

# La unidad de ictus: pieza fundamental en el manejo moderno del ictus

C.S. Kase

El manejo moderno del ictus requiere la disponibilidad de una serie de técnicas diagnósticas y avances terapéuticos que se han desarrollado en las últimas dos décadas. El nihilismo terapéutico tradicional ha dado paso a una actividad y agresividad comparables a las desarrolladas en otros campos de la Medicina Interna, como la Cardiología y la Medicina Intervencionista. Estas innovaciones en el campo del ictus han sido posibles gracias a un cambio gradual en el abordaje del ictus, con especial énfasis en el diagnóstico precoz con técnicas de imagen y la comprensión del mecanismo fisiopatológico como primer paso esencial en la elección del tratamiento más apropiado en cada caso individual. Estos esfuerzos diagnósticos y terapéuticos tienen como principal motivación el determinar qué tipo de tratamiento se justifica en un paciente con un ictus agudo. Estas decisiones incluyen, en el ictus isquémico, el uso de agentes trombolíticos o anti-trombóticos, la consideración del uso de endarterectomía carotídea y la posible necesidad de cirugía descompresiva en infartos del cerebro o cerebelo complicados con edema y efecto de masa. En el ictus hemorrágico, las opciones terapéuticas circulan alrededor de la decisión de utilizar la cirugía para el drenaje de un hematoma intracerebral, y de la necesidad e intensidad del empleo de técnicas para el control de la hipertensión intracraneal. Paralelamente a estos esfuerzos diagnósticos y terapéuticos, el neurólogo clínico se enfrenta a una serie de decisiones acerca del manejo inicial del paciente, las cuales tendrán un impacto directo en su sobrevida y en su estado funcional al concluir la fase aguda del ictus. En esta última área, una serie de estudios de observación y estudios aleatorios han llamado la atención sobre el valor de las unidades de ictus.

Las unidades de ictus son estructuras geográficamente definidas en las que un equipo especializado en neurología, enfermería, fisioterapia, fonología-deglución y servicio social manejan a los pacientes con ictus agudo. De los miembros de este grupo dependen todos los aspectos relacionados con la prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del ictus, así como el uso precoz de las maniobras de rehabilitación y planes para el alta eventual a la institución que ofrezca mayores ventajas desde el punto de vista del mantenimiento del estado funcional del paciente y la prevención de la recurrencia del ictus. Esta estructura de personal generalmente se complementa con la utilización de pautas estandarizadas de manejo diario del paciente, lo cual contribuye a una uniformidad que es tanto eficaz como económica, y que es difícil de lograr en un servicio no especializado en el tratamiento del paciente con ictus agudo. El concepto de la unidad de ictus ha ido creciendo progresivamente en popularidad, ya que se ha demostrado superior al manejo del paciente en servicios de medicina interna. Las ventajas de la unidad

de ictus, medidas con parámetros que incluyen la duración de la estancia en el hospital, el estado funcional al alta, la mortalidad y el coste hospitalario, han demostrado que el concepto es válido desde el punto de vista del paciente y de sus médicos, los administradores de hospital y las autoridades sanitarias.

El artículo de Fuentes et al publicado en este número de *REVISTA DE NEUROLOGÍA* [1] aporta nueva información que corrobora el valor de la unidad de ictus, esta vez en comparación con el manejo del paciente por un equipo de ictus. Este último es definido como una unidad móvil, sin una ubicación geográfica definida y sin tener necesariamente una organización administrativa o la cohesión requeridas en la unidad de ictus. Los autores compararon los resultados obtenidos en la unidad de ictus durante dos años consecutivos (1995 y 1996) con los del equipo de ictus durante 1994, en cuanto a mortalidad, frecuencia de complicaciones sistémicas y neurológicas, estado funcional en el momento del alta, frecuencia de alta al domicilio frente a centro de rehabilitación y coste hospitalario. En todos estas variables, con la excepción de la mortalidad, los pacientes tratados en la unidad de ictus lograron resultados superiores, presumiblemente como consecuencia de un manejo médico y de enfermería estandarizado y dirigido a la prevención de complicaciones, junto a las ventajas del uso precoz de la terapia física, con la consiguiente prevención de las complicaciones de la inmovilidad, y la obtención de un estado funcional superior en el momento del alta hospitalaria. Otras observaciones de interés incluyeron un aumento superior al 20% del número de enfermos ingresados en el hospital por ictus y una reducción en la transformación hemorrágica del infarto en los dos años en que funcionó la unidad de ictus. La primera observación probablemente se debe a la aceptación general de un modelo de manejo del ictus que ofrece mayores ventajas para el enfermo y que conlleva, presumiblemente, un aumento en las referencias de pacientes a la unidad. La observación de una reducción de la transformación hemorrágica del infarto cerebral es más difícil de explicar, y es posible que simplemente se deba al azar; no hay razones para suponer una disminución relativa de los infartos de más riesgo de transformación hemorrágica (como los de tipo embólico), ya que los subtipos diagnósticos no mostraron una variación significativa durante los tres años de duración del estudio, y tampoco se menciona un cambio en la frecuencia de uso de agentes anti-trombóticos o fibrinolíticos que pudieran tener ingerencia en el fenómeno de transformación hemorrágica del infarto.

Las cuidadosas observaciones del grupo del Hospital Universitario La Paz añaden más datos a la creciente evidencia de que las unidades de ictus debieran ser el nuevo 'estándar de oro' en el manejo del paciente con ictus agudo. La evidencia que estos autores presentan, junto a los datos publicados en la literatura médica sobre el tema, sugieren que médicos, administradores hospitalarios y autoridades de salud debieran aunar esfuerzos para fomentar la creación de unidades de ictus y poder así cumplir con nuestra obligación de ofrecer las mejores posibilidades de sobrevida y recuperación a nuestros enfermos con ictus agudo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fuentes B, Díez-Tejedor E, Lara M, Frank A, Barreiro P. Organización asistencial en el cuidado agudo del ictus. Las unidades de ictus marcan la diferencia. *Rev Neurol* 2001; 32: 101-6.

*Departamento de Neurología. Boston University, Boston, Massachusetts, Estados Unidos.*

*Correspondencia: Carlos S. Kase, MD. Department of Neurology Boston University. 715 Albany Street B-605. 02118 Boston, Massachusetts, USA. E-mail: cskase@bu.edu*

*REVISTA DE NEUROLOGÍA no se identifica necesariamente con las opiniones expresadas por los autores en esta sección.*

*[<http://www.revneurologia.com/3202/k020133.pdf>]*

© 2001, *REVISTA DE NEUROLOGÍA*