

DISCUSIÓN

En primer lugar, ha sido una gran dificultad no encontrar uniformidad en los datos consignados en las historias clínicas, no existiendo un orden o criterio de jerarquización de las características de cada paciente, vistos en el conjunto de historias clínicas. Muchas veces no se consignan los tiempos de llegada, los medios de transporte, la fecha y hora de los pedidos de exámenes como la TAC. No existe un referente en la historia que concluya si hubo o no una confirmación diagnóstica del diagnóstico de ingreso; además los tiempos son poco tomados en cuenta, pues aún cuando se entiende que son importantes, no hay protocolos aparentes y menos instrumentalización del control en la historia clínica y seguimiento de los mismos. Tratándose de un servicio de emergencia, resulta problemático actuar ordenadamente sin contar con un protocolo que mejoraría el actuar para un diagnóstico y tratamiento precoz.

1. Sexo: La distribución de los sexos es muy semejante, por lo que no se espera encontrar diferencias, aún cuando los reportes dan un predominio al sexo masculino.^{(2) (31)}
2. Edad: La amplia presencia de población geronta es explicable por el tipo de patología, pues un importante factor de riesgo aquí es la edad.
3. Para los antecedentes patológicos, es presumible considerar una falta de registro o presencia de subregistro, aquí es fundamental el mantener contacto y extraer datos de los familiares del paciente, pues obviamente el mismo no dará poca o ninguna colaboración; aún a pesar de lo anterior, la HTA es el antecedente más frecuente, junto con los pacientes con ACVs antiguos.
4. El mayor número de pacientes cuyo diagnóstico inicial fue de *ACV isquémico*, frente a los pacientes con *ACV hemorrágico*, confirma lo que en términos generales reporta la casuística internacional.⁽⁴⁾

5. En cuanto al *medio de transporte* utilizado para movilizar al paciente desde los primeros síntomas hasta la emergencia del hospital, hay un predominio del parque privado con 61% (183), seguido del sistema STAE con 23.7% (71), las ambulancias convencionales llegaron a sólo un 3.7% (11), aunque hay un 11.7% de casos sin datos de tipo de transporte (35 pacientes). El uso mayoritario de los medios de transporte privados, nos conduce a pensar en la poca aceptación de los sistemas que ofrece EsSalud, el MINSA, o su falta de conocimiento, así como la falta general de interés o comprensión del cuadro de parte de los familiares o el público en general. Es cierto que existe un registro del STAE en las historias, pero este falta todavía en muchas otras, además el registro debe cubrir toda la gama de transporte posible. Finalmente, mientras no se cuente con un *sistema integrado para el manejo del STROKE*, aceptado y difundido tanto en los sistemas de prestación de salud estatales y privados, no podremos reducir los tiempos para poder realizar las atenciones tempranas, como la terapia trombolítica, mejorando la expectativa de vida de los pacientes referidos en nuestro estudio.

6. Un reto importante es comprender que se pueden acortar los tiempos de llegada a la primera atención, estableciendo políticas más amplias de cobertura de transporte eficaz y oportuno, teniendo un record de los pacientes asegurados en riesgo, implementando visitas periódicas por personal de asistencia social u otros, a fin de acelerar su tratamiento precoz.

7. Dados los tiempos de llegada reportados desde la 1ra hora hasta las 3 horas del inicio de los síntomas, encontramos un número aún significativamente bajo para la terapia trombolítica de los pacientes con ACV isquémico, encontrándose 12 casos de ACV isquémico en la 1ra hora de llegada (4%), 29 en la 2da hora (9.7%) y 42 en la 3ra hora (14%). Dichos resultados nos

muestran la escasa prioridad en los sistemas de salud para atender una patología creciente como el STROKE.

8. Otra etapa importante del seguimiento de los pacientes es el pedido oportuno de los exámenes, como el caso de las TACs, a veces la demora de la llegada del especialista, retarda este paso, ya que un médico entrenado pudiera resolver esto en el momento adecuado. Una vez hecho el pedido, hay que asegurar la rápida obtención del diagnóstico tomográfico, no tanto por que este demore, sino por la llegada eficiente desde un punto de vista administrativo al servicio solicitante. Además, no es sólo el tratamiento puramente clínico, sino atenerse a los estándares de protocolos o criterios seguidos científicamente, que exigen ya sea un diagnóstico por imágenes, u otro examen, más aún cuando la trombolisis requiere este resultado, para determinar si procede o no.