

URGENCIA SELECTIVA ANTE ICTUS AGUDO

Autor

Dr. Jesús Pérez Nellar

Servicio

Neurología

INTRODUCCIÓN

La cadena asistencial del ictus, abarca el proceso de atención urgente, desde la aparición de los síntomas, pasando por los servicios de urgencia extra hospitalarios, la atención en el hospital y la continuidad del tratamiento, después de terminada la fase aguda de la enfermedad. Para lograr eficacia y eficiencia, se precisa un alto grado de organización y coordinación entre los diferentes pasos asistenciales, si uno de los eslabones de esta cadena funciona mal, generalmente habrá repercusión sobre el resto del proceso y en la situación final del enfermo.

En la cadena asistencial del ictus, es fundamental establecer mecanismos que faciliten una interconexión precisa entre los servicios médicos del área de salud y el hospital. El código ictus, concebido para esta finalidad, es un sistema de alerta que se activa para la atención y traslado rápido a los hospitales de pacientes susceptibles de beneficiarse de tratamientos específicos, como la trombólisis, durante las primeras horas del inicio de los síntomas. Este sistema permite que de forma simultánea se realicen los cuidados iniciales, el traslado del paciente y la preparación para su atención hospitalaria. En la Figura 1 aparece el esquema de una propuesta de código de ictus para nuestro centro

Procedencia de los pacientes

La mayoría de los pacientes procederán de las áreas de salud de Centro Habana y Habana Vieja. Esta región tiene una población de alrededor de 250 000 habitantes, para una incidencia de 200 ictus X 100 000 habitantes, deben ocurrir 500 casos nuevos al año, es decir unos 10 casos semanales. En la atención de estos casos deben participar también otros centros, como el Hospital Freyre Andrade y posiblemente el Calixto García. (Ver Tabla 1)

Tabla 1. Estimado de incidencia de ictus en el territorio.

| <i>Municipio</i> | <i>Población</i> | <i>Nº ictus/año</i> |
|------------------|------------------|---------------------|
| Habana Vieja | 100 000 | 200 |
| Centro Habana | 150 000 | 300 |

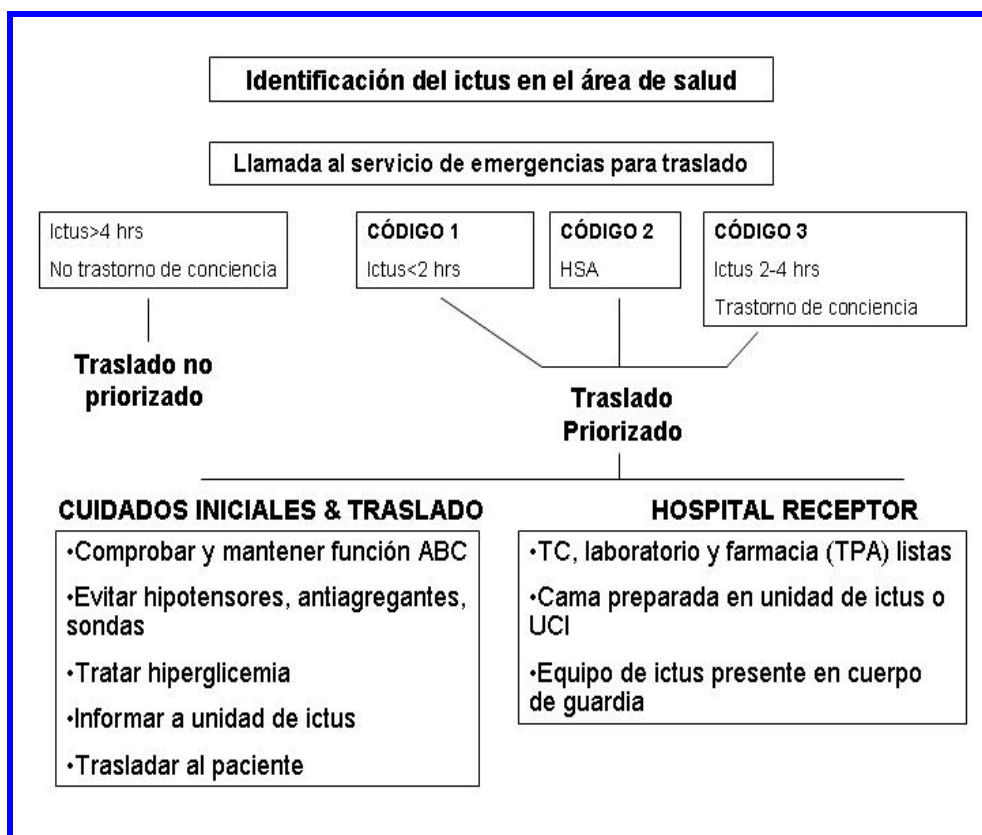


Figura 1: Esquema de un sistema de código de ictus.

Capacidad creada en el Hospital Hermanos Ameijeiras

La frecuencia de ictus atendidos en el hospital (cifras históricas) oscila alrededor de los 200 casos. La estructura que tendremos, con 4 camas de unidad de ictus agudo y 8 camas de drenaje, permitiría, manteniendo una cama vacía y una estadía media de 4 días en la unidad de ictus y de 10 días en las camas de drenaje, atender más de 250 casos, es decir al 50 % de la incidencia esperada para el territorio.

Tabla 2. Número de pacientes que se atenderían en la unidad de ictus agudo, según la estadía y el índice ocupacional.

| <i>Estadía (media)</i> | <i>4 camas (IO: 100 %)</i> | <i>3 camas (IO: 75 %)</i> |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 3 días | 486 | 365 |
| 4 días | 365 | 273 |
| 5 días | 292 | 219 |

IO: Índice ocupacional

Tabla 3. Pacientes que se atenderían en las camas de drenaje según la estadía

| <i>Estadía (media)</i> | <i>8 camas</i> |
|------------------------|----------------|
| 7 días | 417 |
| 10 días | 292 |
| 15 días | 194 |

Por las facilidades tecnológicas con que cuenta nuestro centro, es recomendable que se trasladen preferentemente aquellos casos que tengan criterio de remisión priorizada, según el código establecido en la Figura 1.

Identificación del ictus en el área de salud

Los casos con ictus agudo serán identificados, generalmente, en el cuerpo de guardia de los Policlínicos del territorio o por el servicio de emergencia médica (SIUM). Deben clasificarse los casos en una de las siguientes categorías, que serán trasladadas al hospital con ese orden de prioridad:

| Prioridad para el traslado hacia el HHA |
|--|
| • Código 1: Ictus de menos de 2 horas de evolución. |
| • Código 2: Hemorragia sub aracnoidea. |
| • Código 3: Ictus entre 2 y 4 horas de evolución. |
| • Ictus sin código priorizado. |

Traslado

El traslado debe realizarse con prontitud, preferentemente por el SIUM. Las medidas a seguir por parte del personal médico durante el traslado han de ser las siguientes:

- Mantener el ABC (vía aérea permeable, respiración y circulación).
- ECG de 12 derivaciones y mantenimiento de la monitorización durante el traslado, si es posible.
- Canalización de vía venosa periférica. Evitar punciones arteriales y vías centrales.
- Evitar colocar sonda naso gástrica y vesical.
- No se administrarán sueros glucosados, excepto en situación de hipoglucemia.
- No administrar aspirina ni otra droga antiagregante o anticoagulante.
- No tratar las cifras de presión arterial elevada, con excepción de la coexistencia de signos de insuficiencia cardíaca, angina de pecho, encefalopatía hipertensiva o si presión arterial es superior a 220/120 mm Hg.
- Tratar la hipertermia superior a 37,5° C.
- Ponerse en contacto con el Hospital (Centro de Recepción de Ingresos) mediante teléfono, informando de la llegada de un *código ictus* y de su estado clínico.

Activación del Equipo de Ictus del Hospital

El especialista de guardia en el centro de recepción de ingresos será el encargado de activar el código de atención hospitalaria, desde el momento en que recibe la comunicación del centro remitente, o en caso de no haberse recibido comunicación previa desde la llegada del caso. Una vez avisados, los equipos de atención de ictus, deben presentarse físicamente en el centro de recepción de ingresos y aplicar los protocolos específicos para la atención del ictus agudo, con la activación de los servicios de atención aguda, fundamentalmente la TAC, laboratorio, farmacia y la preparación de la cama donde se hospitalizará el paciente. El médico del centro de recepción de ingresos debe garantizar el mantenimiento de las funciones ABC mientras el caso se encuentre en esa unidad. El médico del equipo encargado de la atención del enfermo debe acompañarlo en su traslado desde el centro de recepción de ingresos hasta su ubicación final.

Tabla 4. Activación del equipo de atención hospitalario

| Código | Avisar a | Protocolos |
|--------------------------------------|-------------------------|--|
| 1 (ictus < 2 h) | Unidad de ictus | Atención del ictus agudo. Trombólisis endovenosa. |
| 2 (HSA) | Guardia de neurocirugía | Manejo de la HSA. |
| 3 (ictus 2-4 h) | Unidad de ictus | Atención del ictus agudo. |
| Depresión de conciencia/respiratoria | UCI y UCIM | Cuidados neurointensivos |
| Ictus > 4 H | Guardia de Neurología | Atención del ictus agudo. |

HSA = Hemorragia sub aracnoidea
Intermedios

UCI = U. Cuidados Intensivos

UCIM = U. Cuidados

EVALUACIÓN Y CONTROL

El equipo de ictus mantendrá un registro continuo de las siguientes variables para evaluar el funcionamiento de la cadena de atención pre hospitalario y hospitalario.

- Tiempo síntoma - puerta
- Tiempo puerta -TAC
- Por ciento de ictus isquémicos beneficiados de trombólisis.
- Por ciento de HSA tratadas de forma quirúrgica o endovascular en los primeros 7 días.
- Procedencia y modo de traslado de los enfermos.