

## Réplica a la carta correspondiente al artículo publicado “Manejo inicial del ictus isquémico agudo”

### Reply to the letter corresponding to the published article “Initial management of acute ischemic stroke”

Sr. Director:

Al contestar la carta de los Dres. Masjuán et al en relación con nuestro artículo publicado en esta revista<sup>1</sup>, nuestra intención no es polemizar más sobre el tema, sino aportar soluciones al tratamiento actual del ictus isquémico agudo en nuestro país. Coincidimos en su opinión de que el desafío actual más importante es cómo hacer accesible un tratamiento eficaz a la población que lo necesita —actualmente se beneficia menos del 10%—, con criterios de equidad, y que se beneficie por igual el ciudadano de la gran capital o el de la zona rural, todo esto desde un escenario de multidisciplinariedad, que incluya la asistencia extrahospitalaria, y estructurado como un proceso asistencial que debe liderar el neurólogo. Éste es el problema actual, que lleguen pronto los enfermos y que se encuentren con una estructura hospitalaria que dé una respuesta de calidad a esta urgencia que es el ictus agudo. Disentimos en la afirmación “la trombólisis no es un problema ya que la realiza la enfermería”; suponemos que coincidirá en que todo tratamiento de alto riesgo debe administrarse con criterios de calidad y máxima seguridad para el paciente y, en este campo, todos reconocemos que las unidades de cuidados intensivos tienen trayectoria y tradición, como ocurre en el síndrome coronario agudo.

Entendemos que son las administraciones sanitarias las que tienen la última palabra en el diseño asistencial del

doi:10.1016/j.medin.2009.05.007

## Elevación de la cabecera de la cama en el traumatismo craneoencefálico grave

### Elevation of the bed headboard in severe cranioencephalic trauma

Sr. Director:

Recientemente han publicado una revisión sobre el tratamiento del traumatismo craneoencefálico (TCE) grave, en el que nos ha llamado especialmente la atención encontrar la recomendación: “posición alineada y con elevación de la cabecera para mejorar la función pulmonar” en el apartado sobre medidas generales<sup>1</sup>.

La presión intracraneal (PIC) está determinada por el volumen cerebral (85%), el líquido cefalorraquídeo (LCR) (10%) y el volumen sanguíneo (5%). La ley de Monro-Kelly establece que la PIC depende de las variaciones del volumen entre estos 3 elementos, y que el aumento de volumen de cualquiera de ellos, o la adición de uno nuevo

ictus agudo, con criterios de accesibilidad, eficiencia, equidad y dentro de una estructura sostenible. En estos momentos de grave crisis económica, nosotros proponemos una estructura sostenible multidisciplinaria basada en recursos existentes<sup>2,3</sup>, una unidad funcional basada en recursos existentes, profesionales médicos y de enfermería, cuyas competencias son la atención al paciente agudo y crítico, la monitorización, el manejo de tratamientos farmacológicos de alto riesgo y sus complicaciones; esta propuesta multidisciplinaria integra un “equipo de ictus agudo” a través del código ictus, sobre el que va a recaer la atención las 24h del día, y un “comité de ictus” para asegurar la calidad clínicoasistencial que deben dirigir los especialistas en neurología.

## Bibliografía

1. Navarrete Navarro P, Pino Sánchez F, Rodríguez Romero R, Murillo Cabezas F, Jiménez Hernández MD. Manejo inicial del ictus isquémico agudo. *Med Intensiva*. 2008;32:431–43.
2. Vázquez G, Cabré L, Navarrete P, Murillo F. La trombólisis en el ictus isquémico: un enfoque basado en la accesibilidad y la sostenibilidad. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:161–4.
3. Roca J, Pérez JM, Navarrete P. Accidente cerebrovascular agudo. ¿Ampliamos nuestra cartera de servicio?. *Med Intensiva*. 2003;27:479–80.

P. Navarrete

*Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital de Traumatología y Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España*

Correo electrónico: pnavarro@ugr.es

(por ejemplo, un hematoma), generará cambios en los demás en sentido opuesto con el fin de mantener un valor de PIC normal.

En condiciones fisiológicas, y cumpliendo esta ley, la PIC no debería elevarse hasta niveles patológicos (más allá de 10–15 mmHg) al mantener la cabecera a 0°. Sin embargo, una vez alcanzado el punto crítico de afectación de la *compliance* cerebral (como podría ocurrir en un TCE grave), se produciría un deterioro del drenaje venoso y del LCR; sería imposible para estos compartimentos compensar el aumento de volumen en el resto del cerebro, lo que conduciría irremediablemente al desarrollo de la hipertensión intracraneal. La razón, por tanto, de mantener la elevación de la cabecera de la cama en el paciente neurocrítico no es otra que facilitar el drenaje venoso y del LCR, ayudando así a evitar el agotamiento de la *compliance* cerebral y a controlar los niveles de PIC<sup>2,3</sup>. Esta intervención ha demostrado reducir hasta en un 50% las cifras de PIC siempre que el paciente esté euvolémico<sup>4</sup>.

Por otro lado, el volumen de sangre arterial (regulado principalmente a nivel de las arteriolas) depende también