

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 intra-hospitalario 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.

5. Terent A, Asplud K, Farahmand B, Henriksson KM, Norrving B, Stegmayr B, et al. Stroke unit care revisited: who benefits the most? A cohort study of 105.043 patients in Risk-Stroke, the Swedish stroke register. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009;80:881-7.

F. López Espuela*, M.A. Jiménez Gracia, E. Luengo Morales, A. Blanco Gazapo, J. Márquez Caballero, S. Bravo Fernández y J.C. Portilla Cuenca

Departamento de Neurología y Unidad de Ictus, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fidel.lopez.es@gmail.com

(F. López Espuela).

doi:10.1016/j.enfi.2012.02.001