

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar



XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

COMUNICACIÓN CORTA

**Aprendiendo a activar el código ictus pediátrico,
nuestra experiencia**

Gutiérrez Rodríguez A, Rodríguez Lucenilla, MI, Martínez Espinosa G, Villarroel Flores DF, Ariza Sánchez, ML, Fernández Pérez J.
Servicio de Pediatría. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.



INTRODUCCIÓN

El ictus en los niños constituye una **emergencia neurológica grave**

- Incidencia anual: 2'3-13 por 100000 niños.
- 80% de los niños que sobreviven presentarán secuelas neurológicas a largo plazo.
- Baja prevalencia



Protocolos estandarizados → minimizar los tiempos de actuación



OBJETIVO

Conocer las activaciones de código ictus realizadas en nuestro centro desde la implantación del protocolo asistencial, en colaboración con Neurología, para atención del ictus pediátrico.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo



Registros de historias clínicas



Pacientes en urgencias o ingresados en hospital terciario

- 0-14 años
- Excluyendo periodo neonatal



Activación de código ictus

1 de enero de 2018



1 de enero de 2020

**PROTOCOLO ASISTENCIAL DEL
ICTUS PEDIÁTRICO**

Versión 1.0 Diciembre 2017

MÉTODOS

Historia clínica

- Lugar de activación
- Antecedentes personales y familiares
- Clínica*
- Diagnóstico final



*Escala PedNIHSS (Pediatric National Institute of Health Stroke Scale)

ANEXO I: PedNIHSS

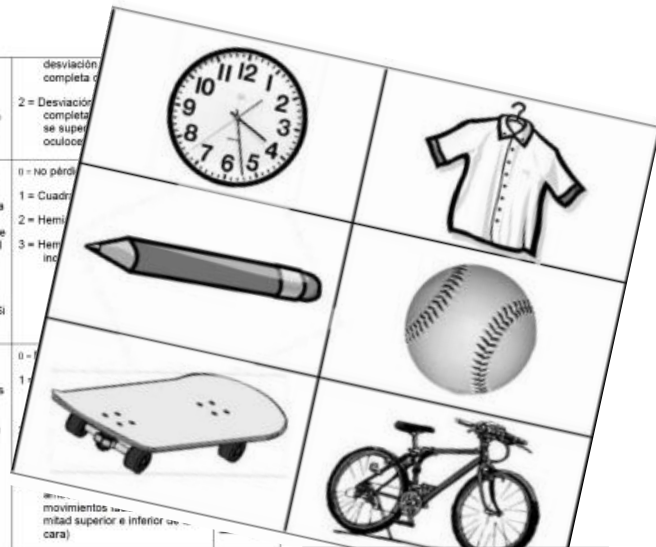
1. **Parálisis aislada del III, IV o VI nervio craneal, 1***. Los pacientes con traumatismo ocular, vendajes, previa u otra alteración de la agudeza o de los campos puede ser explorado mediante movimientos reflejos a el explorador. Establecer contacto visual y posteriormente alrededor del paciente puede clarificar la presencia o no aresia parcial de la mirada.

3. **Visual:**
Se exploran los campos visuales (cuadrantes superiores e inferiores) por confrontación, usando contejo de dedos (niños > 6 años) o reflejo de amenaza (niños de 4 meses a 6 años). El paciente debe ser alentado, pero si se observa que mira al lugar donde se mueven los dedos, se puntúa como respuesta normal. Si hay ceguera unilateral o emudeación, se evalúan los campos visuales en el ojo conservado. Puntuar "1" sólo si clara asimetría, incluyendo cuadrantanopsia. Si el paciente es ciego por cualquier causa, puntuar "3". Realizar estimulación simultánea doble para detectar posible extinción visual. Si se demuestra extinción, se puntúa "1" y se utilizan estos resultados también en la pregunta 11.

4. **Parálisis facial:**
Pedir (usando mímica si es necesario), que el niño enseñe los dientes, eleve las cejas y cierre los ojos. Puntuar la simetría de la mueca en respuesta a estímulos dolorosos en los pacientes no respondedores o que no comprenden la orden. Si trauma facial, vendajes, tubo ortotraqueal u otras barreras físicas, intentar retirarlas en los posible para facilitar la evaluación de este apartado.

5. **Paresia de extremidades superiores:**
La extremidad se coloca en la posición apropiada: extender los brazos (palmas hacia abajo) 90 grados (si sentado) o 45 grados (si decúbito supino). Se puntúa claudicación si el brazo cae antes de 10 segundos. Para los niños muy inmaduros para seguir instrucciones precisas o no colaboradores por cualquier razón, la puntuación se basa en la observación del movimiento espontáneo o provocado según el mismo esquema de clasificación, sin tener en cuenta el criterio temporal. En el paciente afásico se fomenta la respuesta usando urgencia en la voz del explorador y la pantomima, pero no la estimulación dolorosa. Explorar cada brazo por separado, comenzando con el brazo no parético. Sólo en el caso de amputación o fusión articular o inmovilización, puede puntuarse "0" y el examinador deberá escribir con claridad la explicación para anotar como un "0".

desviación completa o	0 = no pérdida
2 = Desviación completa se supero	1 = Cuadr
	2 = Hemip
	3 = Hemip
	0 =
	1 =
movimientos	
miad superior e inferior	
car)	
5a. Brazo izquierdo	
5b. Brazo derecho	
0 = No caida, el brazo se mantiene elevado 60° (o 45°) durante 10 segundos.	
1 = Claudicación, el brazo se mantiene elevado a 90° (o 45°) pero cae antes de los 10 segundos, sin llegar a tocar la cama u otro soporte.	
2 = Algún esfuerzo contra gravedad, el brazo no puede elevarse o mantener los 90° (o 45°), cae a la cama, pero se observa cierto esfuerzo contra gravedad.	
3 = No esfuerzo contra gravedad, el brazo cae.	



Mamá

Pelota


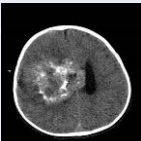
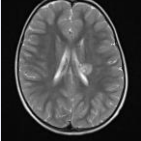
Cuchara

Los niños están jugando en el jardín

El perro está corriendo

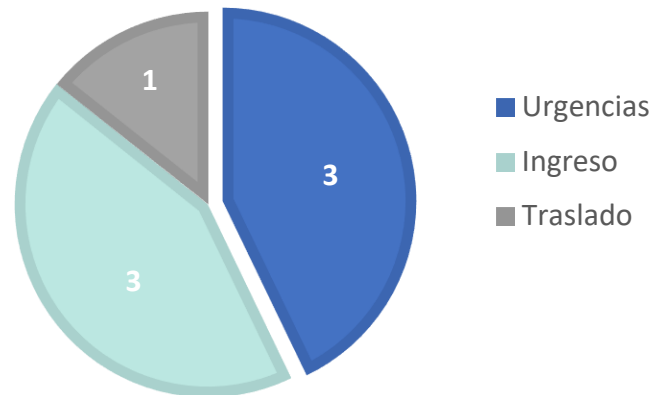
RESULTADOS

*PedNIHSS no valorada en la activación, calculada con los datos disponibles en la historia clínica.

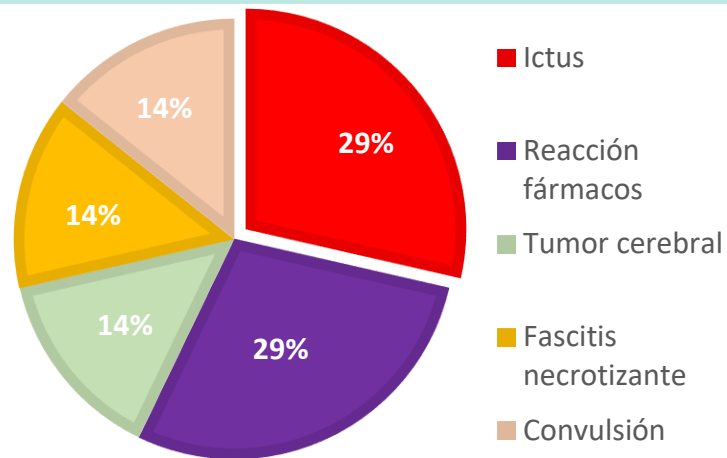
	Edad (años)	Lugar activación	Antecedentes	Clínica	Ped- NIHSS	Neuroimagen	Diagnóstico final
Paciente 1	12 años	Planta	Leucemia linfoblástica aguda (citarabina y metotrexato intratecal)	Paresia facial izquierda, 3+/5 MSI, 4/5 MII, leve alteración en coordinación fina distal MSI	5	Normal	Efecto adverso de metotrexato
Paciente 2	15 meses	UCI pediátrica	-	MID empastado, inflamado y doloroso. Desconexión del medio, hipotonía generalizada	0*	-	Fascitis necrotizante
Paciente 3	4 años	Urgencias	Retraso del lenguaje	Glasgow 12/15. No mantiene sedestación, no deambulación, llanto con estimulación	12*		<u>Ictus hemorrágico</u>
Paciente 4	7 años	Urgencias	Retraso psicomotor	Movimientos oculares rápidos, clonias hemifaciales, pérdida de consciencia e hipotonía	0*	Normal	Crisis convulsiva
Paciente 5	4 años	Planta	Recidiva tumor neuroectodérmico abdominal (quimioterapia con ifosfamida)	Afasia, tendencia al sueño	4*	Normal	Efecto adverso de ifosfamida
Paciente 6	2 años	Urgencias	Abuelos paternos con alteraciones de la coagulación	Hemiparesia izquierda, marcha parética izquierda, desviación comisura bucal derecha	3		Tumor rabdoide
Paciente 7	4 años	Traslado desde hospital comarcal	-	Lateralización a la derecha en bipedestación, hemiparesia derecha 4/ 5, claudicación de MSD y MID, facial derecho.	3		<u>Ictus isquémico lacunar</u>

RESULTADOS

ACTIVACIÓN EN URGENCIAS



DIAGNÓSTICO FINAL DE ICTUS



CONCLUSIONES

Las urgencias pediátricas constituyen el lugar de activación en muchas ocasiones, y por ello es vital que el **personal** esté **entrenado** en el reconocimiento y actuación en estos casos.

“El tiempo es cerebro”

Pese a la falta de experiencia en nuestro servicio, al ser un protocolo de reciente implantación, seguiremos **mejorando** en el **reconocimiento** de esta entidad, sin embargo, se seguirán realizando activaciones erróneas debido a la **alta prevalencia de stroke mimics** en la edad pediátrica.

**New Skills
Training**