



Proceso neurológico: Ictus_0

Aprobado: **Dirección asistencial**
Mayo 2024



ÍNDICE

1 DEFINICIÓN DEL PROCESO.....	3
1.1 Entrada al proceso.....	3
1.2 Límites marginales.....	3
2 INTRODUCCIÓN.....	4
3 EVALUACIÓN INICIAL.....	4
3.1 Toma de Constantes.....	5
3.2 Valoración de Activación de Código ICTUS.....	5
Descripción	5
4 Medidas generales de neuroprotección no farmacológica.....	8
5 MANEJO DE ICTUS ECA 061	8
5.1 Cuidados enfermeros.....	8
5.2 CIE colaborativo	9
6 ENCUADRE CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EE061.....	9
6.1 Anamnesis.....	9
6.2 Exploración Física.....	9
6.3 Diagnóstico diferencial y claves diagnósticas	10
6.4 Análisis de Diagnóstico Inmediato.	11
7 MANEJO TERAPÉUTICO.....	11
8 RESOLUCIÓN	12
9 TRANSFERENCIA	12
10 INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES	13
11 RECOMENDACIONES CLAVE	13
12 ALGORITMO RÁPIDO	14
13 BIBLIOGRAFÍA	15



ICTUS EN EMERGENCIAS 061

Autores: Borja Padilla J, Aranda Aguilar F, Lerma Dorado FJ, Lobato Martínez R, Molina Delgado I, López Aguilar M

1 DEFINICIÓN DEL PROCESO

El conjunto de intervenciones que aseguran la cadena asistencial del ictus. Abarca desde su sospecha e identificación inmediata en los centros de coordinación de urgencias y emergencias sanitarias hasta la presunción diagnóstica, activación del código ictus e instauración de las medidas de neuroprotección que garanticen la rápida confirmación etiológica -mediante prueba de imagen- que respalde el inicio del tratamiento definitivo.

CIE-9 / CIE-10	Definición
436 / I63.9	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

1.1 Entrada al proceso.

Pacientes que presentan, de forma brusca, sintomatología neurológica deficitaria focal de posible origen vascular no traumático.

Demandas de asistencia sanitaria solicitando ayuda según los siguientes términos o formas de expresión:

- Pérdida de fuerza en un brazo, una pierna o en la mitad del cuerpo.
- Parálisis en la cara, desviación de la comisura bucal expresada como “boca torcida”.
- Dificultad para expresarse, entender lo que se le dice o lenguaje ininteligible.
- Dificultad al caminar, pérdida de equilibrio o de coordinación.
- Pérdida de visión en uno o en ambos ojos.

El triaje telefónico, desde los centros de coordinación de urgencias y emergencias del 061 (CCUE061), va dirigido, en primer lugar, a discriminar situaciones que comprometen la vida del paciente. A continuación, a interrogar por alguna de las alteraciones neurológicas expuestas, si se trata de un primer episodio y si el paciente es autosuficiente para sus actividades cotidianas, es decir, un triaje dirigido a sospechar si nos encontramos ante paciente que reúne criterios de activación del código ictus.

Si bien la tipificación “sospecha de accidente vascular cerebral agudo” aparece por defecto como una prioridad 2, la existencia de estos criterios modifica la demanda a prioridad 1. El CCUE061 es eslabón fundamental de esta cadena asistencial: sospecha telefónica, activación del recurso que confirma y comunicación con el neurólogo que ratifica para recepción en la sala TAC del hospital. El objetivo es acortar tiempos para hacer cierta la premisa “**el tiempo, es cerebro**”.

El código ictus es el protocolo de atención rápida que tiene como objetivo facilitar el acceso, en el menor tiempo posible, a los tratamientos de reperfusión.

1.2 Límites marginales

Pacientes que presentan sintomatología neurológica deficitaria focal de origen traumático o metabólico.



2 INTRODUCCIÓN.

En España se estima una incidencia de más de 200 casos por cada 100.000 habitantes al año, con una prevalencia situada en torno a los 50-60 casos por 1.000 habitantes con edades comprendidas entre 65-74 años y por encima de los 100 casos por 1.000 en mayores de 75 años. Es la segunda causa de mortalidad a nivel de la población general y la primera en mujeres. Sigue siendo la primera causa, también, de discapacidad, epilepsia y demencia.

Hasta el 85% de los ictus son de origen isquémico, resultando primordial llegar a un rápido diagnóstico etiológico para establecer la estrategia definitiva de abordaje terapéutico. Con las nuevas evidencias hasta un 10% se benefician de un tratamiento definitivo como la craneotomía de descarga -evidencia 1A-.

La aportación de la neurorradiología intervencionista en cuanto al tratamiento definitivo del ictus agudo de origen isquémico hace que el reconocimiento y neuroprotección desde el primer contacto con el sistema sanitario sea un eslabón fundamental en la cadena asistencial del ictus. Con todo lo expuesto resulta primordial establecer la cadena de supervivencia del ictus, el código ictus.

Ante un ictus establecido existen unas premisas que debemos considerar siempre:

- El ictus es una emergencia médica “el tiempo, es cerebro”.
- El ictus del despertar y el accidente isquémico transitorio son considerados código ictus que deben de ser valorados por el neurólogo vascular de guardia.
- La Escala NIHSS es orientativa sobre la gravedad y extensión del ictus.
- La evolución de la neurorradiología ha conseguido que casos que se consideraban contraindicaciones absolutas para código ictus puedan ser resueltas de forma intervencionista.

Asimismo, son falsos mitos que debemos desestimar siempre:

- Pensar que la anticoagulación es un criterio para no activar el código ictus.
- Pensar que la mejoría transitoria de los síntomas es un criterio para desactivar el código ictus.
- Pensar que si se trata de un ictus del despertar o de cronología incierta no debe activarse el código ictus.
- Pensar que hay que administrar AAS tras la valoración prehospitalaria de un ictus.
- Pensar que una edad mayor de 80 años invalida la activación del código ictus.

3 EVALUACIÓN INICIAL.

Las medidas iniciales deben ir encaminadas, en primer lugar, a la estabilización del paciente (**Abordaje ABCD**). Asegure una vía aérea permeable y reconozca situaciones de inestabilidad hemodinámica, definida como:

- Una alteración importante del nivel de consciencia con puntuaciones inferiores a 14 puntos en la escala de Glasgow, la presentación de estatus epiléptico, agitación psicomotriz, necesidad de sedación o deterioro neurológico progresivo.
- Una inadecuada ventilación examinando el uso de la musculatura respiratoria accesoria, descarte la aparición de crepitantes a la auscultación y reconozca una frecuencia respiratoria ≤ 10 o ≥ 36 respiraciones minuto.
- La aparición de trastornos circulatorios, considere sudoración, frialdad, relleno capilar > 2 segundos, cifras de tensión arterial sistólica < 90 mmHg y frecuencia cardíaca < 40 o > 140 sístoles minuto.



Valore los síntomas y signos del paciente dirigido a la identificación del ictus según la **escala de valoración neurológica rápida de Cincinnati**, la más usada a nivel prehospitalario:

- Busque si existe asimetría facial (haga que el paciente sonría o muestre los dientes).
 - Normal: Ambos lados de la cara se mueven de forma simétrica.
 - Anormal: Un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro.
- Compruebe la fuerza en los brazos (haga que el paciente cierre los ojos y mantenga los brazos estirados durante 10 segundos).
 - Normal: Ambos brazos se mueven igual.
 - Anormal: Un brazo no se mueve o cae respecto al otro.
- Examine el lenguaje.
- Normal: El paciente utiliza palabras correctas, sin farfullar.
- Anormal: El paciente al hablar arrastra las palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar.
Si detecta problemas en el lenguaje, utilice otro tipo de comunicación, por ejemplo, gesticulando.

La presencia de la alteración de alguno de los tres ítems nos hará sospechar la presencia de un ictus. Si a esta escala añadimos el tiempo de inicio de los síntomas la convertimos en la lista de comprobación de la prueba **FAST (Face-Arms-Speech-Time)** considerada actualmente la mejor herramienta de evaluación prehospitalaria por la Sociedad Española de Neurología y el Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares.

Lista de comprobación de la prueba FAST	
F	Debilidad Facial (F acial weakness)
A	Debilidad/parálisis en los brazos (A rm weakness/paralysis)
S	Trastorno del habla (S peech disturbance)
T	Hora de aparición (T ime of onset) – indicar hora

3.1 Toma de Constantes

Tome las constantes vitales: Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca y Ritmo, Frecuencia Respiratoria, Saturación de Oxígeno (Sat O2), Temperatura y Glucemia capilar.

Inicie monitorización cardíaca y realice un ECG ante pacientes con alteración del ritmo cardíaco.

3.2 Valoración de Activación de Código ICTUS

Confirmada la sospecha diagnóstica de Ictus, evalúe **escala de Rankin**.

Escala Modificada de Rankin.	
Descripción	Puntos
Sin síntomas	0
No hay discapacidad significativa. A pesar de los síntomas es capaz de llevar a cabo todas las tareas y actividades habituales	1



Ligera discapacidad. Es incapaz de llevar a cabo todas las tareas que realizaba previamente, pero puede llevar sus asuntos sin asistencia	2
Discapacidad moderada. Requiere alguna ayuda, aunque es capaz de andar sin asistencia	3
Discapacidad moderadamente severa. Incapaz de andar sin asistencia e incapaz de atender sus necesidades corporales sin ayuda	4
Discapacidad severa. Incapaz de levantarse de la cama, incontinente y requiriendo constante atención y asistencia sanitaria.	5
Muerte	6

Emplee una de las escalas de valoración neurológica. La más utilizada es la escala de ictus del **National Institute of Health (NIHSS)**. Nos ayuda a cuantificar el grado de déficit neurológico, facilita la comunicación entre los profesionales, identifica la posible localización del vaso ocluido, permite establecer un pronóstico precoz y nos ayuda en la indicación del tratamiento. VLa escala NIHSS valora de forma numérica la gravedad del ictus, nos da información sobre su extensión y nos permite valorar la evolución del ictus. Por consenso se aceptan como código ictus los pacientes que presentan puntuaciones comprendidas entre los 2 y 25 puntos, valorando individualmente casos particulares con neurólogo vascular.

ESCALA NIHSS		
1 a. Nivel de consciencia	Alerta	0
	No alerta (mínimos estímulos verbales)	1
	No alerta (estímulos repetidos o dolorosos)	2
	Respuestas reflejas	3
1 b. Preguntas ¿En qué mes estamos? ¿Qué edad tiene?	Ambas respuestas correctas	0
	Una respuesta correcta o disartria	1
	Ninguna respuesta correcta o afasia	2
2. Mirada conjugada (horizontal)	Normal	0
	Parálisis parcial de la mirada	1
	Desviación forzada de la mirada	2
3. Campo visual	Normal	0
	Hemianopsia Parcial	1
	Hemianopsia Completa	2
	Ceguera	3
4. Paresia facial	Movilidad normal	0
	Paresia menor	1
	Paresia parcial	2
	Parálisis completa de la hemicara	3
5. Miembro superior derecho / izquierdo	No caída del miembro	0 / 0
	Caída en menos de 10 segundos	1 / 1
	Esfuerzo contra gravedad	2 / 2
	Movimiento en el plano horizontal	3 / 3
	No movimiento	4 / 4
6. Miembro inferior derecho / izquierdo	No caída del miembro	0 / 0
	Caída en menos de 5 segundos	1 / 1
	Esfuerzo contra gravedad	2 / 2
	Movimiento en el plano horizontal	3 / 3
	No movimiento	4 / 4
7. Ataxia de miembros	Ausente	0
	Presente en una extremidad	1



	En 2 o más extremidades	2
8. Exploración sensitiva	Normal	0
	Pérdida entre ligera a moderada	1
	Pérdida entre grave y total	2
	Normal	0
9. Lenguaje	Afasia ligera a moderada	1
	Afasia grave	2
	Afasia global	3
	Normal	0
10. Disartria	Ligera a moderada	1
	Grave a anartria	2
	Normal	0
11. Extinción e inatención (negligencia)	Extinción parcial	1
	Extinción total	2

Reconozca si el paciente reúne **CRITERIOS PARA LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS**:

- **Edad ≥ 18 años sin límite superior de edad.**
- **Presencia de déficit neurológico focal de instauración brusca.**
- **Situación previa según escala modificada de Rankin, Rankin < 3.**
- **Tiempo ≤ 4,5 horas desde el comienzo de los síntomas (actualmente hasta 24 horas para neurointervencionismo y 72 h si sospecha de circulación posterior).**

Utilice una escala de sospecha de oclusión arterial de gran vaso. Recomendamos la exploración de déficit neurológico de urgencia de Miami “**escala MEND**”. Puntuaciones > 4 apuntan posible obstrucción de gran vaso y candidato a trombectomía, por lo que debe derivarse el paciente a hospital útil.

Lista de comprobación de la exploración MEND			
ESTADO MENTAL	ü Si es anormal		Comentarios
Nivel de conciencia			
Habla			
Preguntas			
Órdenes			
PARES CRANEALES	D	I	Comentarios
Caída de la cara			
Campos visuales			
Mirada en horizontal			
EXTREMIDADES	D	I	Comentarios
Motricidad: desviación del brazo			
Motricidad: desviación de la pierna			
Sensibilidad: brazo			
Sensibilidad: pierna			
Coordinación: brazo			
Coordinación: pierna			
PUNTUACIÓN TOTAL DE LA EXPLORACIÓN MEND (Total “ü”)			



Si activa Código Ictus y durante el traslado la sintomatología cesa **pasando el cuadro a ser un Accidente Isquémico Transitorio, EL CÓDIGO ICTUS NO SE DESACTIVA.**

4 Medidas generales de neuroprotección no farmacológica.

- Asegure una vía aérea permeable. 🤖
- Coloque al paciente en decúbito supino con elevación de la cabeza 30-45°. 🤖
- Ante alteraciones motoras importantes asegure una adecuada alineación de los miembros y una correcta postura corporal. 🤖
- Valore el riesgo de caídas debido a sus limitaciones motoras y sensitivas. 🤖
- Garantice una correcta oxigenación del paciente Aporte O₂ suplementario en pacientes con una saturación de oxígeno $\leq 94\%$ o con comorbilidad añadida. En pacientes con tendencia a la hipercapnia se admiten valores entre 88 y 90% Sal O₂. Utilice fiO_2 mínima en VM.
- Canalice 2 vías venosas, en caso de activación del código ictus, empleando al menos, una de calibre grueso (18G), con extracción de muestras, siempre que sea posible, con el fin de acortar tiempos hospitalarios.
- No utilice sueros glucosados, excepto en aquellos pacientes que presenten hipoglucemia.

Los recursos capacitados para la atención al ictus son:

- Equipo de Coordinación Avanzada 061 (ECA 061). [“MANEJO DE ICTUS ECA 061”](#)
- Equipo de Emergencias 061. [“ENCUADRE CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EE061.”](#)

5 MANEJO DE ICTUS ECA 061

Intervenciones por realizar ante la activación del recurso ECA en demandas de asistencia a personas que presentan sintomatología neurológica de aparición brusca de probable origen vascular no traumático.

- Ante un paciente en situación de **parada cardiorrespiratoria: active el CÓDIGO 1**. Solicite inmediatamente Equipo de Emergencias 061. Inicie maniobras de soporte vital.
- Si el paciente presenta los criterios definidos de **inestabilidad hemodinámica: active el CÓDIGO INDIA**. Solicite apoyo de los Equipos de Emergencia 061. Inicie medidas de estabilización según criterio del médico coordinador.
- Si el paciente reúne **criterios de código ictus: active el CÓDIGO INDIA**. Comunique al Coordinador la situación del paciente, prealerte de código ictus e inicie medidas de neuroprotección no farmacológica y farmacológica según criterio del médico coordinador. Informe del estado de los pilares básicos de la neuroprotección: Tensión Arterial, Saturación de O₂, Glucemia y Temperatura.
- Ante un paciente **estable y sin criterios de código ictus: active el CODIGO ECHO: ECA061 finalista** y valore los criterios de derivación hospitalaria.



5.1 Cuidados enfermeros

Cuidados según capítulo [Cuidados Enfermeros Neurológicos](#)

5.2 CIE colaborativo

CIE-9 / CIE-10	Definición
436	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

- [Información a pacientes y familiares.](#)
- [Transferencia ISOBAR.](#)

6 ENCUADRE CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EE061.

6.1 Anamnesis.

- Interrogue sobre el episodio actual: tiempo de inicio de los síntomas, forma de presentación clínica y sintomatología asociada.
- Consulte factores de riesgo cardiovasculares: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemias, cardiopatías embolígenas (fundamentalmente la fibrilación auricular y valvulopatías), tabaquismo o consumo de tóxicos.
- Pregunte por sus antecedentes: edad, grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria según escala de Rankin modificada, enfermedades e intervenciones previas (incluidos ictus previos), tratamientos actuales.

6.2 Exploración Física.

Una vez descartados cuadros de inestabilidad hemodinámica (o una vez estabilizado el paciente) realice una exploración física y neurológica.

En la exploración neurológica:

- Recoja el nivel de consciencia de forma cualitativa (consciente – obnubilado – estuporoso – coma) y de forma cuantitativa mediante puntuación en la escala de coma de Glasgow.

Escala de Glasgow		
Apertura de Ojos		
Abre antes del estímulo	Espontánea	4
Tras decir o gritar la orden	Al sonido	3
Tras estímulo en la punta del dedo	A la presión	2
No abre los ojos, no hay factor que interfiera	Ninguna	1
Cerrados por un factor a nivel local	No valorable	NV
Respuesta Verbal		
Da correctamente el nombre, lugar y fecha	Orientado	5
No está orientado, pero se comunica coherentemente	Confuso	4



Palabras sueltas inteligibles	Palabras	3
Solo gemidos, sonidos	Sonidos	2
No se oye respuesta, no hay factor que interfiera	Ninguna	1
Existe factor que interfiere en la comunicación	No valorable	NV
Mejor Respuesta Motora		
Obedece la orden con ambos lados	Obedece comandos	6
Lleva la mano por encima de la clavícula al estimularle el cuello	Localiza	5
Dobla el brazo sobre codo rápidamente, pero las características no son anormales	Flexión normal	4
Dobla el brazo sobre el codo, características predominantemente anormales	Flexión anormal	3
Extiende el brazo	Extensión	2
No hay movimientos en brazos ni piernas. No hay factor que interfiera	Ninguna	1
Existe factor que interfiere en la comunicación	No valorable	NV

- Debe constatar si el paciente está **orientado** en persona (¿Cómo se llama usted?), en espacio (¿Dónde estamos ahora?), y en tiempo (¿Año, mes, día del mes, día de la semana?).
- **Valore el lenguaje.** Si el habla es espontánea, la capacidad de comprensión del mismo (mediante preguntas o órdenes de complejidad creciente), la capacidad de repetición y de nominación. Las dos alteraciones principales del lenguaje son la disfasia (o afasia), y la disartria. La disartria consiste en una alteración de la articulación del lenguaje, mientras la disfasia es un defecto en los mecanismos receptivos, expresivos o integradores del lenguaje.
- **Examine los pares craneales,** su alteración es habitual en las lesiones de tronco. Inspeccione movilidad de los ojos, mirada conjugada, reflejos pupilares, asimetría motora en la cara y revise los campos visuales.
- **Compruebe la presencia de desviación oculocefálica por ser un signo localizador:** en las lesiones hemisféricas, el paciente mira hacia el lado de la lesión encefálica y en las lesiones de tronco la desviación es hacia el lado hemipléjico y, por tanto, contrario a la lesión encefálica.
- Evalúe la presencia de **déficit motor**, que, generalmente es uni y contralateral a la lesión cerebral, y puede aparecer completo (-plejía) o incompleto (-paresia).
- Explore **alteraciones cerebelosas** como ataxia, incoordinación o hipotonía y la presencia de signos meníngeos rigidez de nuca, signos de Kernig y Brudzinski.

6.3 Diagnóstico diferencial y claves diagnósticas

- Crisis convulsivas: historia de convulsiones, crisis comicial presenciada, periodo poscrítico.
- Estados confusionales: alteración del nivel de la consciencia, atención, pensamiento y memoria. Ausencia de focalidad neurológica.
- Migraña: episodios previos similares, precedidos por aura, dolor de cabeza.
- Hipoglucemia: antecedentes DM, disminución nivel conciencia, cifras de glucemia baja.
- Encefalopatía hipertensiva: cefalea, delirium, hipertensión significativa, edema cerebral.
- Trastorno por conversión: falta de hallazgos en pares craneales, hallazgos neurológicos sin distribución vascular, examen físico inconsciente.
- Síncope: súbito, síntomas vegetativos, ausencia de focalidad neurológica.



- Tóxicos o descompensación metabólica: consumo de fármacos o drogas, antecedentes médicos, ausencia de focalidad neurológica, jóvenes.
- Lesiones ocupantes de espacio cerebrales: cefaleas, perfil temporal, síndrome febril, subagudo.

6.4 Análisis de Diagnóstico Inmediato.

Realice análisis de diagnóstico inmediato (ADI) a pacientes que se encuentren en situación de **coma/disminución del nivel de conciencia**.

- Gasometría venosa
- Test antígeno Covid-19 en pacientes trasladados por equipos de emergencias.

7 MANEJO TERAPÉUTICO.

- Tome medidas para evitar la broncoaspiración, dieta absoluta y valore el sondaje nasogástrico sólo si lo considera estrictamente necesario 🤔. La colocación de SNG no está indicada a nivel extrahospitalario al ser estos pacientes subsidiarios de fibrinólisis y ser esta una técnica traumática. De ser necesario pregunte por medidas farmacológicas para evitar el vómito: Metoclopramida 10 mg IV lento u Ondansetrón: 4-8 mg IV lento.
- Valore el **aislamiento de vía aérea ante puntuaciones en la escala de Glasgow ≤ 8** , (en traslados aéreos ≤ 11 puntos). 🤔 Recuerde que, tanto para la intubación (IOT) como durante la ventilación mecánica (VM) se consideran fármacos de primera línea el etomidato 0,15-0.3 mg/kg y los bloqueantes neuromusculares no despolarizantes, rocuronio 0,6-1 mg/kg.
- **Manejo de la TA.** 🤔 Se estima que el paciente presenta hipertensión reactiva y, si no existe riesgo vital para el paciente, considere aceptables hasta valores de TAS 140-220 mmHg y/o de TAD 100-120 mmHg, no debiendo disminuir de forma brusca estas cifras y evitar descenderlas más del 15-20% en 24 horas. Si el paciente presenta clínica de emergencia hipertensiva, o **se activa el código ictus, trate cifras por encima de 180 de TAS y/o de 105 de TAD**. No administre medicación antihipertensiva sublingual debido a absorción errática y mayor vida media.
 - Labetalol bolo de 20 mg IV lentos en 2 min. Repetir cada 5-10 min hasta control de las cifras tensionales o administrar 200 mg.
 - Urapidilo bolo de 25 mg IV en 20 segundos. Podemos repetir a los 5 min otro bolo de 25 mg IV y otros 50 mg IV a los 5 min si no hay respuesta.
- Si el paciente presenta **edema agudo de pulmón** use perfusión de Nitroglicerina a razón de 10 microgramos/min.
- **Controle las cifras de glucemia:**
 - Trate cifras de glucemia ≤ 60 mg/dl. Administre 10 g de glucosa hipertónica al 50% IV hasta normalizar la glucemia.
 - Trate cifras de glucemia ≥ 155 mg/dl. Utilice insulina subcutánea según pauta recomendada por el grupo de trabajo de diabetes SEMES Andalucía

Pauta recomendada por el grupo de trabajo de diabetes SEMES Andalucía.

Glucemia (mg/dl)	PAUTA - A < 40 UI/día o < 60 kg	PAUTA - B 40-80 UI/día o 60-90 kg	PAUTA - C > 40 UI/día o >90 kg
150 -199	2 UI	2 UI	3 UI



200 - 249	3 UI	4 UI	5 UI
250 - 299	4 UI	6 UI	8 UI
300 - 349	5 UI	8 UI	10 UI
≥ 350	6 UI	10 UI	12 UI

- **Trate la hipertermia.** Si Temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, administre paracetamol 1 gr IV lento si el paciente no presenta alergia al medicamento. Si prefiere usar metamizol 2 gr IV lento, controle las cifras de TA.
- **Fármaco neuroprotector:** valore según criterio facultativo y protocolo del hospital de referencia la administración de citicolina 1.000/2.000 mg cada 12 h.
- En caso de activación de código ictus añade protector gástrico. Omeprazol 40 mg IV lento o Pantoprazol 40 mg IV lento.

8 RESOLUCIÓN

CRITERIOS DE SEGUIMIENTO DOMICILIARIO.

Los pacientes que, por su situación clínica previa, no van a beneficiarse de medidas diagnósticas y/o terapéuticas a nivel hospitalario. Personas gran dependientes, con deterioro motor o cognitivo grave y marcada incapacidad por infartos cerebrales múltiples previos. Pacientes con neoplasias muy evolucionadas.

En estos casos informe de forma clara al paciente, familiares y/o cuidadores de los cuidados del paciente, tratamiento sintomático paliativo y manejo de las posibles complicaciones hasta la reevaluación por su médico de atención primaria.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA Y MEDIO DE TRASLADO

Si se activa el **código ictus**, **SE DEBE INTENTAR QUE EL PACIENTE LLEGUE AL HOSPITAL EN TIEMPO < 45 MINUTOS DESDE LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICO.** Lo trasladará el equipo sanitario que garantice el traslado en el menor tiempo posible contando con el apoyo de los equipos de emergencia terrestre o aéreo cuando sea indicado o requerido a su encuentro.

Si el paciente no reúne criterios de activación de código ictus será el médico responsable de la atención quien decida la derivación hospitalaria y el recurso que lo realiza, aunque si el paciente presenta signos de gravedad, coma o bajo nivel de conciencia (Glasgow ≤ 8), Inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria, crisis convulsivas presenciadas y vómitos con trastornos deglutorios, el paciente debe ser trasladado en UVI móvil.

9 TRANSFERENCIA

En pacientes con criterios de **código ictus se contactará con el neurólogo de guardia** y la transferencia debe realizarse en la sala TAC salvo criterio diferente del neurólogo vascular.

Transferencia ISOBAR tanto del médico como del enfermero.

En pacientes sin código ictus realice transferencia a personal de urgencias en sala de críticos o triaje hospitalario según la situación del paciente.

Debemos realizar traslado directo a hospital útil para trombectomía cuando:

- Ictus del despertar.
- Inicio de los síntomas > 4,5 h y menor de 24 horas



- Sospecha de oclusión de gran vaso por escalas validadas
- Toma de an anticoagulantes orales
- Paciente con signos de hipertensión intracraneal para posible craneostomía de descarga

10 INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

El ICTUS no solo afecta al paciente que lo sufre. Tras el episodio, se produce un alto nivel de preocupación e incertidumbre en él y sus familiares. Podemos ayudar a reducirlo con una adecuada información. La implicación del paciente y familiares nos llevará a obtener resultados más favorables en la evolución del cuadro. La información que debemos dar a los pacientes y familiares debe ser clara y concisa, sin rodeos, adaptando nuestro lenguaje y asegurándonos que la información recibida es la adecuada. **Nos debemos basar en tres preguntas básicas que son: ¿Qué es? ¿Cómo se produce? ¿Cuál es su tratamiento y secuelas?** Posteriormente atenderemos sus dudas.

11 RECOMENDACIONES CLAVE

- Reconozca de forma precoz al candidato de activación de código ictus y anote la hora de inicio de los síntomas.
- Coloque al paciente en decúbito supino y con la cabeza incorporada 30-45°
- Registre la toma de las constantes vitales que forman el pilar de las medidas de neuroprotección: Tensión Arterial, Saturación de O₂, Glucemia y Temperatura.
- En pacientes con criterios de código ictus trate cifras > 180 de TAS y/o de 105 de TAD.
- Corrija hipertermias $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ administrando paracetamol 1 gr IV lento.
- Realice EKG de 12 derivaciones ante la presencia de alteraciones del ritmo cardíaco.
- Establezca transferencia en sala TAC salvo indicación contraria del neurólogo vascular.
- Traslade al hospital útil en tiempo <45 minutos desde la confirmación diagnóstica.



12 ALGORITMO RÁPIDO

Sospecha de Ictus

Anamnesis y exploración física

TA, Saturación O₂, Temperatura, Glucemia. ECG si arritmias.

Diagnóstico Diferencial

Crisis convulsiva

Migraña

Estado confusional

Hipoglucemia

Conversión

Encefalopatía hipertensiva

Confirmar Ictus:

Escala Cincinnatti/FAST

Escala Rankin Modificada

Escala NIHSS Escala MEND

CÓDIGO ICTUS

Hora de inicio. Edad >18 años

Rankin<3

NIHSS 2-25 puntos

TRASLADO URGENTE HOSPITAL ÚTIL. "El tiempo es cerebro" Menor a 45 minutos.

NEUROPROTECCION NO FARMACOLÓGICA

Decúbito supino, cabecero elevado
Evitar caídas y broncoaspiración
Alinear miembros.

NEUROPROTECCIÓN FARMACOLÓGICA

O₂ si SatO₂ <94% (88% en EPOC)

Glucosa en glucemia<60mg/dL

Insulina si glucemia >150 mg/dL

Paracetamol en T^a>37,5°

Código Ictus con TA>180/105:
Labetalol 20 mg iv o Urapidil 25 mg iv

Citicolina 1gr iv según protocolo hospital de referencia.

1

13 BIBLIOGRAFÍA