**Revisión del PROTOCOLO de atención al ICTUS**

**Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro**

***ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS***

Los objetivos de la atención al paciente con sospecha de ictus en Servicio de Urgencias son:

1. - Establecer el diagnóstico de ACV, además de su tipo y características.
2. - Activar el “Código Ictus” en los casos que cumplan los criterios.

- Valorar y tratar inicialmente las posibles complicaciones inmediatas que puedan existir.

**PLAN DE ACTUACIÓN**

**Protocolo de enfermería:**

- Clasificación triaje inmediata del paciente. Activar sospecha de “código ictus”.

- Toma de constantes: Temperatura, Tensión arterial, Glicemia y Saturación O2.

- Colocación de vía venosa y extracción de sangre para analítica completa

- Coordinación con el celador para la realización del TAC de cráneo inmediato.

**Valoración médica urgente:**

- Historia clínica: antecedentes, tiempo de evolución, NIH.

- Solicitar analítica: perfil “código ictus”.

- Solicitar TAC de cráneo.

***MEDIDAS DIAGNÓSTICAS EN URGENCIAS***

* Ante sospecha diagnóstica de ictus, **es imperativo determinar y anotar la hora del inicio de los síntomas con la mayor exactitud posible**. Constatar la presencia de un familiar para recabar información (inicio de los síntomas y evolución de los mismos en el tiempo, presencia de factores de riesgo vascular y tratamiento seguido por el paciente) y solicitar consentimientos informados cuando sea preciso.
* **Diferenciar entre ictus y otros procesos con clínica neurológica similar**,

descartando hipoglucemia, síncope, parálisis de Bell, vértigo periférico, migraña con aura, encefalopatía y crisis hipertensivas, intoxicación por drogas, epilepsia, encefalitis focal, encefalopatía de Wernicke, tumor y trauma craneal (especialmente en los enfermos en estado comatoso).

* **Si el tiempo de evolución de la clínica es menor de 4,5 horas y el paciente es candidato para fibrinolisis según protocolo, activar el “Código Ictus” de inmediato** avisando a los Servicios de Neurología y/o Medicina Intensiva del Hospital Santiago de Vitoria o del H.Txagorritxu **y solicitando TAC craneal** al Servicio de Radiología. Se ubicará al paciente en la zona asistencial de camas, con monitorización. ACTIVAR “CODIGO ICTUS” con CCU 112 (983 342 000)
* **ACTIVAR CODIGO ICTUS**: el MUH contactará
* - Centro Coordinador 112: 983 324 000
* - UVI Hospital Santiago 945 007650
* - alternativa UVI Hospital Txagorritxu 945 007000

**4.** Si el paciente no es candidato para fibrinolisis, será evaluado y tratado por el personal del Servicio de Urgencias, consultando telefónicamente en caso necesario. Será ubicado posteriormente (de precisar ingreso) según el protocolo adjunto.

**1.-** [**Criterios de inclusión**](#up)

*-* Edad > 17 años.

*-* Diagnóstico clínico de ictus isquémico con puntuación en la escala de NIH > 4. En pacientes con afasia se valorará la indicación en función de su severidad y no del NIH.

*-* La fibrinolisis IV está aprobada en las primeras **4.5 h** desde el inicio de los síntomas. Sin embargo, entre las **3 y 4.5 h** se recomienda una mayor selección de pacientes con exclusión en función de factores como la edad > 80 años y NIH > 22.

*-* Los síntomas neurológicos deben estar presentes un mínimo de 30 min (discutible).

*-* Es necesaria neuroimagen avanzada para valorar presencia de penumbra isquémica en:

 *-* los ictus de inicio indeterminado (denominado como el ictus del despertar)

 *-* los ictus de **3 a 6 h**. (en la franja de 3 a 4.5 horas podríamos tratar en caso de no poder realizar neuroimagen avanzada según los resultados del estudio ECAS III)

 - Ictus con presentación clínica en forma de crisis comicial. En estos casos, si

 existen dudas de la existencia de un ictus isquémico se debería realizar

 neuroimagen avanzada.

**2.-** [**Contraindicaciones y advertencias**](#up)

- En pacientes diabéticos:

 - Retinopatía hemorrágica

 - Ictus previo (contraindicación discutible).

- Riesgo hemorrágico:

 - Punción arterial o lumbar < 1 semana.

 - Parto, masaje cardíaco externo traumático < 10 días.

 - Cirugía mayor o trauma severo (no TCE) < 14 días.

 - Hematuria < 21 días.

 - Hemorragia digestiva < 3 meses.

- Enfermedad hepática severa:

 - Cirrosis con hipertensión portal y varices esofágicas.

 - Fallo hepático y hepatitis aguda.

- Neurológicos:

 - Ictus previo (no AIT) < 3 meses.

 - TCE y cirugía intracraneal < 3 meses.

 - Hemorragia previa, MAV, aneurismas o neoplasia.

- Comorbilidad:

 - Enfermedades de base con esperanza de vida < 2 años.

 - mRankin > 2 (no dependientes para las ABVD).

 - Deterioro cognitivo moderado-severo.

**3.- Descartar si en la anamnesis/exploración/pruebas complementarias aparecen***:*

- Ictus > 6 h (sólo es factible el tratamiento trombolítico en ictus de tronco con clínica fluctuante o progresiva ampliándose la ventana a 24-48 h).

- Ictus del despertar o inicio indeterminado si no es posible la realización de neuroimagen avanzada.

- Ictus con NIH > 25 (contraindicación relativa).

- Ictus con mejoría franca (NIH < 4) antes de la trombolisis. En estos casos, dada la alta probabilidad de recurrencia o progresión (30%) se puede considerar el tratamiento, principalmente si existe clínica cortical, NIH inicial alto o cuando la neuroimagen demuestre oclusión arterial y/o penumbra isquémica.

- Ictus con presentación clínica de HSA incluso si TC craneal normal.

- Exploraciones complementarias:

 -Glicemia: < 50 mg/dL o > 400 mg/dL.

 - Trombopenia < 100.000 plq/mm3.

 - Tratamiento con heparina < 48 h y TTPa > 1.4.

 - Tratamiento con dicumarínicos e INR > 1.6.

 - Los pacientes tratados con dabigatrán, dada la actual falta de datos, serán discutidos de forma individual.

 - TC craneal: Hemorragia intracraneal, signos de edema o herniación.

***MEDIDAS TERAPÉUTICAS EN URGENCIAS***

1. Reposo en cama con cabecero incorporado 30º.

2. Comprobar el protocolo ABC y el nivel de conciencia.

3. Coger vía periférica en brazo no parético y administrar suero salino fisiológico a razón de 500 ml cada 8 horas, con 1 ampolla de 10 mEq de ClK en cada suero.

4. Realizar 2 tomas iniciales de la TA, separadas 10 a 15 minutos. Determinar así mismo temperatura corporal y glucemia capilar.

5. Si existen, tratar la hipertermia, la hipo o hiperglucemia, las alteraciones de la TA y las crisis epilépticas, según protocolo.

6. En caso de sospecha clínica inicial de Hemorragia subaracnoidea, en el caso de que la TC craneal sea dudosa o negativa se realizará punción lumbar diagnóstica.

***ESTRATIFICACIÓN INICIAL DE PACIENTES CON ICTUS***

Tres niveles de mayor a menor urgencia:

**NIVEL I**

Pacientes con vida previa independiente y en los que:

* se active el “Código Ictus” (evolución menor de 4,5 horas cumpliendo criterios)
* o bien la clínica sea fluctuante o progresiva aunque lleven más de 4,5 horas de evolución.

**NIVEL II**

Pacientes previamente independientes que tengan:

* Clínica ictal moderada-grave de 4,5 a 24 horas de evolución, incluyendo los que han despertado ya con ella y no se conozca la hora de inicio.
* Déficit neurológico leve aislado de menos de 24 horas de evolución.
* Clínica ictal que se ha resuelto por completo (AIT).

**NIVEL III**

Pacientes con una situación previa de dependencia (ERm > 2), con enfermedad concurrente grave o con esperanza de vida menor de 6 meses, o cuya clínica ictal sea estable y de más de 24 horas de evolución.

**NECESIDAD DE NEUROIMAGEN EN PACIENTES CON ICTUS**

Todo paciente con sospecha de ictus debiera ser estudiado por técnicas de neuroimagen, salvo excepciones en relación con calidad de vida previa o procesos intercurrentes; por otro lado no todo examen debe tener carácter emergente o urgente.

1. - Aquellos pacientes candidatos a fibrinolisis deben ser estudiados de forma inmediata, estimándose en las guías pertinentes que el tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente en Urgencias hasta la administración del tratamiento oportuno (sistémico o intraarterial) no debe exceder de una hora.
2. - Los pacientes no candidatos encuadrados en los niveles de gravedad I y II deben ser estudiados durante su estancia en Urgencias mediante TAC craneal.
3. - Los pacientes de gravedad III serán estudiados de manera programada. Con el fin de disminuir el tiempo de ingreso, dicha petición será cursada desde Urgencias al solicitar el ingreso.

**UBICACIÓN DE PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO**

**NIVEL I:** El paciente subsidiario de fibrinolisis debe trasladar para ingresar en U.C.I. En casos de clínica fluctuante sería así mismo recomendable su valoración por el Servicio de Medicina Intensiva.

**NIVEL II:** En situación ideal estos pacientes debieran seguir monitorización en una Unidad especializada en la atención al Ictus. En nuestra coyuntura actual, una actitud recomendable sería la de ingresar en Reanimación a cargo de Medicina Interna a aquellos pacientes estables, incluyendo a aquellos con clínica completamente recuperada, y trasladar para una valoración por el Servicio de Medicina Intensiva para aquellos con déficit grave o en situación de inestabilidad o progresión.

**NIVEL III:** Estos pacientes son candidatos a ingreso en planta de Medicina Interna.

**ESTRATIFICACIÓN INICIAL DE PACIENTES CON ICTUS HEMORRÁGICO**

Dicha estratificación no es sino una reevaluación de escala una vez se ha comprobado por neuroimagen la presencia de un sangrado intracraneal.

Dos niveles de mayor a menor urgencia:

**NIVEL I**

Pacientes con vida previa independiente en los que la duración de la clínica no supere las 48 horas de evolución.

**NIVEL II**

Pacientes con una situación previa de dependencia (ERm > 2), con enfermedad concurrente grave o con esperanza de vida menor de 6 meses, o cuya clínica sea estable y de más de 48 horas de evolución.

**UBICACIÓN DE PACIENTES CON ICTUS HEMORRÁGICO**

**NIVEL I:** Pacientes a valorar necesidad de ingreso en U.C.I.

**NIVEL II:** Traslado a Unidad de Neurología/Neurocirugía.

La decisión del **servicio responsable** de estos pacientes (neurología o neurocirugía) se hará **en función de las características particulares y necesidades de cada paciente** concreto.

**INDICACIONES DE INGRESO EN UCI**

Pacientes con vida previa independiente en los que concurran uno o más de los siguientes criterios

1. • GCS <8.
2. • Inestabilidad hemodinámica.
3. • Necesidad de intubación.
4. • Necesidad de neurocirugía urgente.

**ESCALA NIH**

**1a. NIVEL DE CONSCIENCIA**

0. Alerta

1. Responde a mínimos estímulos

2. No alerta, requiere estímulos repetidos o dolorosos para realizar movimientos

3. Solo respuestas reflejas o ausencia de respuestas

**1b. NIVEL DE CONSCIENCIA, PREGUNTAS ORALES (en qué mes vivimos y que edad tiene)**

0. Ambas respuestas son correctas

1. Una respuesta correcta

2. Ninguna respuesta correcta

**1c. NIVEL DE CONSCIENCIA, ORDENES MOTORAS (cierre los ojos y cierre la mano)**

0. Ambas órdenes son correctas

1. Una orden correcta

2. Ninguna orden correcta

**2. MIRADA CONJUGADA**

0. Normal

1. Paresia facial de la mirada. Ausencia de desviación forzada (se corrige voluntariamente o por contacto visual)

2. Paresia total o desviación forzada de la mirada conjugada

**3. VISUAL**

0. No alteración visual

1. Hemianopsia parcial (o extinción visual)

2. Hemianopsia completa

3. Ceguera total (de cualquier causa)

**4. PARESIA FACIAL**

0. Movimiento normal y simétrico

1. Borramiento del surco nasogeniano o mínima asimetría al sonreir

2. Parálisis total o casi total de la zona inferior de la hemicara

3. Parálisis completa con ausencia de movimiento en la zona superior e inferior de la hemicara o bilateral

**5. PARESIA DEL BRAZO IZQUIERDO / DERECHO**

0. Mantiene la posición durante 10 segundos.

1. Claudicación en menos de 10 segundos, aunque la extremidad no llega a contactar con la cama

2. Puede levantar la extremidad pero esta contacta con la cama en menos de 10 segundos

3. Existe movimiento de la extremidad pero no la levanta contra gravedad o cae inmediatamente

4. Ausencia total de movimiento

9. Extremidad amputada a nivel proximal o inmovilizado (no sumar a la puntuación global)

**6. PARESIA DE LA PIERNA IZQUIERDA / DERECHA**

0. Mantiene la posición durante 5 segundos.

1. Claudicación en menos de 5 segundos, aunque la extremidad no llega a contactar con la cama

2. Puede levantar la extremidad pero esta contacta con la cama en menos de 5 segundos

3. Existe movimiento de la extremidad pero no la levanta contra gravedad o cae inmediatamente

4. Ausencia total de movimiento

9. Extremidad amputada a nivel proximal o inmovilizado (no sumar a la puntuación global)

**7. DISMETRÍA**

0. Ausente (o déficit motor que impida valorar dismetría)

1. Presente en una extremidad

2. Presente en dos extremidades

**8. SENSIBILIDAD**

0. Normal

1. Leve o moderada hipoestesia (el paciente nota que se le toca)

2. Anestesia severa o total (no nota que se le toca, alteración bilateral o coma)

**9. LENGUAJE (hacer escribir si IOT o mudo)**

0. Normal, no afasia

1. Afasia leve o moderada

2. Afasia severa (imposible entenderse)

3. Mudo con comprensión nula o coma

**10. DISARTRIA**

0. Normal

1. Leve o moderada, puede ser entendido aunque con dificultad

2. Severa, ininteligible o mudo/anártrico (con independencia de la presencia de afasia)

**11. EXTINCIÓN - NEGLIGENCIA - INATENCIÓN**

0. Sin alteraciones

1. Inatención o extinción en una de las modalidades visual, táctil, espacial o corporal

2. Hemi-inatención o negligencia severa, o a más de una modalidad. No reconoce su propia mano o sólo reconoce una parte del espacio. Pacientes en coma