

“Código Ictus: Funcionamiento de los 2 primeros años en la Región Sanitaria de Girona”

M. Puigdemont, J. Pujiula, R. Suñer, V. Cruz, N. Baró, G. Hortal, M. Castellanos*, J. Serena*
 Diplomados Universitarios de Enfermería. * Adjuntos de Neurología. Servicio de Neurología del Hospital Dr. Josep Trueta de Girona.

Desde hace ya algunos años se ha demostrado que la detección inmediata de los primeros síntomas, el traslado urgente y la atención especializada en el ictus es fundamental para el paciente.

Aunque esta atención especializada mejora día tras día, varios estudios han observado que el nivel de información sobre los síntomas del ictus y factores de riesgo vascular es insuficiente.

El sistema sanitario aún no está lo suficientemente estructurado para el traslado urgente de un paciente al hospital sin pérdida de tiempo. En algunas regiones, como la nuestra se ha puesto en marcha un sistema llamado “Código Ictus”, que permite identificar, notificar y trasladar, de forma urgente, a los pacientes con ictus agudo al centro hospitalario de referencia.

Objetivo

Estudiar la implantación y el funcionamiento del Código Ictus en la Región Sanitaria de Girona durante los 2 primeros años de funcionamiento.

Material y métodos

Estudio prospectivo de todos los pacientes con Código Ictus (CI) activado desde su inicio en junio de 2002 hasta junio de 2004.

Establecimos como criterios de activación de CI: edad < 80 años, inicio de los síntomas < 6h, detección de síntomas neurológicos mediante la Escala de Cincinnati, independencia funcional previa con una escala de Rankin modificada < 2. Se excluyeron pacientes intubados o en estado de coma, con crisis epilépticas y/o tratamiento con anticoagulantes orales.

Hemos estudiado la procedencia de los pacientes, las características del traslado, el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al centro de referencia, diagnóstico, tratamiento y destino desde el servicio de urgencias.

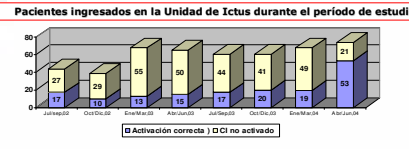
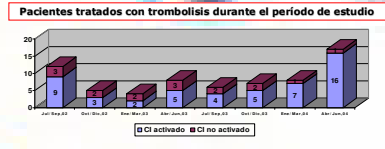
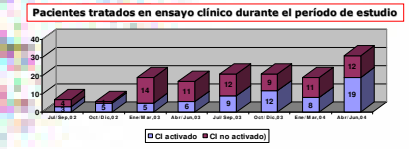
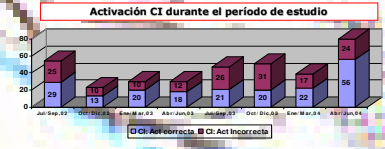
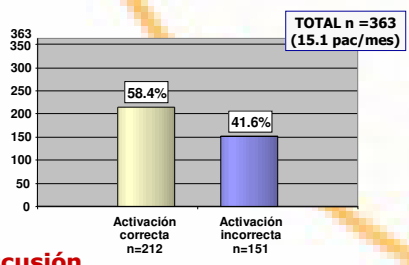
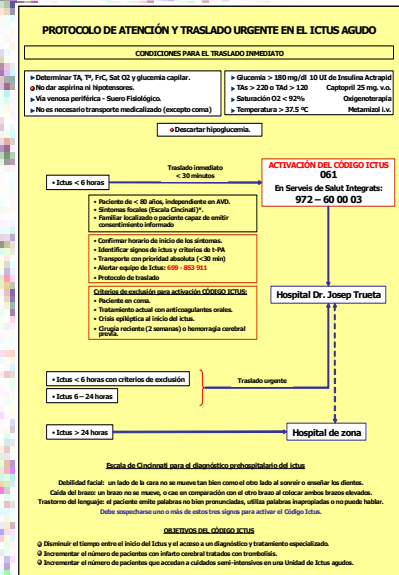
Resultados

Desde el 1 de junio de 2002 hasta 30 de junio de 2004, se activó el CI 363 veces, pero sólo 212 pacientes (58.4%) cumplían criterios de activación del CI. Las causas más frecuentes de mal funcionamiento del CI han sido por una parte la llegada del paciente a urgencias fuera de la ventana terapéutica, el 12.9% de los pacientes presentaban más de 6 horas de evolución de los síntomas. Por otra parte el diagnóstico final no fue de ictus en el 12.1% de los pacientes. Además, solamente en 129 casos (35.5%) se evaluó la Escala de Cincinnati para la valoración del déficit neurológico.

Los hospitales comarcales fueron los que activaron más veces el CI (en 138 ocasiones). En su mayoría, los pacientes fueron trasladados en ambulancia convencional al hospital (68.2%).

La media de tiempo de demora entre el inicio de los síntomas y la llegada al hospital fue de 263 minutos (más de 4 horas de media).

Durante este período de estudio se trataron con trombolisis 51 pacientes, el 14% de los pacientes en que fue activado el CI, 70 pacientes se incluyeron en un ensayo clínico (19.3%) y 202 cumplían criterios de ingreso en la Unidad de Ictus (55.67%).



Discusión

Es necesario seguir incrementando la educación sanitaria en la población general para la detección precoz de esta enfermedad.

A pesar de que con la implantación del CI se ha conseguido disminuir el tiempo de traslado de los pacientes al hospital de referencia, debemos seguir trabajando para mejorar aún más estos tiempos, seguir evaluando el seguimiento del CI y con ello aumentar más las posibilidades de tratamiento a estos pacientes.