

Artículo de Revisión

UNIDADES DE ICTUS: DISEÑO Y ORGANIZACIÓN

Exuperio Diez-Tejedor, B. Fuentes

Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

RESUMEN

Introducción: Son conocidas las ventajas de la asistencia en unidades de ictus (UI) así como en salas de Neurología frente a las de Medicina General, aunque no hay estudios hasta el momento que evalúen comparativamente el equipo de ictus (El) versus la UI respecto al beneficio asistencial en estos pacientes.

Material y métodos: Se realiza un análisis secuencial a partir del registro de ictus comparando tres muestras de pacientes atendidos durante los años 1994-1996. Durante 1994 los pacientes fueron atendidos en la sala de Neurología por un EL. En 1995 se implanta la UI agudo. Los criterios de inclusión y exclusión, personal sanitario y recursos técnicos fueron similares. Analizamos estancia media, complicaciones, mortalidad, coste hospitalario, estado funcional y destino al alta.

Resultados: Se incluyeron 1491 pacientes: 435 (1994), 529 (1995) y 527 (1996). Comparando la UI frente al El se observó reducción de estancia media (29,5%; $p<0,001$), y de complicaciones (47,8%; $p<0,001$),

mejoría del estado funcional al alta (Rankin 1(2 vs 2(2; $p<0,0001$), aumento de los traslados a unidades de rehabilitación (78%; $p<0,001$) con menor hospitalización crónica (22%; ns) y reducción de los costes hospitalarios (hasta 14,2%). No hubo diferencias en mortalidad.

Conclusiones: La UI es mejor sistema asistencial que el El para el manejo del ictus, reduciendo la estancia media, complicaciones hospitalarias y coste sanitario, además de determinar un mejor estado funcional al alta. Por tanto el tratamiento en la UI marca la diferencia en el pronóstico de estos pacientes y el gasto institucional.

Introducción

A comienzos de la década de los 70 y basándose en los buenos resultados obtenidos con las unidades coronarias, surgen las primeras unidades de ictus (UI). En un principio fueron diseñadas como unidades de cuidados intensivos, con monitorización y empleo de tratamientos agresivos. Se admitía a aquellos pacientes

más graves, con mayor déficit neurológico y en peor estado general, excluyendo los pacientes con afectación leve-moderada o con ataques isquémicos transitorios. Los resultados fueron muy variables (Kennedy, Drake, Norris, Miflikan), aunque no se consiguió demostrar en ninguno de los estudios una clara reducción de la mortalidad.

A partir de los 80 el concepto de UI ha variado. Se considera a unidades de cuidados agudos no intensivos, caracterizadas por una sistematización en la atención al paciente, con personal entrenado, criterios de ingreso preestablecidos y especial atención al tratamiento agudo y a la precoz rehabilitación funcional y social del paciente. Esto supone una sistemática diagnóstica y terapéutica precisa.

En los últimos años, el interés por las UI se ha renovado, fundamentalmente tras la publicación de diferentes estudios que demuestran una mejoría en la mortalidad, recuperación funcional y en los índices de institucionalización crónica, siempre comparando UI con salas de

medicina general. Así, Strand (1986) encuentra una reducción significativa de la estancia media hospitalaria y de la hospitalización crónica en los pacientes atendidos en una UI. Indredavik (1991) obtiene una reducción estadísticamente significativa de la mortalidad a las seis semanas, acortamiento de la estancia media, mejor estado funcional al alta y reducción de la hospitalización crónica. En el análisis a los cinco años del ictus (Indredavik 1997) demuestra que la reducción en la mortalidad se mantiene estable a largo plazo y que por tanto, es el tratamiento en la UI lo que marca la diferencia en el pronóstico vital y funcional de estos pacientes, tanto en la fase aguda, como a largo plazo. En un meta análisis, Langhorne (1993) encuentra una reducción de la mortalidad inmediata del 28% y de 21% al año.

Los trabajos anteriores tienen en común el análisis de la unidad de ictus frente a la sala de medicina general. Se ha publicado varios estudios en los que se analiza la eficiencia del servicio de Neurología frente al de Medicina Interna. En un estudio aleatorizado (Kaste, 1995) se demuestra una reducción de la estancia media hospitalaria, con un aumento de los pacientes capaces de volver a su domicilio y con un mejor estado funcional al alta. En el análisis multivariante aparece como predictor independiente de mejor

evolución funcional y de menor estancia hospitalaria el ser atendido en un departamento de Neurología.

Analizando todos estos estudios se puede llegar a la conclusión de que la unidad de ictus es más eficaz que la sala de Medicina General y que el departamento de Neurología es también más eficaz que el de Medicina Interna. De esta forma surge un interrogante: ¿es el manejo del ictus en el departamento de Neurología lo que determina unos mejores resultados o son realmente eficaces las UI?. En este sentido, llama la atención que no existían hasta el momento, estudios que evaluaran el impacto de las UI comparando con la asistencia en un servicio de Neurología y su eficacia frente a un equipo de ictus (EI).

Nuestro objetivo fue intentar resolver esta cuestión analizando los diferentes resultados obtenidos por un EI frente a la UI en el departamento de Neurología durante tres años consecutivos. Los parámetros analizados son estancia media hospitalaria, complicaciones, mortalidad, estado funcional al alta determinado mediante la escala de Rankin, destino al alta y costes sanitarios. Se analizó a 1491 pacientes consecutivos: 435 (1994), 529 (1995) y 527 (1996). Se observó una disminución significativa de la estancia media,

complicaciones tanto sistémicas como neurológicas, un mejor estado funcional al alta con una reducción significativa de los traslados a centros de larga estancia y aumento de traslados a unidades de rehabilitación. La mortalidad ha permanecido sin cambios durante este periodo. Se observa además un significativo ahorro.

Estos datos demuestran que la UI es mejor sistema organizativo que el equipo de ictus para el manejo de estos pacientes, evidenciando sus ventajas, consiguiendo una reducción de la estancia media, de las complicaciones hospitalarias y coste sanitario, además de un mejor estado funcional al alta. Los beneficios de la UI tienden a consolidarse a lo largo del tiempo de funcionamiento. Nuestros resultados coinciden y vienen a confirmar las recomendaciones para el manejo del ictus de la European Federation of Neurological Societies Task Force, en las que señalan la necesidad de establecer unidades neurológicas de ictus siempre que sea posible y sólo en aquellos hospitales en los que no se pueda instalar una UI se acepta el equipo de ictus como una alternativa, aunque menos eficaz y eficiente.