



# Neurology perspectives



## 18100 - ANÁLISIS DE RESULTADO DE PROCESO Y DE COSTES INDIRECTOS ENTRE LA REALIZACIÓN DE TROMBECTOMÍA EN HORARIO DE OFICINA Y LA DERIVACIÓN A CENTRO TERCIARIO DE TROMBECTOMÍA

García Díaz, A.I.<sup>1</sup>; Mauri Capdevila, G.<sup>1</sup>; Gallego Sánchez, Y.<sup>1</sup>; Salvany Montserrat, S.<sup>2</sup>; Jiménez Fàbrega, F.X.<sup>3</sup>; Freixa Cruz, A.<sup>1</sup>; Paul Arias, M.<sup>1</sup>; Vázquez Justes, D.<sup>1</sup>; Purroy García, F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; <sup>2</sup>Grup de Neurociències IRBLleida. Universitat de Lleida; <sup>3</sup>Servei d'Emergències Clíniques.

### Resumen

**Objetivos:** El desarrollo de estrategias para garantizar la equidad territorial en la administración de trombectomía (TEV) se ha convertido en un auténtico reto. En nuestro centro primario de ictus se ofrece TEV en horario de oficina (de 9 a 14 h de lunes a viernes). Fuera de ese horario, los pacientes son valorados localmente para después ser derivados a un centro terciario de ictus.

**Material y métodos:** Analizamos 70 pacientes tratados con TEV entre mayo de 2021 y mayo de 2022. Valoramos la evolución de los pacientes y realizamos un estudio de resultado de proceso y de costes directos entre los dos circuitos.

**Resultados:** Dieciséis (22,9%) casos que fueron tratados localmente tendieron a ser más añosos: 79,4 (9,8) vs. 73,6 (12,6) años ( $p = 0,093$ ). No hubo diferencias ni en la distribución de los factores de riesgo vascular ni en la gravedad inicial del ictus (NIHSS basal) [13,5 (9,0-21,8) vs. 15,5 (10,0-19,0)] ni en la distribución de subtipos etiológicos de ictus, así como en el nivel de oclusión arterial ni en la mediana de *mismatch* [82,0 (33,0-116,0) vs. 72,5 (42,0-119,0) ml]. El tiempo puerta punción [59,0 (50,0-83,5) vs. 225,0 (192,0-248,0) min;  $p < 0,001$ ] fue significativamente menor en el circuito local, así como la estancia media [6,6 (3,5-9,1) vs. 10,4 (3,5-18,5) días;  $p = 0,151$ ]. Los pacientes derivados tendieron a tener mayor proporción de mortalidad intrahospitalaria: 19,5 vs. 7,7%;  $p = 0,319$ . Los costes directos fueron significativamente menores en el circuito local 12.377,2 vs. 19.503,6 euros ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** El manejo local de la TEV se traduce con mejores resultados de proceso y menores costes directos.