Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):161

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1341 - CÓDIGO ICTUS... DIEZ AÑOS DESPUÉS

M. Sánchez González

Médico de Familia. Servicio de Urgencias de Atención Primaria. Sevilla.

Resumen

Objetivos: Evaluar el manejo del accidente cerebro-vascular agudo (ACVA) en un servicio de urgencias de Atención Primaria (SUAP) urbano, para identificar áreas de mejora, diez años después de implantar el “Código Ictus”.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Población y muestra: ACVAs, registrados por el centro coordinador de urgencias (CCU) de la EPES/061, atendidos por nuestro SUAP, en 5 meses (septiembre-diciembre 2018 y febrero 2019). Variables analizadas: edad, sexo, zona, motivo de consulta, diagnóstico, resolución y activación del "Código Ictus". Análisis:SPSS,v.17.0.

Resultados: Se registraron 339 casos. Media mensual: 67,8. El 58,7% mujeres, 41,3% hombres. Demanda: “Alteraciones neurológicas y/o del nivel de conciencia” (82,9%). Tardan una media de 31 minutos en pasarnos el aviso desde que entra al CCU, hasta que se transmite al equipo movilizable (EM), habiendo rango muy dispar, dependiente fundamentalmente de la hora del evento, (3-189 minutos). En 44,5% se sospechó posible Ictus, sin embargo en 31,3% la sintomatología no parecía clara (catalogada como “inespecífica”) el 6,5%: “enfermedad mal definida” y 6,15%: “mareos”. Diagnóstico: 58,4%se clasificó como "ictus" y el 41,6%"AIT". El 45,4% se quedó en domicilio. El 25,4% se derivó al hospital, en RTU (red de transporte urgente, no medicalizado) y el 26% con EM. El 95% priorizadas como "nivel 2" (urgencias no demorables) por el CCU y solo el 1,2% como "Emergencia". El 97,95% se atendieron por los EM y el 2,1% en puesto fijo. En 5,01% (17 casos) se activó "Código Ictus". En todos ellos, el traslado fue con EM.

Conclusiones: Con los datos crudos facilitados por el registro del CCU se desconocen los motivos de no derivación al hospital, pero probablemente, la calidad de vida previa del paciente o el pronóstico vital, lo desaconsejasen. Aunque, por experiencia profesional, se sabe que la población tiende a sobredimensionar la posibilidad de ictus en la aplicación de la escala Cincinnati (especialmente en el dato de la desviación de la comisura bucal), o confunde una tiritona febril, que resulta muy alarmante, con una crisis comicial, es cierto también que aún hay una población importante que tarda en avisar a los servicios de urgencias, tratándose de una patología tiempo-dependiente. Problemas detectados en este estudio: 1. El alertante tarda demasiado en avisar al CCU; 2. Errores en la codificación diagnóstica y 3. Cuestionario del algoritmo de detección de EPES: deficiente. Oportunidades de mejora: 1. Formación a la población general o publicidad en medios de comunicación sobre signos y síntomas de sospecha del ictus; 2. Revisar los códigos de la tablet que

maneja el SUAP y que lanza datos al CCU. 3. Formación continuada a los teleoperadores del CCU, profesionales del SUAP y de la EPES. 4. Revisión de protocolo telefónico. 5. Hacer reuniones periódicas SUAP-CCU-Hospital, donde se analicen estos datos.

Palabras clave: Código Ictus. ACVA. Urgencias.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.