

- Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:767–74.
8. Carnero Pardo C, Cruz Orduña I, Espejo Martínez I, Cárdenas Viedma S, Torrero García P, Olazarán Rodríguez J. Efectividad del Mini-Mental en la detección del deterioro cognitivo en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2013;45:426–33.
 9. Kabir ZN, Herlitz A. The Bangla adaptation of Mini-Mental State Examination (BAMSE): An instrument to assess cognitive function in illiterate and literate individuals. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15:441–50.
 10. Castilla JR, López-Arrieta J, Bermejo-Pareja F, Sanchez-Sanchez F, Trincado R. Instrumental activities of daily living in the screening of dementia in population studies: A systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22:829–36.
 11. Bermejo F, Gabriel R, Vega S, Morales JM, Rocca WA, Anderson DW, Neurological Disorders in Central Spain (NEDICES) Study Group. Problems and issues with door-to-door, two-phase surveys: An illustration from central Spain. *Neuroepidemiology*. 2001;20:225–31.
 12. Mitchell AJ. A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *J Psychiatr Res*. 2009;43:411–31.
 13. Carnero-Pardo C, Espejo-Martínez B, López-Alcalde S, Espinosa-García M, Saez-Zea C, Vilchez-Carrillo R, et al. Effectiveness and costs of phototest in dementia and cognitive impairment screening. *BMC Neurol*. 2011;11:92.
 14. Carnero-Pardo C, Cruz-Orduña I, Espejo-Martínez B, Martos-Aparicio C, López-Alcalde S, Olazarán J. Utility of the mini-cog for detection of cognitive impairment in primary care: Data from two Spanish studies. *Int J Alzheimers Dis*. 2013;2013:285462.
- J. Olazarán Rodríguez^{a,b,*} y F. Bermejo Pareja^{c,d,e}
- ^a *Servicio de Neurología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*
^b *Unidad de Investigación, Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España*
^c *Servicio de Neurología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*
^d *Ciberned 5 (Enfermedades Neurodegenerativas), Madrid, España*
^e *Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España*
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: jolazaran@fundacioncien.es
 (J. Olazarán Rodríguez).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.03.011>

Reflexiones sobre el tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo. Plan de atención al ictus en la Comunidad de Madrid



Reflections on endovascular treatment for ischaemic stroke. A stroke care plan for the Region of Madrid

Sr. Editor:

Agradecemos el interés mostrado por nuestro estudio en la carta «Reflexiones sobre el tratamiento intravascular en el ictus isquémico agudo. Plan de Atención al Ictus en la Comunidad de Madrid», en la que se sugiere la posibilidad de establecer criterios que permitan definir desde el momento inicial qué pacientes con ictus pueden ser candidatos a tratamiento endovascular, con el fin de remitirlos directamente al centro de guardia, evitando traslados interhospitalarios.

Estamos de acuerdo en que la identificación fiable de dichos pacientes contribuiría a reducir el retraso hasta el tratamiento. Sin embargo, consideramos que, hoy en día, el sistema organizativo planteado consigue un adecuado balance entre optimización de recursos y eficacia¹⁻³.

En primer lugar, es preciso que cualquier paciente con ictus, y especialmente aquellos potencialmente candidatos

a un tratamiento específico, sea evaluado en un centro con todos los recursos necesarios para llegar a un diagnóstico exacto y a una correcta indicación terapéutica⁴. La atención adecuada por los Servicio de Urgencias Médicas extrahospitalarios es fundamental para estabilizar al paciente y conseguir que llegue lo más rápidamente y en las mejores condiciones posibles al hospital, pero no es posible que estos servicios realicen, con la precisión requerida, una selección para tratamiento intervencionista con los medios de los que disponen. La indicación se fundamenta en criterios estrictos y en su evaluación por expertos y, tras esta, solo un pequeño porcentaje de los pacientes con ictus será candidato a recibir tratamiento endovascular⁵. Remitir a pacientes sin esta evaluación previa a los centros de guardia para aplicar estos tratamientos supondría sobrecargarlos con casos que, en su mayoría, no serían candidatos a este procedimiento, restando eficiencia al sistema. Para mejorar el sistema, se ha incorporado la figura del «Neurólogo gestor del caso» en la actualización del 2014 del Plan de Atención del Ictus en la Comunidad de Madrid. Esta novedad supone que, en el momento en el que los servicios de emergencias contactan telefónicamente con el neurólogo para comunicarle la activación de un Código Ictus, este puede, si considera que el paciente no es candidato a tratamiento trombolítico por vía intravenosa (iv) pero que sí puede beneficiarse de tratamiento intravascular, contactar con el hospital de guardia de intervencionismo para valorar el traslado inmediato del paciente.

Por otra parte, el tratamiento que hoy en día ha mostrado mayor eficacia en pacientes con ictus isquémico es el cuidado en Unidades de Ictus y la trombólisis iv en casos seleccionados⁴. El Plan de Atención del Ictus en la Comunidad de Madrid asegura el acceso de todos los pacientes que presentan un ictus en nuestra región a estos recursos de

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.01.011>

forma rápida, independientemente del lugar de residencia, mediante la organización de un sistema de Código Ictus con traslado prioritario a las Unidades de Ictus más cercanas. Este sistema se lleva a cabo de forma muy eficaz por los Servicios de Urgencias Médicas extrahospitalarias de Madrid (SUMMA/SAMUR) y ello ha permitido obtener unos resultados excelentes en cuanto a número de pacientes tratados y a evolución favorable. El tratamiento intravascular puede ser una alternativa para algunos pacientes que no son candidatos o no mejoran con el tratamiento estándar, pero no ha demostrado un beneficio claro sobre la trombólisis iv y por ello no es una alternativa que actualmente se pueda generalizar como primera opción terapéutica⁶.

Disminuir demoras hasta la reperfusión en pacientes con ictus isquémico es fundamental para aumentar las probabilidades de recuperación. En la experiencia desde la implantación del «Protocolo de consenso para el tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo» en la Comunidad de Madrid, se ha observado que el tiempo en el que el paciente accede al tratamiento intravascular se ve solo ligeramente incrementado cuando se producen traslados interhospitalarios. Aunque los tiempos se pueden equiparar a las recomendaciones vigentes⁷, seguimos trabajando para mejorar el sistema organizativo en aspectos como la comunicación interhospitalaria, entre otros. En este sentido, estamos implementando nuevos recursos como el Teleictus⁸ y la mencionada figura del «Neurólogo gestor del caso» que, desde el momento en el que se activa el Código Ictus, permiten una mejor selección de los pacientes para administrar el tratamiento más adecuado en el menor tiempo posible y evitar traslados innecesarios.

Financiación

No.

Conflicto de intereses

No.

Bibliografía

1. Alonso de Leciñana M, Díaz-Guzmán J, Egido JA, García Pastor A, Martínez-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. Alonso de Leciñana Cases M, Fuentes Gimeno B, Ximénez-Carrillo A, Cruz-Culebras A, Martínez Sánchez P, Zapata-Weinsberg G,

et al. Resultados de la implementación de un protocolo colaborativo interhospitalario para el tratamiento endovascular del ictus en la Comunidad de Madrid. *Neurología*. 2013;28:36. Resumen.

3. Fuentes Gimeno B, Alonso de Leciñana Cases M, Ximénez-Carrillo A, Martínez Sánchez P, Cruz-Culebras A, Zapata-Weinsberg G, et al. Traslado fútil en un nodo de tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo. ¿Podemos evitarlo? *Neurología*. 2013;28:36. Resumen.
4. Alonso de Leciñana M, Egido JA, Ribó M, Dávalos A, Masjuan J, Caniego JL, et al., Comité ad Hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo. *Neurología*. 2014;29:102–22.
5. Hassan AE, Chaudhry SA, Grigoryan M, Tekle WG, Qureshi AI. National trends in utilization and outcomes of endovascular treatment of acute ischemic stroke patients in the mechanical thrombectomy era. *Stroke*. 2012;43:3012–7.
6. Ciccone A, Valvassori L, Nichelatti M, Sgoifo A, Ponzio M, Sterzi R, et al. Endovascular treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2013;368:904–13.
7. Lazzaro MA, Novakovic RL, Alexandrov AV, Darkhabani Z, Edgell RC, English J, et al. Developing practice recommendations for endovascular revascularization for acute ischemic stroke. *Neurology*. 2012;79:S243–55.
8. Martínez Sánchez P, Alonso de Leciñana Cases M, Miralles Martínez Z, Huertas González N, Martín Martínez A, Correas Callero E, et al. Implantación de un sistema de Teleictus en la Comunidad de Madrid: ¿una alternativa para conseguir la equidad? Datos preliminares del Proyecto Teleictus Madrid. *Neurología*. 2013;28(Espec Congre):59–60.

M. Alonso de Leciñana^a, J. Díaz-Guzmán^b, J.A. Egido^c, A. García Pastor^d, P. Martínez-Sánchez^e, J. Vivancos^f y E. Díez-Tejedor^{e,*}, en nombre del Comité ad hoc del Foro de Ictus de la Asociación Madrileña de Neurología

^a Unidad de Ictus, Servicio de Neurología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Unidad de Ictus, Servicio de Neurología, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España

^c Unidad de Ictus, Servicio de Neurología, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

^d Unidad de Ictus, Servicio de Neurología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^e Servicio de Neurología y Centro de Ictus, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^f Unidad de Ictus, Servicio de Neurología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: exuperio.diez@salud.madrid.org (E. Díez-Tejedor).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.02.009>