Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):298

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EV-033 - 'CÓDIGO ICTUS' ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

P. González Bores[1], M. Acha Salazar[2], R. Tejido García[2], F. Novo Robledo[2], E. Palacio Portilla[3], D. García Sánchez[2], E. Pérez-Llantada Amunarriz[2] y C. Alemán Llansó[4]

[1]Medicina Interna, [2]Unidad de Alta Resolución Hospitalaria, [3]Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). [4]Medicina Interna. Hospital Universitari General Vall d&#39Hebron. Barcelona.

Resumen

Objetivos: El ictus es una emergencia médica que precisa tratamiento urgente. Es una de las tres primeras causas de muerte en nuestro país. Nuestro objetivo es evaluar las actuaciones en la atención a los pacientes con ictus en nuestro medio e identificar puntos de mejora.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de casos de activación de “Código ictus” entre enero 2009 y marzo 2015 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Se evaluaron los intervalos de tiempo de actuación, los medios de llegada al hospital, las técnicas diagnósticas, las terapias de recanalización elegidas y el tipo de hospitalización de los pacientes.

Resultados: Se activó el CI en 3.265 ocasiones. La edad media de los pacientes fue 69,4 años. El 56,6% de los pacientes fueron varones y el 43,4% mujeres. La mayoría de los CI se activaron en el Servicio de Urgencias (42,4%), seguido del 061 (23,1%) y los activados en otro hospital de la región (17,9%). Respecto a los medios de llegada a Urgencias, un 43,7% de los pacientes fueron traídos a Urgencias por el 061, el 33,4% en ambulancia convencional y un 22,9% llegaron al hospital por medios propios. Era conocida la hora de inicio de los síntomas en el 68,2%, un 18% fueron Ictus del despertar y en un 13,8% no se conocía la hora de inicio. Los tiempos de actuación en min (mediana; rango intercuartílico) fueron: tiempo inicio de los síntomas- puerta 83 minutos (47-151 min), tiempo puerta-valoración por Neurología 4 minutos (1-16 min), tiempo activación del CI- valoración por Neurología de 8,5 minutos. El tiempo puerta-TAC fue de 31 minutos (22-52 min). El tiempo inicio de los síntomas-aguja 145 minutos (107-204). Se realizó TC basal en el 98% de los casos, TC de perfusión en el 63,7%, AngioTC de TSA en el 60,9%, AngioTC de polígono en el 69,7% y RMN en menos del 1%. Del total de CI activados el 83,2% fueron realmente ACVA y el 16,8% fueron Stroke Mimic. Se realizó fibrinolisis intravenosa en 719 pacientes. El número de fibrinolisis fue mayor cuando se activaba el CI extrahospitalario. La fibrinolisis intraarterial se llevó a cabo en 13 ocasiones. Se realizó trombectomía mecánica en 172 pacientes. En el 57,6% de pacientes se realizó también fibrinolisis iv. En seis pacientes se realizó fibrinolisis intraarterial y trombectomía mecánica. En su mayoría el destino de los pacientes fue la Unidad de Ictus.

Discusión: La recomendación de las guías de práctica clínica es que en los pacientes con ictus isquémico agudo en los que se activa el Código ictus, el tiempo máximo entre su llegada al servicio

de Urgencias y la realización de fibrinolisis iv debería ser de 60 minutos o menos. La mediana del tiempo puerta-aguja en nuestro hospital es de 66 minutos. El tiempo puerta -aguja es mejor y cumple con el objetivo marcado por las guías cuando el CI se activa extrahospitalariamente (mediana de 60 minutos). El tiempo entre su llegada a Urgencias y la valoración por el equipo de neurovascular se recomienda que sea inferior a 15 minutos. Este tiempo también es más favorable cuando el CI se activa extrahospitalariamente, fundamentalmente si el Sistema de Emergencias del 061 es el encargado de activar y trasladar al paciente en ambulancia medicalizada.

Conclusiones: Es un proceso tiempo-dependiente por lo que es fundamental la rapidez de la detección y la actuación de los servicios de emergencia y que el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el tratamiento sea lo más breve posible. La activación del CI extrahospitalario aumenta el número de pacientes tratados con trombolisis. Tanto el tiempo puerta-TAC como el tiempo puerta-aguja son mejorables. Son necesarios cambios con el objetivo de minimizar estos tiempos y mejorar los indicadores.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.