



O.M.5. Utilidad de teleictus en el manejo del ictus agudo en un hospital comarcal con equipo de ictus liderado por intensivistas.

Álvaro Alonso Iglesias¹, Paloma Sánchez Ruiz¹, Javier Marco Ríos¹, María Salgado Villén¹, Jorge Gómez Ramos¹, Alejandro Úbeda Iglesias.

1. Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave

Ictus isquémico, teleictus, mortalidad, factores de riesgo, pronóstico, RANKIN.

Introducción

Actualmente, el uso precoz de las terapias de reperfusión disponibles, la fibrinólisis intravenosa y la trombectomía mecánica, reduce el área de infarto cerebral y mejora el pronóstico funcional de los pacientes. Con el objetivo final de aumentar la tasa de reperfusión cerebral en los pacientes que están sufriendo un ictus en regiones rurales o de difícil cobertura, donde no se encuentre un neurólogo de guardia, se implementaron sistemas de telemedicina tales como el centro andaluz de Teleictus.

Si bien la idea nace con la intención de aumentar la tasa de reperfusión y disminuir los tiempos hasta trombectomía en hospitales sin neurólogo de referencia las 24 horas del día, en hospitales comarcales donde existe un equipo de ictus organizado, el beneficio del uso de Teleictus no se ha evaluado.

Objetivos

Evaluar la utilidad de teleictus en el manejo del ictus agudo en un hospital con equipo de ictus liderado por intensivistas. Analizar el manejo del código ictus por intensivistas, incluyendo los factores relacionados con el pronóstico de estos pacientes.

Material y método

Análisis de una cohorte prospectiva que incluyó que incluyó todos los pacientes con activación de Código ictus desde 2019 hasta 2024.

Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), comorbilidades, forma de acceso al hospital (medios propios, asistencia extrahospitalaria), tiempos asistenciales (puerta-TAC, TAC-aguja, puerta-aguja), tratamientos de revascularización (fibrinólisis intravenosa, trombectomía), asistencia de teleictus, complicaciones (necesidad de ventilación mecánica, sangrado), estancia en UCI y hospitalaria, funcionalidad al alta (escala Rankin) y mortalidad. Análisis estadístico: variables categóricas (frecuencias y porcentajes) y cuantitativas (media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico). Comparaciones: test de la X² (porcentajes), t de Student (medias) y U de Mann-Whitney (medianas). Regresión logística multivariante. Significación estadística con $p < 0.05$.



Resultados

Se incluyeron 222 pacientes con ictus isquémico agudo. Edad: 71 [60; 78]. Sexo: hombre 58.1%. Tiempos (min): Puerta-TC (min) 25 [18; 43], URG-UCI 22 [5; 51], TC-Aguja 41 [25; 63], Puerta-aguja 69.5 [52.7; 94.2]. Teleictus 36.5%. Fibrinólisis 37.8%. Trombectomía 24.3%. Mortalidad global 17.6%.

Teleictus (n=81) vs. No teleictus (n=141). Trombectomía (37% vs. 17%, p=.001). Complic: sangrado (23.4% vs. 9.9%, p=.011), VM (19.7% vs. 9.2%). Tiempo TC-Aguja (min) (70 [49; 91] vs. 32.5 [23; 44], p<.001).

Tiempo puerta-aguja (90 [68; 129] vs. 60 [46; 82.5], p<.001). Estancia hospital (días): 10 [5.5; 14] vs. 6 [3; 10]. Rankin alta > 2: 62.5% vs. 37.8%, p<.001). RANKIN alta (3 [1; 5] vs. 1 [0; 4], p<.001).

Fallecidos (n=39) vs. vivos (n=181). Edad 71.7 (\pm 10.9) vs. 67.2 (\pm 14.8), p=.033. Comorbilidad: ERC (15.4% vs. 4.4%, p=.021), neoplasia (25.6% vs. 7.2%, p=.002). Trombectomía: 38.5% vs. 20.9%, p=.037.

Complicaciones: VM (53.8% vs. 4.4%, p<.001), sangrado (41% vs. 9.4%, p<.001). Estancia UCI (3 [1; 7] vs. 1 [0; 2], p<.001).

Regresión logística multivariante (mortalidad): ERC (OR 7.4, IC95% [1.9-28.4], p=.003), neoplasia (OR 7.7, IC 95% [2.5-24.4], p<.001), complicación VM (OR 42.2, IC 95% [15.3-130.4], p<.001).

Rankin \leq 2 (n=117) vs. Rankin > 2 (n=103). Edad: 69 [54; 75] vs. 74 [64.5; 79], p<.001. Teleictus: 25.6% vs. 48.5%, p<.001. Trombectomía: 12.8% vs. 36.9%, p<.001. Complicaciones: VM (1.7% vs. 26.2, p<.001), sangrado (4.3% vs. 27.2, p<.001). Tiempo puerta-TAC (min): 28 [20; 45.5] vs. 22 [14; 33], p=.001. Estancia UCI: 0 [0; 2] vs. 2 [1; 4]. p<.001. Estancia hospitalaria: 5.5 [3; 9] vs. 10 [6; 18.5], p<.001.

Regresión logística multivariante (Rankin > 2 al alta): edad (OR 1.05 [IC 95% 1.02-1.08], p<.001), teleictus (OR 2.09 [IC95% 1.09-4.01], p=.026), trombectomía (OR 3.39 [IC95% 1.62-7.39], p=.001), complicación-VM (OR 19.83 [5.37-129.32], p<.001).

Conclusiones

La consulta con teleictus se asoció significativamente con retrasos en el tratamiento de reperusión, mayores complicaciones y peores secuelas neurológicas al alta hospitalaria.

El liderazgo del Código Ictus ejercido por el Servicio de Medicina Intensiva, han permitido reducir el tiempo hasta la fibrinólisis, las complicaciones, la estancia en UCI y hospitalaria y las secuelas neurológicas al alta hospitalaria.