

Ictus y trombolisis en un hospital básico. Un deber posible

Sr. Director:

El ictus representa la segunda causa de muerte en todo el mundo según datos de la Organización Mundial de la Salud del año 2002. En España, en el año 2000, las enfermedades cerebrovasculares causaron 36.956 muertes, según datos del Instituto Nacional de Estadística. La enfermedad vascular cerebral aguda es una emergencia neurológica y requiere una actuación médica inmediata que incluya medidas de soporte básico, exploraciones complementarias (tomografía axial computarizada [TAC] craneal, doppler transcraneal, etc.), medidas generales para prevenir y tratar los procesos que pueden empeorar la situación del paciente y tratamientos específicos en los casos indicados, con el fin de recanalizar la arteria ocluida, proteger el tejido cerebral dañado y evitar las recidivas. Finalmente, en ciertas ocasiones es necesario valorar la indicación quirúrgica¹.

Existe hoy día una estrategia que intenta situar al paciente con un proceso vascular cerebral agudo en el marco de la denominada «cadena asistencial del ictus», donde existe un dispositivo multidisciplinario que comporta una fase prehospitalaria y otra hospitalaria². Dentro de esta última es donde puede desempeñar un papel muy importante el tratamiento trombolítico del ictus agudo, a pesar de que aún existen muchas reticencias a la hora de aplicar esta técnica, incluso en los centros de alto nivel asistencial. Dentro de la gran cantidad de regímenes terapéuticos ensayados en el infarto cerebral sólo el uso de ácido acetilsalicílico y el activador tisular del plasminógeno recombinado (rt-PA), han demostrado su eficacia para reducir el número de muertes o dependencia, el 1,3% el primero y el 13% el segundo³. El *European Cooperative Acute Stroke Study* (ECASS I) demostró una reducción significativa en las secuelas de los pacientes tratados con rt-PA (41%) frente a los no tratados (29%)⁴. El ensayo ECASS-II con 800 enfermos afectados de ictus isquémico de menos de 6 horas de evolución, demostró sin llegar a la significación estadística que los que fueron tratados con trombolisis en las tres primeras horas tenían una evolución más favorable que los que fueron tratados con placebo⁵. Los últimos ensayos intentaron ampliar la ventana de tiempo para la aplicación del rt-PA hasta las 6 horas desde el comienzo de los síntomas, sin embargo el gran número de hemorragias cerebrales registradas hicieron rechazar dicha hipótesis⁶⁻⁸. Actualmente, la administración del rt-PA en las primeras tres horas del ictus isquémico está recomendada e incluida en las guías terapéuticas de varias asociaciones científicas⁹⁻¹², pero aún persisten actitudes reticentes o de temor a su aplicación. Un factor que también incide en contra de su aplicación en hospitales comarcales o de nivel básico es la carencia de un servicio de Neurología o Neurocirugía, que sería necesario sobre todo en caso de complicaciones hemorrágicas. Por otro lado, en un sistema

público de salud todo paciente debe tener las mismas oportunidades de tratamiento, sin depender de la ubicación geográfica en que se encuentre, como regula en España la Ley General de Sanidad de 1986. De este modo, ya que es raro que el paciente llegue al hospital dentro de las tres primeras horas de evolución del ictus, se hace imprescindible aplicar el tratamiento trombolítico en cualquier hospital, incluso comarcal, ya que con el traslado al centro de referencia se excedería el período ventana indicado para aplicarlo y se perderían las ventajas terapéuticas. Como bien dicen J. Roca et al 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 óptimos¹³.

En septiembre de 2004 la Agencia Europea del Medicamento aprobó la utilización del rt-PA vía intravenosa para el tratamiento del ictus con el requisito de realizar un registro, y que todos los pacientes tratados en países de la Unión Europea fueran incluidos en el registro SITS-MOST (*Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke - Monitoring Study*) durante tres años para demostrar que los resultados obtenidos en los ensayos se mantienen en la práctica clínica y confirmar la seguridad del tratamiento. Para incluir pacientes en este registro es necesaria la habilitación previa del centro y de las personas responsables de administrar dicho tratamiento. Si los resultados son positivos en este registro se dará la aprobación definitiva para aplicar este tratamiento.

Una vez referido lo anterior consideramos que la trombolisis en el ictus isquémico, aplicada con los criterios reseñados previamente, debe ser asumida y puesta en marcha en todos los centros hospitalarios, aunque sean de nivel básico y sólo se cuente con una Unidad de Cuidados Intensivos y una TAC o resonancia magnética nuclear (RMN), una vez formados los profesionales que la apliquen, protocolizando dicho tratamiento y definida la conveniencia o no del traslado posterior a un centro de referencia con servicio de Neurología o Neurocirugía. En este ámbito hospitalario básico el papel del intensivista es fundamental de cara a dar a estos enfermos el mayor beneficio con dicho tratamiento. Es nuestra intención formar a todo el personal de nuestra Unidad de Cuidados Intensivos en dicha técnica y acreditar nuestro Servicio para realizar este tratamiento en poco tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roquer González J, Rodríguez Campell A. Medidas generales de tratamiento de la enfermedad vascular cerebral aguda. En: Martí-Vilalta JL, editor. *Enfermedades vasculares cerebrales*. 2nd ed. Barcelona: Prous Science SA; 2004. p. 459.
2. Castillo J, Chamorro A, Dávalos A, Díez Tejedor E, Galván C, Matías-Guiu J, et al. Tratamiento multidisciplinario del ictus agudo. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:101-6.
3. Kidwell CS, Liebeskind DS, Starkman S, Saver JL. Trends in acute ischemic stroke trials through the 20th century. *Stroke*. 2001;32:1349-59.
4. Dávalos A, Toni D, Iweins F, Lesaffre E, Bastianello S, Castillo J, for the ECASS Group. Neurological Deterioration in Acute Ischemic Stroke. Potential predictors and Associated Factors in the European Cooperative Acute Stroke Study. (ECASS) I. *Stroke*. 1999;30:2631-6.
5. Hacke W, Kaste M, Fieschi C, von Kummer R, Dávalos A, Meier D, et al. Randomised double-blind placebo-controlled trial of thrombolytic therapy with intravenous alteplase in acute ischemic stroke (ECASS II). Second European-Australasian Acute Stroke Study Investigators. *Lancet*. 1998;352:1245-51.
6. Clark WM, Wissman S, Albers GW, Jhamandas JH, Madden KP, Hamilton S. Recombinant tissue-type plasminogen activator (Alteplase) for ischemic stroke 3 to 5 hours after symptoms onset. The ATLANTIS study: a randomised controlled trial. Alteplase Thrombolysis for Acute Noninterventive Therapy in Ischemic Stroke. *JAMA*. 1999;282:2019-26.
7. Clark WM, Albers GW, Madden KP, Hamilton S. The rt-PA (Alteplase) 0- to 6-hours acute stroke trial, part A (A0276g): results of a double-blind, placebo-controlled, multicenter study. Thrombolytic therapy in acute ischemic stroke study investigators. *Stroke*. 2000;31:811-6.
8. Albers GW, Clark WM, Madden KP, Hamilton SA. ATLANTIS trial: results for patients treated within 3 hours of stroke onset. Alteplase Thrombolysis for Acute Noninterventive Therapy in Ischemic Stroke. *Stroke*. 2002;33:493-5.
9. Adams HP Jr, Brodt TG, Furlan AJ, Gómez CR, Grotta J, Helgason CM, et al. Guidelines for thrombolytic therapy for acute stroke: a supplement to the guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke. A statement for healthcare professionals from a Special Writing Group of the Stroke Council, American Heart Association. *Stroke*. 1996;27:1711-8.
10. European Stroke Initiative (EUSI) recommendations for stroke management. European Stroke Council, European Neurological Society and European Federation of Neurological Societies. *Cerebrovasc Dis*. 2000;10:335-51.
11. International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. An International Consensus on Science. Part 7: The Era of Reperfusion: Section 2: Acute Stroke. *Resuscitation*. 2000;46:239-52.
12. Quality standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice advisory: Thrombolytic therapy for acute ischemic stroke- Summary statement. *Neurology*. 1996;47:835-9.
13. Roca Guiseris J, Pérez-Villaves JM, Navarrete-Navarro P. Accidente cerebrovascular agudo. ¿Ampliamos nuestra cartera de servicios? *Med Intensiva*. 2003;27:596-7.

J.A. CAMACHO, B. JURADO, J.M. JIMÉNEZ,
A.J. MONTIJANO Y A. DE MOLINA
*Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Básico
San Agustín. Linares. Jaén. España.*