Lista de verificación para el cuidado post-trombolisis del Ictus/ACV (Stroke) de la WSO

Dr. Meah Gao y Dr. Gustavo Saposnik

La Lista de Verificación para el Cuidado Post-trombolisis del ictus/ACV (Stroke) ha sido desarrollada para ayudar a los profesionales de la salud a monitorear y manejar a pacientes con ictus/ACV agudo que han recibido tratamiento de trombolisis. Esta lista de verificación sigue un formato ordenado y contiene recomendaciones prácticas relacionadas con aspectos clave del cuidado post-trombolisis. Se pretende que esta lista de verificación sea completada por el equipo médico en el entorno de atención hiperaguda o de hospitalización. Las acciones específicas descritas en la lista de verificación pueden ser adaptadas para ser implementadas en forma local como un conjunto estandarizado para cada paciente.

Administración y Monitoreo de Trombolisis

Dosis total de rtPA: ___kg X 0.9mg/kg = _____ mg (dosis máxima de 90mg). Dosis de bolo (10%): _____mg.

Tiempo de bolo de rtPA: __ /__ /__ a las __:__, administrar por vía IV en 1 minuto.

Hora de inicio de la infusión de rtPA: __ /__ /__ a las __:__, infusión durante 1 hora.

Monitoreo post rtPA

☐ Presión arterial (PA), frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de O2, temperatura, examen neurológico seriado (Escala Neurológica Canadiense o NIHSS)

- Cada 15 minutos durante las primeras 2 horas, luego.
- Cada 30 minutos durante las siguientes 2 horas, luego.
- Cada 60 minutos durante las siguientes 20 horas, luego reevaluar por el equipo médico.

☐ Notificar al equipo médico inmediatamente si hay disminución del nivel de conciencia, dolor de cabeza repentino o vómitos, o deterioro del estado neurológico (disminución del NIHSS en 2 puntos o más, o de la Escala Neurológica Canadiense en 1 punto o más).

☐ Presión arterial sistólica objetivo mayor de 110 y menor de 180, presión arterial diastólica menor de 105 (parámetro estándar post rtPA).

☐ Presión arterial sistólica objetivo mayor de 110 y menor de 160 (considerar si hay riesgo de hemorragia de reperfusión, por ejemplo, después de tratamiento endovascular con recanalización exitosa).

☐ Si la presión arterial está por encima del objetivo, notificar al equipo médico y considerar:

- Infusión continua de labetalol 1mg/ml en solución salina normal a 0.125 a 3mg/min (primera línea).
- Hidralazina IV 10-20mg cada 6 horas (segunda línea).
- Enalapril IV 1.25mg cada 6 horas (tercera línea).

☐ Glucemia capilar mediante glucómetro cada 4 horas u Otro:____ . Notificar al médico si es menor de 4 mmol/L o mayor de 10 mmol/L.

☐ Examinar la lengua en busca de angioedema y notificar al equipo médico si hay evidencia de hinchazón. Considerar el tratamiento con difenhidramina IV, esteroides y ranitidina.

☐ Precauciones de sangrado en los sitios de punción y monitorear la presencia de sangrado en la orina y las heces. Notificar al equipo médico si hay evidencia de sangrado.

Dieta, Actividades y Medidas de Soporte

Dieta

☐ Nada por vía oral (NVO) hasta la evaluación de la capacidad de deglución.

- Si deglución conservada, ☐Dieta regular completa O ☐Dieta completa para diabéticos O ☐_____.
- Si deglución no conservada, mantener NVO y referir al especialista en deglución/fonoaudiólogo. Considere fluidos de mantenimiento de solución salina normal IV a _____ml/h mientras esté en NVO.
- Modificaciones en la administración de medicamentos ☐Píldoras enteras con puré ☐Triturar píldoras en puré.

☐ Inserción de tubo naso-gástrico (NG).

Actividades

☐ Actividades según tolerancia (aplicable a la mayoría de los pacientes a menos que estén médicamente inestables o con punción arterial).

☐ Actividad según tolerancia con restricciones. Especifique las restricciones: _____.

Medidas de soporte

☐ Administrar O2 a través de cánulas nasales o mascarilla facial para mantener la saturación de O2> ☐92% O ☐_____%.

☐ Mantener la normotermia. Si la temperatura es > 37.5°, tratar la fiebre con enfriamiento y acetaminofén/paracetamol 325-650mg VO/a demanda cada 4-6 hs (dosis máxima de 4 g/día).

☐ Evite el catéter urinario. Evalúe el residuo post-miccional cada 8hs X2 (después del intento de micción o pañal mojado). Se puede usar un catéter intermitente si el volumen residual es mayor de 350 cc y notificar al equipo médico.

☐ Evite las inyecciones IM. Precaución en la punción arterial, la colocación de catéteres intermitentes, la colocación de tubos NG. Evite estos procedimientos durante y durante 2 horas después del rtPA si es posible.

☐ Evite los sedantes y narcóticos que pueden afectar el examen neurológico.

☐ Cuidado oral de rutina de los pacientes con ictus/ACV, que incluye cuidado bucal dos veces por día o cada ____hs.

☐ Para pacientes NVO: Cuidado bucal tres veces al día con productos de cuidado oral y limpieza de la boca con hisopos dentales empapados en agua cada 1-4hs a demanda para mantener la hidratación.

Investigaciones etiológicas

☐ Tomografía computarizada (TC) cerebral 24 horas después de rtPA en __:__, __/__/__.

☐ Hemograma completo, hemoglobina A1c, glucemia en ayunas, perfil lipídico, creatinina y electrolitos.

☐ Ecocardiograma transtorácico con estudio de burbujas (considerar en pacientes menores de 60 años o con ictus/ACV embólico de origen desconocido).

☐ ECG diario X 3 o hasta monitor Holter (duración mínima de 24 horas para el Holter).

<u>Investigaciones adicionales (seleccionar si es apropiado)</u>

☐ Angiografía por TC desde el arco aórtico hasta la zona superior del cerebro (si no se completó durante el episodio de ictus/ACV).

☐ Resonancia magnética cerebral.

☐ Angiografía por resonancia magnética (MRA) O ☐ MRA Protocolo de disección O ☐ MRA de pared vascular.

☐ Angiografía digital diagnóstica.

☐ Ecocardiograma transesofágico.

☐ Monitoreo Holter prolongado ☐ de 14 días ☐ de 30 días ☐ Otro: _____.

☐ Anticuerpos antifosfolípidos (anticoagulante lúpico, anticuerpo anticardiolipina y beta-2 glicoproteína).

☐ ANA, ANCA, ERS, PCR, factor reumatoide, niveles de complemento.

☐ Análisis toxicológico en orina.

☐ TC de tórax, abdomen y pelvis para detectar malignidad.

Medicamentos

- [ ] Se debe revisar los medicamentos que el paciente toma en casa y reiniciarlos si es necesario.
- [ ] Considerar una ruta de administración alternativa si el paciente no puede comer ni beber (NVO).
- [ ] No se deben administrar antiagregantes plaquetarios ni anticoagulantes (incluyendo la profilaxis de tromboembolismo venoso) durante las primeras 24 horas después de la administración de rtPA.

Reevaluar después de la TC cerebral a las 24 horas para iniciar profilaxis farmacológica de tromboembolismo venoso o el uso de dispositivos de compresión seriada.

Analgésicos

- [ ] Acetaminofén/paracetamol 500-1000 mg por vía oral cada 4 horas según sea necesario para el dolor o fiebre.
- [ ] Acetaminofén/paracetamol 325-650 mg por vía rectal cada 4 horas según sea necesario para el dolor o fiebre.

Evacuación intestinal

- [ ] Polietilenglicol (PEG) 17 g por vía oral ☐ Diariamente ☐ Según necesidad para el estreñimiento.
- [ ] Senósidos 17.2 mg por vía oral ☐ Nocturno ☐ Según necesidad para el estreñimiento.
- [ ] Lactulosa 30 ml por vía oral ☐ Diariamente ☐ Según necesidad para el estreñimiento.
- [ ] Bisacodilo 10 mg por vía rectal ☐ Diariamente ☐ Según necesidad para el estreñimiento.
- [ ] Supositorio de glicerina por vía rectal cada 2 días según sea necesario para el estreñimiento.

Terapia de reemplazo de nicotina (TRN)

- [ ] Parche de nicotina: la dosis y duración se deben ajustar según las necesidades del paciente.
- [ ] TRN de acción corta según necesidad: ☐ Chicle o ☐ Inhalador.

Evaluación de rehabilitación y referencias

Considerar referencias para evaluación de rehabilitación cuando el paciente esté médicamente estable y sea apropiado, idealmente dentro de las 48 horas de la admisión.

- [ ] Fisioterapia/Kinesiología
- [ ] Terapia ocupacional
- [ ] Rehabilitación del habla y el lenguaje/fonoaudiología
- [ ] Dietista/Nutricionista
- [ ] Trabajo social