

33. ACCIDENTE CEREBROASCULAR

MATERIAL

- 1- Kit de SAV de la vía aérea.
- 2- Fármacos para SRI.
- 3- Valium®, Fenitoína, Manitol, Decadrán®, Morfina, Meperidina.
- 4- Capotén®, Trandate®.

MEDIDAS

- 1- Valoración Inicial. ABCD.
- 2- Posición Anti-Trendelenburg 30°.
- 3- Oxigenoterapia / IOT si criterios (ALCO / HTIC).
- 4- Sonda Nasogástrica (si vómitos o alteración de conciencia).
- 5- Vía Venosa periférica (VVP): En Miembro Superior no parético.
 - Fluidoterapia (SF o SGS según criterio) de mantenimiento.
 - Evitar sobrehidratación.
- 6- Monitorización (PA, FC, FR, ECG, Pulsioximetría). Glucemia Capilar.
- 7- **Si Etilismo Crónico y/o Desnutrición = BENERVA®**, 1 amp. IM.
- 8- **Si Hipertermia = PRO-EFFERALGAN® 1gr**, 1 – 2 amp. IV.
- 9- Control de la Presión arterial.

Manejo de la PA en el ACV	
Objetivo	Normotensos = 170 - 160 / 100 – 95 mmHg. HTA previa = 190 - 180 / 110 – 105 mmHg.
Inicialmente, no requieren tratamiento	ACV Isquémico = PA 230 - 180 / 120 – 105 mmHg. ACV Hemorrágico = PAS < 170 mmHg.
Si persisten estas cifras a los 60 min ó PAS > 170 en ACV Hemorrágico	Evitar vía SC o IV. CAPOTEN® (Captopril) 25 mg = 1 comp VO.
Si PA > 230 / 120 en 2 lecturas separadas 5 minutos	TRANDATE® amp 100 mg / 20 ml Bolo IV lento = 4 ml / 5 min. (Máx. 20 ml) Perfusión = 40 ml + 200 ml SG5% de 30 a 120 ml / h <ul style="list-style-type: none">• Máximo 300 mg (3 ampollas). Contraindic. : IC, EPOC, Isquemia Arterial Periférica
Si ACV + Hipotensión, descartar y tratar	IAM, TEP, Sepsis, Hemorragia Interna

10- Si ACV Isquémico

- **ADIRO® 300 mg**, 1 comp / d.
- Ictus Isquémico en Evolución, descartar:
 - Arritmias, IAM, IC.
 - Insuficiencia Respiratoria, TEP.
 - Hipoglucemia, Hiponatremia.
 - Sedantes, Hipnóticos.
 - Sepsis.

- Tratamiento hipotensor energético.
- 11- **Si ACV Hemorrágico** (HTIC, Herniación o Aumento del grado de Coma).
 - Elevar cabecera 30°
 - Hiperventilación.
 - Si PAS > 100 mmHg: **Manitol® 20%** = 250 ml a chorro.
 - **Fortecortín® amp 4 mg / ml** = 2 amp bolo IV.
- 12- **Si Agitación = Haloperidol® amp 5 mg.**
 - 1 amp / 30 min IM / IV. Máximo 4 amp en 6 horas.
 - Asociar si procede **Akinetón® (Biperideno) amp 5 mg / ml**
 - 1 amp IM / IV lenta.
- 13- **Control inmediato de las Convulsiones (Ver Crisis Convulsivas)**
 - **Valium® amp 10 mg / 2 ml:** 5 – 10 mg IV lento (2 minutos).
 - Considerar **Fenitoína® amp 250 mg / 5 ml:**
 - 250 mg IV (< 50 mg/min).
 - 1000 mg IV si no recibía Fenitoína previamente.
 - Garantizar la permeabilidad de la vía aérea (IOT si procede).
- 14- **Si Cefalea intensa:**
 - **Dolantina® (Meperidina) amp 100 mg / 2 ml:** 50 – 75 mg IM
 - **Cloruro Mórfico® 1% (Morfina) amp 10 mg / 1 ml:** 2 – 4 mg IV.
- 15- **Si Hiperglucemia:** Insulina rápida.
 - Recomendable si Glucemia > 170 mg / dl.
 - Siempre si Glucemia > 200 mg / dl.
- 16- **Si Deterioro Respiratorio rápido en paciente no intubado:**
 - Garantizar la permeabilidad de la vía aérea.
 - ↑ FiO₂ / Flujo (lpm).
 - Ventilación con Ambú / IOT si procede.
 - Considerar sobredosis de narcóticos.
 - Administrar Naloxona® 0,4 – 2 mg IV / 2 – 3 minutos.
- 17- **Si Deterioro Respiratorio rápido en paciente intubado: “DOPE”.**
 - **D** = Desplazamiento del tubo.
 - **O** = Obstrucción del tubo.
 - **P** = Pneumotórax.
 - **E** = Equipo (fallos).

PRONÓSTICO

- Signos precoces de mal pronóstico:
 - ACV Isquémico:
 - ALCO / Coma.
 - Hemiplejía importante.
 - Desviación conjugada de la mirada.
 - ACV Hemorrágico:
 - HIC Pontina (Mayor mortalidad).
 - HIC Cerebelar.
 - HIC Ganglios Basales.
 - HIC Lobar (Mejor pronóstico vital y funcional)

CRITERIOS de TRASLADO

- ALCO.
 - Inestabilidad hemodinámica.
 - Alteraciones ventilatorias.
 - Déficit neurológico severo.
 - Crisis convulsivas.
 - Vómitos asociados a trastornos de la deglución.
-

Fecha publicación: enero 2009.