

DIAGNÓSTICO, MANEJO Y EFECTIVIDAD DEL CÓDIGO ICTUS EXTRAHOSPITALARIO

Autor principal: Aurora Fernández García

Coautor: Antonio Ramírez Zaragoza

PALABRAS CLAVE

“Código ictus”

“Fibrinolisis”

“Cerebrovascular stroke”

“Emergency care prehospital”

INTRODUCCIÓN

El ictus continúa siendo el problema neurológico más frecuente en el mundo. Representa actualmente en España la segunda causa de muerte, después de la cardiopatía isquémica. El código ictus se basa en la detección precoz de los signos y síntomas propios de un ictus, la priorización de los cuidados y el traslado a un centro cualificado. El objetivo de este procedimiento de actuación es conseguir que transcurra un tiempo mínimo entre el comienzo de los síntomas y el inicio del tratamiento.

OBJETIVOS:

Conocer el manejo y la activación del código ictus para la disminución de la morbimortalidad de los pacientes.

MÉTODO:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible en las siguientes bases de datos: Medes, Cochrane, Cuiden y Pubmed con los descriptores: “código ictus” y “fibrinolisis”, “cerebrovascular stroke” y “emergency care prehospital” utilizando el boleano AND. Además se han consultado diferentes guías de práctica clínica y revistas científicas. De un total de 200 artículos se han seleccionado 15 para un análisis en profundidad por cumplir los criterios establecidos.

Criterios de activación del Código ictus:

Paciente \geq 18 años, independiente para las actividades básicas diarias (Rankin \leq 2). Déficit motor y/o afasia (escala de Cincinnati), con pérdida de visión brusca de uno o ambos ojos, inestabilidad, cefalea brusca y alteración sensitiva. Con un tiempo de evolución de inicio de los síntomas $<$ 4.5 horas.



Cuidados de Enfermería:

- Monitorización de signos vitales (EKG, FC, TA: tratar si TAS $>$ 185 o TAD $>$ 110 mmHg, T₂: si $>$ 37.5 medios físicos / paracetamol o metamizol iv, SO₂: si $<$ 94% colocar gafas nasales, y nivel de conciencia).
- Mantener el cabecero elevado 30 grados.
- Canalizar vía venosa en el miembro no parético y extracción de analítica. Realizar glucemia capilar (mantener entre 140-180 mg/dl).
- No usar soluciones glucosadas endovenosas salvo hipoglucemia.
- No colocar sonda vesical salvo retención aguda de orina ni sonda nasogástrica salvo vómito o bajo nivel de conciencia. Aspirar secreciones si es preciso. Retirar prótesis dental, anillos, pulseras, pendientes...

RESULTADOS:

Tras la revisión de diferentes estudios de cohortes y descriptivos se obtuvieron los siguientes resultados:

- En el caso de los pacientes en los que se activó el código ictus, la llegada al hospital tras el inicio de los síntomas fue 30 minutos menor que en los que no se activó.
- Tanto la recanalización precoz como el acortamiento del plazo hasta el inicio de la fibrinolisis supone diferencias en la evolución neurológica durante las primeras 48 horas.
- La activación del código ictus se asoció con una significativa disminución en la puntuación de la escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) a las 48 horas en comparación con la no activación de éste.

Criterios de inclusión para fibrinolisis:

Además de cumplir los criterios de activación del código ictus se tendrá en cuenta la presencia de síntomas establecidos $>$ 30 min. TAC normal o sugestivo de infarto cerebral y consentimiento informado.

CONCLUSIONES:

El conocimiento de este protocolo se hace prioritario para los equipos de emergencia ya que la disminución de las secuelas en los pacientes que presentan ictus es un objetivo fundamental en su cuidado y con la reducción de los tiempos de actuación se consigue una mejora de los resultados neurológicos en 48 horas.

BIBLIOGRAFÍA:

- \triangleright Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N^o 2007/5-2
- \triangleright Jiménez Hernández, María Dolores ... [et al.]. Proceso asistencial integrado. Andalucía Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015.
- \triangleright Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad 2008. Disponible en http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/estrategias_ictus_SNS.pdf
- \triangleright Sacco RL, Adams R, Albers G, Albers MJ, Benavente O, Furie K, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack. Stroke. 2006;37:577-617
- \triangleright Albers GW, Amarencu P, Easton JD, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest. 2004;126(3 Suppl):483S-512S.