Radiología. 2016;58(Espec Cong):325

Radiología

0 - SESIÓN TRANSVERSAL. VALORACIÓN CLÍNICA DEL ICTUS

A. de Arce Borda

Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa, España.

Resumen

Objetivo docente: En las dos últimas décadas se ha producido un cambio espectacular en la atención al ictus. Este cambio no solo se debe a la aparición de fármacos más efectivos o de nuevas técnicas quirúrgicas, que también los ha habido, sino a la mejora en las fórmulas de organización y atención sanitaria; es decir, la gestión clínica coordinada por médicos expertos. El Plan sanitario de atención al ictus y la Estrategia en ictus del plan nacional de salud [2], especifican los requisitos que debe cumplir un centro para ser hospital de referencia en el diagnóstico y tratamiento del ictus. Por este motivo, en el tema de valoración clínica voy a bordar estos dos aspectos, el médico gestor y el del neurólogo en la puerta de urgencias y la unidad de ictus con la experiencia adquirida en el Hospital Universitario Donostia (HUD).

Discusión: La valoración del clínico-gestor incluye: 1. La organización del flujo de pacientes, desde el inicio de los síntomas hasta la ubicación definitiva finalizado el tratamiento rehabilitador. En el HUD este flujo se centraliza en la Unidad de Ictus. 2. Coordinación de la actividad multidisciplinaria entre los servicios implicados. Acuerdos entre servicios, implantación de vías clínicas. Código ictus. 3. Procesos de prevención primaria y secundaria. 4. Registro de actividad y valoración de resultados por objetivos en sistema de mejora continua. Base de datos de la SEN “RENISEN”. La valoración del clínico-médico incluye: 1. Diagnóstico diferencial entre ictus y pseudoictus. 2. Diagnóstico topográfico y de gravedad con el uso de escalas validadas como la NIH: SS. 3. Evaluación del paciente respecto a su situación previa al evento agudo y comorbilidad. Escala de Rankin previo al ictus y a los tres meses. 4. Decisión del tratamiento en fase aguda. 5. Manejo con protocolos en la unidad de ictus, prevención de complicaciones. 6. Rehabilitación precoz. La toma de decisiones en fase aguda es difícil, a pesar de los protocolos y guías. Son mayoría los casos que se prestan a opinar y a discutir. El éxito depende del trabajo en equipo., la autoevaluación contínua y la crítica positiva en las sesiones multidisciplinarias para aprender de nuestros éxitos y de nuestros fracasos.

Referencias bibliográficas

Alvarez-Sabín JM, et al. PASI: Plan de Atención sanitaria al ictus, 2008.

S.N.D., Estrategia en ictus del plan nacional de salud, 2008: España. En http://www.semg.es/documentos-semg/consensos/365-estrategias-en-ictus-del-sistema-nacional-de-salud.html

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados