

TÍTULO

Código ictus: qué es, actuación y manejo

AUTOR/ES

Cecilia Alcázar Pérez. ID Congresista: 0591

María Cristina Andrade Pozo.

Ana María López Ortiz

PALABRAS CLAVES: ictus, código ictus, protocolo ictus, actuación ictus.

RESUMEN

Como profesionales sanitarios debemos saber que el ictus es la principal causa de incapacidad y la segunda causa de muerte en los países desarrollados. En particular, el de etiología isquémica se presenta en 6 millones de personas al año en todo el mundo, por ello es importante conocer tanto la patología (signos, síntomas, etiología...) como la forma de actuar ante esta situación. Debido a la alta incidencia de esta patología, se cree oportuno que el profesional sanitario debe conocer el protocolo de actuación del ictus, tanto en el medio intrahospitalario como en el extrahospitalario. La actuación frente a un paciente con ictus requiere una aproximación organizada y multidisciplinar urgente para optimizar la terapia y la evolución. Un determinante clave para mejorar el pronóstico es la administración de las medidas terapéuticas en el tiempo adecuado y por profesionales expertos. Centrándonos en su abordaje nos parece interesante recopilar información, para así conocer en qué consiste el código ictus y como se pone en marcha, así como conocer los criterios de inclusión para proceder a la activación del código ictus.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

La patología vascular cerebral (ictus) es la tercera causa de muerte en los países occidentales y la primera global en España. En relación con su etiopatogenia, el 20% corresponden a procesos hemorrágicos y el 80%, a etiología isquémica (trombosis y embolismo)¹.

Es por ello que nos encontramos ante una patología de alta incidencia y con un alto índice de mortalidad, por lo que es importante insistir por tanto, en su prevención, tanto primaria como secundaria.

En 1995, y tras la publicación del estudio NINDS TPA, se demostró que el activador del plasminógeno tisular (rt-PA), que ya era utilizado en el infarto de miocardio y en el tromboembolismo pulmonar, era efectivo también en el tratamiento del ictus isquémico agudo².

Actualmente el rt-PA es el único fármaco fibrinolítico aprobado por la Agencia Europea del Medicamento para el tratamiento específico del ictus isquémico². Debe ser administrado dentro de las 3 primeras horas tras el inicio del ictus, por lo que el éxito

del tratamiento se fundamenta en gran parte en una correcta implementación de un sistema que facilite un triaje y un proceso diagnóstico rápidos.

Debido a este hecho, y a la estrecha ventana terapéutica de los tratamientos disponibles, es obligado coordinar los diferentes niveles asistenciales para asegurar el mínimo tiempo de respuesta que permita la rápida evaluación y tratamiento del paciente en el medio hospitalario por especialistas en esta patología.

Es por ello, que se implantó el llamado «código ictus», que hace referencia a la actuación coordinada de los servicios de urgencias extra hospitalarios con los centros hospitalarios que atenderán al paciente¹.

El código ictus es un sistema de selección y traslado urgente de pacientes, que intenta que el tiempo que se pierde en desplazamientos y exploraciones sea mínimo³ y además basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus, que prioriza el cuidado y traslado inmediato de estos pacientes a un centro hospitalario capaz de ofrecer una terapia de reperfusión con rt –PA².

La activación del código ictus se puede abordar desde distintas aéreas. Esto va a depender del lugar donde se encuentre el paciente, ya que si el paciente se encuentra ingresado en el hospital, la activación del código IC se hará de forma intrahospitalaria; mientras que si el paciente se encuentra en su domicilio y es atendido por los servicios de emergencias serán estos los que pongan en marcha las medidas oportunas para favorecer la recuperación y rehabilitación del paciente, disminuyendo así los daños irreversibles.

El procedimiento de actuación extrahospitalaria consistirá en la aplicación de protocolos consensuados, reconocer la urgencia y organizar el transporte al centro capacitado correspondiente (dotado con especialista, UCI y posibilidad de aplicar tratamientos específicos como la trombolisis) con preaviso a los mismos. Esto reduce el tiempo de atención y la demora en la aplicación del tratamiento.

Así mismo, en las urgencias hospitalarias se debe organizar la atención a estos pacientes con el objeto de reducir las demoras al máximo, mediante un protocolo de actuación dirigido a este objetivo, que es lo que denominamos código ictus intrahospitalario.

OBJETIVOS

- Conocer en qué consiste el código ictus.
- Conocer las actuaciones a seguir para activar el código ictus..
- Definir criterios de inclusión del código ictus.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica donde se obtienen un total de 10 artículos y se descartan otros muchos atendiendo a los criterios establecidos para el título. . Se procede a realizar un análisis en profundidad de los artículos que reúnen los criterios establecidos y se seleccionan 2 artículos y 1 protocolo.

Las bases de datos que se utilizaron fueron: GOOGLE ACADÉMICO, SCIELO Y SCIEDIRECT

Los descriptores utilizados fueron: ictus, código ictus, protocolo de actuación al ictus, código ictus extrahospitalario.

Los filtros utilizados fueron publicaciones de 2013-2017, que fueran textos completos.

Los criterios de inclusión utilizados son el idioma de los artículos (inglés y español); fecha de publicación (artículos publicados en los últimos 5 años y que la información que contenga este dentro de ese rango); tipos de estudio (transversal, cualitativos, descriptivos, de prevalencia...)

Los criterios de exclusión fueron: imposibilidad de acceder al texto completo, artículos que no se correspondían en fecha a los últimos 5 años.

Para la selección de artículos, en primer lugar se eligen y se descartan artículos por el título y resúmenes de cada uno de ellos. En la segunda selección se realiza una lectura del texto completo, en la que se tiene en cuenta fecha y lugar donde se lleva cabo el estudio.

RESULTADOS

Se ha analizado diversa bibliografía y encontramos que en la actuación a nivel extrahospitalario, se comienza por evaluar a un paciente con sospecha de ictus, y determinar si cumple las siguientes condiciones¹:

- presencia de un déficit neurológico focal: que sea agudo y objetivable
- que la hora de inicio de los síntomas sea <4 horas, conocido con exactitud
- que sea un paciente <80 años y autosuficiente

Si cumple estas características, se activará código ictus, debiendo comunicarlo telefónicamente, y debiendo quedar registrada la hora de inicio de los síntomas.

Durante el traslado, será importante la actuación con el paciente, debiendo realizar:

- Exploración general del paciente y toma de constantes: frecuencia cardiaca, presión arterial, saturación de oxígeno, glucemia.
- ABC (vía aérea, ventilación, circulación).
- Aporte de oxigenoterapia si satO₂ <94%.
- Estabilización hemodinámica: suero fisiológico (SF) 0'9%.
- Exploración neurológica, y escala Glasgow.
- Monitorización EKG y pulsioximetría.
- Canalizar vía venosa periférica y extracción de 3 tubos.
- Control de temperatura (T^a): si >37'5° administrar Paracetamol oral o iv
- No administrar hipotensores (salvo TAs>220 y/o TAd>120)
- Traslado urgente a un centro con capacidad de trombolisis.

Todo este operativo debe cerrarse en 45 minutos.

A la llegada al hospital, activar código ictus a la entrada e ingresar directamente a sala de críticos como prioridad 1.

En el ámbito intrahospitalario encontramos que serán importantes una serie de acciones coordinadas con el fin de agilizar todas las actuaciones necesarias en el caso de sospechar un ictus subsidiario de fibrinólisis.

Estas actuaciones son¹:

- ❖ La concienciación de los enfermeros de triage de la necesidad de detectar la clínica del ictus de manera precoz, y entrenarlos con el uso de la escala Cincinatti
- ❖ Activación del médico de urgencias responsable para las prioridades tipo 1 que realizará una valoración primaria urgente de toda sospecha de ictus, chequeará criterios para activación del código ictus intrahospitalario y decidirá la pertinencia del mismo. Además debe activar y agilizar todas las acciones propias de un código ictus, decidir soporte y requerimientos básicos para el traslado intrahospitalario del paciente, iniciar los tratamientos necesarios en función del estado y constantes del paciente e informar a los familiares y allegados del paciente
- ❖ Activación simultánea del médico de observación, neurólogo/intensivista y radiólogo
- ❖ Tener preparados en el área de urgencias todos los documentos necesarios para la realización de fibrinólisis: hojas de comprobación de los criterios de inclusión y exclusión, escala NIHSS, hojas de información a familiares, consentimientos informados.
- ❖ Comprobación por parte de enfermería de la existencia de un stock adecuado y fijo de *Alteplasa* en el frigorífico

Por último, y haciendo referencia a uno de nuestros objetivos, encontramos que existen criterios de inclusión para la activación del código ictus.

Los criterios de inclusión para la activación del Código Ictus son¹:

- Edad menor de 80 años y mayor de 18.
- Actividad de la vida diaria normales.
- No ictus previos.
- Ausencia de contraindicaciones.
- Focalidad neurológica objetivable: signos de parestesias y/o parálisis, deterioro del nivel de conciencia, disartria, alteraciones visuales, desviación de comisura bucal, diagnóstico clínico de ACV presente al menos 30 min y sin mejoría significativa.

- Aparición de los síntomas hace menos de 4 horas.

DISCUSIÓN

El presente trabajo muestra la información necesaria para conocer que es el código ictus y como llevarlo a cabo en el manejo de la patología cerebrovascular. Creemos que como profesionales sanitarios es de vital importancia conocer todos los pasos a seguir ante un paciente con ictus. Es importante un diagnóstico precoz de la patología así como la puesta en marcha de las actuaciones a seguir.

Es importante que todo el equipo este organizado de tal forma que la actuación, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario, sea lo más rápido posible, para así minimizar en la medida de lo posible las posibles secuelas en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez MC. Implantación de protocolo “código ictus” [Internet]. España: Universidad Internacional de Andalucía; 2013. [citado en Octubre 2017]. Disponible en:
<http://dspace.unia.es/handle/10334/2585>
2. Gómez-angelats E, Bragulat E , Obach V , Gómez-choco M , Sánchez M, Miró O. Resultados alcanzados con la puesta en marcha del circuito “Código Ictus” en un gran hospital: papel de urgencias y análisis de la curva de aprendizaje [Internet]. España: Researchgate; 2013. [citado en Octubre 2017]. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Ernest_Bragulat/publication/28264004_Resultados_alcanzados_con_la_puesta_en_marcha_del_circuito_Codigo_Ictus_en_un_gran_hospital_Papel_de_urgencias_y_analisis_de_la_curva_de_aprendizaje/links/0fcfd50acb9197b2ef000000/Resultados-alcanzados-con-la-puesta-en-marcha-del-circuito-Codigo-Ictus-en-un-gran-hospital-Papel-de-urgencias-y-analisis-de-la-curva-de-aprendizaje.pdf
3. Rodríguez A, Cuadrado E, Giralt E, Rodríguez E, Domínguez A, Romeral G, Muñoz E, Roquer J. Detección del ictus intrahospitalario: evaluación de resultados de un programa de formación y entrenamiento a personal médico y de enfermería [Internet]. España; 2015. [citado en Octubre 2017]. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485314001431/pdf?md5=f596c7c044f74977dfbae98cce826590&pid=1-s2.0-S0213485314001431-main.pdf>