

CODIGO ICTUS EN URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Dra. María José Borrueal Aguilar / Dr. Antonio Martínez Oviedo
Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

El ictus es un trastorno neurológico originado por la alteración brusca del aporte sanguíneo a una región del sistema nervioso central.

Puede ser **isquémico** (80%) o **hemorrágico** (20%).

Los **ictus isquémicos** pueden ser debidos a oclusión arterial por una lesión arteriosclerótica (infarto cerebral aterotrombótico) o a émbolos procedentes habitualmente del corazón (infarto cerebral cardioembólico) y en otras ocasiones, el ictus obedece a la lesión de la pared arterial de las arteriolas que irrigan las estructuras cerebrales más profundas (infarto lacunar).

Dependiendo del territorio vascular afecto, los infartos cerebrales pueden ser carotídeos, o de la circulación anterior, y vertebrobasilares, o de la circulación posterior.

El **ictus cerebral** constituye la segunda causa de mortalidad en España (primera en la mujer), es el principal responsable de invalidez en el adulto y la segunda causa de demencia.

A pesar del mejor control de los factores de riesgo vascular, el aumento de la edad de la población explica el incremento de la incidencia y prevalencia del ictus cerebral en los últimos años.

Por ello se ha creado un programa de atención al paciente con ictus tratando de realizar una asistencia integral e integrada a estos pacientes, que se desarrolla mediante el "Proceso de atención sanitaria al paciente con ictus".

Este proceso trata de mejorar la atención a lo largo del proceso asistencial al ictus en todo el territorio aragonés, con el fin de disminuir la incidencia y morbimortalidad de la enfermedad, así como mejorar la supervivencia y calidad de las personas afectadas.

Entre el 8 y 10 de Noviembre de 1995 tuvo lugar en Helsingborg (Suecia) una reunión de con-

senso organizada por la OMS, en colaboración con la Federación Europea de Sociedades Neurológicas, la Sociedad Internacional del Ictus donde un grupo de expertos, representantes de los departamentos de salud de los distintos gobiernos, científicos, expertos en toma de decisiones, expertos en el manejo del Ictus y pacientes y asociaciones de pacientes, examinaron los datos concernientes a los conocimientos disponibles sobre el manejo del Ictus, y llegaron a un acuerdo sobre un plan de acción para mejorar estos conocimientos y reforzar la calidad de la asistencia a los pacientes que han padecido un Ictus. De allí se establecieron los objetivos para el 2005:

"Todos los pacientes con ictus puedan tener acceso, en la fase aguda, a un recurso asistencial especializado, una unidad de ictus o a un equipo de ictus"

Estos se revisaron en la reunión de 2010 y se establecieron nuevos objetivos:

Objetivos 2015:

"Los pacientes con ictus tengan una supervivencia al 1º mes >85%, una independencia >70% a los 3 meses y que todos los pacientes con ictus agudo subsidiarios de recibir tratamiento específico en una unidad de ictus sean atendidos en hospitales con capacidad para hacerlo"

Esto requiere el establecimiento de colaboraciones entre los diferentes niveles de la red que operan en una región determinada para permitir una mejor atención y una mayor optimización de los recursos.

El ictus cerebral es una urgencia médica que precisa de un tratamiento inmediato. Esta emergencia, debe ser rápidamente identificada. Para conseguir la eficiencia del sistema deberá coordinarse la actuación asistencial estableciendo una cadena del ictus que protocolice el proceso diagnóstico y agilice la actuación terapéutica más apropiada para cada paciente.

Se denomina **Código Ictus** al procedimiento de actuación sanitaria basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus, con la consiguiente priorización de cuidados y traslado inmediato por parte de los Servicios de Urgencia a un **hospital que pueda dar tratamiento específico a estos pacientes**.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL ICTUS CEREBRAL

Es imprescindible la identificación rápida de los síntomas y signos de la enfermedad para su tratamiento efectivo. Habitualmente las manifestaciones de la enfermedad aparecen bruscamente o se desarrollan en el curso de minutos o, menos frecuentemente, horas.

En las alteraciones de la circulación anterior o carotídea, las manifestaciones clínicas más habituales son las siguientes:

- Parálisis unilateral.
- Alteración de la sensibilidad, aislada o en combinación y del mismo lado de la parálisis.
 - Afasia o alteración de la comprensión y/o de la emisión del lenguaje.
- Ceguera monocular transitoria o permanente.
- Alteración de la mitad del campo visual del mismo lado en los dos ojos.
- Alteraciones de las funciones cognitivas superiores.

Los signos y síntomas que sugieren patología de la circulación posterior o vertebrobasilar son:

- Vértigo, o sensación de movimiento o giro de objetos, acompañada o no de nistagmo, habitualmente asociado a alguna de las manifestaciones expresadas a continuación.
 - Alteración del campo visual, del lado derecho o izquierdo, pero afectando a ambos ojos.
- Diplopía
- Parálisis del brazo, pierna o mano, aislada o combinada, con parálisis de la mitad de la cara del otro lado. Excepcionalmente, puede existir parálisis de las cuatro extremidades.
- Alteración de la sensibilidad, habitual-

mente con el mismo patrón de distribución que las alteraciones motoras.

- Disartria
- Ataxia
- La cefalea intensa, aislada o acompañada de alguno de los signos o síntomas mencionados.

MANEJO DEL ICTUS CEREBRAL AGUDO EN EL ÁREA URGENCIAS

TRIAJE

El personal que atiende el **área de triaje** verificará con la mayor exactitud posible **hora de inicio** de los síntomas y la situación previa de autonomía para las actividades la vida diaria:

ESCALA DE RANKIN MODIFICADA

0. Sin síntomas.
1. **Sin incapacidad importante:** Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.
2. **Incapacidad leve:** Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.
3. **Incapacidad moderada:** Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida o impiden su subsistencia totalmente autónoma.
4. **Incapacidad moderadamente grave:** Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente aunque sin necesidad de atención continuada.
5. **Incapacidad grave:** Totalmente dependiente, necesitando asistencia constante día y noche.
6. **Muerte.**

Preguntas que pueden ayudar a discriminar entre dos categorías:

- 1-2: ¿Hay alguna actividad que realizara previamente y que ya no hace?
- 2-3: ¿Es independiente para todas las AVDs?
- 3-4: ¿Puede caminar sin la ayuda de otra persona?
- 4-5: ¿Puede permanecer solo, en el domicilio, sin supervisión durante varias horas?

Si existen dudas sobre dos categorías se debe elegir la de mayor discapacidad.

Así mismo realizará la determinación de **tensión arterial, temperatura timpánica y saturación de O2 por pulsioximetría y glucemia capilar**. “El Código Ictus Hospitalario” debe activarse cuando se cumplan las siguientes circunstancias:

1. Pacientes con una escala de Rankin previo menor o igual a 2 (situación de independencia).
2. Siempre que se active el código ictus extrahospitalario.
3. Tiempo de inicio desde inicio de los síntomas menor de 6 horas (prioridad 1).

Prioridades:

PRIORIDAD I: Si el inicio de los síntomas **es inferior a 6 horas, con Rankin < o igual a 2**, se identificará como posible código ictus hospitalario y se procederá al traslado del paciente al Box de críticos y a la activación del equipo correspondiente (enfermera, médico, auxiliar y celador). Si la clínica se inicia durante el sueño, se considerará como hora de inicio la última en la que al paciente se le vio despierto y asintomático.

PRIORIDAD II: Todos los pacientes con un ictus que se detectó al despertarse, o con un tiempo de evolución entre 6 horas y 24 horas, siempre que su situación vital previa fuese independiente.

PRIORIDAD III: Todos los pacientes con ictus de más de 24 horas de evolución con situación vital previa independiente y todos los pacientes, independientemente del tiempo de evolución, con situación vital previa dependiente o con una elevada comorbilidad.

ACTUACION DEL EQUIPO DE URGENCIAS: la activación del código ictus en urgencias implica la actuación coordinada de todos los componentes del equipo, cada uno de ellos tiene protocolizadas sus tareas y debe conocer cuáles son sus obligaciones para cumplirlas y no interferir en las acciones realizadas por otros miembros del equipo.

Médico de urgencias:

Protocolo ABC (estabilización de constantes vitales) con medidas de soporte vital avanzado si es necesario.

Conocer los antecedentes del paciente y verificar la hora de inicio de los síntomas.

Evaluación neurológica general y Escala NIHSS (15 minutos durante la estancia en urgencias).

NIHSS STROKE SCALE (Escala de Ictus del National Institute of Health)

Puntuar siempre la primera respuesta después de una orden. No ayudar ni dar pistas, aproximaciones o rectificaciones deben puntuarse como incorrectas. Puntuar aunque existan secuelas previas.

Punto/instrucciones	Definiciones/puntuación
1ª. Nivel de conciencia	0= Alerta, respuestas normales 1= No alerta pero responde a mínimos estímulos verbales para obedecer o responder 2= No alerta. Requiere estímulos repetidos o dolorosos para realizar movimientos (no estereotipados o reflejos) 3= Sólo respuestas reflejas o falta total de respuestas
1b. Nivel de conciencia. Preguntas orales Preguntar: ¿en qué mes vivimos? y ¿qué edad tiene? Si el paciente no puede emitir sonidos y no está afásico (intubado, mudo, anártrico) puntuar 1. Si el paciente está afásico o estuporoso, puntuar 2.	0= Ambas respuestas son correctas 1= Una respuesta correcta 2= Ninguna respuesta correcta
1c. Nivel de conciencia. Órdenes motoras Ordenar: “cierre los ojos”, “ahora abra los ojos” y con el lado no parético “cierre la mano y luego ábrala”. Si no hay respuesta hacer el gesto para que el paciente lo imite y posteriormente puntuar.	0= Ambas órdenes son correctas 1= Una orden correcta 2= Ninguna orden correcta
2. Mirada conjugada Sólo valorar la mirada horizontal de manera voluntaria o con reflejos oculo-cefálicos. Si el paciente tiene la mirada desviada pero esta se corrige de manera voluntaria, con contacto visual o de manera refleja, puntuar 1. Si tiene paresia periférica de un nervio oculomotor (III, IV o VI), puntuar 1	0= Normal 1= Paresia parcial de la mirada. Ausencia de paresia total o desviación forzada. 2= Paresia total o desviación forzada de la mirada conjugada.
3. Visual Explorar los campos visuales por confrontación, cuadrantes superiores e inferiores. Si ceguera unilateral, explorar el ojo no ciego. Si ceguera bilateral de cualquier causa, puntuar 3. Si sólo existe extinción visual, puntuar 1.	0= No alteración visual 1= Hemianopsia parcial 2= Hemianopsia completa 3= Ceguera total
4. Paresia facial Ordenar enseñar los dientes, sonreír o hacer mímica para que el paciente lo imite. Si el paciente está afásico o poco reactivo dar un estímulo doloroso para observar la mueca.	0= Movimiento normal y simétrico 1= Borramiento del surco nasogeniano o mínima asimetría al sonreír 2= Parálisis total o casi total de la zona inferior de la hemicara. 3= Parálisis completa con ausencia de movimiento en la zona superior e inferior de la hemicara.
5. Paresia de brazo Explorar el lado no parético en primer lugar. Ordenar levantar y extender el brazo. No valorar la fuerza de la mano. Si el paciente está en decúbito, la posición del brazo extendido es de 45°. Si está sentado, la posición del brazo extendido es de 90°. En segundo lugar se explora el lado parético	Lado derecho 0= Mantiene la posición durante 10 segundos 1= Claudicación en menos de 10 segundos, aunque la extremidad no llega a contactar con la cama. 2= Puede levantar la extremidad pero esta contacta con la cama en menos de 10 segundos. 3= Existe movimiento de la extremidad pero no la levanta contra gravedad o cae inmediatamente. 4= Ausencia total de movimiento. Lado izquierdo Igual que el lado derecho
6. Paresia de la pierna Ordenar levantar la pierna extendida y mantenerla a 30°. Explorar la pierna no parética en primer lugar.	0= Mantiene la posición durante 5 segundos 1= Claudicación en menos de 5 segundos, aunque la extremidad no llega a contactar con la cama. 2= Puede levantar la extremidad pero esta contacta con la cama en menos de 5 segundos. 3= Existe movimiento de la extremidad pero no la levanta contra gravedad o cae inmediatamente. 4= Ausencia total de movimiento.
7. Dismetría Explorar dedo-nariz y talón rodilla con los ojos abiertos. En caso de ceguera, la prueba se puede realizar mediante el toque de la nariz desde una posición con el brazo extendido. En caso de déficit motor que impida valorar la dismetría puntuar como 0.	0= Ausente 1= Presente en una extremidad 2= Presente en dos extremidades
8. Sensibilidad Con aguja, o ver la retirada ante estímulo doloroso en paciente obnubilado. Explora cara, brazos, tronco, abdomen y piernas (no manos ni pies). Sólo valora hipoestesia relacionada con el ictus. Si la alteración es bilateral o el paciente está en coma, puntuar 2.	0= Normal 1= Leve o moderada (el paciente nota que se le toca). 2= Grave o total (no nota que se le toca).
9. Lenguaje En la valoración del lenguaje se tiene en cuenta las respuestas a los ítem previos realizados hasta el momento. Solicitar que describa lo que ve en un dibujo. Leer lista de palabras y frases. Si está mudo o intubado, hacer escribir. Si está en coma, puntuar 3.	0= Normal 1= Afasia leve o moderada. 2= Afasia grave (imposibilidad de entenderse con el interlocutor). 3= Mudo, con comprensión nula
10. Disartria. A pesar de la afasia valorar sólo la articulación. Si el paciente tiene 3 puntos en el apartado anterior, valorar como 0 puntos	0= Normal 1= Leve o moderada (puede ser entendido aunque con dificultad). 2= Grave, ininteligible o mudo/anártrico.
11. Extinción e inatención Valorar la anosognosia (falta de reconocimiento de la presencia del déficit) o negligencia visoespacial (con lectura de palabras largas o durante la descripción del dibujo). En pacientes en coma, puntuar 2.	0= Sin alteraciones 1= Inatención o extinción en una de las modalidades visual, táctil, espacial o corporal 2= Hemi-inatención o negligencia severa, o a más de una modalidad. No reconoce su propia mano o sólo reconoce una parte del espacio.

Se evaluará la Escala de Coma de Glasgow.

Control de TA, Temperatura, Glucemia.

Solicitar TAC craneal urgente, conexión con técnico de rayos para realizarlo en el menor tiempo posible.

Si es candidato a tratamiento trombolítico: Iniciar Teleictus. Avisar al intensivista de guardia y solicitar el consentimiento informado. Iniciar tratamiento fibrinolítico.

Confirmar el ingreso en UCI tras la finalización de la infusión de fibrinolítico si no hay complicaciones. Si no hubiera cama en UCI, informar a la Unidad de Ictus del Servet de su traslado.

Personal de enfermería responsable:

Administración de oxigenoterapia si saturación < 92%, mediante gafas nasales a 2-3 litros por minuto.

Monitorización cardiaca y pulsioximetría

Canalización de dos vías venosas periféricas (mejor en brazo no patético) y extracción de analíticas

Perfusión de suero salino fisiológico.

Determinación de glucemia capilar, si no se ha hecho en triaje.

Determinar la temperatura axilar. TA cada 15 minutos desde su llegada.

Realización de un electrocardiograma de 12 derivaciones.

Acompañar al TAC.

Personal TCAE responsable:

Retirada de prótesis dentales si precisa.

Localizar a un familiar responsable, ubicarlo en la sala de información y avisar, para facilitar la obtención del consentimiento informado en caso necesario.

Advertir al laboratorio telefónicamente de la necesidad de disponer a la mayor celeridad de las pruebas de los volantes identificados como "código ictus".

Control de la llegada de los resultados (< 20 minutos)

Solicitar historia clínica al archivo.

Apoyar a la enfermera en la realización del protocolo.

Celador responsable:

Llevar las muestras de sangre inmediatamente al laboratorio.

Acompañar al TAC.

Colaborar en todo lo que el personal sanitario necesite.

TODO EL PROCESO < 60 MINUTOS (Ideal en menos de 45 minutos)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN y EXCLUSIÓN:
estos van cambiando a lo largo del tiempo según la evidencia científica, últimas directrices en AHA 2013.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de déficit neurológico por Infarto isquémico
- Inicio de los síntomas dentro de las 3 horas anteriores al inicio del tratamiento en mayores de 80 años y hasta 4:30 horas en menores de 80 años.
- Edad mayor de 18 años
- Rankin ≤ 2

Criterios de exclusión

- Evidencia de Hemorragia intracraneal en la TAC
- Trauma craneoencefálico en los tres meses previos
- Síntomas sugestivos de Hemorragia subaracnoidea
- Punción arterial en localización anatómica que impida compresión en los 7 días previos
- Historia de hemorragia intracraneal previa
- Cifras elevadas de Tensión Arterial (Sistólica mayor de 185 mm de Hg o Diastólica mayor de 110 mm de Hg)
- Evidencia de Hemorragia activa durante la exploración
- Diátesis hemorrágica aguda (incluidas: recuento de plaquetas menor de $100000/\text{mm}^3$, Dosis de heparina administrada en las últimas 48 horas y TTPA con límite superior al normal, uso de anticoagulantes con cifras de INR $> 1,5$)
- Glucemia sanguínea menor de 50 mg/dl
- Infarto cerebral multilobar demostrado por TAC (Hipopdensidad superior al 33 % del hemisferio cerebral) o NIHSS > 25
- Déficit neurológico escaso o síntomas que mejoran rápidamente antes de iniciar la perfusión
- Convulsiones al inicio en pacientes con daño cerebral postictus.
- Cirugía mayor o trauma severo en los 3 meses previos
- Hemorragia gastrointestinal o urinaria en los 21 días previos
- Infarto agudo de miocardio en los 3 meses previos
- ACV grave o severo según la valoración neurológica (NIHSS > 25)
- Tratamiento con anticoagulantes orales
- Pacientes con Diabetes Mellitus y ACV previo

TELEICTUS:

Procedimiento de telemedicina que nos permite contactar con un neurólogo en nuestro hospital de referencia (Hospital Miguel Servet) a través de videoconferencia.

Este procedimiento se realiza en un box preparado para este menester, con conexión por video conferencia que permite que el neurólogo pueda ver en tiempo real al paciente y realizar las exploraciones que crea conveniente.

El neurólogo de teleictus puede acceder a las imágenes del TAC y a nuestra historia clínica.

TRATAMIENTO FIBRINOLITICO: procedimiento para la administración de rt- PA intravenoso:

Se administra en forma de perfusión intravenosa (Actylise) (0.9 mg/Kg. (dosis máxima de alteplasa 90 mg), administrando el 10% en forma de bolo durante un minuto, y el resto en forma de perfusión durante una hora.

La infusión del fibrinolítico se realizará de forma completa en urgencias. Posteriormente si no ha habido complicaciones se valorará en ingreso en UCI de nuestro hospital. Se debe monitorizar la situación clínica con empleo de Escala **NIHSS cada 15 minutos, durante infusión del tratamiento trombolítico**. Si ocurriera deterioro neurológico (incremento en escala NIHSS de 4 o más puntos) o sangrado sistémico significativo, se detendrá la perfusión y solicitar TAC cerebral urgente . En caso de cefalea grave, HTA aguda, náuseas, vómitos o deterioro del nivel de conciencia, fluctuación de la clínica con un aumento de NIHSS de 4 o más puntos, detener la perfusión, solicitar un TAC urgente y nuevo estudio de coagulación. Contactar con la Unidad de Ictus y Neurocirugía en aquellos paciente tributarios de tratamiento quirúrgico.

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES TRAS TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO:

- Hemorrágicas:

Control de la coloración de la piel, palidez, sudoración, temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

En las hemorragias locales hacer compresión local y poner compresas de hielo.

En sospecha de hemorragia digestiva solicitar gastroscopia.

En sospecha de hemorragia cerebral solicitar TAC.

Si hay repercusión hemodinámica iniciar administración de expansores de plasma, 500 ml i.v.

Iniciar transfusión de concentrado de hemáties (2 unidades).

Si el fibrinógeno <100 mg/dl utilizar una unidad de plasma fresco congelado por cada 20 Kg. de peso. (2 crioprecipitados equivalen a una unidad de plasma fresco congelado). 3-4 pools de plaquetas. Consulta con Hematología.

Si la hemorragia es incoercible, añadir ácido Epsilon-aminocaproico 1 vial en 100 ml de suero fisiológico más heparina de bajo peso molecular (clexane 40 mg/día ó fraxiparina 0,6 ml/día).

- **No Hemorrágicas:**

Angioedema orolingual tras la administración rt-PA: ocurre en el 1.5-5% de los casos. Instaurar tratamiento con corticoides y antihistaminicos IV. Asegurar vía aérea si es preciso.

Crisis epilépticas: Si la crisis tiene una duración mayor a 2 minutos se iniciará tratamiento con Benzodiacepinas (Diacepam/IV: 2 mg/min hasta 10 mg ó Midazolam/IV: 0.1 mg/Kg) o Clonacepam (ampollas de 1 mg IV ó SC) 1 amp en 1 min. Si la crisis se produce durante la perfusión del fibrinolítico, suspenderlo.

Hipertensión intracraneal: Sospecharla en pacientes con hemorragia cerebral o infartos extensos del territorio de la ACM (>33% del territorio afectado). Más frecuente a partir de las 48h. Valo-

rar el traslado a Centro neuro-quirúrgico de referencia.

- Disminución del nivel de conciencia , vómitos, midriasis pupilar uni o bilaeral, ausencia de reflejo fotomotor, ausencia de reflejo corneal

Tratamiento médico:

- Posición 30º

- Corticoides CONTRAINDICADOS

- Manitol 20%(0.25-0.50 g/Kg) 125 ml/6h en 30 minutos

- Furosemida 10 mg/2-8 horas

- Hiperventilación (pCO₂: 30 –35mmHg)

- Valorar sondaje vesical si sospecha de retención urinaria

-Valorar tratamiento quirúrgico en: hemorragia cerebelosa > 3 cm, con deterioro neurológico, compresión de tronco o hidrocefalia, pacientes con hemorragia asociada a lesión estructural (aneurisma, malformación arterio-venosa o angioma cavernoso), con buen pronóstico funcional y con lesión accesible, en pacientes < 50 años con hematoma lobar y deterioro neurológico, en Infarto cerebeloso ocupante de espacio y en infarto masivo ACM en pacientes jóvenes (Evidencia III).

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ICTUS AGUDO:

Debe evitarse el descenso brusco de la presión arterial para mantener una adecuada presión de perfusión cerebral. En pacientes con antecedentes de hipertensión arterial, el objetivo es una TA sistólica de 180 mm Hg y diastólica de 100-105. En el resto de pacientes, es deseable mantener cifras ligeramente elevadas de TA, sistólica de entre 160 y 180 mm Hg y diastólica entre 90 y 100 mm de Hg.

T.A. CANDIDATO A FIBRINOLÍISIS		NO CANDIDATO A FIBRINOLÍISIS
ANTES DEL TTO FIBRINOLÍTICO		
>185 / >110	Labetalol: 1 ó 2 bolos 10mg IV (en 2') (cada 10') ó 1 bolo de 20 mg IV (en 2') Urapidil 1 ó 2 bolos 25mg IV en 20''(cada 5') Si continúa elevada: No Tto FB	Tratamiento inmediato no indicado si TA < 220/120
DURANTE EL TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO O DESPUÉS: Control de T.A./ 15' → 2 horas T.A./ 30' → 6 horas T.A./ 1h → 16 horas		
PAD >140	Nitroprusiato (0,5µg/Kg/min) 50 mg en 250 de SG 5% a 5-10 ml/h aumentar 5 ml/h cada 5' hasta control	Nitroprusiato (Objetivo: reducir TA 10-20% el primer día)
>230 / 121-140	Labetalol , seguido de Nitroprusiato según necesidad	Labetalol

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO URGENTE EN PACIENTES CON ICTUS HEMORRAGICO.

Tratar si TA > 185/105. Utilizar fármacos y dosis descritas anteriormente.

HIPERGLUCEMIA EN EL ICTUS AGUDO

Se considera hiperglucemia con cifras superiores a 140 mg/dl, por diabetes mellitus o por hiperglucemia de estrés y se seguirá la siguiente pauta de tratamiento: Suero glucosalino: 500 cc + 10 mEq de CLK + insulina rápida según glucemia capilar

HIPERTERMIA EN EL ICTUS AGUDO

El control se realizará con temperatura timpánica cada 4 horas durante las primeras 48 horas de ingreso, y posteriormente cada 8 h.

- Si Temperatura timpánica > 37.5°C
- Medidas físicas
- Metamizol
- Paracetamol

- Si Temperatura timpánica > 38.5°C : Incluir hemocultivos, urocultivos, sedimento de orina, Rx tórax. Descartar tromboflebitis profunda, flebitis de la vía venosa y sobreinfección respiratoria.

CRITERIOS DE INGRESO

Todos los pacientes que presenten un ictus son susceptibles de ingreso hospitalario salvo casos específicos (pacientes paliativos, con deterioro cognitivo avanzado y dependientes previo consentimiento de la familia)

Criterios de ingreso en UCI:

- A los pacientes que se les realice fibrinólisis en urgencias deben ingresar en UCI tras finalizar la infusión del trombolítico si no hay complicaciones. Si no se dispone de cama en la Unidad se contactará con la Unidad de Ictus del Hospital Miguel Servet de Zaragoza para su traslado.
- Pacientes con ictus extensos y situación de independencia previa (Rankin <= a 2) tras consulta con intensivista. (prioridad I y II).