



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/1570 - RESULTADOS CLÍNICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTE CON ICTUS ISQUÉMICO TRATADOS MEDIANTE FIBRINOLISIS SISTÉMICA EN UN HOSPITAL COMARCAL DE ANDALUCÍA

A. Uribe Ramírez^a, Á. Ollero Ortiz^b, S. Palacios Rodríguez^c, I. Pastrano Gallego^d, F. Gil Montes^c y S. Rodríguez Fernández^e

^aMédico de Familia. Centro de Salud Ronda Norte. Málaga. ^bMédico neurólogo. Hospital de la Serranía. Ronda. Málaga. ^cMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital de la Serranía. Ronda. ^dRadióloga. Hospital de la Serranía. Ronda. ^eMedicina Intensiva. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de la Serranía. Ronda. Málaga.

Resumen

Objetivos: En 2013 se creó un protocolo para implantar el código ictus en nuestra área sanitaria, debido a la peculiar dispersión geográfica y aislamiento de la población. El objetivo del estudio es conocer los resultados clínicos tras la implantación, mediante el análisis de los pacientes con ictus isquémicos a los que se administró tratamiento fibrinolítico.

Metodología: Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de la actividad neurovascular de pacientes con ictus isquémico hospitalizados entre 2013 y 2016 en el contexto de la aplicación del protocolo de código ictus en un hospital comarcal que atiende una población de 100.000 habitantes.

Resultados: Se registran 380 pacientes con ictus isquémicos con distribución homogénea a lo largo de los años. Observamos un incremento significativo del porcentaje de activaciones del código ictus (28,2%), principalmente a nivel extrahospitalario (80,4%). Un 6,1% recibieron fibrinólisis sistémica, crecimiento progresivo (8,1% en 2016). Frente al total de ictus isquémicos, los pacientes fibrinolisados eran más jóvenes (69 años vs 74,4 del total de ictus), más graves con NIH de 13 vs 8,3 puntos y más infartos totales de la circulación anterior (47,9% vs 20,5%), residiendo más en la localidad del hospital (56,5% vs 40%). El código ictus se activó a nivel extrahospitalario en un 82,6%. El 82,6% padecían HTA, 34,8% dislipemia, 30,4% fumadores, 21,7% diabéticos y 13% fibrilación auricular. El tiempo medio síntoma-puerta fue de 79,14 minutos, puerta-Tc de cráneo de 30 minutos y puerta-aguja 71,96 minutos. Existió mejoría clínica en el 78,3%, con descenso del 60% del NIH a las 24h (4,95 puntos) y 93% a 1 año. Rankin al alta 1,39, al año 0,82. Existió fracaso terapéutico en un 8,6% y 4,3% de transformación hemorrágica sintomática. Las complicaciones más frecuentes fueron neumonía (26,1%), edema cerebral, cuadro confusional y fibrilación auricular de novo (21,7%), epilepsia (13%), reinfarto (8,6%).

Conclusiones: La aplicación de un protocolo de código ictus en un hospital comarcal manifiesta los avances hacia la equidad territorial en la mejor asistencia al ictus en aquellas áreas sanitarias con características geográficas complejas, con una atención más precoz y mayor accesibilidad al tratamiento fibrinolítico, siendo necesarias medidas de mejoría.

Palabras clave: Ictus. Código. Fibrinólisis.