left Ventricular Dysfunction to Symptomatic Heart Failure in Black and White Patients," Journal of the American College of Cardiology, D. Dries, et al., July 17, 2002.