

Autores: Sara Díaz Ibáñez, Nora Burgui Villanueva, Maite Laguardia Sánchez, Oihane San José Olóriz, Begoña Fernández Sánchez.
Complejo Hospitalario de Navarra. Radiodiagnóstico.

CODIGO ICTUS

OBJETIVOS

Con esta presentación queremos dar a conocer las actuaciones ante un posible código ictus cerebral en nuestro Hospital, así como la actualización del protocolo, en la que el tratamiento del mismo se inicia en la sala de TC.

REVISION DEL TEMA

En nuestro centro existe un protocolo ante un código ictus , en el cual forma parte un equipo multidisciplinar que engloba: Urgencias, Neurología y Radiología.

Este equipo debe estar correctamente coordinado y ser conocedor del protocolo así como de los equipos empleados para ello.

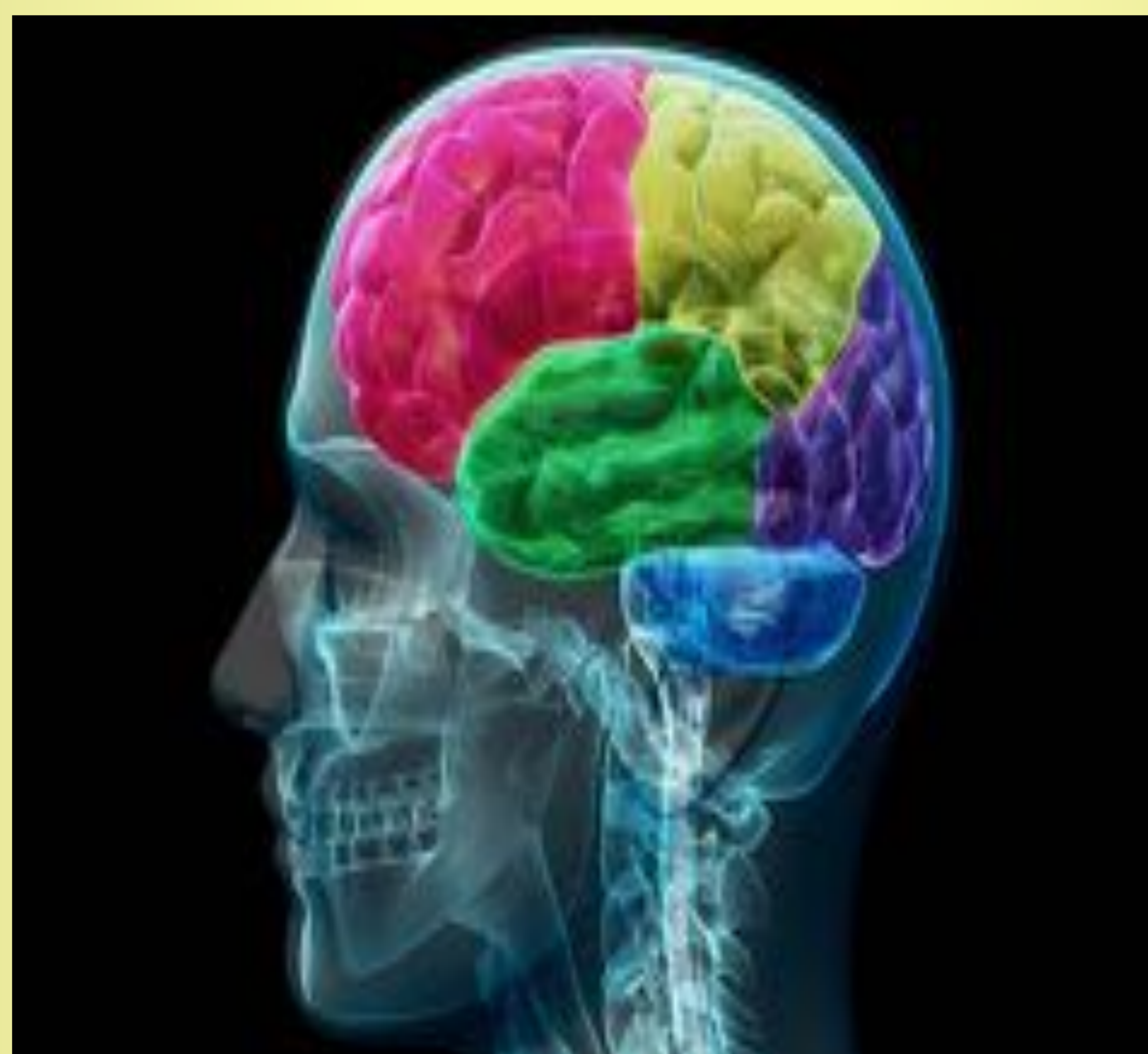
Se denomina **ICTUS** al trastorno brusco de flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del cerebro

PREVALENCIA

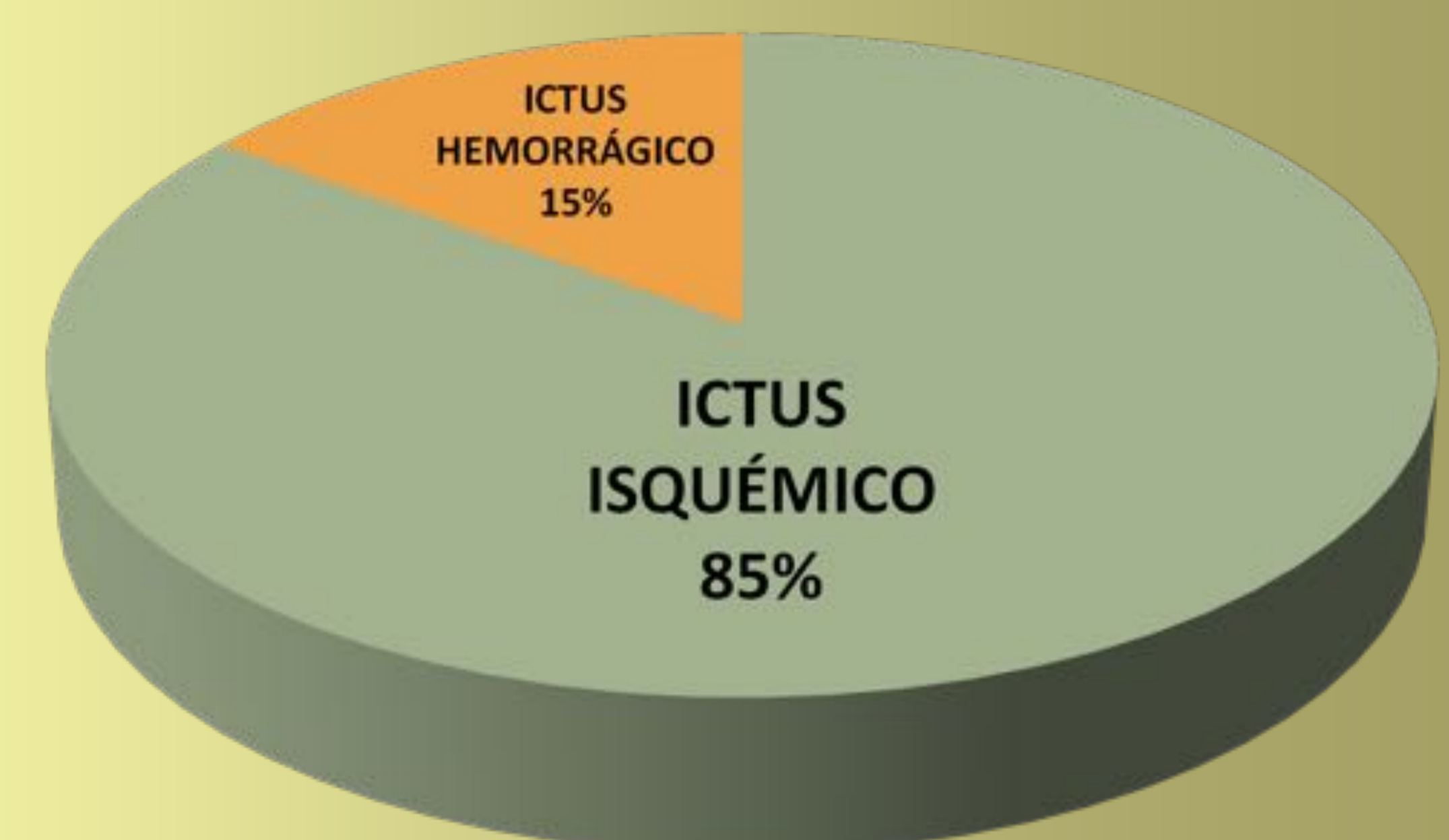


Cada año se detectan mas de 120.000 casos.

Primera causa de mortalidad en las mujeres y segunda en los hombres.



TIPOS DE ICTUS



Las primeras horas tras el ictus son esenciales en la evolución del paciente

SINTOMAS



- Pérdida de movilidad o sensibilidad de media parte del cuerpo.
- Pérdida de la capacidad de hablar o hacerse entender
- Dolor repentino e intenso de cabeza
- Sensación de vértigo, mareo o inestabilidad.
- Pérdida de visión total o parcial de uno o ambos ojos

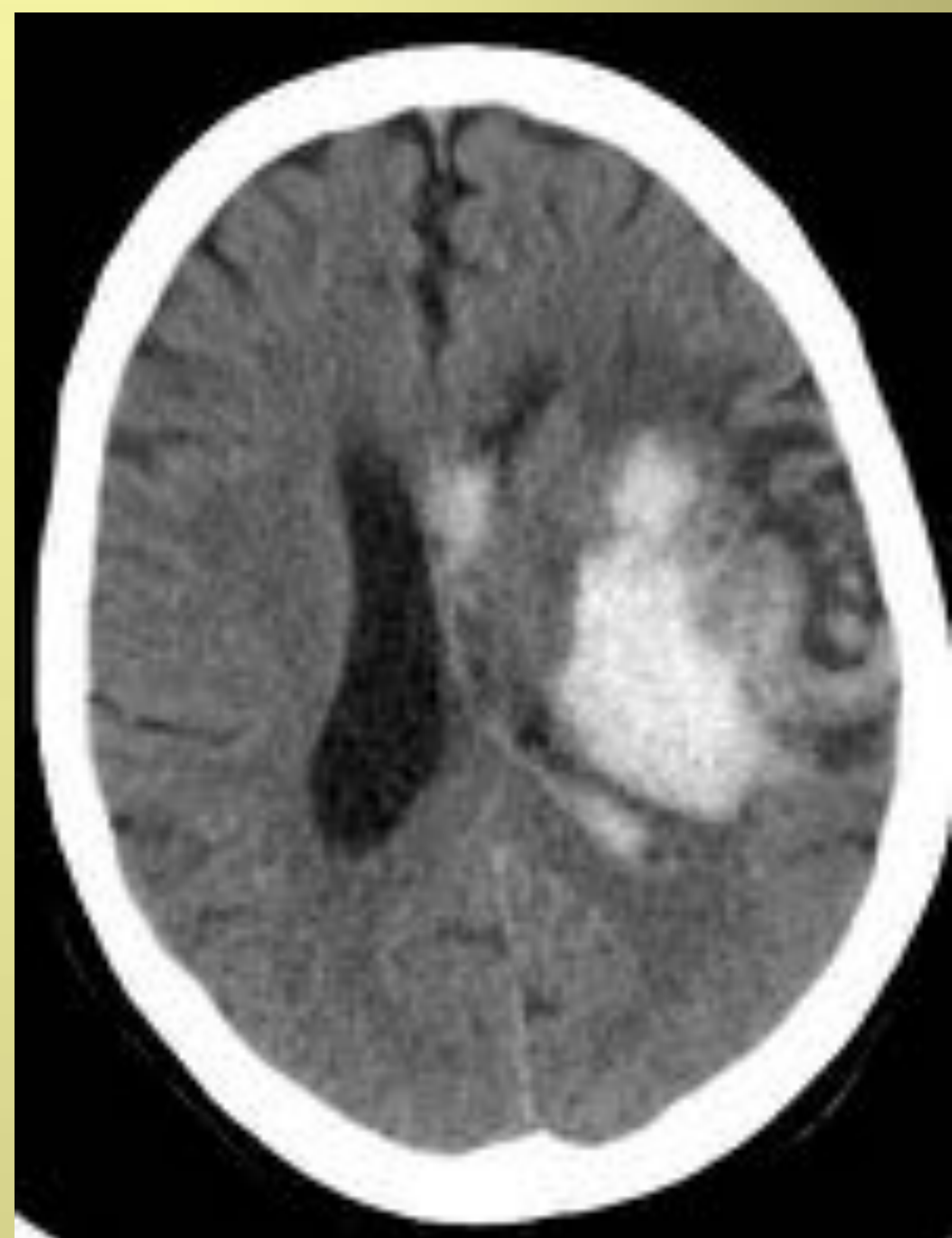
ACTUALIZACION PROTOCOLO CODIGO ICTUS CHN

Una vez activado el código ictus en la sala de Reanimación, el paciente es trasladado al escáner en el cual se le realiza un **TC BASAL**, para descartar un origen hemorrágico o lesión isquémica.



Las técnicas de neuroimagen, principalmente la **TC**, por su disponibilidad y rapidez, y la **RM**, son claves para el diagnóstico precoz y para la selección de los pacientes que se beneficiarán del tratamiento **fibrinolítico**.

ICTUS HEMORRÁGICO



El **ictus hemorrágico**, supone el 10-15% de los ictus.

- Hemorragia subaracnoidea
- Hemorragia intracerebral
- Hemorragia subdural
- Hemorragia epidural

ICTUS ISQUÉMICO



Ictus isquémico, aproximadamente el 85% de los ictus.

Tiene lugar como consecuencia de una alteración circulatoria en una zona del parénquima encefálico.

VALORAR ASPECTS

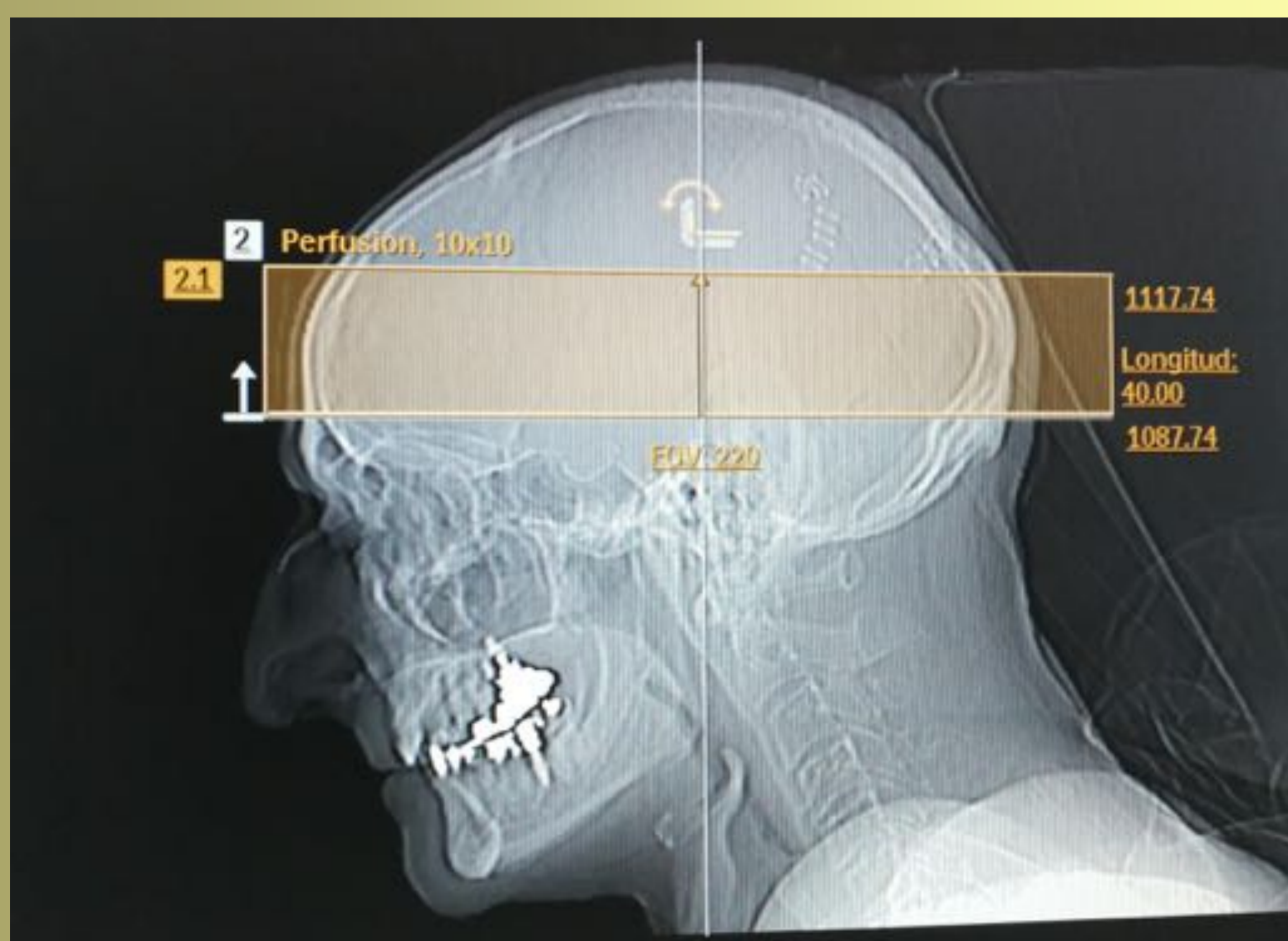
- Grado de afectación parenquimatosa “max 10”
- Por debajo de 7 es infarto establecido (ya han pasado horas suficientes)
- Cuanto menor valor tiene, menos sentido tiene fibrinolizar

INICIO TRATAMIENTO EN SALA TC. TIEMPO PUERTA-AGUJA \leq 20MIN



PERFUSIÓN ¿cuándo?

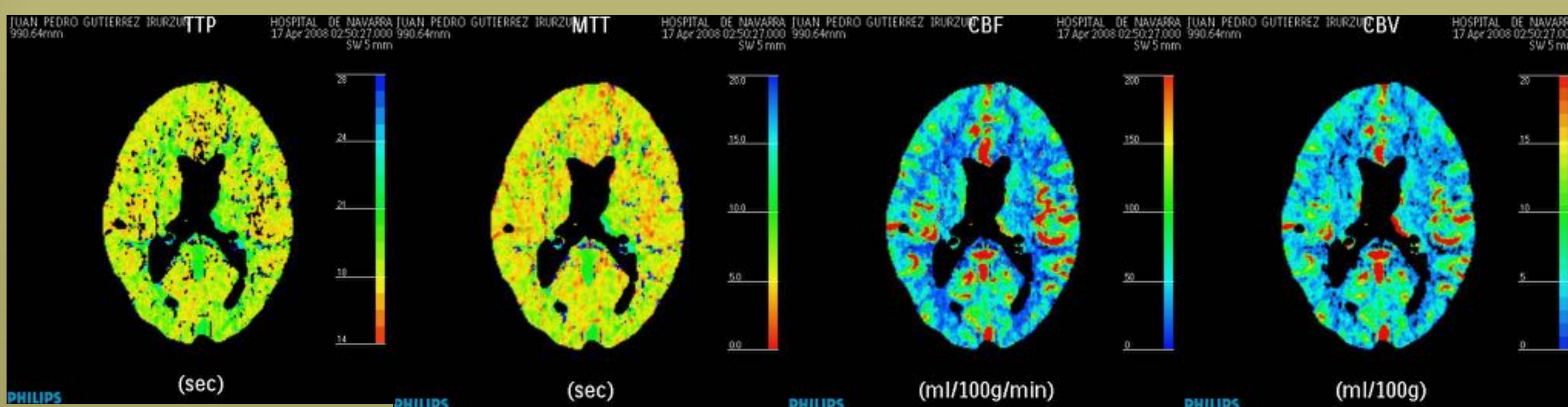
- Conocer la presencia y extensión de tejido isquémico o infartado (no recuperable).
- Gran utilidad en el cálculo de aproximación del área de penumbra o tejido de riesgo.
- Dudas diagnósticas, porque podría ser una crisis comicial.



RANGO

- Bloque de 4 cm
- centrado región supraorbitaria o según corte basal del los ganglios basales (límite inferior)

- Contraste intravenoso : 40 ml a 4 ml/seg (concentración 320 mg/ml) seguido de embolada de 40 ml de suero
- Retardo : 6 seg. Si hay bajo gasto prolongar a 8 seg.
- Adquisición Helicoidal



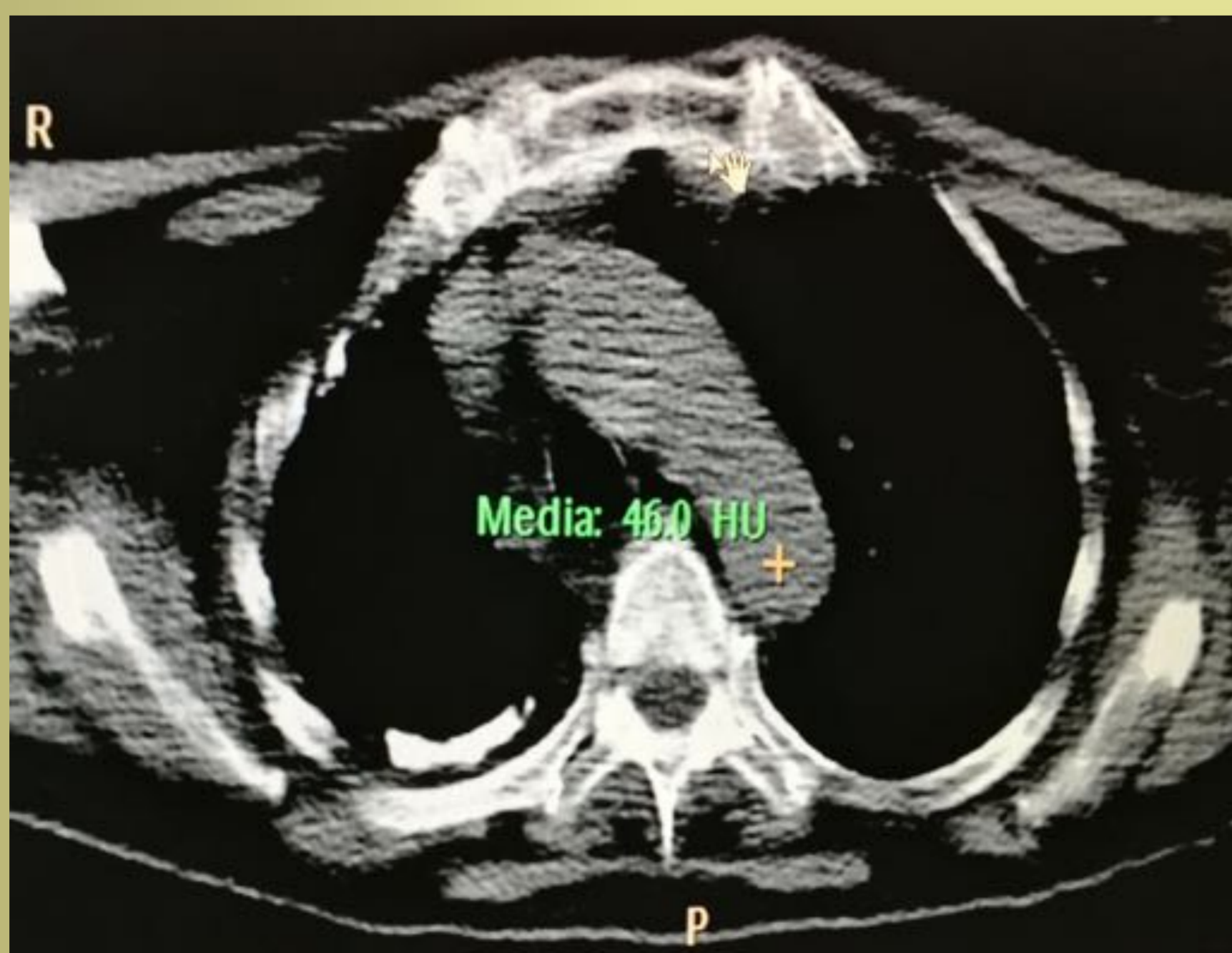
Mapas de perfusión

TSA ¿cuándo?

- Cuando se plantea rescate intracraneal.
- Permite valorar la circulación intra y extracraneal (localización del trombo).
- Conocer la alteración vascular que origina el cuadro.
- Podrá servir de guía para el tratamiento (trombólisis intraarterial o mecánica)
- Valoración TSA
- Dudas diagnósticas sobre el territorio afectado(arteria basiliar, vertebrales...)

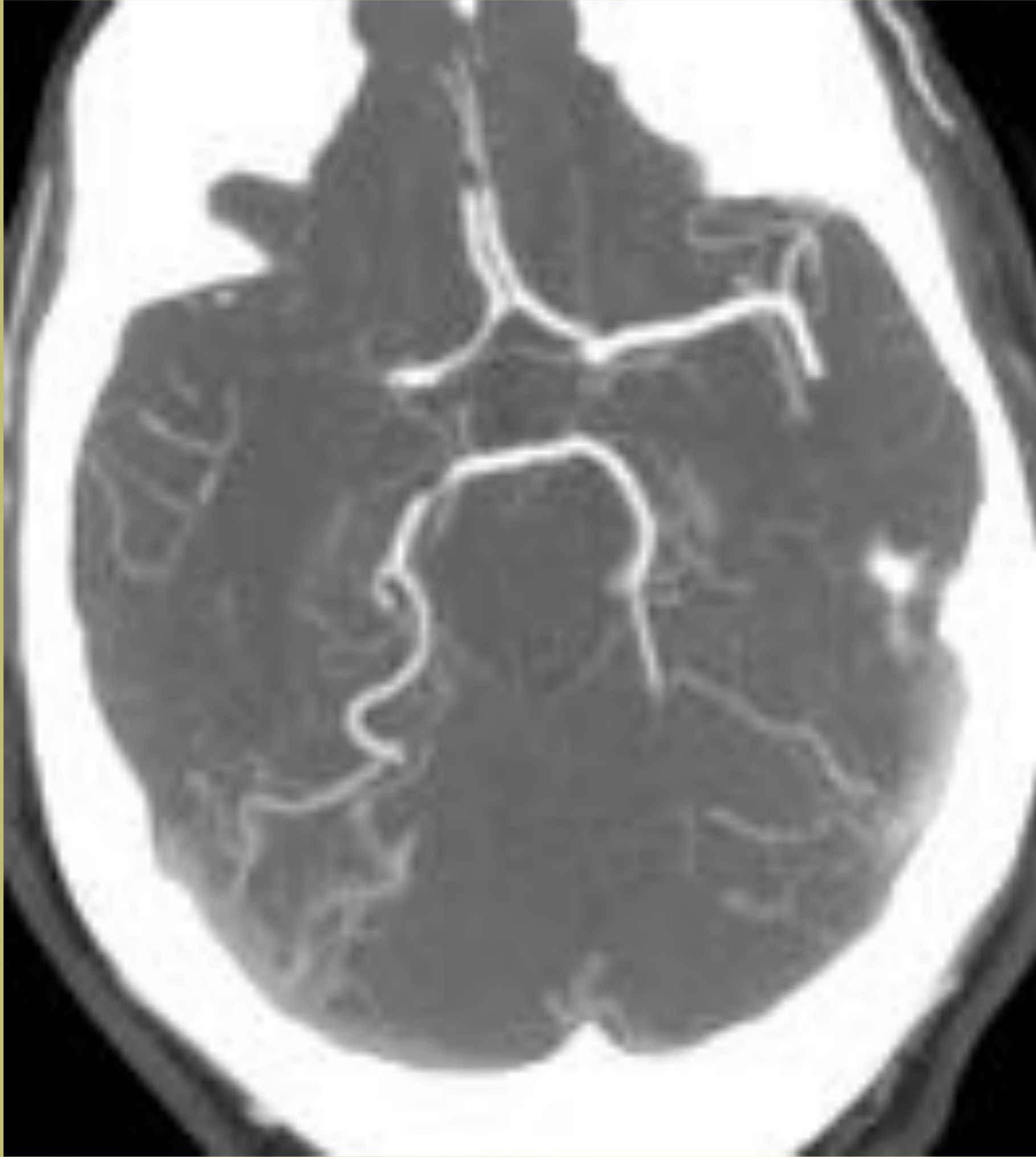
RANGO

-Desde el nivel del locator (inferior al cayado) hasta el vértex.



- Contraste intravenoso : 80 ml a 5 ml/seg(concentración 350 mg/ml seguido de embolada de 40 ml de suero.
- ROI: en la región posterior del cayado. Umbral 150 UH.
- ReTardo mínimo.
- Adquisición helicoidal.
- Reconstrucción: GC 0,9mm, IR 05mm.

- **Angio –TC: oclusión vascular**



En caso de tratamiento endovascular en angiógrafo:
TIEMPO PUERTA- PUNCIÓN FEMORAL \leq 60 minutos



CONCLUSIÓN:

-En la actualidad el CÓDIGO ICTUS constituye una pieza fundamental a la hora de atender rápidamente y tratar con eficacia a un paciente con ictus.

-Con las actualizaciones del protocolo ya existente en nuestro Hospital, es decir, al implantar la **fibrinólisis** I/V en la misma sala de TC, se calcula que:

- El tiempo PUERTA-AGUJA es de 20 minutos, 25 menos que antes, por consiguiente , se obtienen menores secuelas para el paciente.
- El parámetro **TIEMPO** juega un papel fundamental.



“TIEMPO ES CEREBRO”

*Bibilografía: Documentación decida por la Dra.Teresa Cabada,
Servicio Radiodiagnóstico CHN*