



BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA

ATENCIÓN PRIMARIA

ATENCIÓN MÉDICA DEL ACVA

El ACVA continúa siendo una entidad frecuente pese a los avances en su diagnóstico y tratamiento.

El ictus es la principal causa neurológica de ingreso hospitalario y es la enfermedad que provoca un mayor porcentaje de incapacidad funcional e invalidez, lo que conlleva un elevado coste sanitario y social.

La evaluación por un neurólogo dentro de las primeras 6 horas del inicio de los síntomas se asocia con un riesgo 5 veces menor de mala evolución. Hoy día sabemos que la isquemia cerebral se establece en horas, existiendo la posibilidad de actuar para disminuir el infarto cerebral y sus secuelas (ventana terapéutica). Junto a regiones infartadas pueden existir territorios cerebrales con un aporte sanguíneo comprometido pero con un metabolismo preservado siendo potencialmente viables (zonas de penumbra isquémica).

Estudios recientes han demostrado que el ictus se beneficia de una atención neurológica especializada y precoz. La administración, en pacientes seleccionados, del activador tisular del plasminógeno (tPA) intravenoso es eficaz dentro de las primeras tres horas desde el inicio de la isquemia y en las primeras 6 horas si la administración es por vía arterial local.

El control de factores de mal pronóstico como hiperglucemia, hipertermia, crisis comiciales y la desnutrición mejora la evolución del ictus.

Por todo ello hoy día el ACVA es considerado una urgencia neurológica, en la que el tiempo juega un papel fundamental, de forma similar al síndrome coronario agudo.

Los pacientes con ictus no son víctimas irreversibles de un proceso no recuperable. Con objeto de mejorar la asistencia médica de esos pacientes se realiza una atención multidisciplinar encaminada a reducir los tiempos de latencia entre el inicio de la sintomatología y la administración del tratamiento establecido.

LA CADENA DEL ICTUS

La cadena del ictus se basa en la actuación coordinada y sincronizada de los diversos colectivos sanitarios que participan en la atención de estos pacientes. Los eslabones de esta cadena son: detección del inicio del ictus, activación y actuación de los Equipos de Emergencia Extrahospitalaria, entrega del paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital y puesta en marcha de un protocolo diagnóstico terapéutico multidisciplinar.

Con respecto a la actuación del Servicio de Urgencias Extrahospitalario destacar la existencia de su Central de Coordinación que a través de cuestionarios identificará al paciente afecto de ictus. El transporte será prioritario. Deberá quedar reflejada la hora exacta del inicio del cuadro clínico. Si el paciente precisa de transporte en UVI móvil se mantendrá la permeabilidad de la vía aérea, la respiración y la circulación. El paciente se monitorizará mediante electrocardiografía y pulxiosimetría. Recibirá oxígeno inhalado a bajo flujo. Las vías venosas utilizadas serán periféricas. No se administrarán sueros glucosados, salvo en caso de hipoglucemia. No se utilizará medicación antihipertensiva, salvo en presencia de angina de pecho, insuficiencia cardiaca o encefalopatía hipertensiva. Durante el traslado se alertará al hospital de destino.

En el área de urgencias el paciente será monitorizado en la consulta de críticos. Tras evaluar nuevamente el mantenimiento de una adecuada ventilación y circulación se procederá a una valoración neurológica utilizando la escala de Glasgow.

Se determinará la tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, glucemia capilar y temperatura axilar.

- Si la saturación de oxígeno es igual o inferior a 90 se administrará oxígeno al 35-50 %.
- Se administrará insulina si la glucemia es superior a 200 mg/dl.

- Antitérmicos si la temperatura es superior a 37'5° C (No usar salicilatos).
- Tratamiento antihipertensivo con monitorización incruenta si la presión arterial sistólica es superior a 220 mmHg o la diastólica es superior a 120 mmHg en dos medidas separadas por 15 minutos.

Es fundamental conocer la hora de inicio de los síntomas y la situación clínica previa al ictus mediante la escala de Rankin.

ESCALA DE RANKIN

- 0 Sin síntomas.
- 1 Sin incapacidad importante.
- 2 Incapacidad leve. Incapaz de realizar algunas de las actividades previas, pero capaz de velar por sus asuntos sin ayuda.
- 3 Incapacidad moderada. Necesita algún tipo de ayuda.
- 4 Incapacidad moderada-grave. Síntomas que impiden vida independiente pero sin necesidad de atención continua.
- 5 Incapacidad grave. Totalmente dependiente, precisando asistencia las 24 horas.
- 6 Muerte.

EQUIPOS DE ICTUS:

La tendencia actual es la creación de **Equipos de ictus** coordinados por un neurólogo, colaborando estrechamente con neurorradiólogos, intensivistas y rehabilitadores, entre otros especialistas, junto a

un personal de enfermería especialmente entrenado en el cuidado de estos pacientes y en la aplicación de un tratamiento protocolizado.

UNIDADES DE ICTUS:

Un avance más en la asistencia de estos pacientes es la creación de un área hospitalaria específica ubicada dentro del Servicio de Neurología con un número determinado de camas. Se trata de una **Unidad de Ictus**.

La activación del Código ictus, es decir, alertar al neurólogo en un tiempo precoz, inferior a 15 minutos, se llevará a cabo cuando el paciente se encuentre en las primeras 5 horas desde el inicio del cuadro o sufra un empeoramiento progresivo, siendo su situación previa aceptable. El personal de enfermería realizará un electrocardiograma y se obtendrán muestras para hemograma, estudio de coagulación, bioquímica con iones, glucemia y determinación de función renal. La vía periférica se mantendrá con suero fisiológico. Se evitarán punciones arteriales.

Se realizará TAC craneal urgente. Todo ello debe completarse en un tiempo máximo de 50 minutos. A partir de este momento el neurólogo decidirá las intervenciones terapéuticas específicas que deben instaurarse. Estas decisiones estarán influenciadas por la presencia o ausencia de sangre en el TAC.

El paciente recibirá tratamiento antihipertensivo para mantener una PAS por debajo de 190 mmHg junto a medidas y acciones terapéuticas encaminadas a evitar o tratar posibles complicaciones neurológicas y sistémicas.

BIBLIOGRAFÍA:

- Vademécum internacional 2006
- Enfermedad cerebrovascular (M^a Dolores Bautista Rodríguez).
- Manual de Cuidados Intensivos (James M. Rippe) Ed. Salvat.
- Manual de Neurología (J. Cambier) Ed. Masson.

Direcciones internet:

- <http://www.msd.es>
- <http://www.semergen.es>
- <http://www.uninet.edu/tratado/c0906i.html>

AUTOR:

Dr. D. Fernando Pérez-Padilla García

COLABORADORES:

D.U.E. D^a. Penélope Bernardini Amador
D.U.E. D^a. Margot Bernardini Amador

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta que desee publicar algún artículo.



EDITA:
© INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA – DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA
GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA. Recinto Sur, s/n. – CEUTA
Catálogo General de Publicaciones Oficiales: <http://www.060.es>
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 356-07-003-0