

# ICTUS ISQUÉMICO EN URGENCIAS

## DIAGNÓSTICO

- **Valoración inicial ABCD.**
- **Anamnesis:** tiempos de evolución -hora de inicio de los síntomas-, criterios de inclusión/exclusión, tratamientos concomitantes, antecedentes patológicos, comorbilidad y situación basal.
- **Exploración clínica.**
- **Escala NIHSS (Puntuación).**
- **Constantes:**
  - ✓ Presión arterial
  - ✓ Frecuencia cardíaca y ritmo
  - ✓ Frecuencia respiratoria
  - ✓ Temperatura
  - ✓ Saturación de oxígeno
- **Determinar la glucemia capilar.**
- **ECG de 12 derivaciones.**
- **Solicitar TAC craneal.**
- **Revisar los resultados de la analítica.**

## QUÉ NO HACER

- ❖ Administrar sueros glucosados (salvo hipoglucemia).
- ❖ Traccionar de los miembros paréticos en las movilizaciones.
- ❖ Realizar punciones arteriales.
- ❖ Colocar vías centrales.
- ❖ Realizar sondaje vesical, salvo presencia de retención urinaria o necesidad de monitorizar de la diuresis.
- ❖ Administrar medicación intramuscular
- ❖ Administrar heparina, ya sea endovenosa o subcutánea.
- ❖ Administrar fármacos antiagregantes (AAS y otros).
- ❖ Olvidarnos de la familia.

## TRATAMIENTO

- **Instaurar las medidas de RCP necesarias.**
- **Dieta absoluta** (salvo necesidad de administrar fármacos).
- **Hidratación:** suero fisiológico 500 cc en 30 min., si no hay signos de insuficiencia cardíaca.
- **Oxigenoterapia:** administrar oxígeno si SaO<sub>2</sub> < 95% o si bajo nivel de conciencia.
- **Control de TA: TA objetivo < 185/110.** El uso de antihipertensivos debe restringirse a aquellos casos en los que, a pesar de haber descartado y corregido posibles factores desencadenantes (estrés, dolor, retención urinaria, etc.), persisten cifras de PAS > 185 mm Hg y PAD > 110 mm Hg (dos determinaciones separadas 15 minutos).

NO REDUCIR SI: TA < 185/110.

SI: TA > 185/110:

- ❖ **Labetalol** (1 amp = 20 ml = 100 mg): 10 mg en bolo (en 1-2 min) IV, (cada 5', máximo 100 mg).
- ❖ **Urapidil** (1 amp = 10 ml = 50 mg): 25 mg en bolo IV, esperar 5 minutos y según respuesta nueva dosis, pudiéndose llegar como máximo a 100 mg (2 amp) y perfusión de 15 mg/h. Si existen contraindicaciones para el labetalol.

- **Control de glucemia. Objetivo diana: 80-180.**
  - ➔ Hipoglucemia: < 80, única indicación de suero glucosado.
  - ➔ En normoglucémicos, NUNCA SUEROS GLUCOSADOS.
  - ➔ Si Glucemia > 180 mg/dl, iniciar la administración de insulina rápida IV, en 250 cc de suero fisiológico, a pasar en 4 horas y según la siguiente pauta:

Glucemia	IR	Glucemia	IR	Glucemia	IR
181 - 250	4 U	251 - 300	6 U	> 300	8 U

- **Control de temperatura:** Objetivo, evitar hipertermia. Si T<sup>a</sup> > 38°, paracetamol 1g IV o 500 mg VR (evitar vía oral).
- **Vómitos:** metoclopramida 10 mg SC o IV, si alergia/intolerancia ondansetron IV.
- **Dolor:** Vigilar dolor abdominal (retención urinaria frecuente), NO SONDAR si no hay globo. Paracetamol 1g IV o metamizol 2 g IV.
- **Agitación:** la agitación o la HTA excesiva pueden ser respuestas reflejas al dolor o a una retención urinaria, es preciso estar atento a estos signos indirectos sobre todo en afásicos. Si se descartan, haloperidol 2,5-10 mg IV o SC.
- **Crisis comicial:** diazepam IV 5 mg/1' hasta 15 mg; clonazepam IV 1mg/1' hasta 3 mg; midazolam IV 5 mg/1' hasta 15 mg; (precisa perfusión de mantenimiento 0,05 mg/kg/h). Si no se dispone de vía IV, puede usarse diazepam rectal (10 mg).

## CUIDADOS

### Posición:

- ✓ Decúbito supino a 0° sin almohada.
- ✓ Si cefalea o bajo nivel de conciencia: cabecera elevada de 15° a 30° sin almohada, cuello alineado con el tronco.
- ✓ En caso de vómitos, decúbito lateral.
- ✓ Brazo parético colocado hacia delante, palma de la mano hacia arriba y dedos extendidos.



### Requerimientos:

- ✓ Colocación de vía venosa (dos vías si es posible) en brazo no parético.
- ✓ Mantener con suero salino.
- ✓ Flebotomía: muestra de sangre venosa (hemograma, bioquímica y coagulación).
- ✓ Monitorización cardíaca.

### Vigilancia de complicaciones

- ✓ Monitorización de los signos vitales cada 15 minutos:
  - Informar si PAS > 185 mm Hg o PAD > 110 mm Hg.**
- ✓ Monitorización respiratoria:
  - Informar si la saturación de O<sub>2</sub> < 95%.**
- ✓ Manejo de la hiperglucemia:
  - Informar si glucemia > 180 mg/ml.**
- ✓ Manejo de la hipoglucemia:
  - Informar si glucemia < 80 mg/ml.**
  - Repetir glucemia a los 15 minutos
- ✓ Monitorización neurológica.
- ✓ Precauciones para evitar la aspiración.
- ✓ Dieta absoluta.
- ✓ **En caso de fibrinólisis: prevención de hemorragias. Informar de la presencia de cefalea, náuseas, vómitos hematuria, hematemesis, sangrado gingival, sangrado por sitio de punción venosa.**