

PROTOCOLO INGRESO ICTUS. 2025. Dra S.Fernández

DEFINICIÓN / CONCEPTOS RELEVANTES:

- Se entiende por accidente cerebrovascular (ACV) o ictus la aparición repentina de un déficit neurológico encefálico, focal, causado por una enfermedad vascular. Engloba tanto el infarto cerebral como la hemorragia intraparenquimatosa no traumática, pero excluye la hemorragia subaracnoidea (HSA) y los hematomas extracerebrales.
- Clasificación:
 - **Ictus isquémico:** según su duración se clasifica en Accidente isquémico transitorio (AIT), si la duración del déficit es menor a una hora, o Infarto cerebral, cuando los síntomas neurológicos persisten más de 1 hora; este último radiológicamente puede ser infarto *isquémico* (pálido, blando, anémico) o *hemorrágico* (extravasación de sangre sobre el área del infarto; casi exclusivo del ictus embólico)
 - **Ictus hemorrágico:** es una colección hemática dentro del parénquima encefálico producida por una rotura vascular, con o sin comunicación con los espacios subaracnoideos o con el sistema ventricular. Se clasifica en:
 - Supratentoriales: pueden ser *profundas* (afectan a los ganglios basales) o *lobares*
 - Infratentoriales

CÓDIGO ICTUS: Protocolo de actuación en pacientes con sospecha de ictus isquémico en los que por el tiempo de evolución se podría administrar un tratamiento recanalizador (fibrinolisis IV y/o tratamiento endovascular).

Criterios de inclusión:

- Situación basal del paciente: rankin ≤ 3
- Ictus isquémico de < 24 h de evolución
- Ictus del Despertar o de inicio desconocido

Criterios de exclusión:

- Enfermedad concomitante grave o con mal pronóstico vital a corto plazo

Si se activa hay que avisar a teleictus y activar dispositivo diagnóstico.

AIT- PROCEDIMIENTO EN URGENCIAS

El Facultativo de Urgencias contacta telefónicamente con Neurólogo de guardia de presencia física (24 horas) y solicitar valoración por Neurólogo de guardia (si se considera indicado) remitiendo a Urgencias-Observación del Hospital Torrecárdenas o solicitar derivación a Consulta de AIT (CAITAR) según protocolo de esta. (VER ANEXO 3)

CRITERIOS DE PASO A SILLONES

•

CRITERIOS DE OBSERVACIÓN

•

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital “La Inmaculada” y Distrito A. P. “Levante Alto Almanzora”

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00

CRITERIOS DE VALORACION POR UCI:

- Inestabilidad hemodinámica
- Deterioro del estado de conciencia o disfunción bulbar que generen compromiso de la vía aérea

CRITERIOS DE TRASLADO A HOSPITAL DE REFERENCIA:

- **ICTUS ISQUEMICO**: Protocolo derivación ictus isquémico HUT (ANEXO 1)
NOTA: En caso de traslado a Torrecardenas, y una vez valorado el paciente por Neurología, si se decide traslado a Hospital La Inmaculada o Poniente se dejará constancia por escrito de esta decisión, actitud diagnóstica-terapéutica aconsejada, y se informará al paciente/familia
- **ICTUS HEMORRAGICO**: Protocolo de derivación HUT (ANEXO 5, extracto relativo a consideraciones a H. comarcales): Derivación de todos los pacientes, salvo comorbilidades activas severas.

CRITERIOS CLINICOS DE INGRESO EN PLANTA:

- Pacientes que precisan ingreso hospitalario y no son candidatos a ingreso en Neurología/Neurocirugía según lo establecido en el protocolo

CRITERIOS DE CALIDAD DE HOSPITALIZACION:

- Historia completa con tratamientos previos (10% ingresos médicos son por yatrogenia) con descripción de evolución en Urgencias, especialmente terapéuticas aplicadas. Incluir también lo decidido por teleictus y/o neurología; y de no haberse comentado con ellos el motivo del ingreso en nuestro centro.
- Complementarios mínimos descritos: analítica general, RX Torax PA y L, ECG, TAC craneal y angioTAC (si se ha realizado)
- **Conceptos básicos terapéuticos al ingreso:**
 - Medidas generales
 - O₂ si sO₂ < 94%.
 - Reposo en cama, con la cabecera levantada 15-35° y la cabeza del paciente colocada hacia el lado sano, si existe riesgo de obstrucción de la vía aérea, de aspiración o sospecha de hipertensión intracraneal.
 - Dieta absoluta si el ictus está en evolución o el paciente presenta problemas de deglución (valorar la función deglutoria administrando 10 mL de agua en una jeringa). En cualquier otro caso, se instaura una dieta blanda.
 - Canalización de una vía venosa periférica de grueso calibre en el miembro no parético, y si el paciente está en dieta absoluta se administra solución salina fisiológica a razón de 1.500 mL/24 h. **Evitar sueros glucosados las 1ª 72 horas.**
 - Evitar sondaje vesical
 - Medicación habitual de vital importancia para la enfermedad de base del paciente (EPOC, DM, Cp isquémica...)
 - Profilaxis de ETEV con HBPM si no anticoagulación

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital “La Inmaculada” y Distrito A. P. “Levante Alto Almanzora”

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00

- Tratamiento de la hiperglucemia con insulina para mantener niveles entre 140-180; tener en cuenta tratamientos previos en diabéticos. Evitar las hipoglucemias
- La hiponatremia, si la hay, debe corregirse a un ritmo inferior a 10 mEq/l/24 h
- IBP para evitar hemorragia digestiva de estrés
- Tratamiento de la fiebre: paracetamol y metamizol
- Tratamiento de la agitación: haloperidol o clorpromazina. Evitar benzodicepinas
- Tratamiento antitrombótico en pacientes que no han sido sometidos a trombolisis:
 - AAS 300. Si contraindicado clopidogrel 300 el primer día y después 75. En AIT de bajo riesgo e ictus moderados o severos
 - Doble antiagregación con dosis de carga con AAS 300 y clopidogrel 300 el primer día seguidos AAS 100 y clopidogrel 75 durante 3 semanas en ictus menores y AITs de alto riesgo o 3 meses si estenosis de una arteria intracraneal de gran tamaño. Seguir posteriormente en monoterapia con AAS 100.
 - Anticoagulación solo en pacientes seleccionados, con un AIT o un ictus cardioembólico y si trombo intracavitario. Si ictus de tamaño pequeño o moderado, se iniciará anticoagulación tras 24 horas del episodio agudo. Sin embargo si es de gran tamaño, en aquellos con transformación hemorrágica o en aquellos casos que la presión arterial esté mal controlada, se recomienda demorarla hasta 2 semanas después (algunos dicen 5-7 día). La anticoagulación solo debe iniciarse tras PA controlada.
- Estatinas (no retirar si tomaba anteriormente) en sospecha de ictus no cardioembólico: atorvastatina 80 en < 75 o 40 en >75
- Tratamiento hipotensor:
 - 1) Ictus isquémico: En las primeras 48 horas no se aconseja iniciar o mantener el tratamiento antihipertensivo previo, e incluso hasta 7-14 días si estenosis de arterias grandes. Tratar solo si TA >185/110
 - 2) Ictus hemorrágico (Hemorragia intracerebral espontánea o 2ª a anti-coagulación): En las primeras 6 horas, tratamiento intensivo de la presión arterial (PAS <140 mm hg en <1hora). Después tratamiento progresivo para intentar PAS próxima a 140 mm hg.
 - 3) AIT: se trata de una emergencia hipertensiva y hay que tratar desde el principio

CRITERIOS DE SEGURIDAD DE TRANSFERENCIA DESDE AREA DE URGENCIAS A HOSPITALIZACION:

- Situación clínica: paciente estable, neurológica y hemodinamicamente
- Transferencia: Equipo de transferencia no abandona al enfermo hasta recepción por personal de planta. Facilitar acompañante.

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00

CRITERIOS DE ALTA DESDE URGENCIAS Y DESTINO (En ausencia de criterios de ingreso):

- Derivación a CATAIR según las indicaciones dadas por Neurólogo
- Derivación a domicilio y control por su médico de Familia en caso de pacientes con dependencia severa previa, no susceptibles de mejoría

ANEXO 1. PROTOCOLO DERIVACION ICTUS ISQUEMICO

- Ictus isquémico **susceptible de valoración por neurología** (dudas en manejo diagnóstico-terapéutico): solicitar valoración por Neurólogo de guardia, previo contacto telefónico, remitiendo a Urgencias-Observación del Hospital Torrecárdenas.
- Ictus isquémico **candidato de ingreso en Unidad de Ictus (ver anexo 2), trombolisis** (no realizada en Hospital de Referencia) **o trombectomía**: remitir a Hospital Torrecárdenas para valoración por Neurología (prioritario según protocolo ictus)

EN ESTOS DOS GRUPOS SI SE HA DESESTIMADO EL INGRESO EN UNIDAD DE ICTUS, TROMBOLISIS Y/O TROMBECTOMIA Y EN CASO DE NO PRECISAR MÁS ATENCIÓN ESPECIALIZADA (Neurocirugía, cirugía vascular, radiología) se solicitará traslado a su Hospital de Referencia, desde observación (evitando traslados de 23 a 8 horas), con informe de neurología en el que se indique actitud diagnóstica y terapéutica no especializada aconsejada

- Ictus isquémico < **50 años, embarazadas, sospecha de infarto maligno de cerebral media**: remitir a Torrecárdenas para valoración e ingreso en Neurología (prioritario según protocolo ictus)
- Ictus isquémico **susceptible de tratamiento neuroquirúrgico** (hidrocefalia, craniectomía descompresiva fosa posterior, infarto maligno cerebral media): remitir a Torrecárdenas para valoración por Neurología y Neurocirugía (prioritario según protocolo ictus)
- Ictus isquémico susceptible de **endarterectomía-angioplastia** (estenosis extra o intracraneales): remitir a Torrecárdenas para valoración por Neurología, cirugía vascular o Radiología Intervencionista

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital “La Inmaculada” y Distrito A. P. “Levante Alto Almanzora”

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00

ANEXO 2. CRITERIOS DE INGRESO UNIDAD DE ICTUS

- 1) Ictus isquémico o hemorrágico de menos de 48 horas de evolución
- 2) Ictus de más de 48 horas de evolución con progresión o fluctuante
- 3) Pacientes candidatos a fibrinólisis.
- 4) AITs de repetición con estenosis-oclusión intra o extracraneal o que precisen monitorización cardíaca
- 5) Ausencia de criterios de exclusión: necesidad de soporte vital avanzado en UCI (Glasgow < 9 u otras causas), Rankin modificado mayor de 3, demencia moderada-grave, déficit grave previo, enfermedad grave previa, ictus catastrófico o muy grave sin posibilidades terapéuticas

ANEXO 3. ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

Pacientes con puntuación en la escala de Rankin modificado (ERm) ≤ 3 que presenten alguno de los siguientes datos de alarma:

- ✓ AIT de repetición en las últimas semanas o fluctuación clínica del déficit neurológico.
- ✓ Inestabilidad hemodinámica (descartar otras opciones etiológicas).
- ✓ Sospecha o evidencia de estenosis carotídea o intracraneal $\geq 50\%$ (diagnóstico previo o durante la evaluación en urgencias).
- ✓ Sospecha de etiología cardioembólica (individualizar en cada paciente):
- ✓ IAM en los tres últimos meses, presencia de fibrilación auricular (FA) de novo, pretesis valvular mecánica o cardiopatía dilatada con síndrome clínico compatible.
- ✓ AIT de alto o moderado riesgo, puntuación en la escala ABCD2 > 4 (Anexo 4)

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA CAITAR:

- ✓ Diagnóstico de posible AIT.
- ✓ Puntuación ≤ 4 en la escala ABCD2
- ✓ Ausencia de otros datos de alarma previamente mencionados

ANEXO 4: ESCALA ABCD2

Factor de Riesgo	Puntuación
Edad ≥ 60 años	1
Hipertensión arterial: Sistólica ≥ 140 mmHg o diastólica ≥ 90 mmHg.	1
Manifestación clínica: Debilidad unilateral con o sin alteración del lenguaje	2
Alteración del lenguaje aislada	1
Duración: ≥ 60 minutos	2
10-59 minutos	1
Diabetes Mellitus	1
Total	0 - 7

ESCALA RANKIN MODIFICADA

ERM		
Nivel	Grado de incapacidad	
0	Asintomático	
1	Muy leve	Pueden realizar tareas y actividades habituales, sin limitaciones.
2	Leve	Incapacidad para realizar algunas actividades previas, pero pueden valerse por sí mismos, sin necesidad de ayuda.
3	Moderada	Requieren algo de ayuda, pero pueden caminar solos.
4	Moderadamente grave	Dependientes para actividades básicas de la vida diaria, pero sin necesidad de supervisión continuada (necesidades personales sin ayuda).
5	Grave	Totalmente dependientes. Requieren asistencia continuada.
6	Muerte	

ANEXO 5: CONSIDERACIONES RELATIVAS A HOSPITALES COMARCALES

Los servicios de urgencias del Hospital Universitario Torrecárdenas y de los hospitales comarcales se pondrán en contacto como primera llamada con el neurólogo, neurocirujano o intensivista de guardia en función del esquema anterior y de la situación clínica.

- **NEUROCIRUGIA:** Hematoma epidural, hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea aneurismática y hematomas secundarios (postraumático, tumor cerebral, malformación vascular).
- **NEUROLOGIA:** Hematoma cerebral parenquimatoso y hemorragia intraventricular Primaria. Primarios infratentoriales. Primarios supratentoriales, lobares y profundos, y todos los secundarios a anticoagulación, con o sin componente intraventricular.

Pacientes con ictus hemorrágico no quirúrgico, de etiología establecida, que no se benefician de UI ni de cuidados intensivos y que, al margen de la hemorragia, presentan comorbilidades activas no neurológicas protagonistas (Ej.: broncoaspiración o problema cardiorrespiratorio grave que debuta junto a una hemorragia) ingresarán en Medicina Interna, previa solicitud de valoración por internista de guardia y tras informar a la familia que no requiere ningún tipo de actuación definitiva por parte de los actores implicados (Neurología, Neurocirugía o UCI), quedando registrada en la historia dicha información.

Pacientes con ictus hemorrágicos trasladados desde urgencias de hospitales comarcales (bien por indicación facultativa o por presión familiar) para valoración neurológica / neuroquirúrgica, independientemente de la edad y con las medidas diagnósticoterapéuticas ya iniciadas:

o **No subsidiarios de asistencia neurológica/neuroquirúrgica especializada ni de ingreso en UI se remitirán, de nuevo, a su hospital de referencia, para ingreso en M. Interna, tras valoración por Neurólogo y/o Neurocirujano de guardia y tras informar a la familia que no requiere ningún tipo de actuación definitiva por su parte, valoración/información que deberá quedar registrada en la historia clínica.**

**En aquellos casos en los que, de forma consensuada con urgencias/M. Interna, no se considere procedente el traslado (edad avanzada, etiología definida, situación funcional previa mala...) el neurocirujano/neurólogo deberá reflejar, por escrito, el motivo de no traslado.*

o **Hematomas parenquimatosos que se benefician de estancia en UI, pero que no precisen actuación especializada por etiología definida y ausencia de riesgo quirúrgico, una vez completada estancia en UI (48h.), se remitirán, de nuevo, con informe de traslado, a hospital de referencia para ingreso en M. Interna.**

BIBLIOGRAFIA

- *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*, 7.ª ed., de F. Javier Montero Pérez y Luis Jiménez Murillo. 2023

- Up to date. Evaluación inicial del accidente cerebrovascular agudo. Consultado 2/12/24

- Protocolo de derivación HU Torrecárdenas 2025

- Protocolo de ingreso hospitalario en pacientes con ictus hemorrágico. HU Torrecárdenas. 2025.

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00