

# Estrategias de actuación en el CÓDIGO ICTUS



Anna García Casado  
Neuróloga HGMO  
Menorca, octubre de 2017

# Caso 1

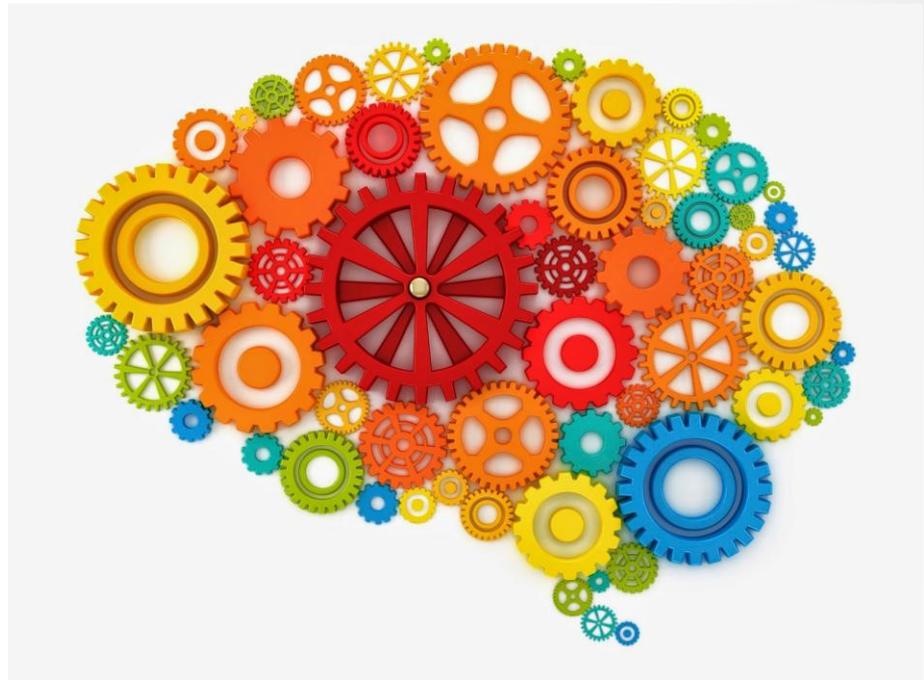
Mujer 34 años

- Fumadora de 4-5 cig/día. No otros hábitos tóxicos
- Hipercolesterolemia sin tratamiento farmacológico
- No AF de ictus
- IQ: sd túnel carpiano bilateral
- Vida laboral activa (temporada turística). Sedentaria
- En tto con amoxi-clavulámico por colocación de implantes dentales 48h antes
- No toma ningún tratamiento habitual

- Despierta de madrugada a las 3h, se sienta en la cama y nota pérdida del tono postural con pérdida de consciencia y caída
- Sensación rara y cefalea en región temporal derecha (que atribuye a la caída)
- Según la pareja, camina con cierta dificultad
- Llega a Urgencias a las 3:40h por su propio pie

### Primera valoración en Urgencias:

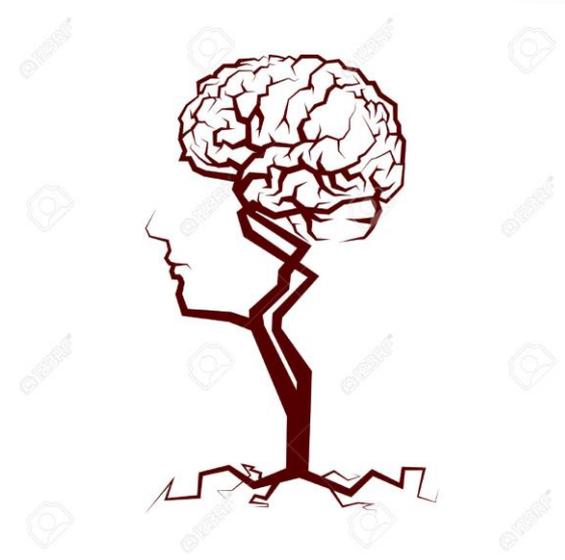
- TA 113/75, FC 70 lpm (rs)
- Gd 115
- Consciente y orientada, glasgow 15
- Asimetría facial, hemiparesia izquierda



- Inicio clínica: desconocido (despertar a las 3h, no consta a qué hora se acostó)
- Llegada al hospital (por su propio pie): 3:40h
- Contacto con médico de Urgencias: 3:55h
- TAC cerebral: 04:50h
- 5:45h se activa el CÓDIGO ICTUS
- Ingreso en UCI: 6:15h

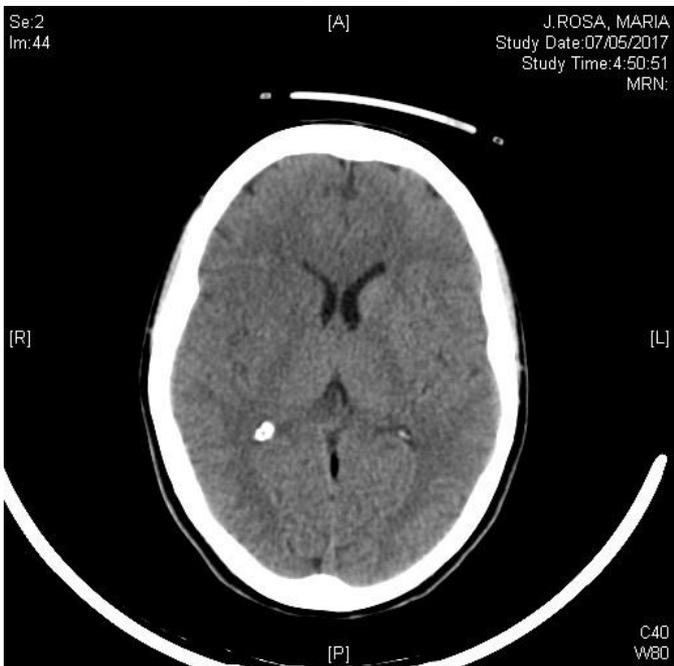
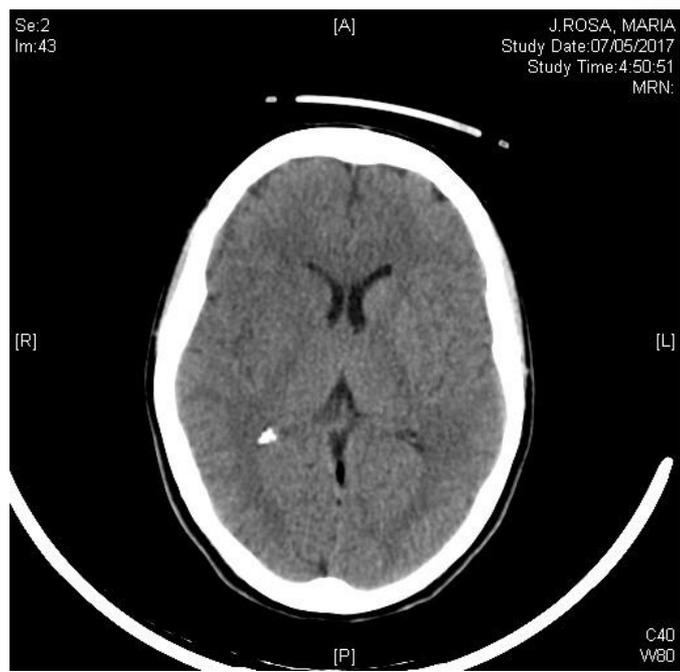
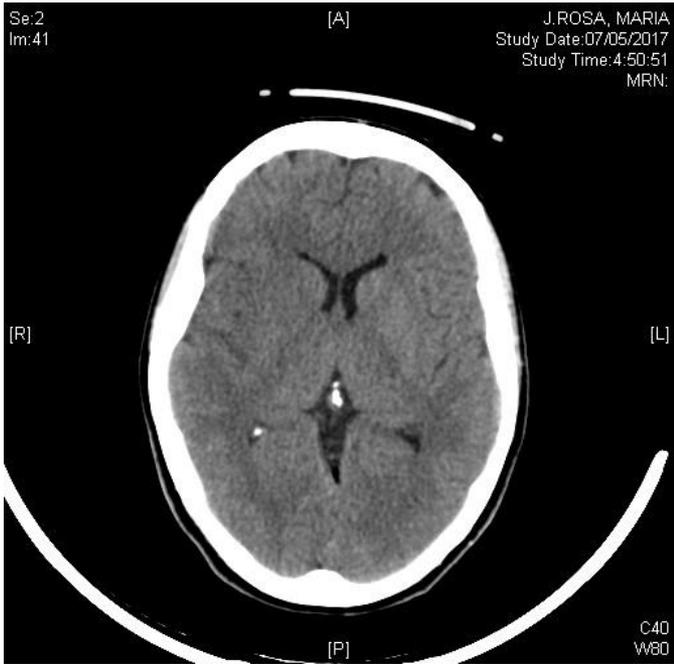
## Valoración por UCI:

- Empeoramiento del déficit motor inicial con hemiparesia facio-braquio-crural izquierda (1/5 MSI, 4/5 MII)
- No afectación del lenguaje ni otros síntomas corticales
- NIHSS **9** (0+0+0+0+0+2+4+1+0+1+0+1+0)
- TA 111/76, FC 65 (rs), FR 16, SaO2 99%, T<sup>a</sup> 36.5<sup>a</sup>C, GD 120
- ACP normal. Pulsos carotídeos normales

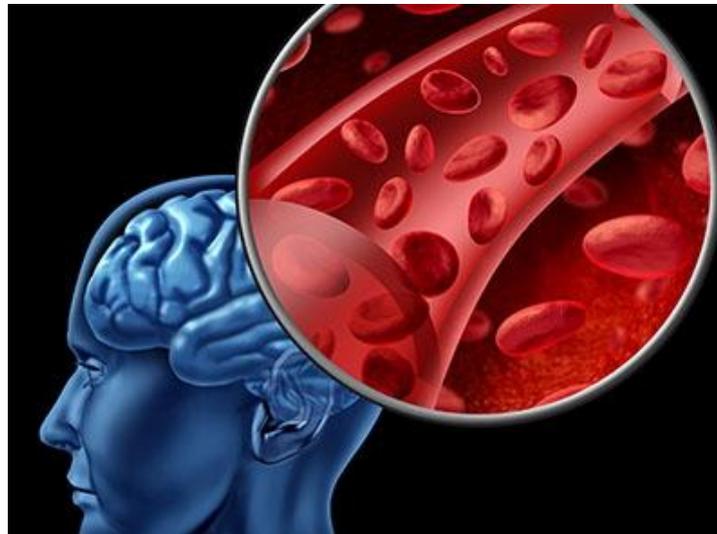


## Exploraciones complementarias:

- ECG: RS a 80 lpm, eje QRS a 75º, intervalo PR 140, QRS estrecho, no alt repolarización ni signos de dilataciones
  - Analítica urgente: anodina
  - Gasometría venosa: normal
- 
- TAC cerebral: pérdida de definición del núcleo lenticular derecho (posible signo de isquemia precoz). No colecciones hemáticas. Sin otros hallazgos de interés



- Se contacta con Neurología de HUSE; se descarta traslado y rescate intraarterial por estar en tiempo para trombolisis iv (se considera hora de inicio a las 3h)
- Empeoramiento clínico durante su estancia en Urgencias
- Se realiza trombolisis iv a las 6:30h (3:30h desde el despertar)



## Evolución inmediata tras fibrinólisis:

- Cefalea temporal derecha leve
- A las 2 horas leve empeoramiento con plejía completa del MSI (0/5) y paresia MII 3/5.
- NIHSS **10**

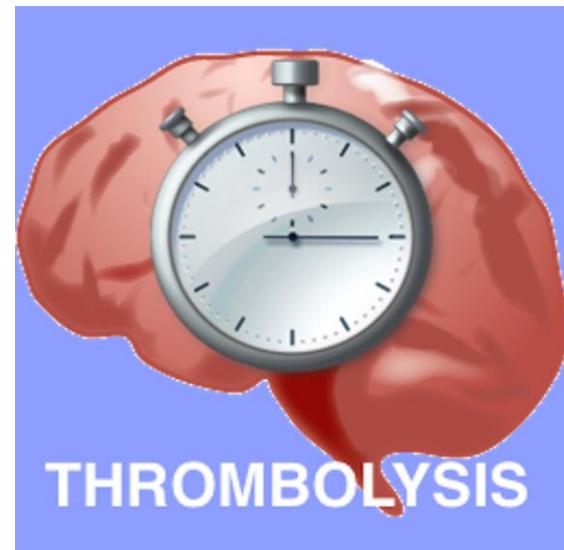


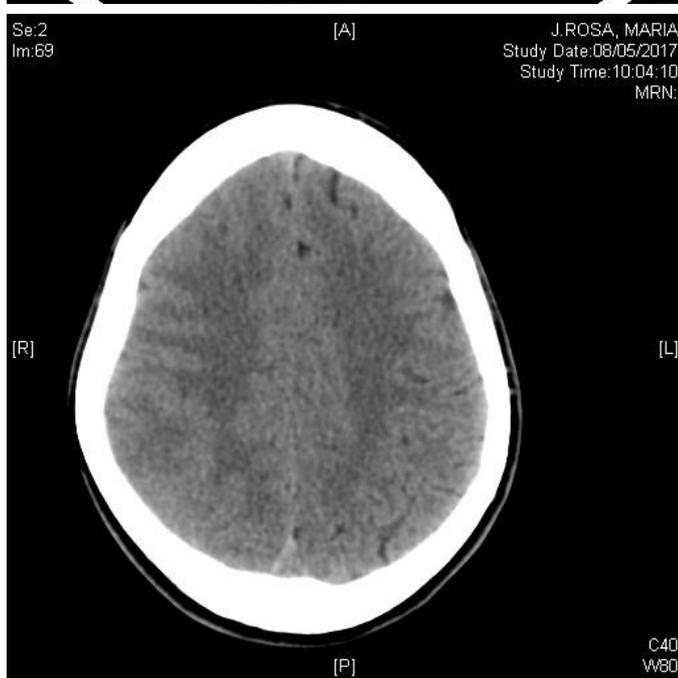
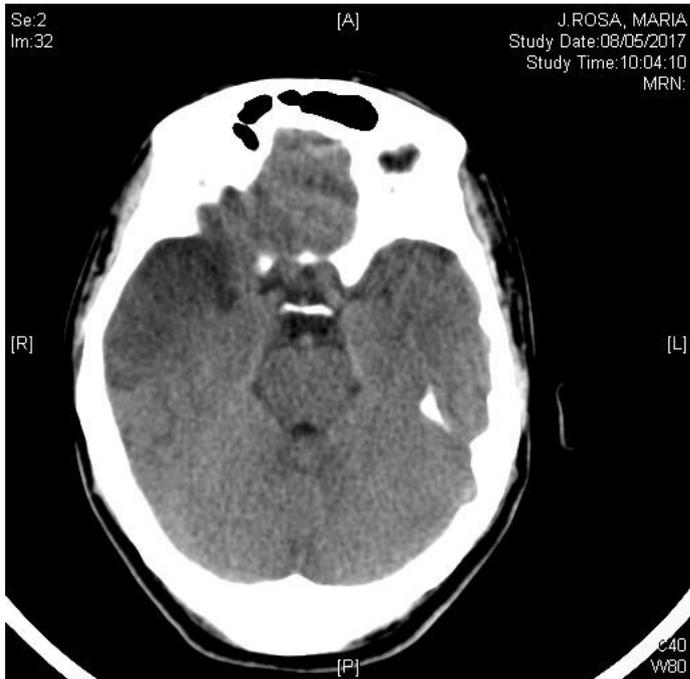
## A las 24h:

- Persiste cefalea occipital con fotofobia y vómito
- Hemodinámicamente estable. Glasgow 15
- Mejoría hemiparesia izda (MSI 4/5, MII 5-/5)
- Extinción sensitiva
- Agnosia visual y táctil en hemicuerpo izdo
- Heminegligencia izda
- Lenguaje conservado
- NIHSS **11** (1+0+0+1+2+2+1+0+0+2+0+0+2)

- TAC cerebral de control 24h:

Área hipodensa bien definida en territorio de la ACM D en su práctica totalidad. Pérdida de diferenciación entre sustancia gris y blanca. Edema cerebral con moderado efecto masa y colapso parcial de asta anterior y total de asta posterior del VL D. Desviación línea media 3 mm. Disminución de tamaño y profundidad de surcos adyacentes





- Infarto isquémico agudo en paciente joven en territorio de ACM D completa con efecto masa 24h después de fibrinólisis iv y riesgo de infarto maligno
- Se contacta con neurología de HUSE y se decide traslado para monitorización clínica y de PIC

## Situación clínica 3 meses después

- Persiste mínima hemiparesia izquierda
- Se nota “rara” del lado izquierdo
- Autónoma para las ABVD e instrumentales
- Salió de Caixera
- Se ha incorporado al trabajo

# Caso 2

Hombre 68 años. Vive en Barcelona, de vacaciones en Menorca

- HTA
- DM2
- DL
- ACxFA paroxística
- AP de ictus previos, hace 7 y 3 años. Leve déficit campimétrico como secuela
- Cirugía de hombro 15 días antes, cambiándose acenocumarol por dabigatran
- Tratamiento: dabigatran, simvastatina, atenolol, apocard, pritor plus, adalat oros, pantoprazol, metformina, alopurinol

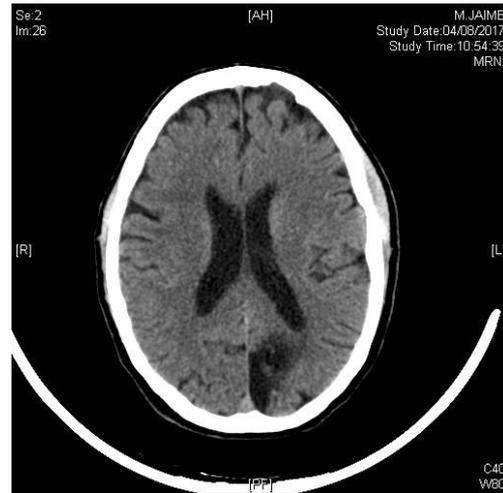
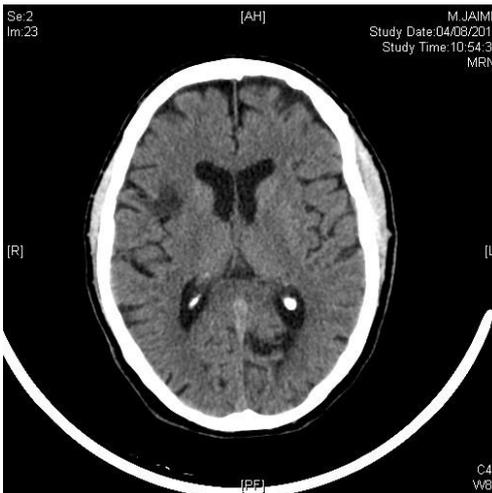
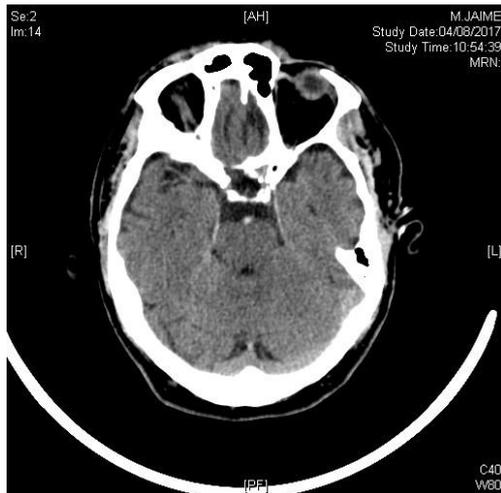
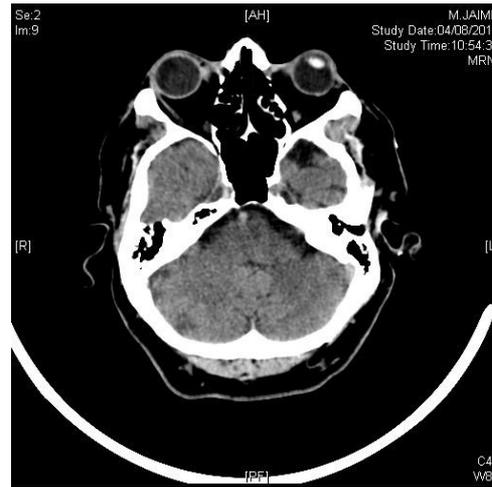
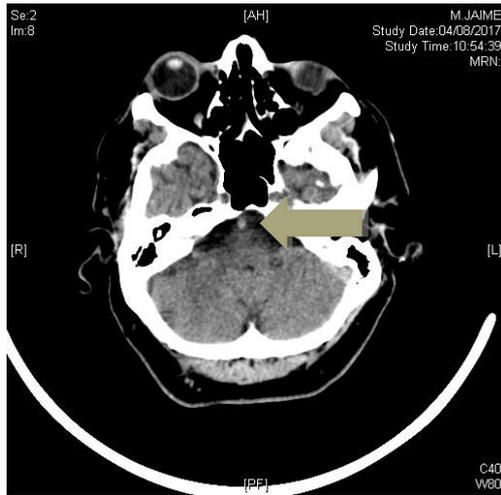
- Inicio clínica: 9h. Presenta mareo, somnolencia, alt del habla y pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho. Obedece órdenes simples
- Trasladado a Urgencias por el 061 como CÓDIGO ICTUS
- Llegada a Urgencias: 10:30h
- Ingreso en UCI: 11h
- Hora TAC: 11:10h, analítica 11:01h
- Valoración por Neurología HGMO/HUSE: 11:30h



# Exploración física inicial

- Somnoliento, ojos cerrados. Mirada desconjugada con OD desviado a la derecha. Disartria, posteriormente anartria. Hemiplejía derecha. Comprende y obedece órdenes con hemicuerpo izdo
- NIHSS: **22** (1+2+0+1+2+2+4+4+0+1+2+3+0)
- Normotenso, afebril
- Analítica: anodina
- Rx de tórax sin hallazgos
- ECG: rs a 70 lpm, BAV 1er grado, ángulo 30º

- TAC cerebral urgente: infartos antiguos ACM dcha y ACP izda



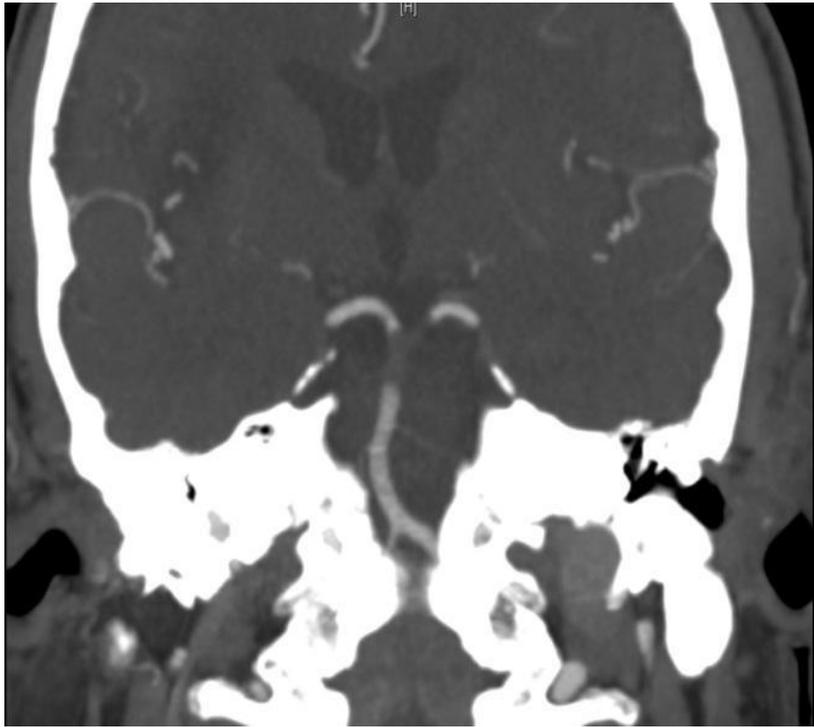
- Se desestima tratamiento fibrinolítico iv por estar tomando el paciente dabigatrán (última toma a las 8h, familiares de testigo)
- No se puede realizar angio-TAC por problemas técnicos
- A las 11:45h se decide traslado a HUSE para rescate intraarterial
  
- Llamada al 0 para traslado a HUSE: 12h
- Llegada a HUSE: 15:07h
- Hora TAC: 15:53h
- Hora entrada en sala 16:20h
- Inicio procedimiento 16:37h
- Fin del procedimiento 17:25h

# Llegada a HUSE

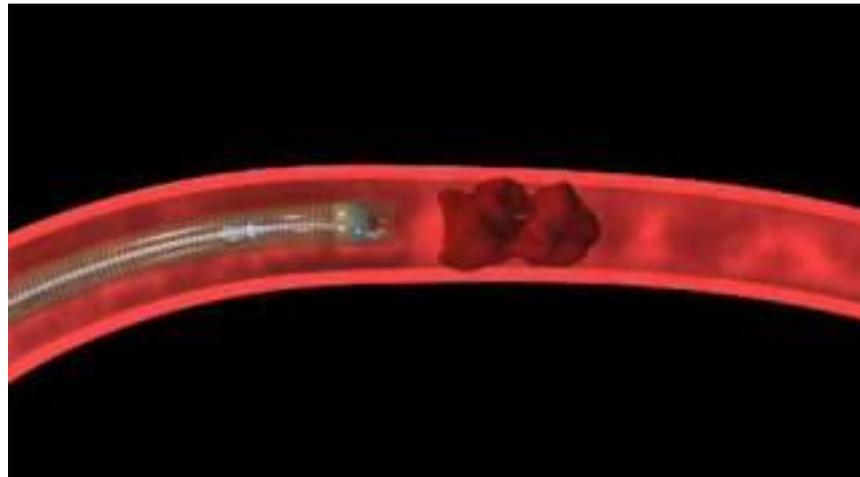
- A su llegada presenta deterioro neurológico que se ha producido durante el traslado.
- Ha precisado IOT en Urgencias
- En coma, no localiza el dolor. Pupilas mióticas, desconjugación ocular (OD en infra-dextroversión), babinski izdo.
- NIHSS: 3+2+2+1+ NA+0+4+4+NA+NA+3+0+2
- Analítica normal

## TAC-Angio-TAC-perfusión:

- Hiperdensidad en top de la basilar y en segmento ACP1 izquierdo.
- Mapas de perfusión sin alteraciones en el tiempo de tránsito medio, flujo ni volumen que sugieran lesión isquémica en territorio vascular anterior.
- Amputación a nivel de segmento distal y top de la basilar con extensión al segmento de la ACP1 izquierda, con repermeabilización posterior a partir del segmento ACP2. Resto de polígono de willis normal. Hipoplasia de AV dcha.
- **CONCLUSIÓN:** infarto agudo establecido en territorio vertebrobasilar izdo afectando lóbulo ant del hemocerebelo, hemiprotuberancia y hemimesencéfalo izdos, identificándose oclusión segmento distal y top de la basilar con extensión a ACP1 izda



- Trombectomía mecánica ineficaz, aspiración con extracción del coágulo pero persiste pequeño coágulo residual en P2 que es retirado con stent retriever de 3 mm.
- 8h de inicio de la clínica



# Evolución post-trombectomía

- Se intenta extubación con mala mecánica ventilatoria.  
Reintubación
- Tac 24h: lesión isquémica subaguda en hemocerebelo, pedúnculos cerebelosos, hemiprotuberancia y hemimesencéfalo izquierdos. Ligero efecto masa sobre IV ventrículo. Resolución de la hipertensión en top de la basilar y ACP1izado
- 48h: se reintenta extubación, fallida de nuevo
- Shock séptico por broncoaspiración y éxitus



Sexo y edad	♀ 72	♂ 77	♂ 73	♀ 34	♀ 85	♀ 45	♀ 32	♂ 68	♂ 45	♂ 74	♂ 50	♀ 51	♂ 49	♂ 69
<b>FRCV</b>	No	HTA, DMII, DLP, FA parox	HTA, DMII, DLP, FA cr	DLP	HTA	DLP	ICTUS previo	HTA DMII DLP FA parox	HTA ICTUS padres	HTA FA cr	HTA, DLP, DMII	HTA, DNII, DLP	HTA, DMII	HTA DLP
<b>tóxicos</b>	No	No	No	Tabaco	No	Tabaco	Tabaco	No	No	No	Tabaco, OH	No	Tabaco, OH, cocaína	tabaco
<b>arteria</b>	ACM izda	ACM izda	ACM izda	ACM drcha	ACM izda	ACM y ACI drchas	A. Basilar	ACM izda	PICA drcha	ACM izda	ACM drcha	ACM drcha	ACM izda	ACM drcha
<b>T llegada</b>	Código ictus	?	ICTUS despertar 7h	ICTUS despertar a las 3am	ICTUS despertar	ICTUS despertar	3h	<2h	>6h	ICTUS despertar	45min	4-6h	ICTUS despertar	Fluctuante 11:30-23h
<b>Edema</b>	?		No	Sí	No	Si a las 24h	No	No	No	No	No	No	Sí	No
<b>rTPa</b>	NO	NO	NO	SI a las 6:30am	No	No	Sí	No	No	No	No	No	NO	NO
<b>NIHSS</b>	?	6	29	9	14	17	12	22	Vertigo	7	3	9	11	4
<b>Traslado</b>	SI rescate	No	NO	NO inicial SI por edema	No	NCR 26/6	?	Si rescate	Si tras angio TAC	No	No	No	NO	NO
<b>Fecha</b>	4/1	28/1 éxitus	2/2 éxitus	7/5	22/5	21/6	23/7	4/8	6/8	7/8	12/8	16/8	31/8	18/9