

## INTRODUCCIÓN

La patología vascular cerebral, ataque cerebral o ictus es la tercera causa de muerte en los países occidentales y la primera causa de muerte global en España por entidades específicas. La tasa de mortalidad anual por ictus es del 27 por 100.000 habitantes. Se admite una cifra media de incidencia entre 150–200 casos por 100.000 habitantes/año y una prevalencia de 500–600 casos por 100.000 habitantes.

En Andalucía, los ictus constituyen una de las causas más frecuentes de ingreso en los Servicios de Neurología de los hospitales. En relación con su etiopatogenia, el 20 % corresponde a procesos hemorrágicos y el 80 % a etiología isquémica (trombosis).

A todo esto hay que añadir que, aunque las tasas de mortalidad intrahospitalaria han disminuido en los últimos años, no se ha conseguido lo mismo en la prevención del daño cerebral y las consecuentes secuelas incapacitantes, poniendo de manifiesto la limitada eficacia de las terapéuticas disponibles en el momento actual.

En este sentido es importante recalcar que en la patología vascular cerebral el **TIEMPO** es un factor determinante en la eficacia terapéutica, existiendo una “ventana” que oscila entre las 3 y las 6 horas, aunque los resultados óptimos se consigan por debajo de las 3 horas.

Es por ello que hay que hacer hincapié en reducir al mínimo posible los retrasos entre la aparición de los primeros síntomas y el inicio de la terapia trombolítica. De esta forma, hay que trabajar en el reconocimiento de los síntomas por parte del paciente o sus familiares, en la rápida activación del sistema de emergencias y en la utilización del recurso más apropiado para la asistencia inicial, entendido éste como aquél que va a proporcionar al paciente los cuidados más adecuados, a la vez que minimiza el tiempo necesario para el traslado al **HOSPITAL ÚTIL** donde se administrará el tratamiento definitivo.

Es en este último eslabón donde los Equipos de Atención Primaria juegan un papel primordial: en la **RÁPIDA** identificación de los pacientes que están sufriendo un ictus, en su **RÁPIDA** estabilización y en su **RÁPIDO** traslado al Centro de Referencia en el medio más adecuado, discriminado entre aquellos que son candidatos a tratamiento de reperfusión de los que no lo son (activación o no del **CÓDIGO ICTUS**).

## RÁPIDA IDENTIFICACIÓN DEL ICTUS

Para evitar demoras innecesarias en la identificación del paciente que está sufriendo un ataque vascular cerebral se hace prioritario la utilización de herramientas que nos discriminen rápidamente a dichos pacientes, manteniendo unos adecuados niveles de sensibilidad y especificidad. Dentro de éstas, una de las más contrastadas es la Escala de Cincinnati, especialmente adaptada al medio prehospitalario.

Esta escala valora tres criterios fundamentales (expresión facial, movimiento de las extremidades y lenguaje) de forma que la positividad de uno de ellos nos da un 72% de probabilidades de encontrarnos ante un ataque vascular cerebral.

Criterio	NORMAL	ANORMAL
Expresión Facial	Movimiento simétrico de ambos lados de la cara	Movimiento asimétrico de ambos lados de la cara
Movimiento de las extremidades	Movimiento simétrico o ausencia de movimiento de ambas extremidades	Movimiento asimétrico de ambas extremidades
Lenguaje	Pronuncia correctamente las palabras	Lenguaje confuso, erróneo o ausente

## RÁPIDA ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE

Se realizará una breve Historia Clínica con los datos más relevantes del paciente haciendo especial hincapié en aquellos que puedan modificar las decisiones terapéuticas (fundamentalmente los que puedan suponer una contraindicación a la terapia fibrinolítica).

Posteriormente se realizará toma de constantes (Glucemia, Tensión Arterial y Temperatura) así como una tira de ritmo. Canalizar una vía periférica **en el brazo NO parético**.

### **¿Cuándo hay que actuar?**

Glucemia > 180 mg/dl	10 UI de insulina rápida
PAS >220 ó PAD>120 mmHg	25 mg de Captopril v.o.
Saturación de O <sub>2</sub> < 92%	Oxigenoterapia
Temperatura > 37.5°C	Paracetamol bucodispersable o e.v.

**TODO ELLO SIN DEMORAR EL TRASLADO AL HOSPITAL.**

**RÁPIDA SELECCIÓN DE PACIENTES Y TRASLADO AL HOSPITAL MÁS ADECUADO EN EL MEDIO MÁS ADECUADO.**

**CRITERIOS PARA LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS**

**1.- EDAD.**

- La edad no es una limitación absoluta.
- 

**2.- SITUACIÓN PREVIA AL EPISODIO.**

- Rankin menor o igual a 2.
- Autosuficiente para las labores de comida, aseo propios y control de esfínteres.
- Ausencia de demencia. Ausencia de ictus isquémicos o hemorrágicos previos, serán valorados los cuadros de ataques isquémicos transitorios / infartos lacunares sin déficit residual evolutivos.
- Ausencia Enfermedades hepáticas crónicas en estado activo (hepatitis, cirrosis)
- Ausencia de otras enfermedades terminales de cualquier origen.

**3.- TRATAMIENTO Y MEDICACIÓN PREVIOS.**

- Se debe de clarificar la toma de anticoagulantes orales, AAS y otros antiagregantes plaquetarios, aunque este apartado no invalida la activación del Código Ictus.

**4.- TIEMPO DE EVOLUCIÓN.**

- < 6 horas de evolución
- Evolución incierta
- Ictus del despertar

**5.- DEFICIT MOTOR.**

- Paciente con algún grado de paresia, que se mantiene durante la fase extrahospitalaria, incluyendo parálisis facial, trastornos del lenguaje y trastornos visuales (hemianopsia).



## PROCEDIMIENTO LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS.

- EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO SE REALIZARÁ POR MEDIO DE LA LLAMADA AL CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 061 (A SU VEZ ÉSTE LLAMARÁ A BUSCA FACULTATIVO RESPONSBLE DE OBSERVACION 763972 PARA ALERTAR DE LA LLEGADA.)
- La recepción del paciente ser hará en el circuito de críticos

En nuestra Área, el traslado se realizará en Equipo Móvil, en el menor tiempo posible (criterio de calidad < 45 minutos)

## ANEXO EL ALGORITMO PARA EL MANEJO EN NUESTRO HOSPITAL