

CRITERIOS DE INGRESO ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN UGC MEDICINA INTERNA. DICIEMBRE 2013.

A TODO PACIENTE SE LE DEBE DE REALIZAR:

Anamnesis completa, constantes, descartar causas "metabólicas" de deterioro neurológico, analítica, ECG, Rx de Torax y TAC craneal.

CRITERIOS DE DERIVACION A TORRECARDENAS:

- Paciente menor de 50 años, para su ingreso en Neurología.
- Infarto con gran edema de la arteria cerebral media y en el infarto cerebeloso ocupante de espacio con hidrocefalia y/o signos de compresión del troncoencéfalo, se remitirán para valoración neuroquirúrgica (ventriculostomía, craniectomía suboccipital, hemiferectomía), idealmente en las primeras 24h desde el inicio del ictus.
- ACV hemorrágico.

CRITERIOS DE INGRESO EN UCI:

- Código ictus que precise fibrinolisis o situación clínica que así lo aconseje.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO EN MEDICINA INTERNA:

PACIENTE MAYOR DE 50 AÑOS:

- ACVC isquémico de causa no cierta en pacientes que puedan beneficiarse de las medidas diagnósticas o terapéuticas disponibles.
- ACV de etología cardioembólica.
- ACV en evolución en pacientes sin taras biológicas ni afecciones crónicas que impidan recuperación adecuada o la adopción de medidas terapéuticas agresivas.
- ACV hemorrágicos, previa valoración por Neurocirugía y descartar IQX de forma definitiva.
- AIT (o amaurosis fugax) en pacientes no estudiados y cuando son de repetición.

ESTANCIA EN OBSERVACIÓN:

COMO RESUMEN: Estancia de 24 horas en Observación en pacientes con clínica fluctuante o progresiva y en pacientes con disminución del nivel de conciencia.

DETALLADO: Dado que el paciente con ictus está en situación inestable, especialmente en sus primeras horas, deben ser tratados inicialmente en el área de Observación o en la Unidad de Ictus si se trata de:

- Ictus con clínica fluctuante o en progresión,
- Bajo nivel de conciencia,
- Inestabilidad hemodinámica.
- Trastorno de la ventilación.
- Modificación de la actitud diagnóstico-terapéutica (por ejemplo, indicación de anticoagulación inmediata, realización de punción lumbar, etc).
- Complicaciones sistémicas / neurológicas (por ejemplo, convulsiones, fiebre, etc ...).
- Ictus establecido de menos de 24 h de evolución.

Este punto puede obviarse y limitarse a 6-12 horas si no se presentan los anteriores



factores, lo que permitiría el ingreso del paciente en el mismo día cuando la sintomatología se ha detectado a primeras horas de la mañana y hasta primeras horas de la tarde, evitando una estancia prolongada en observación (salvo en el caso de debut por la tarde-noche). En el caso de pacientes ya evolucionados a su llegada a urgencias se puede evitar el ingreso en Observación si las constantes están bien y no presenta los anteriores factores.

CRITERIOS DE ALTA DESDE URGENCIAS:

Por regla general, los pacientes con ictus requieren ingreso excepto:

- ACV en pacientes con mal pronóstico a corto plazo (demencia, neoplasias), vida previa limitada o dependencia grave, cuya situación funcional no varíe de la previa, no se espere mejora terapéutica o funcional con rehabilitación.
- Empeoramiento de déficit neurológico previo por causa sistémica (fiebre, hipoglucemia)

Bibliografía.

- Procesos SAS.
- Manual de Urgencias del Virgen del Rocio de Sevilla.
- Manual de Urgencias del Reina Sofia de Cordoba.
- Revisión UpToDate 2013 sobre la evaluación y manejo inicial de los pacientes con TIA e ictus menor.

Jose Cordoba Esmamez
Director UGC SCCU

Mateo Jesus Silvente Ramirez
Jefe Seccion UGC SCCU

Pedro L. Carrillo Alascio
Director UGC M. Interna