



medicina *intensiva*

www.elsevier.es/medintensiva



CARTAS AL DIRECTOR

Unidades de ictus: el mejor tratamiento para los pacientes con ictus

Stroke units: The best treatment for stroke patients

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de Navarrete et al¹. El ictus constituye un grave problema sociosanitario en España. No cabe duda de la importancia de la trombólisis intravenosa. Sin embargo, esta aseveración merece varios matices. En Europa, su aprobación estuvo condicionada a la realización del registro SITS-MOST². Leyendo este trabajo, sacamos la impresión de que la labor del neurólogo en el tratamiento del ictus es de un mero colaborador. Creemos que esto es un gran error y una gran injusticia. Gracias a los neurólogos españoles hoy muchos pacientes se benefician de la trombólisis. En el SITS-MOST español participaron 40 centros acreditados gracias a los servicios de neurología. No hubo ninguna otra especialidad que solicitase esta acreditación. Este estudio demostró que la trombólisis en centros acreditados es segura².

La trombólisis no constituye en sí un problema, pues realmente es la enfermería la que lo realiza. Lo realmente importante es sentar la indicación tras un diagnóstico preciso mediante la evaluación de la escala NIHSS y la TAC craneal, que sólo descarta algunos procesos intracraneales (hemorragias) pero no descarta “imitadores del ictus” (encefalitis, tumores, migraña, etc.). No existen pruebas específicas en la práctica habitual que confirmen el diagnóstico, a diferencia del IAM. La complicación más frecuente del tratamiento trombolítico no es la hemorragia (2–3%²), sino complicaciones derivadas del propio proceso isquémico.

El número de trombólisis es pequeño en comparación con el total de ictus (<10%). La gran revolución del tratamiento del ictus son las unidades de ictus (UI), que adoptan el modelo de unidades de cuidados críticos intermedios al fracasar el modelo unidad de cuidados intensivos (UCI). Son estructuras geográficamente delimitadas con monitorización continua no invasiva, con personal entrenado y coordinado por neurólogos que dirigen un equipo multidisciplinario. Han demostrado, con un nivel de evidencia I, que mejoran la morbimortalidad con un equilibrio coste/eficacia favorable, y reducen las complicaciones y la dependencia^{3,4}. La Declaración de Helsinborg, un consenso paneuropeo para el manejo del ictus, recoge que las UI constituyen el cuidado más efectivo del ictus y la intervención con mayor beneficio comunitario y superan

claramente a la trombólisis. La mayoría de los pacientes que han presentado un ictus se benefician de las UI. Por el contrario, el ingreso en una UCI no es eficiente, ya que la inmensa mayoría de los pacientes no precisan este tipo de cuidados⁴.

Por todo esto, nos llama la atención que no se mencionen los beneficios de las UI. Según la encuesta de morbilidad hospitalaria española, en 2006 se produjeron 114.807 altas hospitalarias por ictus. En un trabajo realizado en el hospital de Navarrete se comprobó como sólo el 12% de los ictus ingresaron en UCI⁵. Las UI tienen una media de ingresos de 45 pacientes/mes, solamente los ictus saturarían las UCI. No se puede contemplar que sólo las trombólisis ingresen en UCI, dejando a la gran mayoría de ictus fuera de éstas, cuando el ingreso en una UI beneficia a ambos grupos.

Afortunadamente, las UI y los planes de atención sanitaria en las diferentes comunidades autónomas se están extendiendo. En estos momentos existen 30 UI en España y, con la próxima publicación de la “Estrategia Nacional en Ictus” del Ministerio de Sanidad aprobada por las comunidades autónomas, este tipo de atención especializada se continuará expandiendo hasta que se instale en todos los hospitales secundarios.

Bibliografía

1. Navarrete P, Pino F, Rodrigo R, Murillo F, Jiménez D. Manejo inicial del ictus isquémico agudo. *Med Intensiva*. 2008;32:431–443.
2. Wahlgren N, Ahmed N, Dávalos A, Ford GA, Grond M, Hacke WH, et al. Thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): An observational study. *Lancet*. 2007;369:275–282.
3. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub2.
4. Fuentes B, Díez-Tejedor E. Stroke Units. Many questions, some answers. *Int J Stroke*. 2009;4:28–37.
5. Ortega-León T, Espejo B, Maestre J, Guerrero F, Espigares A, Muñoz M, et al. Análisis de la utilización de la Unidad de Cuidados Intensivos por pacientes con ictus isquémico en un centro sin Unidad de Ictus. *Neurología*. 2007;22:711.

J. Masjuan*, J. Arenillas, J.C. López-Fernández y S. Calleja

Junta Directiva del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmasjuan.hrc@salud.madrid.org (J. Masjuan).