

# XIV Congreso Uruguayo de Emergencia y Trauma

XXI Congreso Rioplatense de Medicina y Cirugía de Emergencia  
XI Jornada de Enfermería de Emergencia  
IX Jornada de Residentes de Emergencia  
I Jornada de Seguridad Vial y Accidentes de Tránsito

## UNIDAD de ATAQUE CEREBROVASCULAR

### EXPERIENCIA del HOSPITAL de CLINICAS

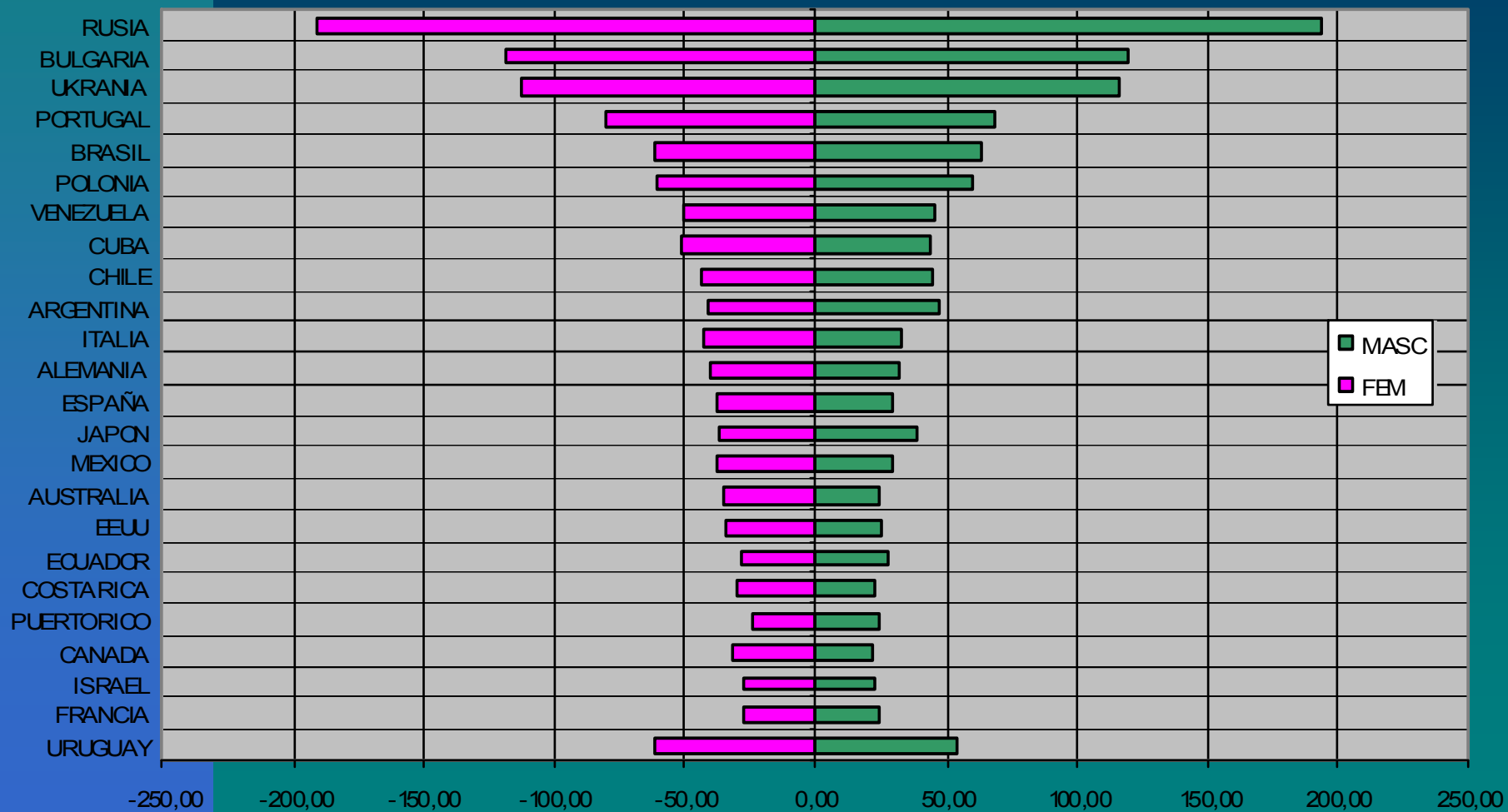
*Dra. Beatriz Arciere  
Asistente de Neurología  
Instituto de Neurología*



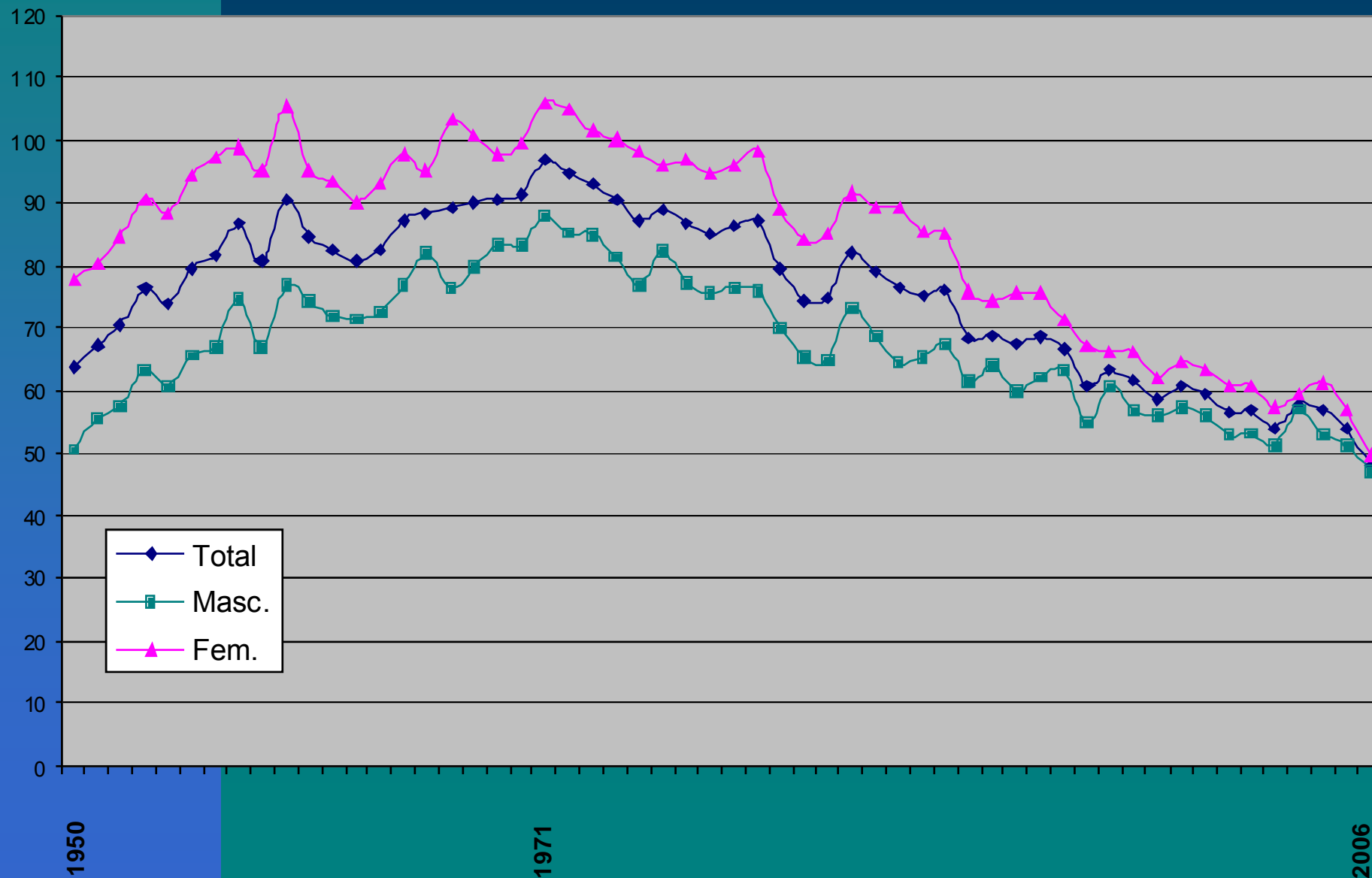
# DATOS EPIDEMIOLOGICOS

- *El ACV es una de las principales causas de morbi-mortalidad y dependencia a largo plazo en el mundo.*
- **Incidencia: 131 casos/100.000 hab. (Dr. Hochmann, estudio poblacional Rivera, 2001-2002).**
- **Prevalencia: 8.6 casos/1.000 hab. (Dr. Ketzoian y cols., estudio Villa del Cerro, 1993-1994)**
- **Mortalidad estandarizada para población mundial: 48/100.000 hab. Y para población del Uruguay 96.4/100.000. (Dr. Hackembruch, 2006)**

# Tasa estandarizada de mortalidad por año y por sexo\*. Comparación internacional



# Tasas de mortalidad en Uruguay 1950-2006



# UNIDAD de ACV

## Concepto

- Área de hospitalización destinada al cuidado de pacientes con ACV agudo.
- Equipo multidisciplinario especializado y entrenado:
  - Enfermería
  - Neurólogos
  - Internistas
  - Rehabilitadores
- Personal y estudios diagnósticos disponibles 24 hs del día
- Protocolos escritos de abordaje diagnóstico y terapéutico.



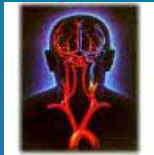
- 
- Educación sanitaria a pacientes y familiares.
  - Coordinación con servicios de emergencia extra-hospitalarios a través de protocolos comunes de actuación —→ CÓDIGO ICTUS.
  - Coordinación con otros servicios y unidades del hospital (urgencias, neurocirugía, cirugía vascular, radiología, cardiología, etc.)

*Helsingborg Declaration 2006 on European stroke strategies.  
Cerebrovascular Dis 2007;23:231-41.*



# Cadena de asistencia especializada

Paciente ACV



Asistencia Extra hospitalaria



Ambulancia Traslado

Urgencias Hospital



Unidad ACV Hospitalización

***TIEMPO es CEREBRO***

# OBJETIVOS GENERALES

---

---

- Optimizar las estrategias diagnósticas urgentes para reducir el tiempo desde el inicio del ACV hasta la acción médica terapéutica.
- Tratamiento específico adaptado al subtipo de ACV, etiología, localización y tamaño. Uso de TROMBOLITICOS.
- Iniciar prevención secundaria precoz.
- Detección y tratamiento precoz de las complicaciones.
- Iniciar precozmente rehabilitación y nutrición.

- 
- Aplicación de protocolos diagnósticos y terapéuticos.
  - Académicos: formación de personal.
  - Científicos: potenciar la investigación en el ACV.
  - Educación sanitaria sobre prevención y promoción de la salud a pacientes y familiares

# Evidencias en Unidad de ACV

---

---

- 1970 surgen las primeras U de ACV (UCI) no demostrando disminución de mortalidad.
- 1980 unidades de cuidados agudos no intensivos (sistematización de la atención, criterios de ingreso, tto. agudo, rehabilitación precoz, coordinación multidisciplinaria)
- 1990 publicación de diferentes estudios randomizados y metanálisis que demuestran su beneficio.

- 
- Se recomienda que los pacientes con ACV sean tratados en Unidades de ACV (Clase I, evidencia A)
  - Disminuye la mortalidad en un 21%, la morbilidad o dependencia funcional a corto y largo plazo en un 25% y la estadía hospitalaria en un 30%.
  - Es costo-efectiva: disminución de ingresos y estancia hospitalaria.
  - Beneficio independiente de edad, sexo y severidad del ACV.

**“Stroke patients who receive organised inpatient care in a stroke unit are more likely to be alive, independent, and living at home one year after stroke. The benefits were most apparent in units based in a discrete ward. No systematic increase was observed in the length of inpatient stay”**

**(Organized inpatient –stroke unit- care for stroke –Cochrane Review-. In: The Cochrane Lybrary, Issue 2, 2008)**

**EXPERIENCIA y  
CONTEXTUALIZACIÓN de  
UNIDAD de ACV del HOSPITAL  
de CLINICAS**

**UNIDAD de ATAQUE  
CEREBROVASCULAR del HOSPITAL  
de CLINICAS**

**R. Salamano, C. Camejo, C. Legnani, B. Arciere,  
R. Casella, S. Corbo, L. Castro, L. Rosa, V.  
Feuerstein, A. Gaye, F. Levin, A. Peña, M. Pebet**  
*Servicio de Neurología*

**L. Roballo V, Y. Ganeglus**  
*Servicio de Fisiatría*



# UNIDAD de ACV del HOSPITAL de CLINICAS

---

- ⇒ Modelo de atención centrado en el paciente agudo: 72 – 96 horas.
- ⇒ Doble nivel de atención: departamento de Emergencia y Unidad de ACV.
- ⇒ Unidad inserta en el megaproyecto de Centro Cardiovascular del Hospital.

# CENTRO CARDIOVASCULAR

---

---

- Integrado por los Servicios de Neurología, Cirugía Vascular, Cardiología y Cirugía Cardíaca
- Centro de referencia nacional en el área cardiovascular.
- Unidad integrada en el plano asistencial, docente, de investigación y desarrollo de técnicas de alto nivel de complejidad en la temática cardiovascular.

# PRIMERA ETAPA: 7/07 – 7/08

---

- ▶ Recepción del paciente en Emergencia (Residentes de Neurología y Med. Interna entrenados en ACV)
- ▶ Llenado de protocolo básico clínico-paraclínico.
- ▶ Acciones diagnósticas y terapéuticas inmediatas según guías consensuadas.
- ▶ Supervisión diaria de Neurólogos y Médicos Fisiatras de L a S de los pacientes en Emergencia.
- ▶ Seguimiento de los pacientes en piso.
- ▶ Entrenamiento del equipo de neurólogos y nurse en la Unidad de Ictus del Hospital General de Valencia, España (12-19 Abril 2008)

# ¿Dónde estamos?

---

**EMERGENCIA HOSPITAL  
de CLINICAS**

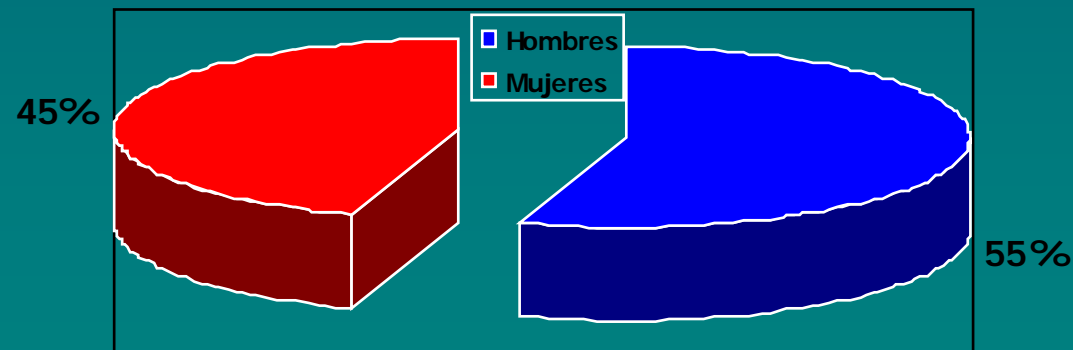


**UNIDAD de ACV  
HOSPITALIZACIÓN**

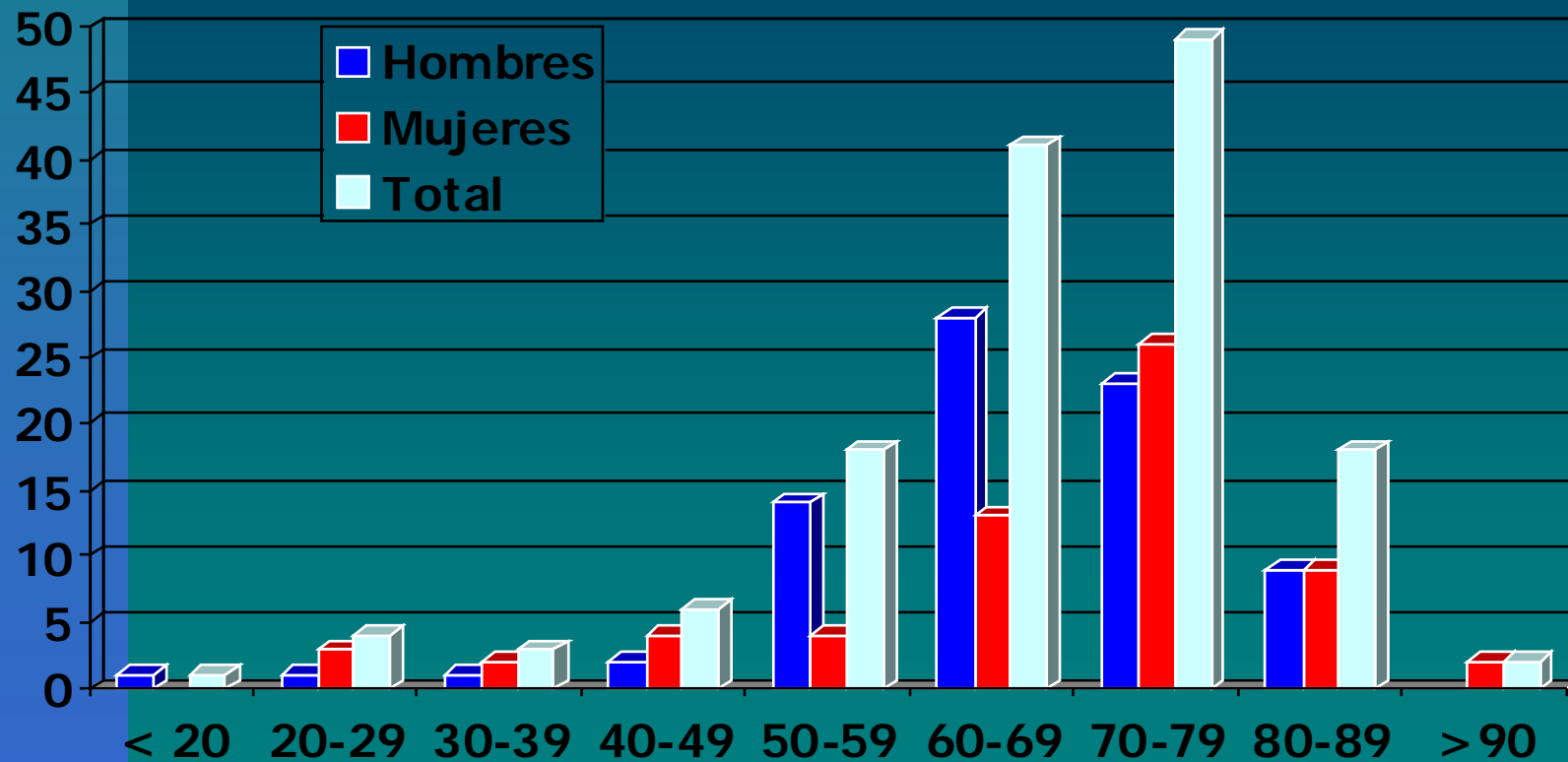


# DATOS EPIDEMIOLOGICOS

- Inicio el 2/07/07 al 2/07/08
- 144 ACV (s/ HSA)
- Sexo masculino 80 (66,6 años)
- Sexo femenino 64 (68,2 años)

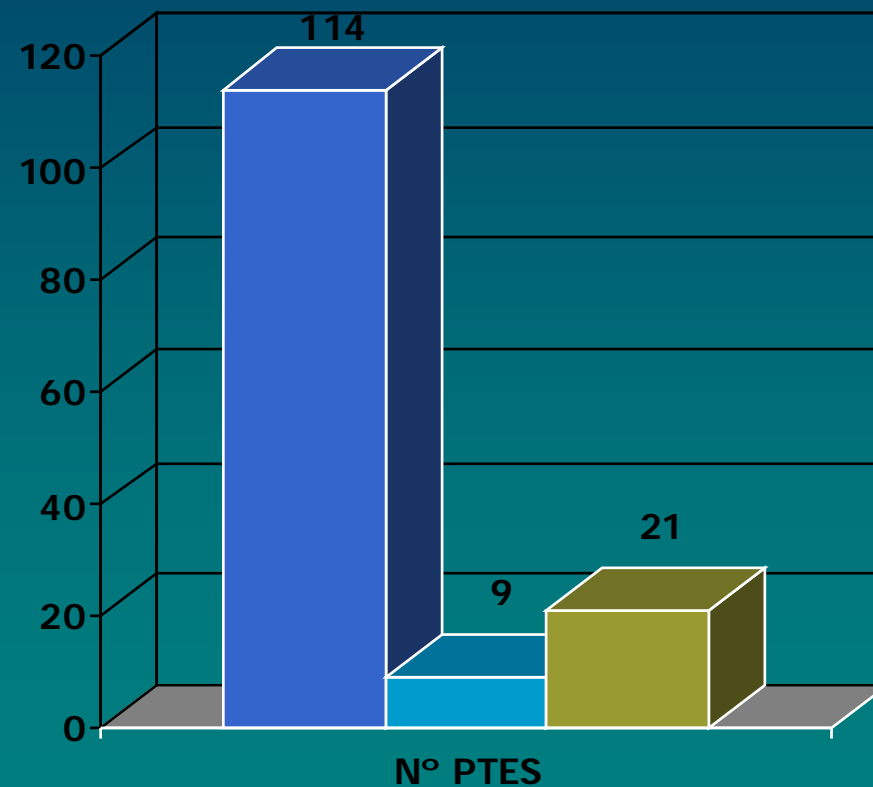
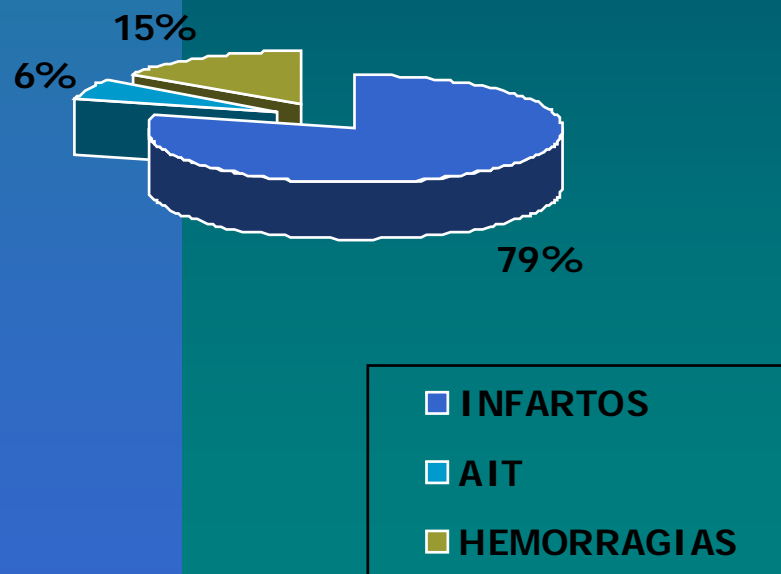


# DISTRIBUCION GRUPO ETARIO



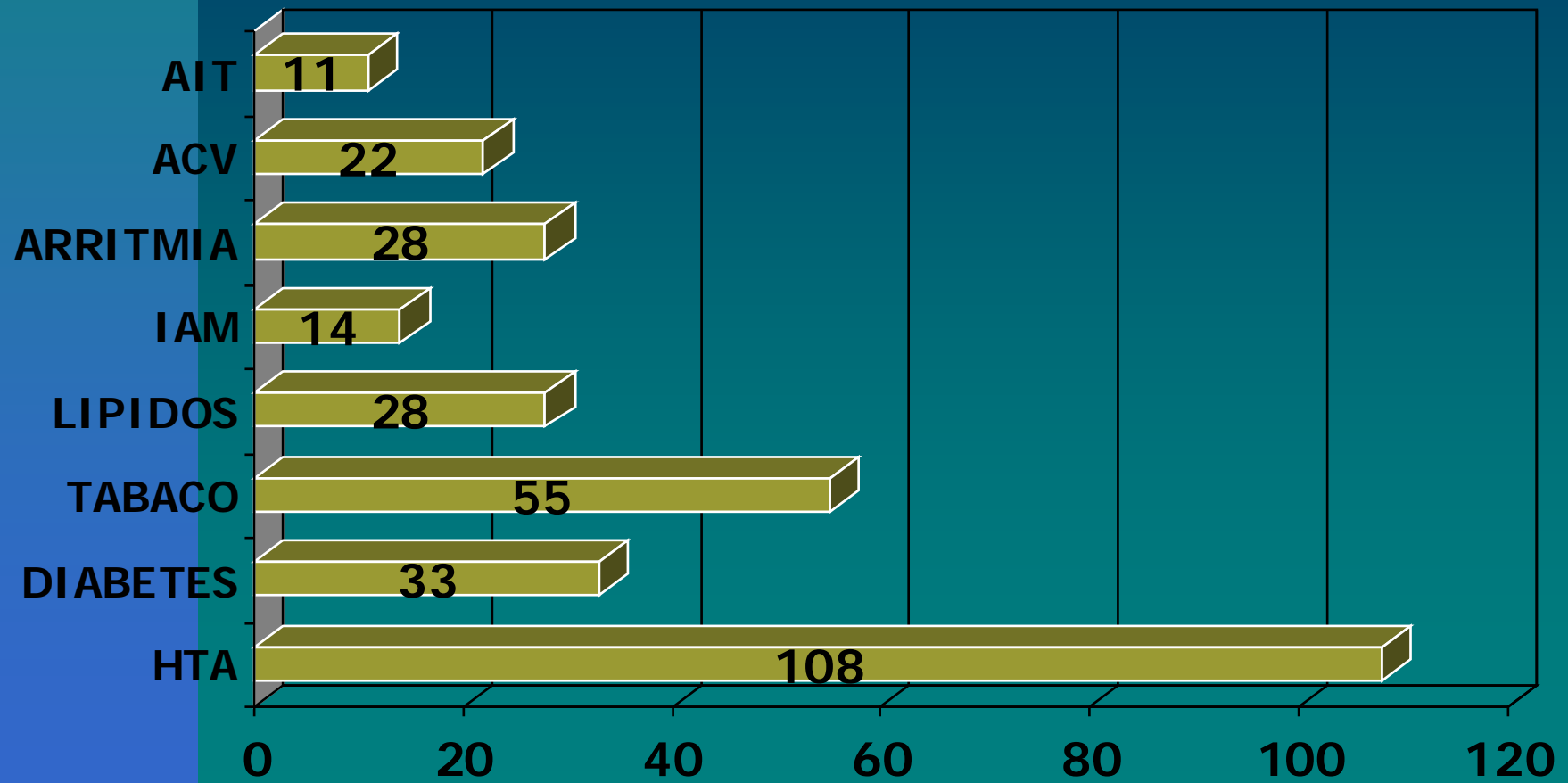
N = 144

# DISTRIBUCION por NATURALEZA



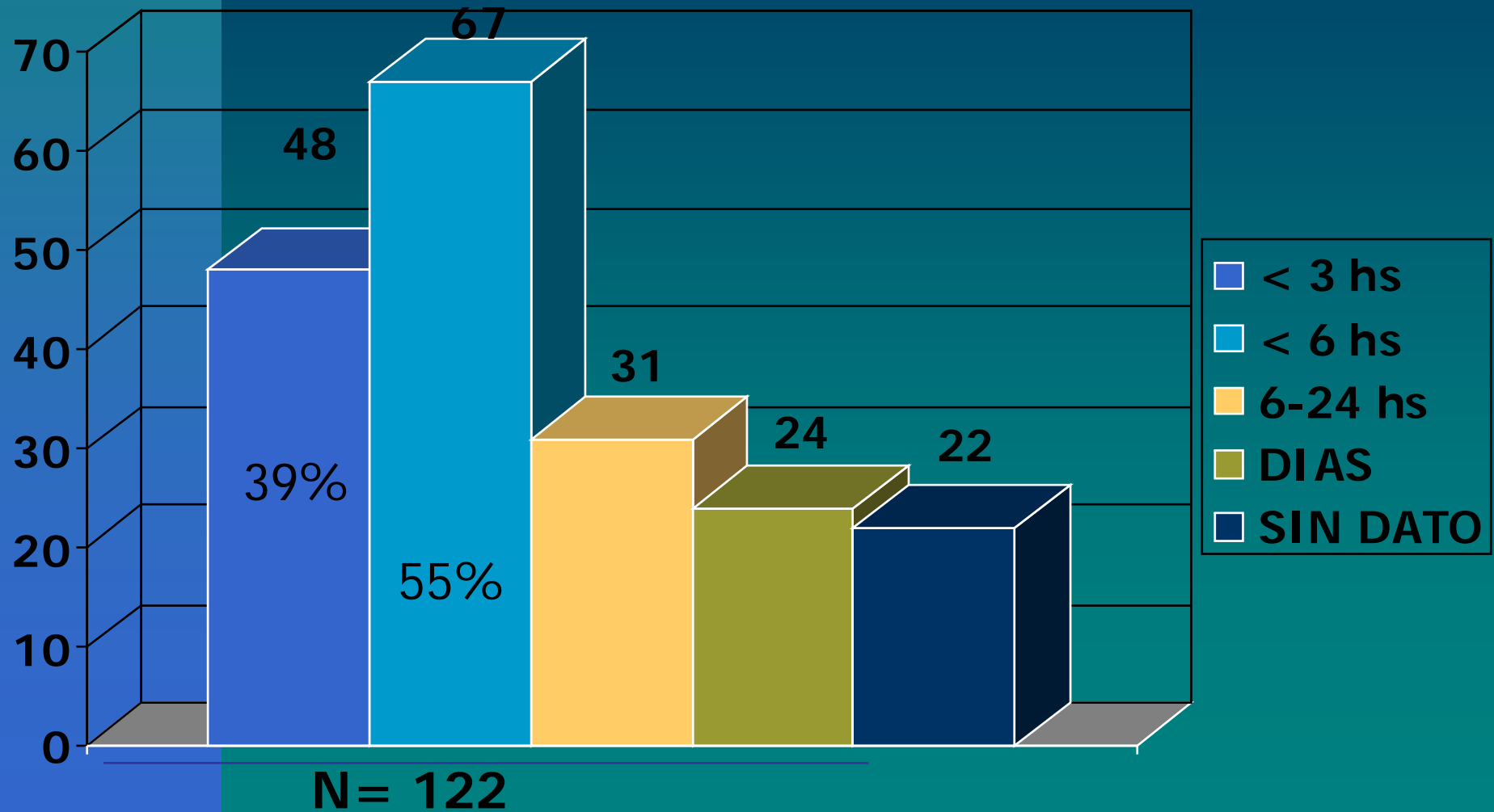
**N = 144 ( s/ HSA)**

# FACTORES DE RIESGO

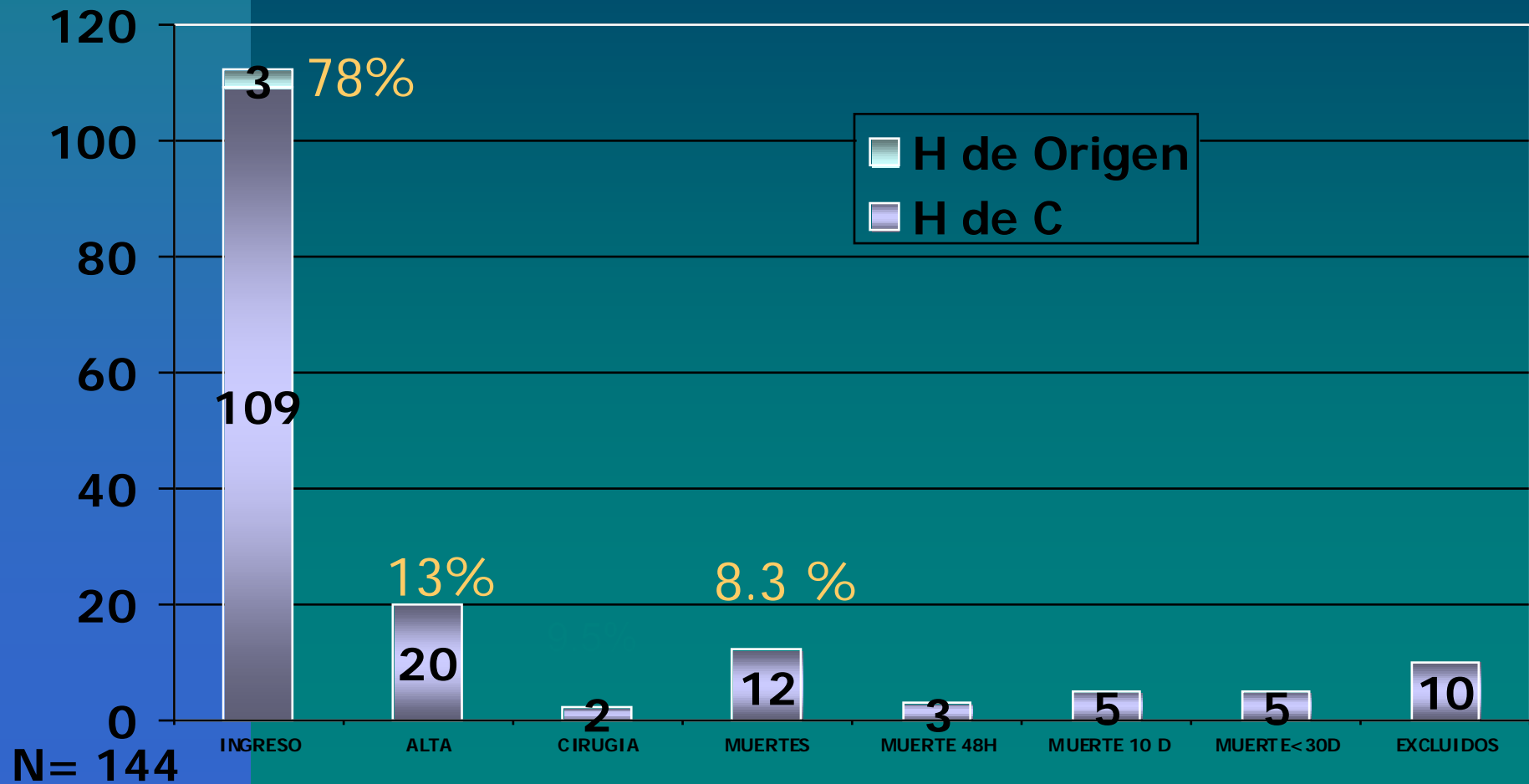


**N=144**

# DEMORA



# DESTINO



## SEGUNDA ETAPA: 7/08 – 10/08

---

---

- ▶ Perfeccionamiento del protocolo.
- ▶ Entrenamiento de nuevos residentes.
- ▶ Entrenamiento del personal de enfermería.
- ▶ Folletos de normas básicas de cuidado para el paciente con ACV dirigido al familiar.
- ▶ Implementación de Policlínicas de rápida respuesta (lunes en la tarde) para control de pacientes al alta.

# TERCERA ETAPA: 10/08 - CCV

---

---

- ⇒ Habilidadación de una cama (ya financiada en su infraestructura por donación) en el Servicio de Neurología como experiencia piloto.
  - Permitirá la observación de un paciente en agudo y la corrección de las variables que interceden en su evolución según protocolos establecidos.
  - Adiestramiento médico y de enfermería
  - Se trabajará con el apoyo de enfermería y referentes de la emergencia.

## CUARTA ETAPA: CCV

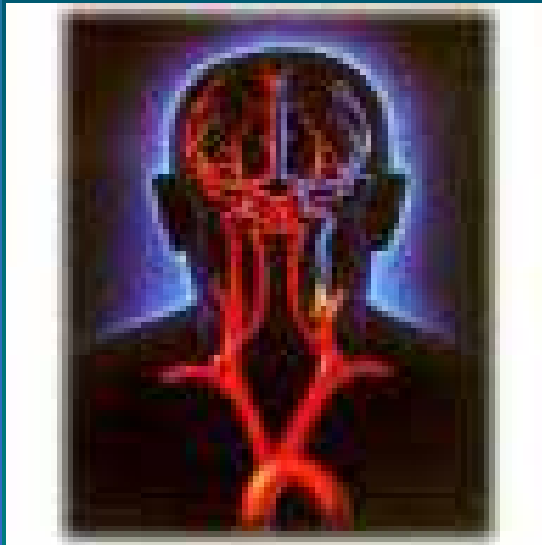
---

---

- ▶ Habilidadación de 4 camas de la Unidad de ACV.
- ▶ Campaña de sensibilización de la población.
- ▶ Coordinación con Unidades de EM para rápida derivación de los pacientes a Emergencia del Hospital de Clínicas.
- ▶ Selección y ejecución de trombolisis.

# ¿Hacia dónde vamos?

PACIENTE con ACV



AMBULANCIA  
TRASLADO



# FORTALEZAS

---

---

- ⇒ Trabajo en equipo multidisciplinario
- ⇒ Diagnóstico precoz
- ⇒ Homogeneización de pautas diagnósticas y terapéuticas
- ⇒ Racionalización de exámenes paraclínicos
- ⇒ Disminución del número de ingresos
- ⇒ Buena colaboración del personal de emergencia
- ⇒ Conformidad y aceptación por parte del usuario

# DEBILIDADES

---

---

- Demoras en realización de paraclinica con bajo % de ECG practicados en Emergencia.
- Pacientes no captados que ingresan a piso sin protocolo.
- Falta de información con respecto al proyecto Unidad de ACV.

# CONCLUSIONES

---

---

- El proyecto de U de ACV es imprescindible de acuerdo a la realidad epidemiológica de nuestro país y el encuadre del proyecto CCV es el más adecuado.
- El Servicio de Neurología y el Hospital de Clinicas tienen las condiciones para ejecutar este proyecto rápidamente
- El impacto de esta iniciativa llevará a que en breve otras instituciones públicas y privadas engendren U de ACV, con el beneficio que ello ocasiona en la población

MUCHAS GRACIAS

---

---