



CARTAS AL DIRECTOR

Atención al ictus, conclusiones basadas en resultados

Stroke care, conclusions based on results

Sr. Director:

Hemos leído con interés, por su temática y metodología, el artículo de F. López Espuela et al.¹. Uno de los objetivos de *Enfermería Intensiva* es servir como instrumento educativo y formativo, incluidos aspectos como la metodología de la investigación. Con estos comentarios quisiéramos contribuir a la formación en metodología usando como ejemplo el artículo referido¹.

La investigación en salud se compone de un conjunto de etapas que comienzan con la definición del problema de investigación y concluye con la respuesta a la pregunta de investigación planteada inicialmente. La respuesta está basada en los resultados, estos en la metodología, esta en el diseño y el diseño está basado en los objetivos o hipótesis iniciales. La conclusión representa la respuesta de la investigación a la pregunta planteada y debe apoyarse enteramente en los resultados de la investigación en cuestión. En consecuencia, no tienen cabida en la conclusión juicios de valor del autor sin base en los hallazgos, aun cuando parezcan lógicos y de sentido común.

En este caso, la investigación comienza para responder a una laguna de conocimiento (saber más de las características de los pacientes atendidos en su unidad de ictus -UI-); diseñan un estudio (descriptivo de algunas variables), obtienen unos resultados (descriptivos de las variables recogidas, sin ninguna inferencia estadística) y, sorprendentemente, concluyen que «todo paciente que padezca un ictus debería ser atendido y beneficiarse de los cuidados ofrecidos en una UI; estas unidades son modelos organizativos que mejoran la atención al paciente en su fase aguda, lo que redundaría en menor mortalidad y discapacidad de estos pacientes». Estas conclusiones no responden a los objetivos planteados y no se pueden mantener con los resultados obtenidos. Son más bien preceptos de fe; las creencias de los autores no tienen que ser demostrables científicamente, pero lo publicado como conclusión de un trabajo de investigación debe derivarse de los datos del mismo.

El que las UI pueden beneficiar a los pacientes con ictus es perfectamente asumible, el que sean el lugar idóneo para tratar todos los ictus no. Lo que determina los resultados

es lo que se hace con los pacientes², el que se realice por personal capacitado para hacerlo bien²⁻⁴ y en el tiempo indicado^{4,5} y no tanto la existencia de un cartel en un espacio físico concreto. El artículo referido¹ es un estudio descriptivo, no analítico, sin elemento de comparación, de una serie de casos atendidos en una UI; los autores no pueden concluir que sus resultados sean mejores que ninguna otra opción con la que no se han comparado. No es el lugar idóneo para tratar todos los ictus cuando ellos mismos no ingresan a todos los pacientes con ictus, dejando la decisión de ingreso a criterio del neurólogo de guardia y excluyendo a aquellos en los que esperan un desenlace fatal. Refieren que la morbilidad de la enfermedad cerebrovascular hemorrágica en fase aguda es mayor que la isquémica, pero en su estudio no muere nadie con ictus hemorrágico, hecho que apoyaría un sesgo de selección y la inconsistencia de su conclusión. Siendo la terapia fibrinolítica un tratamiento útil en el ictus isquémico, no indican en cuántos pacientes se ha realizado y con qué resultados; sugieren una ventana temporal de 3 h, criterio claramente superado ya y no indican nada de otras técnicas más avanzadas de reperfusión^{4,5}. Parece que los pacientes tienen una mejor situación neurológica al alta de la UI que a su ingreso, pero no presentan ningún dato de significación estadística (no parece alcanzarse, por las diferencias y el tamaño muestral) y no se discute la relevancia clínica del presunto incremento de un punto en la escala canadiense. El análisis estadístico sería simple, pero no deben decir algo que después no presentan (no aparece ningún intervalo de confianza de los que refieren en material y métodos).

Los estudios descriptivos sirven y son útiles para describir una realidad concreta si se hacen bien. Las UI pueden beneficiar a algunos pacientes con ictus. Para concluir que una medida organizativa es la idónea para resolver un problema se debe realizar un estudio de diseño experimental (ensayo clínico) en que se comparen sus resultados frente a las demás estrategias organizativas que aborden el problema en cuestión.

Bibliografía

1. López Espuela F, Jiménez Gracia MA, Luengo Morales E, Blanco Gazapo A, Márquez Caballero J, Bravo Fernández S, et al. Estudio descriptivo de los pacientes asistidos en una unidad de ictus en la Comunidad de Extremadura. *Enferm Intensiva*. 2011;22:138-43.

2. Navarrete Navarro P, Pino Sánchez F, Rodríguez Romero R, Murillo Cabezas F, Jiménez Hernández MD. Manejo inicial del ictus agudo isquémico. *Med Intensiva*. 2008;32:431-43.
3. Alvarez-Sabín J, Ribó M, Masjuan J, Tejada JR, Quintana M. en nombre de los investigadores del estudio PRACTIC. Importancia de una atención neurológica especializada en el manejo intrahospitalario de pacientes con ictus. *Neurología*. 2011;26:510-7.
4. Escudero D, Molina R, Viña L, Rodríguez P, Marqués L, Fernández E, et al. Tratamiento endovascular y trombolisis intraarterial en el ictus isquémico agudo. *Med Intensiva*. 2010;34:370-8.
5. Murillo Cabezas F, Rodríguez Zarallo A, Muñoz Sánchez MA, Flores Cordero JF. Trombolisis intraarterial e intravenosa en el ictus isquémico agudo. *Tiempo es cerebro*. *Med Intensiva*. 2011;35:61-2.

F. Guerrero López* e I. Leyva Vigil

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos Neuro-Traumatológicos, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: fguerrerolopez@gmail.com, francisco.guerrero.lopez.sspa@juntadeandalucia.es (F. Guerrero López).

doi:10.1016/j.enfi.2012.01.005

Respuesta a: Atención al ictus, conclusiones basadas en resultados

Response to: stroke care. conclusions based on results

Agradecemos el interés que nuestro artículo ha suscitado a Guerrero y Leyva. Aunque resaltan que el objetivo de su carta es «contribuir a la formación en metodología» de la investigación, resulta claro que su verdadero interés no es cuestionar como hemos llegado a una conclusión sino la conclusión en sí.

Que los pacientes con un ictus tienen mayores probabilidades de sobrevivir, volver a casa o ser independientes si reciben cuidados en una Unidad de Ictus (UI) y que este tipo de intervención beneficia a la mayor parte de estos es un hecho incuestionable avalado con una evidencia de nivel 1a¹.

Que los beneficios absolutos que se obtienen justifican la reorganización de los servicios sanitarios para garantizar que los pacientes con un ictus sean cuidados en estas estructuras, es una recomendación que se deriva de dicha evidencia².

Que en España, como en la mayoría de países europeos las UI se integran dentro de los servicios de neurología es un hecho, como lo es que gracias al esfuerzo de estos especialistas³, se apeló a los proveedores de servicios sanitarios de su necesidad y que liderados por un neurólogo, la colaboración de expertos procedentes de, entre otras sociedades científicas, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias o la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, se materializó hace 3 años la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud⁴; una de cuyas líneas estratégicas, la que se refiere a la «atención en fase aguda al paciente con ictus» establece como objetivo que «las zonas básicas (de salud) dispondrán de una UI de referencia. . .».

En nuestra UI se siguen protocolos de actuación que incluyen criterios de ingreso que se basan en las recomendaciones científicas y en la evidencia de optimización de recursos⁵.

No cabe duda de la importancia de la terapia fibrinolítica en el ictus isquémico. Aprobada inicialmente para su

administración dentro de las 3 primeras horas tras el inicio del ictus, la publicación de distintos estudios proporcionaron la evidencia suficiente para recomendar la ampliación del tiempo de tratamiento con rt-PA hasta las 4,5 horas. No hemos querido entrar en este aspecto pues nuestra experiencia ha sido objeto de un artículo original aceptado para su publicación en *Revista de Neurología*. Baste decir que entre junio de 2007 y diciembre de 2010 se administró este tratamiento al 11,83% de nuestros pacientes con ictus isquémico, cifra más que respetable teniendo en cuenta nuestros recursos organizativos y la dispersión geográfica de nuestra zona de influencia. Lamentablemente, aún no tenemos experiencia en el tratamiento endovascular.

En conclusión, aceptando las limitaciones metodológicas de nuestro estudio, el mensaje «para llevarse a casa» es claro y contundente: las UI constituyen el modelo organizativo más eficaz para el cuidado del paciente con un ictus con independencia de su edad, sexo, gravedad y tipo de ictus. Nuestro sistema sanitario ha aceptado este modelo porque los pacientes con un ictus necesitan ser ingresados en una UI.

A pesar de todo, seguirán existiendo profesionales que, por intereses inconfesables, consideren este mensaje un «precepto de fe». Nuestro consejo es que se lo hagan mirar y que la próxima vez que se publique una revisión Cochrane sobre las UI, remitan al editor sus diatribas. No garantizamos que reciban una respuesta.

Es hora de decantarnos por Fuenteovejuna y olvidarnos de El perro del hortelano.

Bibliografía

1. Govan L, Weir CJ, Langhorne P. Organized inpatient (stroke unit care) for the Stroke Unit Trialists' Collaboration. *Stroke*. 2008;39:2402-3.
2. Indredavik B. Stroke Unit Care Is Beneficial Both for the Patient and for the Health Service and Should Be Widely Implemented. *Stroke*. 2009;40:1-2.
3. Álvarez Sabín J, Alonso de Leciñana M, Gállego J, Gil Peralta A, Casado I, Castillo J, et al., Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Plan de atención sanitaria al ictus. *Neurología*. 2006;21:717-26.
4. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Consumo 2008.