



# medicina *intensiva*

www.elsevier.es/medintensiva



## CARTAS AL DIRECTOR

### Trombolisis intraarterial e intravenosa en el ictus isquémico agudo. Tiempo es cerebro

### Intraarterial and intravenous thrombolysis in acute ischemic stroke. Time is brain

Sr. Director:

Hemos leído con satisfacción e interés el editorial<sup>1</sup>, original<sup>2</sup> y nota clínica<sup>3</sup> publicados en Medicina Intensiva, referidos al tratamiento del ictus isquémico agudo (IIA). Satisfacción porque observamos que el manejo del IIA se convierte, como plantearon Roca et al<sup>4</sup> en 2003, en una actividad más de la cartera de servicio de la Medicina Crítica. Interés, porque todos ellos, desde diferentes enfoques y niveles de atención hospitalaria, afrontan el tratamiento de revascularización del IIA, enfatizando que el aspecto fundamental, independientemente del tipo de tratamiento, es la precocidad en su instauración.

Todos los estudios con el rtPA para una revascularización efectiva y menos complicaciones hemorrágicas van dirigidos a conseguir su aplicación en el menor tiempo posible desde el inicio de síntomas, desde las tres horas, hasta los estudios más recientes, que permiten alargar la ventana terapéutica a 4,5 horas<sup>5</sup>. Sin embargo, su estrecho margen ha provocado que sólo un porcentaje exiguo de pacientes (3-8%) elegibles para rt-PA intravenoso se beneficien de una terapéutica costo/efectiva al alcance de cualquier hospital, como muestran Varela et al<sup>3</sup>. Su consecuencia es también la búsqueda incesante de fármacos o técnicas que amplíen esta ventana terapéutica. En este sentido, como Alcázar<sup>1</sup> señala en su editorial, el tratamiento endovascular del ictus posibilita lisar el coágulo en un periodo más tardío y con mayores garantías en algunas oclusiones, como las del trayecto distal de la arteria carótida interna, del segmento M<sub>1</sub> de la arteria Silvana y algunas del circuito posterior.

Es indudable que sería magnífico contar con servicios de neuroradiología intervencionista funcionando 24 horas durante 365 días, cubriendo ampliamente la geografía nacional, como sucede poco a poco con la angioplastia coronaria. Sin embargo, no parece, por una panoplia de razones, que

esto ocurra con la neuroradiología intervencionista en los próximos años. Por consiguiente, deberíamos aprovechar en el IIA lo aprendido con el manejo del síndrome coronario agudo (SCA). En los años 80, los pacientes con SCA llegaban tarde al hospital, no beneficiándose de la terapia trombolítica. Las causas fueron múltiples, destacando la falta de información a la comunidad y la formación adecuada al personal médico y sanitario. Los intensivistas fuimos partícipes en propiciar un cambio de mentalidad en pacientes, familiares y médicos, hasta calar en todos ellos que tiempo es músculo cardíaco. Conjuntamente, una atención prehospitalaria de calidad está consolidando la angioplastia primaria o de rescate.

Igual que entonces, los esfuerzos actuales deben prioritariamente orientarse a este cambio, para conseguir la detección precoz del ictus y su traslado inmediato al hospital, así como la implantación del código ictus en toda la cadena asistencial. Intervenciones de este tipo entre el personal médico y la comunidad han producido incrementos del empleo de rt-PA del 14 al 52%, mantenidos a los 6 meses tras el inicio del programa<sup>6</sup>.

Mientras logramos la implantación, equitativa y accesible, en el sistema sanitario público de equipos de neurointervencionismo, tenemos la oportunidad, al menos, de concienciar a la sociedad y colectivo sanitario de que tiempo es cerebro, y de ofrecer lo que actualmente es el estándar del tratamiento del IIA.

## Bibliografía

1. Alcázar Romero PP. Tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo. *Me Intensiva*. 2010;34:361–2.
2. Escudero D, Molina R, Viña L, Rodríguez P, Marqués L, Fernández L, et al. Tratamiento endovascular y trombolisis intraarterial en el ictus isquémico agudo. *Med Intensiva*. 2010;34:370–8.
3. Varela A, de Rojas P, Vegas R, Vázquez A, Cabello B, Zaheri M. Trombolisis en el ictus isquémico agudo en hospitales básicos. A propósito de cuatro casos. *Med Intensiva*. 2010;34:428–30.
4. Roca Guiseris J, Pérez Villares JM, Navarrete Navarro P. Accidente cerebrovascular agudo. ¿Ampliamos nuestra cartera de servicios? *Med Intensiva*. 2003;27:596–7.
5. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischaemic stroke. *N Engl J Med*. 2008;359:1317–29.

6. Morgerstern LB, Bartholomew LK, Grotta JC, Staub L, King M, Chan W. Sustained benefit of a community and professional intervention to increase acute stroke therapy. *Arch Intern Med.* 2003;163:2198–202.

F. Murillo Cabezas, A. Rodríguez Zarallo\*, M. Ángeles Muñoz Sánchez y J.F. Flores Cordero

*Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [anrozar@gmail.com](mailto:anrozar@gmail.com)

(A. Rodríguez Zarallo).

doi:10.1016/j.medin.2010.09.006

## Actitudes del personal de enfermería de cuidados intensivos hacia las visitas

### Attitudes of intensive care nurses toward visits

Sr. Director:

Son numerosos los estudios relacionados con la opinión y la satisfacción de los familiares y los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI)<sup>1,2</sup>; sin embargo, son pocos los trabajos que existen acerca de las relaciones entre el personal de enfermería y los familiares del paciente crítico<sup>3,4</sup>. Por ello, nos planteamos como objetivo de nuestro estudio el conocer la percepción y las actitudes del personal de enfermería respecto a la atención que se está prestando a los familiares de los pacientes ingresados en nuestra UCI durante las visitas.

Para ello se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y cualitativo realizado durante cuatro meses en la UCI del Hospital General de Gran Canaria Doctor Negrín, con un horario de visitas de 2 h por la tarde y de un familiar por paciente. La población de estudio estaba formada por el personal de enfermería de dicha unidad. La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario elaborado por los autores del estudio, en el que se recogieron, aparte de cuestiones sociodemográficas y laborales de los entrevistados, preguntas sobre la organización de las visitas, información sobre la familia, participación de la familia en los cuidados y atención a los familiares.

El análisis estadístico se efectuó mediante el paquete estadístico SPSS 15.0; se utilizó el test de la t de Student para la comparación de medias entre variables que seguían una distribución normal o el test de la U de Mann-Whitney para comparar variables ordinales. El trabajo se llevó a cabo con la aprobación de la Comisión de Investigación y Ensayos Clínicos del hospital, siguiendo las consideraciones éticas referentes a la confidencialidad de datos.

De las 77 encuestas entregadas (el 100% de la población de estudio) fueron recogidas 67 (87%), 46 (68,7%) de mujeres con una media de edad de 32,6 años y una antigüedad laboral de 9,4 años.

Solamente un 35,8% opinaba que, dependiendo del estado del paciente, estaba de acuerdo con la implicación de la familia en ciertos cuidados de enfermería. Además, solo el 36,4% de los encuestados reconocía presentarse a los familiares y decirles su nombre.

Un 77,6% pensaba que la visita de los familiares inestabiliza a los pacientes; en esta cuestión observamos un predominio de mujeres (el 90 vs. el 66%;  $p=0,024$ ). Así también un 61,2% consideraba que había ciertas familias que dificultaban el descanso de los pacientes, y para un 55,2% el horario de visitas interrumpía o retrasaba los cuidados de enfermería. Un 45,5% del personal de enfermería evitaba entrar al *box* durante las horas de visita, en su mayoría los(as) más jóvenes ( $p=0,024$ ). El 56,1% del personal creía que las horas de visita les producían mayor carga física o psíquica. Aunque el 74,6% manifestaba que ayudaba a los familiares a facilitarles la comunicación con el paciente y el 65,1% reconocía que no ofrecía información si no se le solicitaba eran más espontáneos a la hora de informar los de mayor experiencia laboral ( $p=0,043$ ). Según la situación laboral en que se encontraban, el personal que tenía contrato fijo opinaba en un 75% que la labor de informar era una tarea que correspondía exclusivamente a los médicos frente a un 60% de los interinos y el personal en situaciones especiales que creían que era tarea de los médicos y del personal de enfermería ( $p=0,043$ ). Por último, el 51,6% de los encuestados afirmaba que no se encontraba preparado para consolar a los familiares de los pacientes que estaban en estado crítico.

En vista de los resultados podemos afirmar que el personal de enfermería concibe a la familia como un ente molesto y en ocasiones puede tenderse a la evitación, sobre todo entre el personal con menos experiencia. Esto es debido a un déficit en la capacitación de relación y comunicación por parte del personal sanitario.

Estos resultados son concordantes con los de otros estudios que encuentran que más del 70% del personal de enfermería de UCI piensa que las visitas interfieren con el cuidado directo de la enfermería<sup>5</sup>. De todas formas, en las unidades que siguen una política de visitas abierta, la opinión del personal enfermería en relación con esta política depende de sus actitudes, estando en su mayor parte satisfechos<sup>6</sup>, aunque se requiere de una estructura y una organización del trabajo apropiada para llevarla a cabo<sup>7</sup>.

### Bibliografía

1. Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortíz A. Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de la familia y del profesional. *Med Intensiva.* 2007;31:273–80.