

MANEJO DEL ICTUS

EN URGENCIAS

Infografía de RedFastER



redfaster
Grupo de trabajo de Atención Farmacéutica en Urgencias de la sefh

redfaster
Centro de Estudios y Formación de Urgencias de la sefh
Formación Residentes

sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

MANEJO DEL ICTUS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Trastorno circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente la perfusión encefálica

¿Cómo actuar ante la llegada de un ictus a urgencias?

- ✓ Si < 4,5-6 horas de evolución
- ✓ Si déficit neurológico leve o moderado (3-24) según escala de valoración NIHSS)

Código ictus → Herramienta organizativa de coordinación de estructuras pre e intrahospitalarias

¿En qué consiste? Reconocimiento precoz de los signos y síntomas

Objetivo: Comenzar tratamiento en las 4,5 primeras horas para que el paciente pueda beneficiarse de una trombólisis intravenosa

ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS

1 MEDIDAS GENERALES

- Colocar al paciente en decúbito supino
- Mantener glucemias 140-180 mg/dl (evitar soluciones glucosadas!)
- Oxigenoterapia (SatO₂ > 95%)
- **Control PA**
- **Crisis epilépticas**

BZD iv
Anticósmicos
Fenitoína 18 mg/kg iv en 1 hora
Valproato 15 mg/kg iv en bolo lento
Levetiracetam 500-1000mg 100 ml SF 5 min

2 MEDIDAS ESPECÍFICAS

FIBRINÓLISIS

Indicación por neurología
Ubicación en unidad de críticos
Consentimiento informado
NO administrar AAS, ACO o heparina en las siguientes 24h
NO colocar SV o SNG las siguientes 12h

Primera línea en pacientes que cumplan: < 4,5h de evolución y sin evidencia de hemorragia intracranial en TAC

rTPA: ALTEPLASA
0,9 mg/kg (máx 90mg iv); 10% de dosis total en bolo durante 1 minuto; transcurridos 3-5 min, administrar resto de dosis en infusión continua (en 100 ml de SF) durante 1 hora

*Alternativas a alteplasa:
tenecteplasa 0,4 mg/kg iv bolus en pacientes sin oclusiones intracraniales
trombectomía mecánica (colocación de stent), combinado con trombólisis IV

ICTUS ISQUÉMICO

ESTATINAS
(Atorvastatina 80 mg/24h)
Otras estrategias asociadas a reducción de morbilidad y repeticiones de ictus:

ANTIAGREGACIÓN
Indicada en AIT o ictus sin cardiopatía embolígena
NO administrar antes de 24h tras fibrinólisis
Mantener crónico de forma indefinida
AAS carga 300 mg + 50-100 mg/24h
Clopidogrel carga 300-600 mg + 75 mg/24h

ANTICOAGULACIÓN
Fase aguda: riesgo de hemorragia → en desuso
Prevención secundaria tras ictus por FA:
AVK o ACODS (terapia puente: iniciar **HBPM** en válvula mecánica - y escalar a vía oral)

¿CUÁNDO INICIAR PROFILAXIS? Ictus menor (AIT): tras 24-72 horas; ictus extensos: tras 15 días (NUNCA antes de 24h tras fibrinólisis)

ICTUS HEMORRÁGICO

OBJETIVO: reperfundir área isquémica

- Mismas medidas generales, reposo absoluto
- Medidas antiedema: manitol 20% iv 1g/kg
- Tratamiento neuroquirúrgico
reservar para hemorragias lobulares de más de 30 ml de volumen y hemorragias de cerebelo de más de 3 cm

Fuentes principales: Curso GIMUR RedFaster (disponible en la página web del grupo de trabajo RedFaster); Curso Residentes Área de Salud de Badajoz (disponible en: <https://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/ictus.pdf>)

ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT)

- Episodio isquémico con déficit neurológico sin infarto agudo
- Síntomas de duración habitual < 10 minutos
- Tratamiento dirigido a la prevención de ACV:
Estatinas
Antiagregación
Anticoagulación
si evidencia de cardiopatía embolígena; iniciar tras 24-72h

MANEJO FARMACOTERAPÉUTICO

A) Si candidato a fibrinólisis → TA < 185/105 mmHg
B) Si no candidato a fibrinólisis → TA < 220/120 mmHg (en general, no tratar HTA salvo en ICC, angor, disección aórtica)

Intentar vía oral; si emergencia hipertensiva, vía IV:

Labetalol
10-20 mg bolo lento (repetir hasta máx 200-300mg) + 50 mg cada 6-8 h
Perfusión 500 mg en 250 ml SF a 60 ml/h

Urapidilo
25 mg en bolo lento (repetir hasta máx 50-100 mg) + 9-30 mg/h
Perfusión 250 mg en 250 ml SF a 2-8 ml/h

Nicardipino
Perfusión 5 mg/h (máximo 15 mg/h)

EVITAR DESCENSOS DE PA > 15% EN 24h!



MANEJO DEL ICTUS EN URGENCIAS

Trastorno circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente la perfusión encefálica

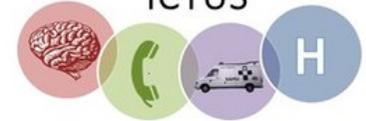


¿Cómo actuar ante la llegada de un ictus a urgencias?

- ✓ Si < 4,5-6 horas de evolución
- ✓ Si déficit neurológico leve o moderado (3-24) según escala de valoración NIHSS)

ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO

ICTUS



Código ictus → Herramienta organizativa de coordinación de estructuras pre e intrahospitalarias

¿En qué consiste? Reconocimiento precoz de los signos y síntomas

Objetivo: Comenzar tratamiento en las 4,5 primeras horas para que el paciente pueda beneficiarse de una trombólisis intravenosa



Manejo farmacoterapéutico

Medidas generales

MANEJO FARMACOTERAPÉUTICO

1 MEDIDAS GENERALES

- Colocar al paciente en decúbito supino
- Mantener glucemias 140-180 mg/dl (evitar soluciones glucosadas!)
- Oxigenoterapia (SatO₂>95%)
- **Control PA**
- **Crisis epilépticas**

BZD iv

Anticomiales

Fenitoína 18 mg/kg iv en 1 hora

Valproato 15 mg/kg iv en bolo lento

Levetiracetam 500-1000mg 100 ml SF 5 min

A) Si candidato a fibrinólisis → TA<185/105 mmHg

B) Si no candidato a fibrinólisis → TA<220/120 mmHg
(en general, no tratar HTA salvo en ICC, angor, disección aórtica)

Intentar vía oral; si emergencia hipertensiva, vía IV:

Labetalol

10-20 mg bolo lento (repetir hasta máx 200-300mg) + 50 mg cada 6-8 h

Perfusión 500 mg en 250 ml SF a 60 ml/h

Urapidilo

25 mg en bolo lento (repetir hasta máx 50-100 mg) + 9-30 mg/h

Perfusión 250 mg en 250 ml SF a 2-8 ml/h

Nicardipino

Perfusión 5 mg/h (máximo 15 mg/h)

EVITAR DESCENSOS DE PA >15% EN 24h!



MANEJO DEL ICTUS EN URGENCIAS



Manejo farmacoterapéutico Medidas específicas

2

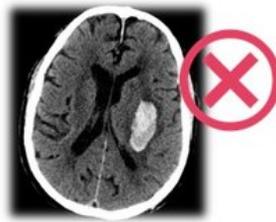
MEDIDAS ESPECÍFICAS

ICTUS ISQUÉMICO

FIBRINÓLISIS

Indicación por neurología
Ubicación en unidad de críticos
Consentimiento informado
NO administrar AAS, ACO o heparina en las siguientes 24h
NO colocar SV o SNG las siguientes 12h

Primera línea en pacientes que cumplan: <4,5h de evolución y sin evidencia de hemorragia intracraneal en TAC



rTPA: ALTEPLASA

0,9 mg/kg (máx 90mg iv); 10% de dosis total en bolo durante 1 minuto; transcurridos 3-5 min, administrar resto de dosis en infusión continua (en 100 ml de SF) durante 1 hora

*Alternativas a alteplasa:

teneceplasa 0,4 mg/kg IV bolus en pacientes sin oclusiones intracraneales
trombectomía mecánica (colocación de stent), combinado con trombólisis IV

OBJETIVO: reperfundir área isquémica

Otras estrategias asociadas a reducción de morbilidad y repeticiones de ictus:

ESTATINAS

(Atorvastatina 80 mg/24 h)

ANTIAGREGACIÓN

Indicada en AIT o ictus sin cardiopatía embolígena
NO administrar antes de 24h tras fibrinólisis
Mantener crónico de forma indefinida

AAS carga 300 mg + 50-100 mg/24h
Clopidogrel carga 300-600 mg + 75 mg/24h

ANTICOAGULACIÓN

Fase aguda: riesgo de hemorragia → en desuso
Prevención secundaria tras ictus por FA:

AVK o ACODs (terapia puente: iniciar **HBPM** en pacientes con alto riesgo trombotico –ictus previo, válvula mecánica- y escalar a vía oral)

¿CUÁNDO INICIAR PROFILAXIS? Ictus minor (AIT): tras 24-72 horas; ictus extensos: tras 15 días (**NUNCA** antes de 24h tras fibrinólisis)

ICTUS HEMORRÁGICO

- Mismas medidas generales, reposo absoluto
- Medidas antiedema: **manitol 20% iv 1g/kg**
- Tratamiento neuroquirúrgico →
reservar para hemorragias lobulares de más de 30 ml de volumen y hemorragias de cerebelo de más de 3 cm

ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT)

- Episodio isquémico con déficit neurológico sin infarto agudo
- Síntomas de duración habitual <10 minutos
- Tratamiento dirigido a la prevención de ACV:

Estatinas

Antiagregación

Anticoagulación

si evidencia de cardiopatía embolígena; iniciar tras 24-72h

Fuentes principales: Curso GIMUR RedFaster [disponible en la página web del grupo de trabajo RedFaster]; Curso Residentes Área de Salud de Badajoz [disponible en: <https://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/ictus.pdf>]