

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

COMUNICACIÓN LARGA

Análisis de Indicadores de Calidad de Proceso en pacientes con Código Ictus

Escalada Pellitero S, De La Torre Espí M, Martín Fernández C, Ecclesia FG, Garriga Ferrer-Bergua L, Vázquez Gómez JA. *Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid.*

Sin conflicto de intereses



INTRODUCCIÓN

- ✓ **Ictus:** entre las 10 causas principales de **muerte** en pediatría
- ✓ **Dificultades ictus pediátrico:**
 - ✓ Ictus verdadero: poco frecuente
 - ✓ “Stroke mimics”: muy frecuentes
- ✓ ICTUS = Emergencia médica
 - ✓ Tratamiento precoz limita el **daño cerebral**
 - ✓ Alrededor del 80% de los supervivientes de un ICTUS presentará **secuelas** neurológicas

Código Ictus Pediátrico

OBJETIVO

Analizar la implementación del Código Ictus (CI) pediátrico de la Comunidad de Madrid en el Servicio de Urgencias de un Hospital Pediátrico sin capacidad de reperusión

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva (1/02/2019-31/12/2019)

Pacientes con activación código ICTUS en el **Servicio de Urgencias**

3 Indicadores de Calidad de Proceso:

- **Adecuación de triaje:** activación de código ictus desde triaje
- **Tiempo puerta-asistencia médica:** 10 minutos (95%)
- **Tiempo puerta-TC craneal:** 20 minutos (95%)



RESULTADOS

Pacientes en los que se activó CÓDIGO ICTUS: 11

- ✓ Edad media: 12 ± 4 años
- ✓ 7 mujeres
- ✓ Llegada al servicio de Urgencias
 - ✓ Servicios médicos extrahospitalarios: 1
 - ✓ Propios medios: 10

RESULTADOS

Definición	Adecuación de Triage (%)
Fórmula de cálculo	Número de pacientes con sospecha de ictus en los que se activa el código ictus desde triaje / número de pacientes con sospecha de ictus en los que se activa el código ictus * 100
Estándar de referencia	95%
Resultado	27% (N=3)

RESULTADOS

Definición	Tiempo Puerta-Asistencia médica (min)
Fórmula de cálculo	Tiempo (minutos) desde la llegada de paciente con posible ictus a admisión hasta la primera evaluación por un médico
Estándar de referencia	95% en 10 minutos
Resultado	36,4% (N=4) Tiempo medio puerta-asistencia médica: 15 ± 8,6 minutos

Desactivación en 1ª asistencia médica de CI: 2 pacientes

- ✓ Tiempo de evolución > 24h
- ✓ AP: Drepanocitosis

RESULTADOS

Definición	Tiempo Puerta-TC (min)
Fórmula cálculo	Tiempo (en minutos) desde la llegada del paciente a admisión hasta la realización de una prueba de imagen cerebral (TAC)
Estándar referencia	95% en 20 min
Resultado	0 Tiempo medio puerta-TC: 48,8 ± 33,3 minutos

Desactivación tras TC de CI: 5 pacientes

- ✓ 4 por Ped NHISS < 6
- ✓ 1 por resolución de la clínica

RESULTADOS: DIAGNÓSTICO

ICTUS: 2

- ✓ Accidente isquémico transitorio en un niño con drepanocitosis
- ✓ Ictus isquémico en ganglios basales en una niña con diagnóstico final de síndrome hipereosinofílico y cuadro clínico de > 24h

Migraña o aura migrañosa: 5

OTROS:

- ✓ Visión borrosa → Alteración de la visión transitoria
- ✓ Parestesias MSD → Deficiencia de ácido fólico
- ✓ Disfemia → Disfemia aislada
- ✓ Dolor cervical y hemiparesia MSD → Infección de port-a-cath

CONCLUSIONES

- ✓ La mayoría de los pacientes acuden por sus propios medios y no son triados adecuadamente, lo que provoca un retraso de la atención.
- ✓ Un mejor reconocimiento de los pacientes con clínica compatible y su priorización desde admisión y clasificación, son acciones de mejora clave en este servicio de Urgencias.