



ACTUACIÓN DEL TSID ANTE EL CÓDIGO ICTUS

M^a Carmen Gómez Gutiérrez, Danova Martín Carrillo, María Inés Urbano Lorenzo, Trinidad Rodríguez Porcel, Eva M^a Albarral Serrano, Yolanda Carmona Muñoz

Hospital de NeuroTraumatología y Rehabilitación
(Granada)

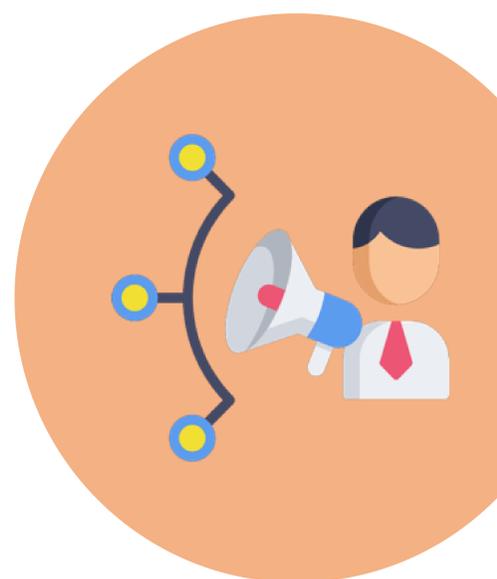


CONTENIDOS



OBJETIVO DOCENTE DE ESTE ESTUDIO

INTRODUCCIÓN Y PROTOCOLO DE ACTUACIÓN



PROTOCOLO DE TAC MULTICORTE

RESULTADOS Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE





OBJETIVO DOCENTE

Mostrar el protocolo de actuación creado en la unidad de Ictus de nuestro Hospital, en el cual los Técnicos Superiores de Imagen y Diagnóstico (TSID), junto con el resto del equipo, realizamos las labores técnicas en nuestro TAC multicorte (Código Ictus multifásico).



REVISIÓN DEL TEMA

INTRODUCCIÓN

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

PROTOCOLO TAC

PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO Y SEGUIMIENTO

INTRODUCCIÓN

El **ictus** es la causa más importante de mortalidad y discapacidad a largo plazo. Tenemos que actuar, identificando para tratar lo antes posible TIEMPO ES VIDA.

SÍNTOMAS



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN





REVISIÓN DEL TEMA

PROTOCOLO TAC CÓDIGO ICTUS MULTIFÁSICO



Elegir protocolo en el TAC de **CÓDIGO ICTUS MULTIFÁSICO**

Centrar al paciente correctamente y asegurarnos de quitar elementos metálicos (dentadura, medallas, electrodos, pendientes que puedan artefactar y dificultar una correcta exploración).



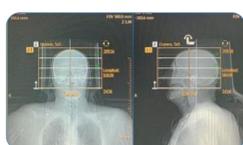
Hacemos un cráneo en vacío para ver si el ICTUS es HEMORRÁGICO ó ISQUÉMICO en caso de ser isquémico pasamos al paso nº3.



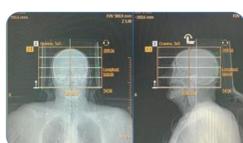
Disparamos PERFUSIÓN donde el radiólogo estudiará la penumbra. Acto seguido pasamos al paso nº4.



Disparar troncos supraórticos para valorar la zona donde está alojado el trombo.



Disparamos una 2ª pasada solo en cráneo donde el radiólogo estudiara si llega riego sanguíneo a través de otras arterias.



Se repetirá el paso 4 con el mismo fin.

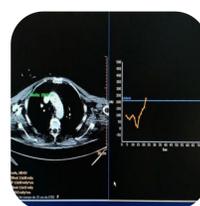
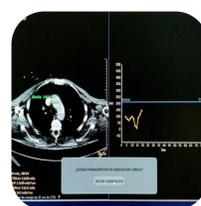
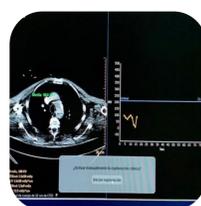
METODOLOGÍA

Los **objetivos** del TC multimodal son:

- Excluir la presencia de hemorragia o de lesión isquémica establecida de gran volumen que pueda contraindicar los tratamientos.
- Valorar la presencia de oclusión de grandes vasos intracraneales.
- Cuantificar el volumen del tejido cerebral infartado no recuperable (core) y del potencialmente salvable (penumbra), así como los vasos colaterales que ayuden al mantenimiento de la penumbra.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un protocolo de TC consistente en TC craneal sin contraste con reconstrucciones de 1,5 mm de espesor; estudio de perfusión cerebral durante 50 seg (50 ml de contraste a un flujo de 4 durante 20 seg), y estudio vascular consistente en angio TC de troncos supra aórticos y polígono de Willis (ROI en aorta ascendente, adquisición a 0,5 mm (60 ml de contraste a un flujo de 4 durante 22,5 seg), así como dos adquisiciones tardías del cráneo con baja dosis para la cuantificación de las colaterales.





CONCLUSIONES

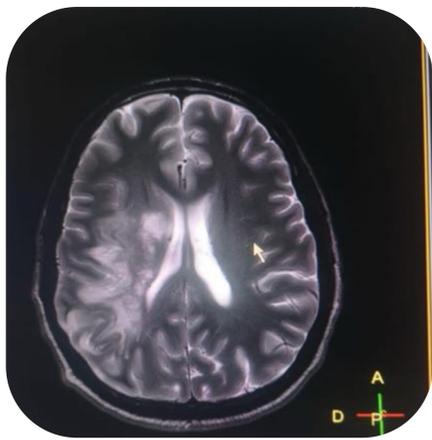
PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO

Una vez realizado el INFORME por parte del radiólogo se procederá a:



SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

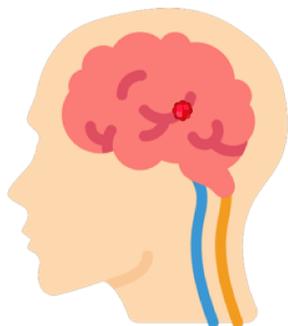
A las 48 horas de ambos procedimientos se le realizará al enfermo una resonancia magnética de cráneo (PROTOCOLO CRÁNEO VASCULAR) donde se valorará los daños producidos y el correcto abordaje para la recuperación del paciente.



VISIÓN GLOBAL

1

INTRODUCCIÓN



El ictus es la causa más importante de mortalidad y discapacidad a largo plazo. Tenemos que actuar ,identificando para tratar lo antes posible TIEMPO ES VIDA

SÍNTOMAS



NAUSEAS Y MAREO



FUERTE DOLOR DE CABEZA



TEMPERATURA



TAQUICARDIA



DETERIORO VISUAL



DESCOORDINACIÓN



DIFICULTAD HABLAR/ENTENDER

2

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN



3

PROTOCOLO TAC CÓDIGO ICTUS MULTIFÁSICO

Elegir protocolo en el TAC de CÓDIGO ICTUS MULTIFÁSICO
Centrar al paciente correctamente y asegurarnos de quitar elementos metálicos (dentadura, medallas, electrodos, pendientes que puedan artefactar y dificultar una correcta exploración).

Hacemos un cráneo en vacío para ver si el ICTUS es HEMORRÁGICO ó ISQUÉMICO en caso de ser isquémico pasamos al paso nº3.

Disparamos PERFUSIÓN donde el radiólogo estudiará la penumbra. Acto seguido pasamos al paso nº4.

Disparar troncos supraaórticos para valorar la zona donde está alojado el trombo.

Disparamos una 2ª pasada solo en cráneo donde el radiólogo estudiara si llega riego sanguíneo a través de otras arterias

Se repetirá el paso 4 con el mismo fin

METODOLOGÍA

Los objetivos del TC multimodal son:

1. Excluir la presencia de hemorragia o de lesión isquémica establecida de gran volumen que pueda contraindicar los tratamientos.
2. Valorar la presencia de oclusión de grandes vasos intracraneales.
3. Cuantificar el volumen del tejido cerebral infartado no recuperable (core) y del potencialmente salvable (penumbra), así como los vasos colaterales que ayuden al mantenimiento de la penumbra.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un protocolo de TC consistente en TC craneal sin contraste con reconstrucciones de 1,5 mm de espesor; estudio de perfusión cerebral durante 50 seg (50 ml de contraste a un flujo de 4 durante 20 seg), y estudio vascular consistente en angio TC de troncos supra aórticos y polígono de Willis (ROI en aorta ascendente, adquisición a 0,5 mm (60 ml de contraste a un flujo de 4 durante 22,5 seg), así como dos adquisiciones tardías del cráneo con baja dosis para la cuantificación de las colaterales.



4

PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO

Una vez realizado el INFORME por parte del radiólogo se procederá a:



5

SEGUIMIENTO

A las 48 horas de ambos procedimientos se le realizará al enfermo una resonancia magnética de cráneo (PROTOCOLO CRÁNEO VASCULAR) donde se valorará los daños producidos y el correcto abordaje para la recuperación del paciente.

