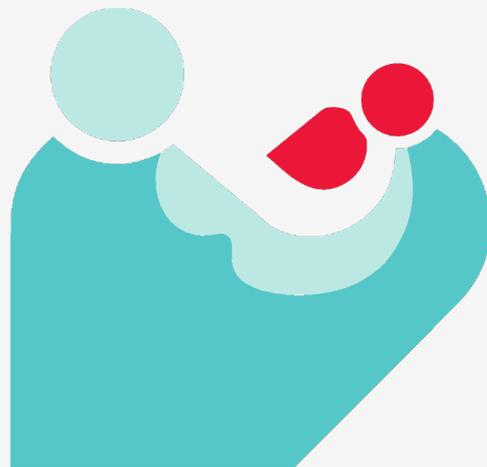


XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

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



Minimizar
mejorar
Avanzar 

XXV REUNIÓN SEUP

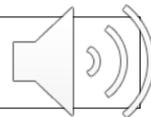
PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

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

Minimizar
mejorar
Avanzar

Ictus Pediátrico: importancia de un protocolo de consenso multidisciplinar (Código Ictus).

Hernández Fuentes F, Párraga Avilés P, Navarro Esteban T, Morales de la Prida M, Pérez Cánovas C, Solano Navarro C.
Urgencias Infantil. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.



Introducción

- **Incidencia:** 1.2-1,3/100.000 niños (fuera del período neonatal).
- **Activación Código Ictus Pediátrico:** Edad: **2-14 años**. Duración: **< 24 horas de clínica**.
 - 1. Clínica Típica (80-90% casos):** Hemisíndrome motor +/- sensitivo.
 - 2. Clínica Atípica (10-20%):** más **Factores de Riesgo:**
 - Sd. Convulsivo con focalidad, sin mejoría tras 1 hora.
 - Encefalopatía aguda/coma.
 - Cefalea occipital + Horner / diplopía o pares.
 - Ataxia aguda complicada (hemi, pares, alteración de conciencia).
- **Etiología:**
 - 1) Arteriopatía (53%).
 - 2) Alteraciones Cardíacas (31%).
 - 3) Infecciones (24%).
- **Mortalidad:** 10-15%.
- **Discapacidad:**
 - Al año: leve (25%), moderada (25%), severa (49%).
 - A los 3 años 60% discapacidad que interfería con la vida diaria.

Factores de Riesgo

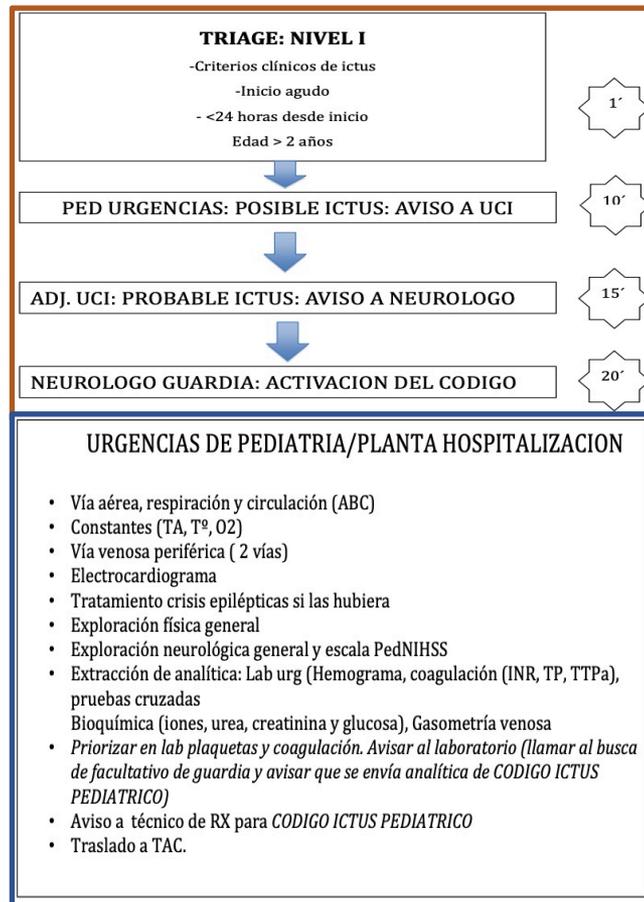
- *Cardiopatías: CIV, CIA, Cirugía reciente...*
- *Trombosis: Familiar, Drepanocitosis*
- *Infección (Varicela, Mycoplasma...)*
- *Moya-Moya*
- *Cáncer*
- *Fármacos*

Objetivo

- **Valorar la adecuación del seguimiento de protocolo de Ictus Pediátrico de la Sección de Urgencias de nuestro Hospital.**

Método

Estudio retrospectivo observacional de **Activación de Código Ictus Pediátrico** en Urgencias Pediátricas del Hospital Clínico Universitario V. Arrixa durante el año 2019.



Resultados

Severo Ochoa 90 años de edad. 4 pacientes cumplían criterios de inclusión.
Clínica y exploración

| PACIENTES | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------------|---|--|---|--|
| SEXO Y EDAD | Varón: 6 años | Mujer: 8 años | Mujer: 6 años | Varón: 13 años |
| A.P. | | Qx quiste dentario hace 1 mes | | |
| MOTIVO CONSULTA | Cefalea intensa (36 h de evolución) + Hemisíndrome motor | Debilidad + imposibilidad deambulación (al rehistoriar refiere fiebre) | Hemisíndrome motor | Crisis epiléptica tónica generalizada + Disfasia Motora |
| Tiempo evolución de la clínica | 8 horas | Al despertar: 7 horas | 1,5 Horas | 3 horas |
| ESCALA DE PedNIHS | Al ingreso (16), 2º día (23), Alta (3-4) | No calculado | 15 | 11 |
| EXPLORACIÓN | - Hemiplejía brazo izquierdo de predominio distal - Parálisis facial central izqda | -Glasgow 15. MMII 4/5 - Hemiparesia Izquierda -Paresia III (no supravversión ojo izquierdo) | - Hemiparesia derecha, - Parálisis facial central izqda -y disfasia motora | - Parálisis facial central dcha - Hemianopsia homónima dcha - y disfasia motora |

EN TODOS LOS CASOS : Tiempo hasta realización de Pruebas Complementarias:

- TAC y AngioTAC: < 30minutos.
- Valoración Cardiológica: < de 24horas.
- Resonancia Magnética: entre 2º y 5 día.



Resultados: Pruebas Complementarias

| PACIENTES | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------------|---|--|--|---|
| Imagen (TAC/RMN) | <ul style="list-style-type: none"> - Isquemia aguda-subaguda fronto-temporo-parietal izquierdo - Lesiones Isquémica antigua multiples - Malformación de fosa posterior - Estenosis multiples Polígono Willis | <p>TAC: Infarto agudo Tálamo derecho (hipodensidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trombosis parcial basilar y oclusión segmento P1 izquierdo | <ul style="list-style-type: none"> - Lesión isquémica aguda en núcleo lenticular izquierdo - ACM izquierda (M1 distal-M2) disminuida de calibre y de morfología irregular. | <p><u>AngioTC:</u> hipodensidad cortico-subcortical parietal izquierda</p> <p><u>RMN:</u> LOE parietooccipital: posible cavernoma</p> |
| Analítica | Normal | <ul style="list-style-type: none"> -PCR 14.33 mg/dL, PCT 98.99 ng/dL -Neutrofilos 13750 - Hemocultivo: Streptococo Mitis | Normal | Normal |
| Valoración Cardiológica | Normal | <ul style="list-style-type: none"> -Cor triatriatum, verruga Mitral, oclusión corta Arteria braquial izquierda proximal. | -CIV multifenestrada | Normal |
| Otros | | | | <ul style="list-style-type: none"> -Inflamación polimorfo con necrosis sin granulomas ni BAAR (descarta tumor e histiocitosis) -EEG: actividad focal lentificada sobre región tèmpero-parieto-occipital izquierda |



Resultados: Tratamiento, diagnóstico y evolución

| PACIENTES | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------|--|---|--|---|
| rTPA | No | No | No | No |
| Trombectomía | No | Sí | Sí | No |
| Complicaciones | Fiebre + Status epiléptico + Meningitis vírica | Hemorragia subaracnoidea (durante trombectomía) y suelta de nuevo de émbolos (Arteria braquial izquierda proximal) | Troboflebitis Vena cefálica x catéter epicutáneo | No |
| Dx Definitivo | Vasculitis SNC (Moya-Moya) | Embolia cerebral 2ª a Endocarditis por Sptr. Mitis por Cor triatrium | Ictus isquémico ACM izqdo. Infarto establecido lenticular, caudado, cortical parietal izqdo | LOE parietoccipital izqda con epilepsia 2ª |
| Evolución Posterior | Muerte | -Psicología: Dificultad aprendizaje y memoria a corto plazo y depresión -Pares centrados -Carrera levemente hemiparética izquierda | - Hemicuerpo decho distal: leve distonía (mano) - Marcha hemiparética drcha leve - Adiro 100 mg: 1 comp/día. - Sintrom por anticoagulante lúpico+ | - Menor actividad focal que EEG previo - NRL normal - Levetiracetam: 500mg/12h |



Conclusiones

1. La incidencia de ictus pediátrico en esta serie de casos es similar a la descrita en la bibliografía.
2. El motivo más frecuente de consulta es el **hemisíndrome motor**.
3. ***El manejo se ha adecuado al Protocolo de nuestra Unidad:***
 - En todos los Ictus Pediátrico se ha activado el protocolo.
 - En toda clínica compatible se ha activado el protocolo **según tiempo estipulado**.
 - Todas las **pruebas complementarias y tratamiento** fueron realizadas **según tiempo estipulado**.
4. La aplicación del protocolo permite el **diagnóstico en todos los casos**.

