

Tratamiento trombolítico del ictus isquémico agudo en un centro sin experiencia previa (réplica)

Sr. Director:

Agradecemos los comentarios de Ruiz-Ruiz acerca de nuestro trabajo sobre el tratamiento trombolítico del ictus agudo¹. Efectivamente el porcentaje de pacientes que se benefician de este tratamiento es limitado por las diversas razones ya expuestas. Y por ello afirmamos que es necesario, dada la elevada incidencia del ictus isquémico en España, aumentar el número de pacientes que pueden optar a un tratamiento eficaz como es éste, y para ello se debe actuar en todos los escalones en la atención al paciente. Ello implica mejorar la información de la población en riesgo, organizar sistemas eficaces de atención y transporte extrahospitalarios y aumentar el número de hospitales preparados para poder realizar trombólisis en el ictus agudo de un modo seguro y eficaz. Con este fin, debe favorecerse la formación específica de los especialistas implicados y la organización intrahospitalaria para mejorar el proceso de diagnóstico urgente y acortar los tiempos de atención y decisión de tratamiento.

El tratamiento trombolítico sólo es beneficioso cuando se administra en unas condiciones especiales, tal como demostró el estudio NINDS² y tal como sugieren los datos preliminares del registro SITS-MOST³. En otras circunstancias en las que puede aumentar el incumplimiento del protocolo, tales como su aplicación por profesionales sin formación específica o con escasa experiencia, puede ser contraproducente⁴. El tratamiento trombolítico implica una indicación cuidadosa tras realizar la evaluación precisa del paciente para adecuar el balance beneficio/riesgo, y ello supone la necesidad de un diagnóstico específico que incluye la cuantificación del déficit, con una buena historia clínica y exploración neurológica, así como una correcta interpretación de las imágenes de la tomografía computarizada (TC) craneal. Es cierto que en muchos hospitales españoles desgraciadamente no existen neurólogos de guardia, pero son escasísimos los que cuentan con neurorradiólogo de guardia o de personal suficientemente entrenado en la interpretación de la TC craneal. La disponibilidad de TC en los hospitales españoles es imprescindible para aplicar trombólisis, pero también lo es la adecuada interpretación de sus imágenes. La comparación con el tratamiento trombolítico del infarto agudo de miocardio (IAM) no es aplicable dado que la interpretación clínica y electrocardiográfica es mucho más sencilla y el balance beneficio/riesgo más amplio, y, a diferencia de lo que ocurre en el ictus, existen estudios que han demostrado que puede ser aplicado por otros profesionales no cardiólogos. Por otra parte, el manejo del paciente con ictus va mucho más allá de la administración de trombolíticos, y, en cualquier caso, con posterioridad a la administración del activador tisular del plasminógeno recombinante (rt-PA) el paciente con ictus requiere una serie de

cuidados neurológicos y está sujeto a una serie de potenciales complicaciones cuyo tratamiento debe garantizar el centro donde se haya administrado. Nuestro trabajo no supone introducir una limitación al tratamiento; por el contrario, demuestra que cuando se sigue un programa de formación específico en trombolisis por neurólogos expertos junto a un grupo multidisciplinar, el tratamiento es seguro y eficaz a pesar de no haber tenido experiencia previa. No afirmamos que otras especialidades no puedan tener una formación específica para la selección y tratamiento de estos pacientes, sino que esta formación es necesaria. Hasta la fecha, en España, el tratamiento trombolítico en la práctica clínica sólo ha demostrado eficacia y seguridad cuando es aplicado por neurólogos en ciertas condiciones y siguiendo protocolos estrictos. Que en otras circunstancias el tratamiento obtenga los mismos resultados está por demostrar. La realidad española, hoy en día, hace que los pacientes que acuden a centros donde no haya neurólogos de guardia no puedan beneficiarse de este tratamiento. Para lograrlo, los profesionales de estos centros deberán realizar el esfuerzo de desarrollar programas de formación y protocolos conjuntos de atención a los pacientes con ictus. El ictus es una enfermedad neurológica y puesto que el neurólogo es el médico especialista que diagnostica y trata las enfermedades neurológicas, parece lógico pensar que sea él quien coordine estos programas. El evidente beneficio de este tratamiento debería servir para que las administraciones

sanitarias hicieran el esfuerzo de dotar con neurólogos de guardia y unidades de ictus, que han demostrado un claro beneficio para la mayoría de los pacientes con ictus agudo, al mayor número posible de hospitales españoles y, donde esto no sea factible, organizar sistemas de atención que aseguren la disponibilidad de equipos multidisciplinarios, de manera que la administración del rt-PA y el resto de medidas de atención al ictus sean seguros y eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

1. Masjuan J, Alonso de Leciñana, García-Barragán N, Zarza B, Díaz-Sánchez M, Martínez-Castrillo JC, et al. Tratamiento trombolítico del ictus isquémico agudo en un centro sin experiencia previa. Desarrollo de la organización interna y primeros resultados. *Rev Clin Esp.* 2006;206:485-90.
2. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med.* 1995;333:1581-7.
3. Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke: a Multinational Multicentre Monitoring Study of Safety and Efficacy of Thrombolysis in Stroke. Disponible en: <http://www.acutestroke.org>
4. Graham GD. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke in clinical practice. A meta-analysis of safety data. *Stroke.* 2003;34:2847-50.

J. Masjuan Vallejo, M. Alonso de Leciñana Cases,
N. García Barragán y M. Díaz Sánchez
Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.