

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 manejo 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 3 artículos sobre su manejo en unidades especializadas y en referencia a la supervivencia y los resultados funcionales.

El primero, publicado en *The Lancet*¹, señala la existencia de diferencias, tanto en el manejo como en las complicaciones, respecto al tratamiento del ictus por neurólogos, según se realice en una unidad especializada o en planta de hospitalización convencional. En la unidad de ictus, los pacientes estaban más controlados y un mayor número de ellos recibía 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, infecciones respiratorias y deshidratación que los manejados en la planta convencional. 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 la fase subaguda se relaciona con las complicaciones sucedidas en la fase aguda, durante la primera semana, y sobre estos factores sí podemos influir.

Aunque se manifiesta que las unidades de ictus realizan una movilización más precoz 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 la fase aguda es reversible y está en relación con anomalías fisiológicas, estos pacientes deberían ser manejados (en dicha fase aguda) 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 manejo nutricional, cuyos resultados quedan avalados en la revisión sistemática recientemente publicada en *JAMA*². Por tanto, podemos disminuir esa mortalidad de la fase subaguda, sobre la que podemos influir. Por otra parte, el inicio precoz de rehabilitación no es más que un tema de organización y coordinación con otros servicios.

El segundo, publicado en *Stroke*³, intenta analizar la supervivencia a largo plazo y las causas de muerte, comparándolas con la población general. Tiene el inconveniente de que la causa de mortalidad se obtiene a partir del Registro Civil y del Registro de Mortalidad, por lo que existe la posibilidad de que a un paciente que ya hubiera padecido un ictus previo se le atribuyera como causa probable de muerte un nuevo ictus, sin posibilidad de comprobación. De esta manera, la mayor contribución al tamaño de la 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 posteriores al ictus. Los pacientes con infarto cerebral tienen mejor pronóstico y la supervivencia está en aumento, lo que se relaciona con una mejora de la prevención primaria (control de la presión arterial) y con el uso de anticoagulantes para prevenir el ictus en pacientes en fibrilación auricular. La mayoría de los pacientes fallecen por enfermedades vasculares.

Este aumento de la supervivencia se ha detectado antes de que se implantaran las unidades de ictus, por lo que no está influido por ellas.

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

Manuscrito aceptado el 19-X-2003.

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, y liderar el proceso de recuperación de la salud.

No obstante, recordemos que no todos estos pacientes se benefician del manejo en una unidad de ictus. Así, parece que no se benefician los pacientes con dependencia para las actividades básicas de la vida diaria⁵, ni los que presentan 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 esta enfermedad.

Si ingresamos en nuestros servicios a pacientes con síndrome coronario agudo durante 48 h que en su mayoría necesitan control electrocardiográfico y una o 2 bombas de perfusión intravenosa, ¿por qué no ingresar a los pacientes con ictus en fase aguda que se pueden beneficiar de nuestros cuidados de enfermería, de nuestra tecnología de control y de nuestra capacitación profesional? 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 de ictus convencional frente a una de ictus con control intensivo, observándose una reducción de la mortalidad y mejores resultados funcionales en esta última. Los cuidados en la unidad de control incluyen: determi-

nación de glucosa cada 6 h, monitorización continua de ECG con 5 canales, temperatura rectal, pulsioximetría y presión arterial no invasiva cada 15 min. Además, se coloca una sonda nasogástrica si el paciente no deglute adecuadamente y se administra tratamiento antiagregante y anticoagulante (se trata de ictus isquémicos). Es evidente que, en nuestro medio, estos cuidados sólo se pueden ofrecer en 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 PJ, Angus DC, Dorman T, Robinson KA, Dremiszov TT, Young TL. Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. *JAMA* 2002;288:2151-62.
3. Bronnum-Hansen H, Davidsen M, Thorvaldsen P. Long-term survival and causes of death after stroke. *Stroke* 2001;32:2131-6.
4. Baigorri González F, Saura Agel P, Artigas Raventós 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 PO. 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, Elting JW, Langedijk M, Maurits NM, De Keyser J. Admitting acute ischemic stroke patients to a stroke care monitoring unit versus a conventional stroke unit. *Stroke* 2003;34:101-4.