

Unidad 8. Activación del Código Ictus

Autores

Caballero García, María Auxiliadora

Médica de Emergencias Sanitarias. Coordinadora de procesos asistenciales de la Empresa Pública Emergencias Sanitarias-061. Sevilla.

Moniche Álvarez, Francisco

Facultativo especialista Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Enfermedad Cerebrovascular Aguda. Ictus

La asistencia del paciente con ictus es tiempo-dependiente y comienza por asumir que es una emergencia y que las primeras horas son cruciales para mejorar el pronóstico, siendo el tiempo recomendado para la fase prehospitalaria menos de 60 minutos (desde la entrada de la llamada al sistema hasta la llegada a la puerta del hospital).

¿Qué es el Código Ictus?

Procedimiento de actuación pre y hospitalario basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ICTUS AGUDO, con la consiguiente priorización de cuidados y traslado inmediato a un centro capacitado de aquellos pacientes candidatos a beneficiarse de terapia de reperusión y cuidados especiales.

¿Cuándo Activar Código Ictus?

Ante toda sospecha de ictus agudo que cumpla todo lo siguiente:

- Paciente previamente independiente para actividades básicas de la vida diaria (Rankin previo al ictus ≤ 2)
- Tiempo de inicio de síntomas <6 horas o de inicio desconocido o ictus del despertar.
- Focalidad neurológica actual presente en el momento del diagnóstico.

Actualmente no existe un límite de edad en la activación del Código Ictus. El aspecto clave y fundamental es la calidad de vida previa al ictus. Tampoco es contraindicación la presencia de ictus previo, siempre que el paciente no sea dependiente.

¿Cuándo no activar Código Ictus?

- No criterios diagnósticos o clínicos de ictus (datos de diagnóstico alternativo, ej: hipoglucemia grave)

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

- Paciente dependiente (no es capaz de asearse, caminar o vestirse de forma independiente).
- Enfermedad terminal

Pasos a seguir

1º.- Alertar a los servicios de urgencias a través de los centros coordinadores:

Educación a la población sobre como valorar la presencia de un ictus para realizar una alerta precoz ya que se trata de una patología tiempo dependiente.

- Ante la desviación de la comisura bucal y/o
- Ante la parálisis de un miembro o medio cuerpo y/o
- Ante dificultad en el habla

Llamar a los teléfonos de urgencias 112/061 en nuestra comunidad autónoma para alertar a la población.

2º.- Atención a la llamada en el Centro coordinador de Urgencias y Emergencias (CCUE)

Se atiende por una operadora, que ante el motivo literal que expresa el alertante, elige el motivo de la llamada, en este caso sospecha de ictus. Cada motivo de llamada tiene un cuestionario con preguntas (Guía de triage telefónico) dirigidas a establecer la Prioridad de la llamada. Cuando en la llamada se detecta un ictus que cumple criterios de posible código ictus es prioridad 1 y se asigna un equipo medicalizado.

3º.- Atención in situ de los pacientes con Ictus por los equipos de urgencias extrahospitalaria/atención primaria

¿Cómo Detectar un Ictus?

Fundamental la existencia de un déficit neurológico agudo. Para ello aplicaremos

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

PASO N°1

La escala Cincinnati.

<p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">PRonuncie su nombre</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Evaluación del habla: el paciente tiene que decir una frase, como su nombre completo. Normal: uso de palabras correctas. Anormal: las palabras no son claras, correctas, o es incapaz hablar.</p>	<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Intente Sonreír</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Asimetría facial: se le dice al paciente que muestre los dientes o sonría. Normal: mantiene la simetría Anormal: no mueve un lado de cara</p>	<p style="text-align: center; color: orange; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Alce Ambos brazos</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Movimientos de los brazos: se le dice al paciente que cierre los ojos y alce los brazos durante 10" Normal: brazos se mantienen en la misma posición Anormal: un brazo no se mueve o no existe simetría</p>
---	--	--

Son tres ítems a evaluar. Con tan sólo uno positivo (anormal), existe un 72% de probabilidad de que se trate de un ictus.

PASO N°2

Con el diagnóstico de sospecha aplicaremos **la escala NIHSS**. La escala NIHSS es la escala de referencia para valorar la gravedad del déficit neurológico de un paciente con ictus agudo.

Evaluación	Respuesta	Puntaje	Evaluación	Respuesta	Puntaje
1a. Nivel de conciencia	Alerta	0	6a. Motor miembro inferior	Sin caída	0
	Somnoliento	1		Caida	1
	Estuporoso	2		No resiste la gravedad	2
	Coma	3		No ofrece resistencia	3
1b. Preguntas (mes, edad)	Ambas correctas	0	6b. Motor miembro inferior	No movimiento	4
	1 rpta. Correcta	1		Amputación/artrodes.	NE
	Ambas incorrectas	2		Sin caída	0
				Caida	1
1c. Ordenes (abra y cierre los ojos, haga puño y suelte)	Obedece ambas	0	7. Ataxia de miembros	No resiste la gravedad	2
	Obedece 1 orden	1		No ofrece resistencia	3
	No obedece ninguna	2		No movimiento	4
2. Mirada (sigue dedo/ examinador)	Normal	0	8. Sensibilidad	Amputación/artrodesis	NE
	Parálisis parcial	1		Ausente	0
	Desviación forzada	2		Presente en 1 miembro	1
3. Visión (presente estímulos/amenazas visuales a 4 campos)	Visión normal	0	9. Lenguaje	Presente en 2 miembro	2
	Hemianopsia par	1		Amputación/artrodesis	NE
	Hemianop. Comp	2		Normal	0
	Hemianop. Bilat.	3		Hipoestesia leve-mod	1
4. Parálisis facial	Normal	0	10. Disartria	Hipoestesia mod-sev	2
	Leve	1		Normal	0
	Moderada	2		Afasia leve	1
	Severa	3		Afasia moderada	2
5a. Motor miembro superior	Sin caída	0	11. Extensión e inantención evaluar desatención / estimulación doble simultán	Afasia global	3
	Caida	1		Normal	0
	No resiste gravedad	2		Disartria leve – mod.	1
	No ofrece resistencia	3		Disartria mod – severa	2
	No movimiento	4		Paciente intubado	NE
5b. Motor miembro superior	Amputación/artrodesis	NT			
	Sin caída	0			
	Caida	1			
	No resiste gravedad	2			
	No ofrece resistencia	3			
No movimiento	4				
Amputación/artrodesis	NT				

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

PASO N°3

Escala de calidad de vida **situación previa** del paciente.

Escala de Rankin modificada

Grado	Descripción
0	Asintomático.
1	Capaz de llevar a cabo sus actividades y obligaciones habituales.
2	Incapaz de llevar a cabo sus actividades previas pero es capaz de cuidar de sí mismo sin ayuda.
3	Requiere alguna ayuda para actividades básicas de la vida diaria, pero es capaz de caminar sin ayuda.
4	Incapaz de caminar sin ayuda e incapaz de atender sus necesidades sin ayuda, aunque sin necesidad de atención continua.
5	Encamado, incontinente, requiere cuidado y atención continua.
6	Muerte

PASO N° 4

Tomar constantes vitales (TA, BMT_{est} y T^a) y valorar la hora de inicio de los síntomas tener criterios de activación de código ictus menos de seis horas o bien inicio desconocido o ictus del despertar. Registrar la última vez visto sin déficit neurológico.

PASO N°5

Cuando se cumplen todos los criterios debemos activar el código ictus a través de los CCUE.

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

¿Qué transmitir en la llamada?

ACTIVACION CODIGO ICTUS
GENERO
EDAD
FOCALIDAD NEUROLOGICA Y PUNTUACIÓN NIHSS
PUNTUACION RANKIN. SITUACION PREVIA
HORA DE INICIO DE LOS SINTOMAS (O ÚLTIMA VEZ VISTO BIEN)
AP DE INTERES: HTA; DIABETES; FA; ANTICOAGUACION

PASO N°6

Medidas Neuroprotectoras

CANALIZAR VIA VENOSA	Calibre \geq n 18
REALIZAR EKG	Descartar patología isquémica; Arritmia etc.
MEDIR TA	Objetivo terapéutico 180/105
MEDIR GLUCEMIA	Establecer en rango 60-150 >150 tratar con insulina
MEDIR TEMPERATURA	Tratar > 37.5 grados

PASO N°7

Tiempo de atención y traslado al Hospital

Traslado al hospital con el recurso más rápido y avanzado posible. El tiempo global extrahospitalario no debe exceder de los 60 minutos, desde la entrada de la llamada en el sistema y la transferencia del paciente en el hospital.

Siempre que sea posible, se deben extraer los tubos de analítica básica urgente (bioquímica, hemograma y coagulación) para disminuir los tiempos al inicio al tratamiento, permitiendo el traslado directo del paciente de la ambulancia al TAC cráneo a su llegada al hospital.

Bibliografía

- Francisco Moniche Álvarez, Miguel Ángel Gamero García, Irene Escudero Martínez, et al. Protocolos de Neurología Vascular. Hospitales Universitarios Virgen Del Rocío y Virgen Macarena. Fénix Editora. Sevilla 2018. ISBN: 978-84-948052-7-1.
- Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2018 Mar;49(3):e46-e110.
- Aranda Aguilar F, Borja Padilla J, et al. Procesos Neurológicos 061 [Internet]. Sevilla: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2012. 39 p. Disponible en: <http://www.epes.es/wp-content/uploads/Procesos-Neurológicos-1.pdf>
- Aranda F et al- Procesos neurológicos EPES 2018
- Jiménez Hernández MD, Lama Herrera C, Moniche Álvarez F, et al. Proceso Asistencial Integrado. Ictus [Internet]. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía; 2015. 71 p. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/ictus/pai_ictus_abril_2015.pdf