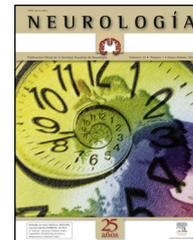




NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



ORIGINAL

El código ictus de Asturias



L. Benavente^{a,*}, M.J. Villanueva^b, P. Vega^c, I. Casado^d, J.A. Vidal^e, B. Castaño^f,
M. Amorín^g, V. de la Vega^h, H. Santosⁱ, A. Trigo^b, M.B. Gómez^b, D. Larrosa^a,
T. Temprano^d, M. González^a, E. Murias^c y S. Calleja^a

^a Servicio de Neurología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^b Servicio de Asistencia Médica Urgente de Asturias, España

^c Servicio de Radiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^d Sección de Neurología, Hospital de Cabueñes, Gijón, España

^e Sección de Neurología, Hospital San Agustín, Avilés, España

^f Sección de Neurología, Hospital Valle del Nalón, Langreo, España

^g Sección de Neurología, Fundación Hospital de Jove, Gijón, España

^h Sección de Neurología, Hospital Álvarez Buylla, Mieres, España

ⁱ Servicio de Medicina Interna, Sección de Neurología, Hospital de Jarrio, Coaña, España

Recibido el 22 de enero de 2015; aceptado el 19 de julio de 2015

Accesible en línea el 26 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Código ictus;
Áreas sanitarias;
Gravedad-tiempo;
Fibrinólisis;
Trombectomía

Resumen

Introducción: La trombólisis intravenosa con alteplasa es un tratamiento efectivo para el ictus isquémico si se aplica dentro de las primeras 4,5 horas, pero al que acceden <15% de los pacientes. La trombectomía mecánica recanaliza más obstrucciones proximales en las grandes arterias, pero necesita una infraestructura que la hace menos disponible.

Métodos: Se detalla la evolución del código ictus en el Principado de Asturias y la adaptación del mismo a los sucesivos recursos para la atención urgente al ictus en la región. Teniendo en cuenta dichos recursos, las circunstancias poblacionales y geográficas de nuestra región, se plantea la reorganización del código ictus buscando la optimización del tiempo y la adecuación a cada paciente.

Resultados: Reparto de las ocho áreas sanitarias de Asturias para derivar los pacientes candidatos a tratamientos de perfusión hacia los dos hospitales donde se dispone de Unidad de Ictus y guardia de Neurología, con posibilidad de aplicar la fibrinólisis IV. Este reparto se realizó en función de la proximidad y la gravedad de los mismos, derivando todos los casos más graves directamente al hospital que dispone de guardia de Neurorradiología Intervencionista. El cribado del paciente se realizó por los Servicios de Emergencias Extrahospitalarias según la escala NIHSS.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lbf.benfer@gmail.com (L. Benavente).

KEYWORDS

Code stroke;
Health district;
Severity-time;
Fibrinolysis;
Thrombectomy

Conclusiones: Las modificaciones en el código ictus de Asturias permiten ofrecer tratamientos recanalizadores con buenos resultados, buscando la equidad y optimizando el manejo del binomio gravedad-tiempo para ofrecer a cada paciente el tratamiento óptimo en el menor plazo de tiempo posible y en condiciones de seguridad.

© 2015 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Code stroke in Asturias**Abstract**

Background: Intravenous thrombolysis with alteplase is an effective treatment for ischaemic stroke when applied during the first 4.5 hours, but less than 15% of patients have access to this technique. Mechanical thrombectomy is more frequently able to recanalise proximal occlusions in large vessels, but the infrastructure it requires makes it even less available.

Methods: We describe the implementation of code stroke in Asturias, as well as the process of adapting various existing resources for urgent stroke care in the region. By considering these resources, and the demographic and geographic circumstances of our region, we examine ways of reorganising the code stroke protocol that would optimise treatment times and provide the most appropriate treatment for each patient.

Results: We distributed the 8 health districts in Asturias so as to permit referral of candidates for reperfusion therapies to either of the 2 hospitals with 24-hour stroke units and on-call neurologists and providing IV fibrinolysis. Hospitals were assigned according to proximity and stroke severity; the most severe cases were immediately referred to the hospital with on-call interventional neurology care. Patient triage was provided by pre-hospital emergency services according to the NIHSS score.

Conclusions: Modifications to code stroke in Asturias have allowed us to apply reperfusion therapies with good results, while emphasising equitable care and managing the severity-time ratio to offer the best and safest treatment for each patient as soon as possible.

© 2015 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El ictus es la causa más frecuente de discapacidad permanente en la edad adulta y una de las primeras causas de muerte en nuestro país y en todo el mundo occidental, ocasionando por ello un enorme sufrimiento personal y un ingente coste a la sociedad¹. En el caso particular de España, la tasa de incidencia acumulada por 100.000 habitantes de la enfermedad vascular cerebral asciende en la población >24 años a 218 nuevos casos en varones y 127 en mujeres².

La trombólisis intravenosa con activador tisular del plasminógeno es un tratamiento efectivo para el ictus isquémico agudo si se aplica en una ventana terapéutica de 4,5 horas desde el inicio de los síntomas³. Por su parte, la trombectomía mecánica parece ser más eficaz en el caso de pacientes con obstrucciones proximales de grandes arterias, si bien hasta la actualidad no hubo estudios sólidos que permitieran establecer indudablemente su papel³⁻¹⁰. Sea como sea, la eficacia de ambos tratamientos será mayor cuanto antes se apliquen, aun dentro del margen establecido por la ventana terapéutica¹¹.

El código ictus es un sistema de identificación y derivación de pacientes cuyo objetivo es asegurar el acceso a un centro de referencia de patología cerebrovascular a todos los pacientes con ictus agudo en el menor tiempo posible. El sistema requiere una estrecha coordinación dentro de unos límites geográficos definidos entre los servicios

de emergencias médicas, los centros de atención primaria y los hospitales comarcales, y el centro de referencia de ictus, donde es posible ofrecer una atención especializada y tratamientos específicos a dichos pacientes de forma continuada¹².

En determinadas ocasiones los tratamientos dirigidos a conseguir una rápida y eficaz recanalización arterial se basan en técnicas avanzadas de neuroimagen o neurorradiología intervencionista, disponibles únicamente en centros terciarios. Por ello el código ictus debe considerar varios niveles de atención en función de las posibilidades terapéuticas indicadas en cada caso, disponibles en centros de referencia básicos o terciarios¹³.

El establecimiento de sistemas de código ictus ha demostrado ser eficaz, reduciendo el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el acceso a un diagnóstico y tratamiento especializados, y aumentando el número de pacientes atendidos en unidades de ictus, así como tratados con fármacos fibrinolíticos¹⁴.

Recursos asistenciales en Asturias

El Principado de Asturias es una comunidad autónoma uniprovincial que ocupa un área total de 10.603,57 km², en la que habitan 1.068.165 personas (INE 2014). Asturias posee la más alta tasa de mortalidad de España (11,77 por mil) y la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3075655>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3075655>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)