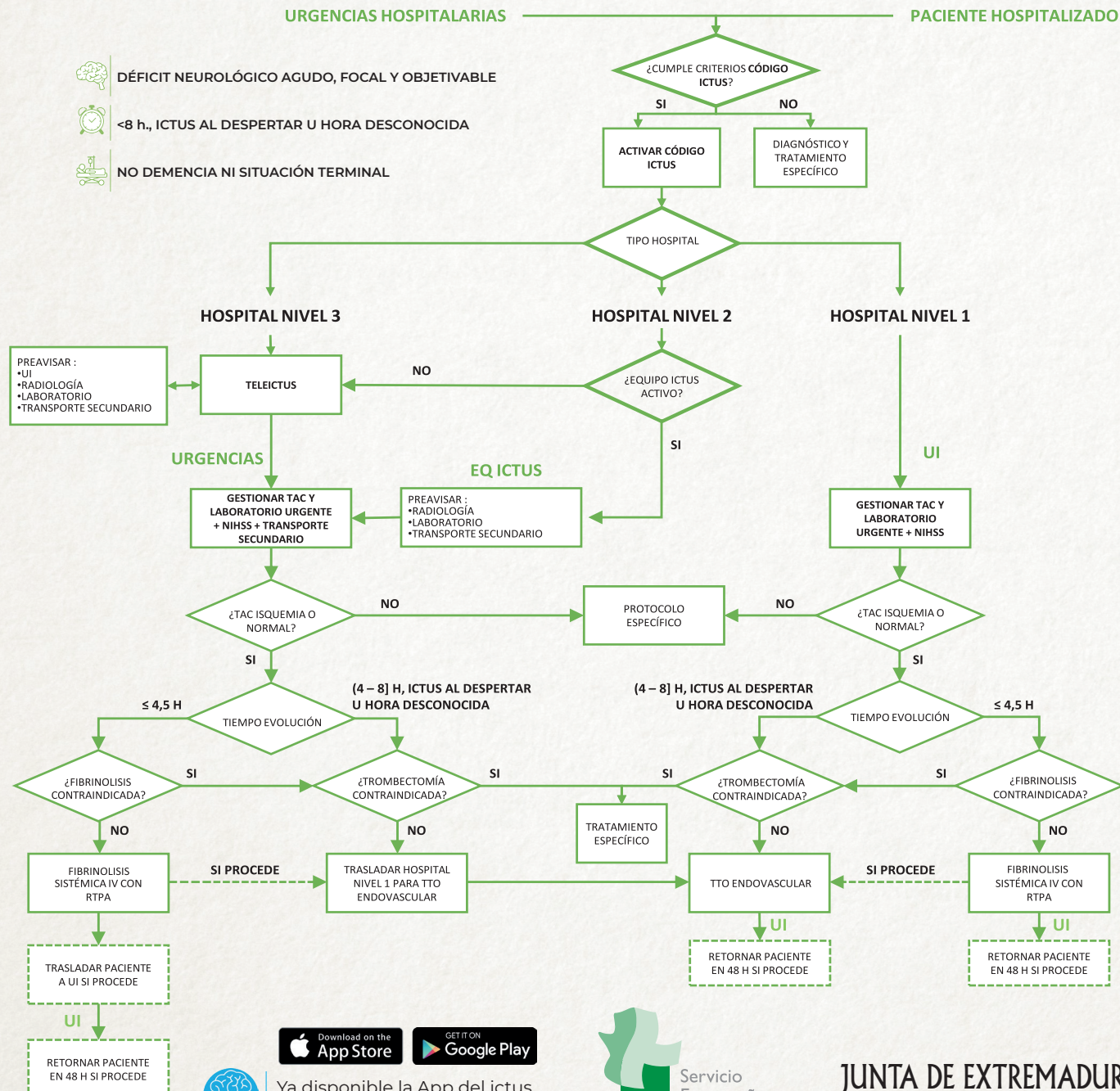


# PACIENTES EN MEDIO HOSPITALARIO

URGENCIAS HOSPITALARIAS

PACIENTE HOSPITALIZADO

- DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO, FOCAL Y OBJETIVABLE
- <8 h., ICTUS AL DESPERTAR U HORA DESCONOCIDA
- NO DEMENCIA NI SITUACIÓN TERMINAL

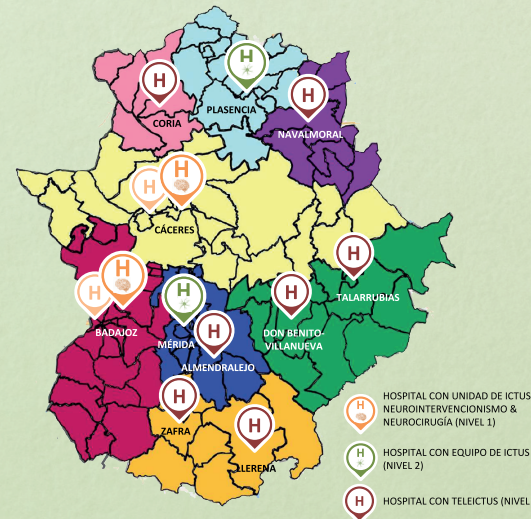


# CÓDIGO ICTUS EXTREMADURA



CodIctEx

## ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL ICTUS EN FASE AGUDA



"Tiempo es cerebro"



Download on the App Store | GET IT ON Google Play

Ya disponible la App del ictus en Extremadura, **Extremictus**.











JUNTA DE EXTREMADURA  
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

JUNTA DE EXTREMADURA



## SOSPECHA DE ICTUS

-  Alteración del lenguaje
-  Asimetría facial
-  Debilidad, parálisis sensorial en una o más extremidades
-  Descoordinación, alteraciones del equilibrio al andar
-  Pérdida visual monocular o defecto campimétrico
-  Vértigo, diplopía, sordera unilateral
-  Cefalea de gran intensidad de inicio súbito
-  Alteración del nivel de conciencia

## MEDIDAS GENERALES

1. **Documentar:** inicio síntomas, tratamiento habitual, antecedentes personales, situación basal y peso aproximado.
2. **Decúbito supino con cabeza a 20°**, precauciones para evitar la aspiración.
3. **Dieta absoluta**, salvo medicación.
4. **Exploración neurológica:** puntuación NIHSS y/o RACE.
5. **Acceso venoso periférico:** preferible 2 vías de 20G, en brazo no parético y mantener con suero fisiológico.  
**No realizar punciones arteriales.**
6. **Analítica:** Hemograma, coagulación y bioquímica. Extracción si es posible durante traslado en UME, entregar a la llegada a Urgencias y priorizar como "Código Ictus".
7. **Monitorización de constantes:** glucemia e INR capilar, TA, FC y ritmo, FR, SatO<sub>2</sub> y T<sup>a</sup>.
  - a. Glucemia capilar (*objetivo 80-180 mg/dl*).
  - b. TA (*objetivo < 180/110 mmHg*).
    - Descartar causas corregibles antes de tratar (estrés, dolor, retención urinaria, etc.)
    - Evitar bajadas marcadas de TA
    - Evitar calcioantagonistas sublinguales
  - c. Evitar la hipertermia.
  - d. SatO<sub>2</sub> (*objetivo > 95%*): si SatO<sub>2</sub> < 95% o bajo nivel de conciencia, GN a 2-4 litros o mascarilla 35-50%.
8. **ECG:** 12 derivaciones.
9. **Contacto con neurología (UI):** guía en la toma de decisiones.
10. **Estudio de neuroimagen:** TC craneal simple urgente con valoración de escala ASPECTS en todos los casos. Angio TC o angio-RM y un estudio de TAC perfusión (según indicaciones de Neurología).
11. **Preaviso transporte secundario**
12. **Valoración de criterios de inclusión y exclusión:** para tratamiento fibrinolítico y endovascular.
13. **Teléfono de contacto y localización de familiares en todo momento.**



El tratamiento endovascular puede ampliar la ventana terapéutica del tratamiento fibrinolítico (4,5 h) hasta las 8 horas de evolución; además de incluir potencialmente a ictus al despertar y de hora desconocida de los síntomas.

## ESCALA RACE

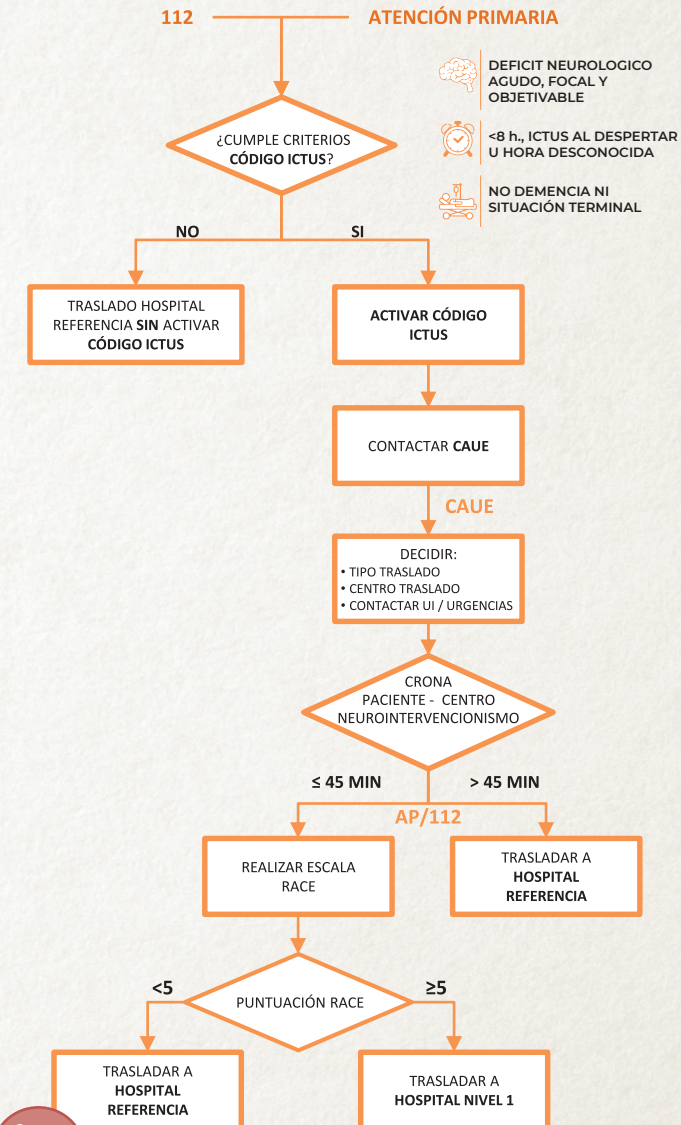
<b>Paresia facial:</b> Sonreír o enseñar los dientes	<b>0:</b> simetría <b>1:</b> ligeramente asimétrica <b>2:</b> asimétrica
<b>Paresia del brazo:</b> Levantar brazos (45° o 90°)	<b>0:</b> mantenimiento > 10 s <b>1:</b> mantenimiento < 10 s <b>2:</b> no mantiene
<b>Paresia de la pierna:</b> Levantar piernas (30°)	<b>0:</b> mantenimiento > 5 s <b>1:</b> mantenimiento < 5 s <b>2:</b> no mantiene
<b>Desviación ocular y cefálica</b>	<b>0:</b> ausente <b>1:</b> presente
<b>Agnosia / Negligencia (debilidad en hemicuerpo izquierdo)</b>	<b>0:</b> no asomatognosia ni anosognosia <b>1:</b> asomatognosia o anosognosia <b>2:</b> asomatognosia y anosognosia
<b>Afasia / Lenguaje (debilidad en hemicuerpo derecho):</b> Cerrar ojos y hacer puño	<b>0:</b> obedece ambas órdenes <b>1:</b> obedece una orden <b>2:</b> no obedece ninguna orden

**RACE ≥ 5 alta probabilidad de tener oclusión de gran vaso cerebral.**

## CONTRAINDICACIONES FIBRINOLISIS FARMACOLÓGICA

1. Historia previa de **hemorragia intracranial**. (En caso de hemorragia de causa conocida y tratada con resolución completa)
2. **Cirugía reciente del SNC o traumatismo craneoencefálico grave** en los 3 meses previos
3. **Lesión conocida del SNC con riesgo de sangrado** (aneurisma, MAV, neoplasia). Posibilidad trombectomía mecánica
4. Recuento de **plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup>**
5. Tratamiento con **heparina y TTPa > 1,5** veces el control; **HBPM a dosis anticoagulantes** en las 24 h previas (posibilidad trombectomía mecánica si no ha recibido ninguna dosis de HBPM en las últimas 12 h), **anticoagulación oral eficaz** (INR>1,7; nuevos anticoagulantes orales)

## PACIENTES EN MEDIO EXTRAHOSPITALARIO



Unidad de Ictus de Cáceres: 629 874 827 / 31 577  
 Unidad de Ictus de Badajoz: 648 235 976 / 31 732  
 Equipo de Ictus de Mérida: 690 045 396 / 31 696  
 Equipo de Ictus de Plasencia: 680 829 626 / 35 987