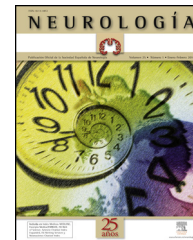




NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



ORIGINAL

DetECCIÓN DE ICTUS INTRAHOSPITALARIO: EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO A PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA[☆]



A. Rodríguez Campello^{a,*}, E. Cuadrado Godia^b, E. Giralt Steinhauer^a,
E. Rodríguez Fernández^a, A. Domínguez^a, G. Romeral^a, E. Muñoz^a y J. Roquer^b

^a Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Unidad de Ictus, Servicio de Neurología, Hospital del Mar, Grupo de investigación Neurovascular, IMIM-Hospital del Mar (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques); Barcelona, España

^b DCEXS, Universitat Pompeu Fabra, Unidad de Ictus, Servicio de Neurología, Hospital del Mar, Grupo de investigación Neurovascular, IMIM-Hospital del Mar (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques), Barcelona, España

Recibido el 11 de marzo de 2014; aceptado el 10 de junio de 2014

Accesible en línea el 13 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Ictus
intra-hospitalario;
Programa de
formación;
Código ictus

Resumen

Introducción: El ictus intra-hospitalario (IIH) es frecuente, pero su atención preferente no está bien establecida en muchos centros hospitalarios. En nuestro centro, como medida de calidad asistencial, se intentó reorganizar la atención al IIH mediante un programa de formación teórica y entrenamiento a profesionales sanitarios no implicados habitualmente en el manejo de pacientes con ictus, para optimizar la detección y el tratamiento del IIH. Se evalúan resultados del programa de formación.

Métodos: Estudio prospectivo longitudinal de intervención. Se elaboró un programa de formación a personal médico y enfermería. Se registró a los pacientes con IIH pre (PRE) y posformación (POST) (6 meses cada grupo) y se evaluaron los datos de incidencia, datos epidemiológicos, motivo de ingreso y servicio, etiología, severidad, tiempo hasta evaluación por Neurología, tratamiento recanalizador (trombólisis intravenosa/intravascular), criterios de exclusión en no tratados y pronóstico (mortalidad/discapacidad) en ambos grupos.

Resultados: Se identificó a 60 pacientes con IIH, con una edad media de $75,3 \pm 12,5$, 41% hombres; 19 PRE/41 POST. Sin diferencias entre grupos en el tiempo de evaluación, el tratamiento o la morbimortalidad. El 68,3% de ellos fueron evaluados en < 4,5 h, de los cuales solo fue posible administrar tratamiento recanalizador en 6 pacientes (10%), debido fundamentalmente a dependencia previa (26%) y comorbilidad (13%).

[☆] Este trabajo ha sido presentado como comunicación oral en la LXV Reunión de la Sociedad Española de Neurología (2013).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 92269@hospitaldelmar.cat (A. Rodríguez Campello).

KEYWORDS

In-hospital stroke;
Training programme;
Stroke code

Conclusiones: El programa de formación realizado permite un mayor número de activaciones de código ictus intrahospitalario. Sin embargo, en el periodo evaluado, esto no se tradujo en mayor porcentaje de pacientes tratados o mejor pronóstico, probablemente debido a la discapacidad previa y comorbilidad elevada en esta serie.

© 2014 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Detecting in-hospital stroke: Assessment of results from a training programme for medical personnel

Abstract

Introduction: In-hospital stroke (IHS) is a frequent event, but its care priority level is not well established in many hospitals. IHS care at our centre has been redefined by implementing a training programme for medical personnel not usually involved in stroke management, in order to optimise IHS detection and treatment. This study evaluates results from the training programme.

Methods: Prospective longitudinal intervention study. Neurologists experienced in vascular diseases developed a training programme for medical personnel. We recorded incidence, epidemiological data, reason for hospitalisation, department, aetiology, severity (NIHSS), time from symptom onset to neurological assessment, use of endovascular thrombolysis, exclusion criteria for untreated patients, and 90-day outcome (mortality/disability) in 2 patient groups: patients experiencing IHS in the 6 months before (PRE) and the 6 months after the training programme (POST).

Results: Sixty patients were included (19 PRE, 41 POST) with a mean age of 75.3 ± 12.5 ; 41% were male. There were no differences between groups regarding assessment time, treatment administered, or morbidity/mortality. Overall, 68.3% of the patients were assessed in < 4.5 hours; however, only 6 patients (10%) were able to undergo endovascular therapy. This situation was mainly due to pre-existing disability (26%) and comorbidity (13%).

Conclusions: More IHS code activations were recorded after the training programme. However, that increase was not accompanied by a higher percentage of treated patients or improvements in patient prognosis during the study period, and these findings could probably be explained by the high rates of pre-existing disability and comorbidity in this series.

© 2014 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las enfermedades vasculares cerebrales representan la tercera causa de muerte en el mundo occidental, la primera causa de discapacidad física en las personas adultas y la segunda de demencia¹. La atención al ictus ha experimentado grandes avances en los últimos años. Se ha demostrado que la atención urgente y especializada es eficaz. Para ello, es necesario identificar precozmente los síntomas, para poder aplicar tratamiento específico en las primeras horas y en pacientes seleccionados². La cadena asistencial del ictus consta de 2 fases: extrahospitalaria e intrahospitalaria³. El código ictus es un sistema de selección y traslado urgente de pacientes, que intenta que el tiempo que se pierde en desplazamientos y exploraciones sea mínimo, para incrementar el número de pacientes con infarto cerebral tratados con trombólisis e incrementar el número de pacientes que acceden a cuidados en una unidad de ictus de agudos⁴.

Entre un 5 y un 15% de todos los ictus suceden en pacientes hospitalizados y se han asociado a peor pronóstico funcional y mayor mortalidad (hasta el 54%). Estos pacientes suelen estudiarse de forma incompleta y no beneficiarse

de tratamiento de revascularización en fase aguda o de cuidados médicos que aporta un ingreso en Unidad de ictus⁵. Estos pacientes deberían ser evaluados más precozmente por el neurólogo que los pacientes extrahospitalarios, ya que el tiempo de retardo en llegar al hospital desaparece. Los pacientes con ictus intrahospitalario (IIH) suelen tener mayor número de contraindicaciones para el tratamiento fibrinolítico sistémico, pero son candidatos potenciales para recibir tratamiento endovascular^{6,7}. Trabajos previos indican que en los ictus intrahospitalarios se observa un mayor retardo en las exploraciones complementarias y en el tiempo de administración del tratamiento fibrinolítico⁸. Esta latencia se explica por el retraso en contactar con el neurólogo y en la realización de exploraciones complementarias (fundamentalmente tomografía computarizada [TC] craneal)⁹. Esto puede deberse a la no percepción de la urgencia y la gravedad del ictus por parte del personal que evalúa al paciente en primer lugar (enfermería) o el facultativo no neurólogo responsable¹⁰. Si el ictus se produce en un paciente ingresado, el personal de hospitalización desconoce en la mayor parte de los casos el circuito a aplicar en el ictus agudo. Además, en muchos casos, la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3075713>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3075713>

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