

# CRITERIOS C. ICTUS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN		
	Fibrinolisis i.v	Trombectomía Mecánica
Hora de inicio	< 4,5 horas	< 6 horas. Afectación art. Basilar, confirmada por imagen con reflejos de tronco conservados, si: • Coma < 6h; • Otro déficit neurológico (estable desde el inicio del cuadro) < 12h. • Clínica fluctuante o AITs de repetición < 48 h.
S. Basal/ Rankin	Rankin 2 // ausencia de enf. terminal	
Indicaciones	Todos los casos que cumplan los criterios previos	Los casos que cumplan los criterios previos y: ⇒Fibrinolisis i.v. ineficaz. ⇒Fuera de ventana de fibrinolisis. ⇒Contraindicación farmacológica para fibrinolisis.
Ictus del despertar o de inicio indeterminado	Se individualizará cada caso según tiempo desde la última vez visto asintomático y TAC multimodal, (territorio de penumbra favorable, y territorio de ACM con infarto establecido < 30%).	

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN		
	Fibrinolisis i.v	Trombectomía Mecánica
C.I. ABSOLUTAS	- NIHSS > 30, GCS 3 (excepto en territorio VB). - Infarto >1/3 de ACM, o penumbra < 20% - Ictus menor o sospecha lacunar. - HIC	
C. I. absolutas según tratamiento de reperusión:	-ACOD < a 2 ½ V <sub>m</sub> o HBPM en dosis anticoagulantes <24 h -Hemorragia grave o enfermedad con alto riesgo de sangrado: neoplasia, MAV, aneurisma, hepatopatía grave o pancreatitis, o coagulopatía, Retinopatía Proliferativa... -Procedimientos: PL, biopsias o punción arterial, Masaje cardiaco o parto <10 d	-INR> 3 -Plaquetas < 30.000 -Imposibilidad de acceso vascular. -Sospecha de HSA, a pesar de TAC basal normal. -Inestabilidad hemodinámica
C.I. relativas	- INR > 1,7 - Plaquetas < 100.000 - HTA > 185/110, Glu. <50/>400 - Ictus isquémico, IAM, cirugía mayor o trauma importante, Ulcus gastroduodenal < 3 meses previos - Ictus hemorrágico previo, gestante, retinopatía o diátesis hemorrágica, pericarditis, lesión en SNC (tumor, TCE, vascular)	

ESCALA DE RANKIN MODIFICADA	
0	Asintomático
1	Incapacidad no significativa: IAVDB, capaz de realizar actividades habituales y su trabajo
2	Incapacidad leve: incapaz de realizar sus actividades habituales, IAVDB
3	Incapacidad moderada: precisa ayuda para algunas de las actividades básicas de la vida diaria (vestido, aseo, comida, baño...) NO PRECISA AYUDA PARA DEAMBULAR
4	Incapacidad moderada-grave: DAVDB, AYUDA PARA DEAMBULAR. Puede permanecer varias horas sin supervisión
5	Incapacidad grave: totalmente DAVDB, incontinente, encamado, requiere cuidados sanitarios y supervisión constantemente.
6	Muerte

# MEDIDAS GENERALES

1. Reposo absoluto con cabecero en 45°.
2. Dieta absoluta y sueroterapia (mínimo 1.500cc SSF0.9% salvo hipotensión + CIK si precisa, EVITAR SUEROS GLUCOSADOS salvo en diabéticos).
3. Monitorización cardiaca + constantes.
4. Si Saturación de oxígeno < 95%, gafas nasales a 2-3 lpm.
5. Pantoprazol 40 mg i.v. diarios
6. Si fiebre: paracetamol 1 g. + estudiar etiología
7. Evitar sondaje vesical en fibrinolisis.

## TENSIÓN ARTERIAL

Isquémico < 180/105 mmHg

Hemorrágico 160/90 mmHg

- **Labetalol:** Bolos 10-20 mg, se puede repetir hasta 3 veces cada 10-20 min, si no efectivo valorar perfusión de labetalol (DOSIS MÁX: 300-400 mg/día)
- **Urapidilo** 25 mg i.v en bolo lento, se puede repetir 2 veces cada 5 min (si no efectivo valorar perfusión de mantenimiento de 4-8 mg/h i.v.)
- **Nicardipino:** perfusión a 5 mg/h i.v, aumentado 2,5 mg/h cada 5-15 minutos más 15 mg/h .

**Si hipotensión:** expandir con SSF 0,9% y si severa y no responde expansores del plasma e investigar causa etiológica (IAM, síndrome aórtico agudo y/o derrame pericardico...)

## GLUCEMIA

Objetivo: 150-180 mg/dL

**HIPERGLUCEMIA:** 2 UI de insulina rápida subcutánea por cada 50 mg/dl de Glucosa capilar que superen los 155 mg/dl. (si precisa iniciar algoritmo de hiperglucemia).

## En caso de AIT...

- Atorvastatina 80mg** 1 comp cada 24 horas.
- FA Conocida con ACOD / Sintrom ® :** mantener anticoagulación y según estado clínico o control valorar paso a heparina sódica.
- Si no toma ácido acetilsalicílico:** iniciar 100mg/24h (v.o. o i.v. si deglución no conservada)
- Si ya toma ácido acetilsalicílico:**
  - 100mg, añadir Clopidogrel 75mg diarios.
  - 300mg, disminuir a 100mg y añadir Clopidogrel 75mg diarios.

V <sub>m</sub> de nuevos ACOD (según función renal) C.I. de fibrinolisis si tiempo desde la última toma es < 2xV <sub>m</sub>				
Función Renal	Dabigatrán (Pradaxa)	Apixabán (Eliquis)	Rivaroxabán (Xarelto)	Endoxabán (Lixiana)
<b>Normal</b> ACr 80 ml/min	13 h (rango 11-21 h)	12-15 h	5-9 h adultos 11-13 h ancianos	9-11 h
<b>IR leve</b> ACr 50-79 ml/min	15 h (rango 11-34 h)	15 h	8,7 h	Sin datos
<b>IR moderada</b> ACr 30-49 ml/min	18 h (rango 13-23 h)	17 h	9 h	Sin datos
<b>IR grave</b> ACr < 30ml/min	1327 h ( 121-35 h)	17 h	9,5 h	Sin datos

# ICTUS EN URGENCIAS

En colaboración con el Servicio de Neurología.

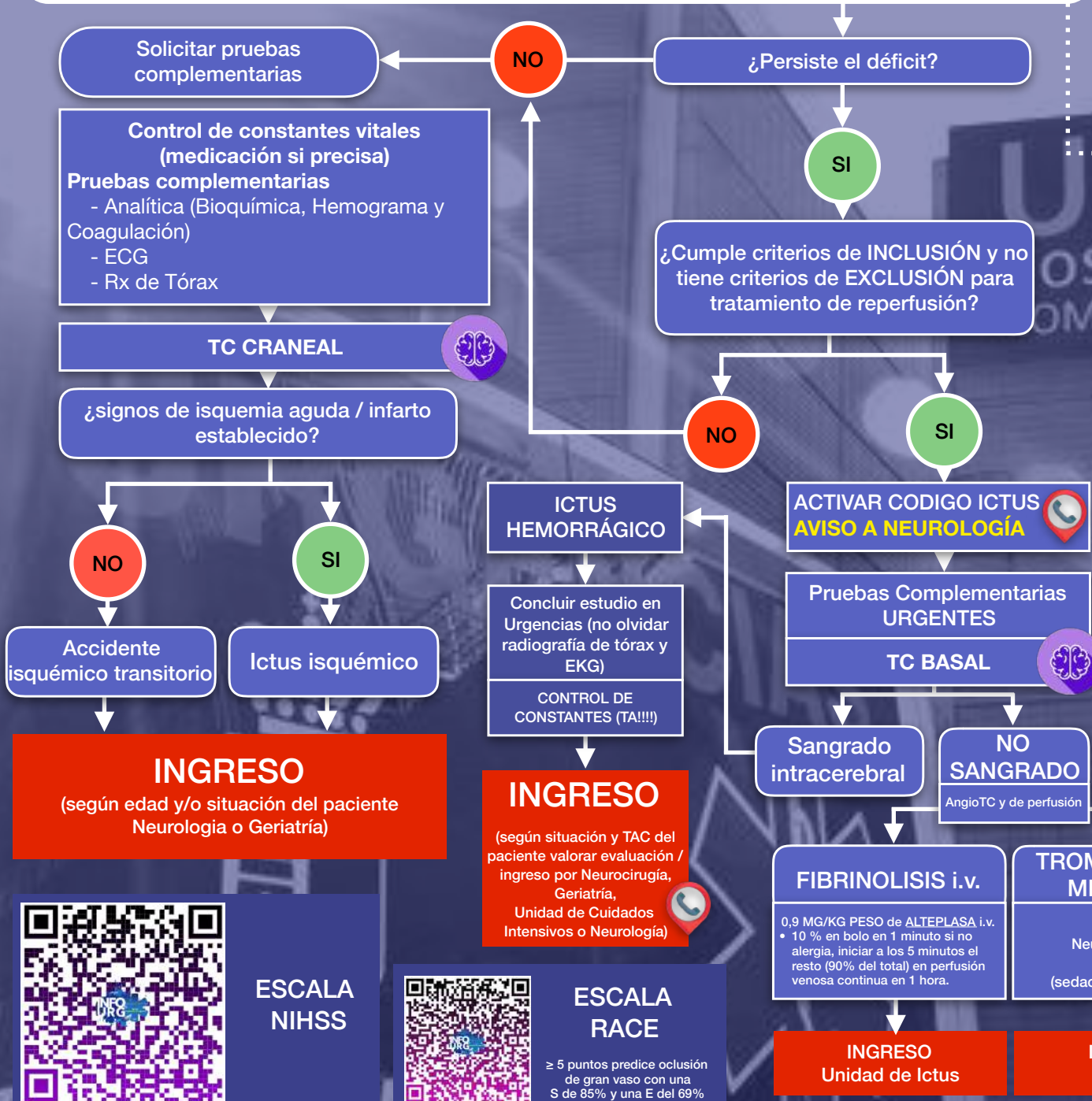
**NOELIA SÁNCHEZ CANO**  
**ALBA M. DIEZMA MARTÍN**  
**DAVID D. GARCÍA MELÉNDEZ**  
**NEREA GARCÍA ALVARADO**  
**PAULA LOBATO CASADO**  
**JOSÉ C. SEGUNDO RODRÍGUEZ**  
**FRANCISCO MUÑOZ ESCUDERO**  
**RAFAEL RUBIO DÍAZ**



### BIBLIOGRAFIA

1. Código Ictus. Estrategia de reperusión en el Ictus. Castilla- La Mancha 2017. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
2. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al; american Heart Association Stroke Council. 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare from the AHA/ASSS 2018; 49 (3):e46-e110
3. Campbell B, Ma H, Ringle P et al; Extending thrombolysis to 4.5-9 h and wake-up stroke using perfusion imaging: a systematic review and meta-analysis of individual patient data, Lancet 2019 (3494): 139-47.
4. Oliveira J, Samuels O. Mechanical Thrombectomy for acute ischemic stroke, In: UpToDate: Dashe J (Ed.), UpToDate, Nov 2019.
5. VV.AA., Enfermedades del SNC (I): enf. Cerebrovasculares, Medicine 2019; 12 (70).

# SOSPECHA DE ICTUS



## !!! RECUERDA !!!

**SOSPECHA**

- Ictus:** Déficit neurológico focal de instauración brusca
- AIT:** déficit que ha remitido en el momento de la consulta y habitualmente de una duración < 1 hora.

**Factores de riesgo:** ictus u otra enfermedad vascular previa, FA, HTA, DL, DM y Fumador activo, etc.

**Anamnesis:** hora de inicio de los síntomas, comorbilidades, ictus previos, medicación actual (si ACODs, hora de última toma) y escala Rankin modificada

**Exploración Física inicial:** Frec resp., ritmo cardiaco, TA, Tª, glucemia, Sat O2, INR capilar, ECG y Rx de tórax si no retrasa el diagnóstico. Exploración neurológica: NIHSS

**Diagnóstico diferencial de ictus agudo:** crisis epilépticas, migrañas con aura/acompañada, hipoglucemia/alt. metabólica, emergencia hipertensiva, trastorno conversivo/simulación.

**!!! EVITAR PUNCIONES ARTERIALES y SONDAJE VESICAL!!!**

- Monitorización/ECG
- Control de constantes: TA, FC, BMtest, Sat. (medicación de rescate si precisa para realización tratamiento de reperusión - insulina, hipotensores...)
- Solicitar TAC Craneal Multimodal como Código Ictus.

**EVITAR PRUEBAS QUE RETRASEN IR AL TAC E INICIAR TRATAMIENTO**  
**!!! TIEMPO ES CEREBRO!!!**



**ESCALA NIHSS**



**ESCALA RACE**

≥ 5 puntos predice oclusión de gran vaso con una S de 85% y una E del 69%