

Reflexiones sobre el plan de atención al ictus en la Comunidad de Madrid



Reflections on the stroke care plan for the Region of Madrid

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el reciente documento consenso publicado sobre el tratamiento intravascular en el ictus isquémico agudo dentro del Plan de Atención al Ictus en la Comunidad de Madrid, donde se introduce un nuevo protocolo de actuación ante un código ictus (CI) en las urgencias hospitalarias y extrahospitalarias al incluir una nueva alternativa terapéutica que probablemente se va a ir implantando en la práctica clínica diaria¹.

La principal novedad es la posible inclusión de pacientes con más de 4,5 h de evolución, activando por tanto el CI en todos los pacientes con ictus agudo de menos de 8 h de evolución¹. Las principales limitaciones de este novedoso tratamiento, al igual que la trombólisis sistémica por vía intravenosa, sigue siendo la ventana terapéutica, pero además surge el importante condicionante de la necesidad de disponer de una sala de intervencionismo vascular. Esta dotación con carácter urgente es limitada a un reducido número de centros hospitalarios, lo que obliga a una reorganización en la atención hospitalaria en la Comunidad de Madrid para poder ofertar dicho tratamiento a toda la población. Por tanto, este hecho supone la necesidad de un segundo traslado interhospitalario en caso de no existir el procedimiento indicado en el primer centro. Según nuestra experiencia en uno de los servicios de emergencias médicas de la Comunidad de Madrid, SUMMA, entre enero y octubre del 2013 se atendieron 739 pacientes con un ictus agudo y activación de CI, que generaron 198 (26,8%) traslados interhospitalarios. El retraso en el tratamiento de estos pacientes trasladados tuvo una mediana de aproximadamente 40 min (RIC 27–48). Por otro lado, la experiencia previa de la implantación del CI en las urgencias hospitalarias y extrahospitalarias ha mostrado ciertas situaciones donde su incorporación no ha mejorado los resultados debido a múltiples factores, entre los que se incluye el tiempo de llegada al centro de referencia del tratamiento definitivo².

Por ello sería de gran interés, teniendo en cuenta los datos expuestos y que la coordinación entre niveles asistenciales, profesionales e instituciones no siempre es fácil^{3,4}, que además de potenciar la formación de la sociedad y los profesionales sanitarios implicados en la atención inicial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales^{5,6},

hacer un esfuerzo extra por intentar definir desde el momento inicial de la atención y, sobre todo, teniendo en cuenta la urgencia extrahospitalaria, el paciente potencialmente candidato a tratamiento intravascular con el fin de evitar un posible segundo traslado interhospitalario al centro de referencia de guardia, hecho, por otra parte, que reduciría el tiempo de demora del tratamiento definitivo y evitaría reducir el número de pacientes potencialmente candidatos debidos a la ventana de tiempo de inclusión.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Alonso de Leciñana M, Diaz-Guzman J, Egido JA, Garcia Pastor A, Martinez-Sánchez P, Vivancos J, et al. Tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo. Plan de atención al ictus en la comunidad de Madrid. *Neurología*. 2013;28:425–34.
2. Gómez-Angelats E, Bragulat E, Obach Baurier V, Gómez-Choco M, Sánchez M, Miró O. Resultados alcanzados con la puesta en marcha del circuito Código Ictus en un gran hospital: papel de urgencias y análisis de la curva de aprendizaje. *Emergencias*. 2009;21:105–13.
3. Castejón de la Encina E, Muñoz Mendoza CL. Enfermería de urgencias (4). Enfermería en los códigos de activación: efectividad en la incertidumbre. *Emergencias*. 2013;25:71–3.
4. Jiménez Fábrega X, Espila JL, Gallardo Mena J. Códigos de activación: pasado, presente y futuro en España. *Emergencias*. 2011;23:311–8.
5. Diaz Tejedor E, Fuente B. Situación asistencial de ictus en España. ¿que tenemos?¿que nos falta? *Neurología*. 2011;26:445–8.
6. Sánchez M, Asenjo M, Gómez E, Zabalegui A, Brugada J. Reorganización asistencial de un área de urgencias en niveles de urgencia: impacto sobre la efectividad y la calidad. *Emergencias*. 2013;25:85–91.

A. Mateos Rodríguez^{a,*}, F.J. Martín-Sánchez^{b,c} y P. Villarroya González-Elipe^{b,c}

^a Servicio de Urgencias Médicas de Madrid SUMMA112

^b Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^c Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alonso.mateos@salud.madrid.org (A. Mateos Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.01.011>