



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA



DOCENTE: DRA. MONICA GORDILLO
RENDON

ALUMNO: CÉSAR ALEXIS GARCÍA
RODRÍGUEZ

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 6^o

MATERIA: NEUROLOGIA

TRABAJO: ICTUS (TABLA DESCRIPTIVA)

ATENCIÓN PRIMARIA DE ICTUS

DIAGNOSTICO

- **Focalidad Neurológica:**
Valoración en < 10 min y prioridad 1-2.
- **VALORACION ABCDE**
- **ANAMNESIS:** antecedentes médicos relevantes, factores de riesgo, fármacos consumidos, hora de comienzo de los síntomas (primeras 6 horas), circunstancias de presentación de los síntomas, síntomas de presentación, perfil evolutivo, grado de funcionalidad del Px.
- **EXPLORACIÓN FÍSICA**
- **Toma de constantes habituales:** Sat O₂, FC, FR, TA, T^a y DXT.
- **Exploración sistémica:** auscultación carotídea, ACP, Abdomen y EEII.
- **Exploración neurológica:** Rankin previo, Glasgow y NISHH.
- **Vía venosa periférica y pruebas complementarias:** bioquímica, hemograma, coagulación, EGO.
- **ECG** para diferencias cardioembólico o no cardioembólico.
- **RX Tórax**
- **TAC craneal** urgente en menos de 30 minutos.
- **Avisar a Neurología** en menos de 15 minutos
 - ECO DOPPLER
 - TRANSCRANEAL

¿QUÉ NO HACER?

- Sueros glucosados (salvo hipoglucemia)
- Medicación intramuscular
- Heparinas o fármacos antiagregantes
- Olvidarnos de la familia
- Administrar heparinas ni ACO en las 24 h siguientes.
- Sondas urinarias y nasogastricas
- Administrar fármacos antiagregantes (ASS)
- Tracción de miembros pareticos al movilizar

TRATAMIENTO

- Confirmar que el paciente cumple los criterios de inclusión de un "código ictus", activarlo y estabilizar al Px.
- Reposo en cama elevada
- Dieta absoluta
- Control de constantes. Diuresis en copa (no sonda vesical)
- Monitorización ECG, SAT O₂, PA
- **MANEJO SITUACIONAL:** asegurar la viabilidad de la vía aérea, mantener al paciente semiincorporado (35-45º) siempre que no haya disminución del nivel de conciencia, para evitar la broncoaspiración.
- Si llegara el caso, comenzar maniobras de RCP.
- Si existe una saturación de oxígeno < 92% administraremos oxígeno en gafas nasales (2-4 l/min.) ó mascarilla
- Siempre se utilizará suero fisiológico. Solamente se usará glucosado en caso de hipoglucemias.
- **CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL:** HTA, nunca se reducirá de forma brusca. Se recomienda el uso con cautela de antihipertensivos si sistólica >185 y diastólica > 110 mmHg. Mantener la presión arterial por encima de 110-70mmHg, en caso de tratar la HTA, administrar captopril (12.5-25mg VO); En la hipotensión arterial, administrar soluciones cristaloides.
- **CONTROL DE LA GLUCEMIA:** Mantener la glucemia de 80-140 mg/dl.
Hiperglucemia: insulina rápida.
Hipoglucemia: infusión de glucosado al 10%- 20%. Normoglucemico: no administrar sueros glucosados.
- **CONTROL DE LA TEMPERATURA CORPORAL:** si > 37.5 °C poner antipiréticos (Si Ta > 38o , paracetamol 500 mg VO o metamizol 2 g IV). No utilizar AAS en ningún caso.
- **CONTROL DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ:** Si aparece, se utilizará haloperidol 2.5-5 mg IV, repitiendo si fuera necesario.
- **DOLOR:** dolor abdominal. Metamizol 1-2 g IV o tramadol 10 mg IV (lento o 100 ml salino, 5-10')
- **Crisis comicial:** Diazepam IV 5 mg/1' hasta 15 mg. Clonazepam IV 1mg/1' hasta 3 mg. Puede usarse diazepam rectal (10 mg)

CUIDADOS

Cuidar el tejido en penumbra: control de constantes e intervenciones adecuadas

Posicion:

- Decúbito supino 0º sin almohada salvo cefalea o bajo nivel de conciencia (15-30º).
- Vómitos, posición lateral de seguridad (Metoclopramida 10 mg sc o IV).
- Brazo paretico colocado hacia delante, palma de la mano supino, dedos extendidos.

Requerimientos:

- Canalizar vía venosa en brazo no parético, si no provoca demora en el traslado del paciente.
- Mantener con suero fisiológico.
- Vía venosa periférica y pruebas complementarias (bioquímica, hemograma, coagulación, orina)
- ECG
- Rx Tórax
- TAC craneal urgente

Vigilancia de complicaciones:

- Monitorización ECG, SAT O₂, PA, FC, en caso de inestabilidad hemodinámica. Informar si PAS >185 y PAD >110
- Informar si la saturación de O₂ <92%
- DXT cada 6 horas. Informar si glucemia >180 o <40 mg/dl
- Evitar la broncoaspiración.
- Monitorización neurológica
- Dieta absoluta (salvo necesidad de administrar fármacos)

BIBLIOGRAFIA:

- Protocolo de manejo del ictus isquémico agudo. Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. L. Forero Diaz, M.A Moya Molina. 2016.
- Guía de tratamiento del infarto cerebral agudo. M. Alonso de Leciñana, J.A. Egido, I. Casado. Neurología 2014; 29 (2): 102-122
- Análisis de recursos asistenciales para el ictus en España 2012: beneficios de la Estrategia del Ictus del Sistema Nacional De Salud?. J.C.Lopez Fernandez, J. Masjuan Vallejo. Neurología 2014; 29 (7):387-396.
- Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Cuarta Edición 2014. Complejo Hospitalario de Toledo.