

Accidente cerebrovascular agudo. ¿Ampliamos nuestra cartera de servicios?

J. ROCA GUISERIS, J.M. PÉREZ VILLARES Y P. NAVARRETE NAVARRO

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

El tratamiento del paciente con ictus en fase aguda está siendo motivo de análisis, en cuanto a qué modelo de organización funcional puede ser el mejor para la consecución de resultados óptimos.

Recientemente se han publicado tres artículos sobre el tratamiento en unidades especializadas, haciendo referencia a la supervivencia y los resultados funcionales.

El primer artículo, publicado en *Lancet*¹, señala la existencia de diferencias en el tratamiento del ictus por parte de neurólogos, así como de las complicaciones, según se lleve a cabo en una unidad especializada o en una planta de hospitalización convencional. En la unidad de ictus los pacientes estaban más monitorizados y más pacientes recibían oxígeno, antipiréticos, prevención de aspiración y nutrición precoz que en la planta de hospitalización. Además, los pacientes ingresados en estas unidades especializadas presentaban menos progresión del ictus, menos infecciones respiratorias y menos deshidratación que los tratados en plantas convencionales. En la discusión se comenta que la mortalidad precoz es secundaria a la enfermedad causal (herniación cerebral secundaria a edema, hemorragia e hidrocefalia) y es poco modificable; sin embargo, la mortalidad en fase subaguda se relaciona con las complicaciones sucedidas en la fase aguda durante la primera semana, y en estos factores sí podemos influir.

Aunque se manifiesta que las unidades de ictus realizan una movilización más temprana de los pacientes y un inicio de la rehabilitación también más temprano que el realizado en las unidades de cuidados intensivos, nos podríamos plantear que, dado que el empeoramiento neurológico en fase aguda es reversible y está en relación con anomalías fisiológicas, estos pacientes (en dicha fase aguda) deberían ser tratados en el servicio de medicina intensiva. El especialista en medicina intensiva está perfectamente capacitado para tratar la hipoxemia y la fiebre, prevenir la neumonía por aspiración y realizar un adecuado tratamiento nutricional, cuyos resultados quedan avalados en la revisión sistemática recientemente publicada en *JAMA*²; por tanto, podemos disminuir esa mortalidad de la fase subaguda. Por otra parte, el inicio temprano de rehabilitación no es más que un problema de organización y coordinación con otros servicios.

El segundo artículo, publicado en *Stroke*³, intenta analizar la supervivencia a largo plazo y las causas de muerte, comparándolas con las de la población general. Tiene el inconveniente de que la causa de mortalidad se obtiene a partir del Registro Civil y el Registro de Mortalidad, por lo que existe la posibilidad de que a un paciente que ya hubiera padecido un ictus se le atribuyera como causa probable de muerte un nuevo ictus, sin posibilidad de comprobación. De esta manera, la mayor contribución al tamaño de muestra son los ictus agudos pero no definidos. El mayor riesgo de muerte corresponde al primer año, con un 28% de mortalidad en los primeros 27 días postictus. Por otro lado, los pacientes con infarto cerebral tienen mejor pronóstico, y la supervivencia aumenta en relación con una mejora de la prevención primaria (control de la presión arterial) y con el uso de anticoagulantes para prevenir el ictus en pa-

Correspondencia: Dr. J. Roca Guiseris.
Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
Avda. de las Fuerzas Armadas, 2. 18014 Granada. España.
Correo electrónico: jroca@hvn.sas.junta-andalucia.es

Manuscrito aceptado el 3-III-2003.

cientes en fibrilación auricular. La mayoría de los pacientes fallecen por enfermedades vasculares. No obstante, este aumento de la supervivencia se detectó antes de que se implantaran las unidades de ictus, por lo que no puede estar influido por ellas.

Frente a los intentos de compartimentar al paciente con un enfoque "vertical", en el que una especialidad "posee" al paciente, las nuevas tendencias cambian el enfoque hacia lo "horizontal", donde es el paciente el que dispone de una serie de especialistas que le ayudan a recuperar la salud. Los pacientes con ictus pueden ser tratados inicialmente en el servicio de medicina intensiva, donde se pueden controlar estas alteraciones fisiológicas que determinarán la mortalidad modificable, y desde donde se puede coordinar el trabajo de distintos especialistas (neurólogos, neurocirujanos, radiólogos, rehabilitadores, etc.) de acuerdo con Baigorri et al⁴: liderando el proceso de recuperación de la salud.

No obstante, recordemos que no todos estos pacientes se benefician del tratamiento en una unidad de ictus; así, parece que no se benefician los pacientes con dependencia para las actividades básicas de la vida⁵ ni los que tienen síndromes lacunares⁶. Por otra parte, la creación de nuevas unidades supone unos costes más elevados que la adecuación de unidades ya existentes para el apropiado tratamiento de estas enfermedades.

Si ingresamos en nuestros servicios a pacientes con síndrome coronario agudo durante 48 h, que en su mayoría necesitan monitorización electrocardiográfica y una o dos bombas de perfusión intravenosa, ¿por qué no ingresar a pacientes con ictus en fase aguda, que se pueden beneficiar de nuestros cuidados de enfermería, de nuestra tecnología de monitorización y de nuestra capacitación profesional?

Por último, en un artículo todavía más reciente publicado en *Stroke*⁷ se presentan los resultados de un estudio piloto aleatorizado, en el que se comparan dos tipos de unidades: una unidad de ictus convencional frente a otra de ictus con monitorización

intensiva, observándose una reducción de la mortalidad y mejores resultados funcionales en la segunda. Los cuidados en la unidad de monitorización incluyen: determinación de glucosa cada 6 h, monitorización continua de ECG con cinco canales, temperatura rectal, pulsioximetría y presión arterial no invasora cada 15 min. Además de la colocación de sonda nasogástrica si el paciente no deglute de forma adecuada, antiagregación y anticoagulación (se trata de ictus isquémicos). Es evidente que, en nuestro medio, estos cuidados sólo los pueden ofrecer las unidades de medicina intensiva, donde, como comentamos anteriormente, podemos resolver los problemas de hipoxia, hipotensión, hiperglucemia y arritmias que determinan el pronóstico funcional y vital de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Evans A, Pérez I, Harraf F, Melbourn A, Steadman J, Donaldson N, et al. Can differences in management processes explain different outcomes between stroke unit and stroke-team care? *Lancet* 2001;358:1586-92.
2. Pronovost P, Angus D, Dorman T, Robinson K, Dremiszov T, Young T. Physicians staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients. *JAMA* 2002;288:2151-62.
3. Bronnum-Hansen H, Davidsen M, Thorvaldsen P, Danish for the MONICA Study Group. Long-term survival and causes of death after stroke. *Stroke* 2001;32:2131-6.
4. Baigorri González F, Saura Agel P, Artigas Raventos A. Las unidades de cuidados intensivos y la atención integral del enfermo crítico. *Med Intensiva* 2002;26:251-2.
5. Glader EL, Stegmayr B, Johansson L, Hulter-Asberg K, Wester P. Differences in long-term outcome between patients treated in stroke units and in general wards: a 2-year follow-up of stroke patients in Sweden. *Stroke* 2001;32:2124-30.
6. Evans A, Harraf F, Donaldson N, Kalra L. Randomized controlled study of stroke unit care versus stroke team care in different stroke subtypes. *Stroke* 2002;33:449-55.
7. Sulter G, Willem Elting J, Langedijk M, Maurits N, De Keyser J. Admitting acute ischemic stroke patients to a stroke care monitoring unit versus a conventional stroke unit. *Stroke* 2003;34:101-4.