



ACTITUD TERAPEUTICA PARA ESTABILIZAR AL PACIENTE

En el ámbito extrahospitalario los objetivos son: instaurar las medidas terapéuticas necesarias para estabilizar al paciente y trasladar con la mayor celeridad posible para que el paciente pueda recibir tratamiento específico.

1.-Medidas generales

- Colocar al paciente en reposo absoluto con la cabeza elevada 30°.
- Mantener permeable la vía aérea:
 - Retirar prótesis dentales.
 - Aspirar secreciones.
 - Valorar la colocación de una SNG si el nivel de conciencia es muy bajo.
 - Tratamiento sintomático de los vómitos con metoclopropamida (Primperam ®) 10 mg./iv.
- Valorar oxigenación:
 - No es aconsejable administrar de forma sistemática de oxígeno: solo si la Sat O₂ < 92% se instaurará oxigenoterapia
 - Valorar la necesidad de IOT si el nivel de conciencia del paciente es muy bajo (GCS <9), infartos vertebrobasilares con afectación de la función respiratoria, signos de HIC, etc.
- Canalización, preferentemente de 2 vías venosas periféricas e iniciar fluidoterapia con SSF. Está contraindicada la administración de sueros glucosados (favorecen el edema cerebral) siempre que no haya hipoglucemia.

2.-Medidas específicas

- Control de la Tensión Arterial:
 - Hipertensión arterial:

En la mayoría de los pacientes la HTA no debe tratarse ya que durante la fase aguda del ictus es frecuente objetivar elevaciones de la TA que pueden deberse a diversas circunstancias que deben **valorarse y / o tratarse antes de iniciar el tratamiento con fármacos antihipertensivos:**

- El stress asociado al hecho de enfermar.
- El dolor que acompaña al proceso.
- La aparición de una retención urinaria.
- La existencia de HTA como enfermedad de base.
- La respuesta fisiológica del organismo ante la hipoxia cerebral o el aumento de la presión intracraneal.





En general el uso de antihipertensivos en el ictus debe restringirse a aquellos casos en los que a pesar de haber corregido los factores anteriores persisten cifras de PAS > 185 mm Hg y PAD > 110 mm Hg en 2 tomas separadas por 5 minutos.

Los antihipertensivos deben administrarse con precaución, ya que el descenso de la presión de perfusión puede deteriorar el estado neurológico, y además la respuesta a los fármacos puede ser exagerada. Asimismo, descensos de más del 20% en la PAS se asocian a un peor pronóstico en las primeras 24 horas del ictus.

En la mayoría de los casos se prefiere la vía oral, con fármacos con poco efecto sobre el flujo sanguíneo regional, como inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (enalapril o captopril). Si se precisa la vía intravenosa, deben utilizarse fármacos de acción previsible y fácilmente reversible como labetalol o urapidil. No deben utilizarse antagonistas del calcio por vía sublingual por la hipotensión brusca que producen.

– Hipotensión arterial:

Es imprescindible descartar la presencia de cardiopatías isquémica aguda, disección de aorta, embolia pulmonar o hemorragia digestiva. El tratamiento es con expansores del plasma (SSF: 10 ml./kg.)

• Control de la glucemia

- Si presenta hipoglucemia con cifras < 50 mg./dl., administrar 10 -25 g. de glucosa
- Cifras de glucemia superiores a 160 mg./dl. exigen tratamiento con insulina rápida subcutánea según pauta:

- *Si 150-200: 4 UI
- *Si 201-250: 6 UI
- *Si 251-300: 8 UI
- *Si 301-350: 10 UI
- *Si > 350: 12 UI





- Control de la fiebre
 - La fiebre (si superior a 37,5 °C) debe corregirse lo antes posible con antitérmicos: paracetamol VO o metamizol 1amp/100 SF VI
- Control de las convulsiones
 - Las crisis convulsivas (más frecuente en ictus hemorrágicos y embólicos). Se tratarán en caso de que aparezcan, no realizar profilaxis de las mismas:
 - Diacepam 10 mg (máx. 20 mg.). 1amp/8 ml SF VI (2 mg por minuto). Vigilar función respiratoria

Control de la agitación

- Si se precisa sedación por agitación, emplear de forma preferente Haloperidol a 5 mg./iv. lento, en ancianos usar 2 mg./ iv. lento. Si no fuese posible se puede administrar midazolam.
- Hemorragia Subaracnoidea
 - Si existe sospecha de hemorragia subaracnoidea, además de todas las medidas anteriores se debe:
 - Garantizar reposo absoluto con limitación de estímulos externos.
 - Si existe cefalea o rigidez de nuca intensas, administrar analgesia con opiáceos.