



Manejo del ictus en el ámbito de un Servicio de Urgencias

F. Díaz Otero, P. Vázquez Alen, Y. Fernández-Bullido y A.C. Gil Núñez

Sección de Neurología Vascular-Unidad de Ictus. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Ictus
- Tratamiento urgente
- Trombolisis intravenosa
- Trombectomía

Keywords:

- Stroke
- Urgent treatment
- Intravenous thrombolysis
- Thrombectomy

Resumen

El ictus es una emergencia neurológica. Los actuales conocimientos sobre la fisiopatología del ictus isquémico demuestran que existe un tejido rescatable cuya viabilidad depende de la atención en las primeras horas del mismo, lo que implica una evaluación inmediata. En esta revisión se actualizan las medidas más eficaces en el manejo de los pacientes con ictus, tanto isquémicos como hemorrágicos. La existencia de código ictus y de protocolos consensuados entre los diferentes niveles de asistencia y su rápida ejecución son vitales para disminuir la morbimorbilidad de esta enfermedad.

Abstract

Management of stroke in the emergency department setting

Stroke is a neurological emergency. Current knowledge about the pathophysiology of ischemic stroke show that there is a salvageable tissue whose viability depends on attention in the early hours of the same, which implies an immediate assessment. In this review the most effective measures are updated in the management of stroke patients, both ischemic and haemorrhagic. The existence of Stroke Code and agreed between the various levels of assistance and prompt execution protocols are vital to reduce the morbidity and mortality of this disease.

Introducción

El ictus constituye la primera causa de muerte en la mujer y la segunda en el varón en España. La hipertensión arterial (HTA) supone el principal factor de riesgo, junto con la fibrilación auricular en la isquemia cardioembólica, a los que hay que añadir la diabetes mellitus, la dislipidemia, la cardiopatía isquémica y el tabaquismo entre los más prevalentes.

La toma de medidas generales desde los primeros momentos en los Servicios de Urgencias (SU) favorece la recuperación de los mismos, disminuyendo la mortalidad y sus secuelas. La implantación del «código ictus», que establece sistemas de coordinación entre diferentes niveles asistenciales, ha demostrado su utilidad en mejorar la atención de los pacientes con ictus cerebral.

Estos pacientes deben ser atendidos a través del código ictus en SU hospitalarios (SUH) dotados de unidades de ictus coordinadas por neurólogos con especial dedicación a la neurología vascular¹⁻⁵.

Medidas generales de tratamiento en pacientes con ictus

Medidas iniciales

Una vez que el paciente con sospecha de ictus (isquémico o hemorrágico) ha sido trasladado con la mayor celeridad a un centro hospitalario adecuado, se deberán realizar los siguientes procedimientos iniciales¹⁻³:

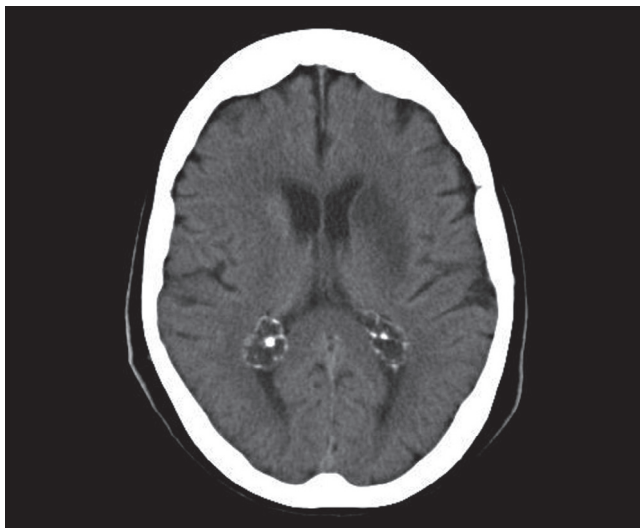


Fig. 1. Tomografía computarizada craneal. Infarto isquémico en el territorio de la arteria cerebral media izquierda.

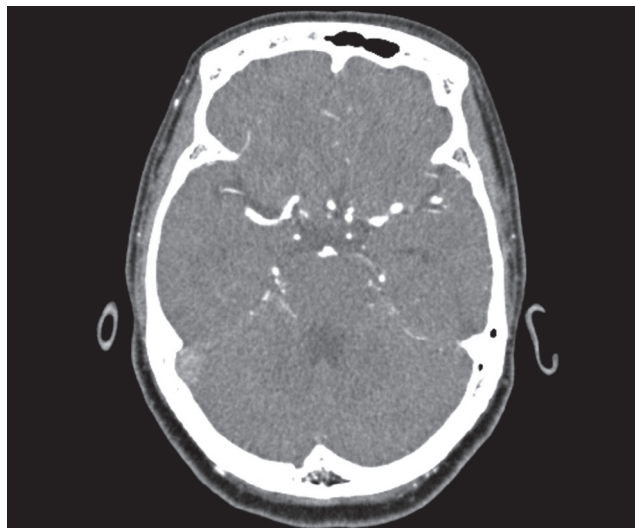


Fig. 2. Tomografía computarizada craneal. Oclusión M1 de la arteria cerebral media izquierda.

1. Estabilización hemodinámica y cardiorrespiratoria. Si el paciente presenta bajo nivel de conciencia y afectación de reflejos de protección de la vía aérea, se solicitará su valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para realizar una intubación precoz, siempre que el paciente presente un Rankin menor de 3 previo, no tenga enfermedades terminales y su coma no se deba a lesiones irreversibles (aunque es discutida la indicación de la intubación, debería plantearse solo si se valora realizar otras medidas especiales terapéuticas o por donación de órganos).

2. Toma de constantes: presión arterial (PA), temperatura, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno (SaO₂), glucemia capilar.

3. Detectar traumatismos externos y otras complicaciones como úlceras de presión, síndromes compartimentales y rabdomiolisis en pacientes con bajo nivel de conciencia que han permanecido caídos en el suelo durante un tiempo prolongado.

4. Reposo absoluto en cama. Cabecera incorporada a 30-45°.

5. Mantener inicialmente al paciente en dieta absoluta (no prolongar más de 24 horas).

6. Colocación de vía venosa periférica en el brazo no parético.

7. Anamnesis y exploración física.

8. Controlar el déficit neurológico. El examen neurológico se realizará de manera uniforme obteniendo la puntuación de la *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS). Si existen signos objetivos de empeoramiento neurológico, se deberá descartar la existencia de ictus progresivo.

9. Traslado inmediato a la unidad de ictus si el paciente cumple criterios de ingreso.

Pruebas complementarias

Se deberán realizar la manera más precoz posible.

1. Extraer analítica: hemograma (recuento y fórmula), coagulación, bioquímica completa (perfil hepático, renal e

iones). En candidatos a terapias urgentes revascularizadoras, la utilización de *point of care* para el valor del INR (*International Normalized Ratio*) puede evitar demoras en el inicio del tratamiento.

2. Electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones.

3. Radiografía de tórax, si no retrasa la trombolisis intravenosa (TIV).

4. Es obligatoria la realización de una prueba de neuroimagen cerebral (tomografía computarizada –TC– craneal (figs. 1 y 2) o resonancia magnética –RM– cerebral). Deberá realizarse de la forma más precoz posible para seleccionar el tratamiento específico más adecuado según el tipo de ictus (isquémico o hemorrágico).

5. La angio-TC/angio-RM de arterias cerebrales se recomienda para la detección de oclusiones arteriales en fase aguda, en pacientes candidatos a tratamiento endovascular, pero no deben retrasar el inicio de la TIV si está indicada.

Medidas terapéuticas generales del ictus isquémico

Son las siguientes¹⁻³:

1. Suero fisiológico 500 cc cada 8 horas, no emplear sueros glucosados.

2. Tan pronto como sea posible la administración de líquidos y alimentos se realizará por vía oral o enteral (por sonda nasogástrica). La dieta deberá estar adecuada a los antecedentes del paciente (HTA, diabetes mellitus, etc.). 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.

3. Manejo de la PA en fase aguda: se deberá tratar solo cuando las cifras de PA se sitúen por encima de 185/105 mm Hg, si se va a realizar una TIV.

4. Se emplearán para ello fármacos hipotensores por vía intravenosa como labetalol (bolos de 10-20 mg) o urapidilo (dosis de 10-50 mg). Se deben evitar descensos bruscos y mantenidos de PA, y por ello no deben emplearse fármacos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806435>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806435>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)