

## MEDIDAS GENERALES DEL TRATAMIENTO DEL ICTUS

Ante un paciente con sospecha de ictus (isquémico o hemorrágico), se realizarán los siguientes procedimientos:

A la llegada del paciente a Puertas Urgencias:

- Reposo absoluto en cama. Cabecera a 30-45°
- Toma de constantes: TA, temperatura, FC, SaO<sub>2</sub>
- Glucemia capilar
- Colocación de vía venosa periférica en el brazo no patético.
- Anamnesis y exploración física general
- Exploración neurológica, recomendando empleo de escalas específicas: Canadiense y NIHSS.
- Extraer analítica: Bioquímica completa, hemograma (recuento y fórmula) y coagulación.
- ECG 12 derivaciones
- RX Tórax
- TC craneal

En función del tipo de ictus, aplicar protocolo de tratamiento de ictus *isquémico* agudo (fibrinolisis, antiagregación o anticoagulación) o protocolo de tratamiento de la *hemorragia* cerebral aguda.

### **Durante su estancia en Urgencias/planta:**

- Dieta absoluta (no más de 24 horas)
- Asegurar un aporte diario de agua de 2000 cc (administrando sueros salinos isotónicos), evitando soluciones hipotónicas (sueros glucosados), que deberá restringirse si existe insuficiencia cardíaca o edema cerebral reduciéndose a 1.500 cc/día.
- Tan pronto como sea posible, la administración de líquidos y alimentos se hará por vía oral o enteral por sonda nasogástrica. En caso de que las alteraciones en la deglución queden limitadas a los líquidos, el aporte por vía oral puede realizarse mediante preparados de gelatina o espesantes. (Ver protocolo de nutrición)
- Profilaxis de trombosis venosa profunda (ver protocolo de prevención de trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar)
- Controlar el déficit neurológico por turno, si existen signos objetivos de empeoramiento neurológico (disminución de un punto o más en la Escala Canadiense, o > 4 puntos en la NIHSS), descartar la existencia de ictus progresivo (ver protocolo de manejo de las complicaciones)
- Toma de **constantes por turno**:
  - Si ictus isquémico con TA > 220/120 mmHg, o hemorragias con TA > 185/105 mmHg, Aplicar protocolo de manejo de la HTA
  - Si glucemia > 150 mg/dl, aplicar protocolo de hiperglucemia
  - Si temperatura > 37,5°C, aplicar protocolo de hipertermia
  - Si en pulsioximetría Sa O<sub>2</sub> < 92%: administrar O<sub>2</sub> en ventimask al 35% (24% si es EPOC)
  - Si aparecen complicaciones cardiológicas o se sospecha enfermedad cardiaca de base:

- colocar monitor ECG
- Repetir ECG a las 24 h.

### **1.- CUIDADOS RESPIRATORIOS:**

Pacientes con disminución del nivel de conciencia:

- Mantener en posición incorporada a 30-45 °.
- Fisioterapia respiratoria y aspiración frecuente de secreciones.
- Colocar sonda nasogástrica para evitar broncoaspiración, en caso de vómitos alimentarios, inicialmente conectada a bolsa que posteriormente se sustituirá por una sonda fina para alimentación.

### **2.- PROTOCOLO DE HIPERGLUCEMIA**

Es necesario el tratamiento precoz de la hiperglucemia con insulina, aunque sea moderada. Ante cifras de glucemia > 150 mg/dl, se deberá administrar insulina rápida por vía subcutánea:

150-200: 4 und.

200-250: 6 und.

250-300: 8 und.

300-350: 10 und

350-400: 12 und.

Glucemia 60-150: control a las 24 horas

Cifras menores de 60 mg/dl de glucemia: administrar sueros glucosados (o glucosmon iv si fuera necesario) con control frecuente de la glucemia para evitar hiperglucemia posterior

### **3.- PROTOCOLO CUIDADOS POSTURALES Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS DE DECÚBITO**

- Los miembros paréticos deben estar en extensión y movilizarse pasivamente.
- Se recomienda movilización precoz, salvo en caso de deterioro neurológico en relación con cambios posturales. En dichas circunstancias mantener al paciente en decúbito supino hasta estudio vascular.
- Para evitar úlceras de decúbito: sedestación precoz, cambios posturales frecuentes, uso de colchones antiescaras, protección de los lugares de roce, uso de tejidos no sintéticos y suaves; nutrición, hidratación e higiene de la piel.

#### **4.- PROTOCOLO DE CUIDADOS DE LAS VIAS URINARIAS**

- En caso de incontinencia urinaria se utilizarán colectores externos y empapadores que se renovarán frecuentemente.
- Sonda vesical sólo en casos de que exista retención urinaria o sea necesario control estricto de la diuresis y siempre durante el menor tiempo posible.

#### **5.- PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERTEMIA**

- Si el paciente presenta temperatura  $> 37.5$  °C:
  1. Paracetamol: (Perfalgan®) 1 ampolla de 1g en 100 cc de SF/ 6-8 horas +/- medidas físicas
  2. Alternativa al paracetamol: Nolotil® i.v. 1 ampolla en 100 cc de SF / 8 horas, con vigilancia de tensión arterial (puede producir hipotensión).
- Si temperatura  $> 38^{\circ}$  C, solicitar urgente hemograma, bioquímica, orina con sedimento, Rx tórax, hemocultivos (X 2), y urocultivo, y valorar iniciar tratamiento antibiótico empírico.

#### **6.- PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y EMBOLISMO PULMONAR**

Se recomienda tratamiento profiláctico mediante heparinas de bajo peso molecular a todo paciente con Ictus, extremidad inferior parética y que precise estar encamado.

Pautas profilácticas:

- Nadroparina: Fraxiparina® 0,4 mL / 24 horas sc, si peso menor de 70 kg, y 0,6 si peso mayor de 70 kg.
- Enoxaparina: Clexane® 40 mg/ 24 horas sc.

- Bemiparina: Hibor® 2500-3500 UI /24 horas sc.

En casos de hemorragia cerebral se podrá utilizar medias con compresión neumática periódica, o, en su defecto, postergar inicio del tratamiento profiláctico 3 días y a la mitad de dosis habitual de HBPM.

En cualquier caso es necesario en todo paciente iniciar sedestación precoz y fisioterapia de las extremidades paréticas.