



PROTOCOLO DE "CÓDIGO ICTUS"



ÍNDICE

Marco teórico 1

Manejo prenosocomial 2

Activación del código y traslado 3

Manejo nosocomial 4

Anexos 8

MARCO TEÓRICO

El ataque cerebrovascular es la primera causa de discapacidad y la cuarta causa de muerte en países desarrollados¹. Los centros con atención especializada en ACV demostraron disminución de la mortalidad y discapacidad del 40%, mayor tasa de utilización de rtPA, disminución del tiempo de estadía hospitalaria, aumento de egresos nosocomiales, mayor recuperación de la independencia, movilización más temprana y menor tasa de complicaciones².

El código ictus es un sistema que permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con ictus a los servicios de urgencias donde se cuente con TAC y posibilidad de revascularización, reduciendo los tiempos de latencia para la valoración precoz tanto pre como intra nosocomial, permitiendo así el aumento de los tratamientos de reperfusión³. Los tratamientos específicos del tejido encefálico en el área de penumbra se asocia a una reducción de la discapacidad, mejoría en las actividades de la vida diaria y una reducción de los déficits neurológicos, medidos por el Índice de Barthel, la escala NIHSS, el Glasgow Outcome Score y mRS⁴.

Objetivo general:

Generar sistema de atención local (código ictus) para el paciente con posible ataque cerebrovascular

Objetivos específicos:

Reconocer los signos y síntomas del ictus a nivel comunitario y personal de salud.

Capacitar al personal de salud prenosocomial en el reconocimiento de signos y síntomas de ictus y activación del código ictus

Priorizar el traslado al nosocomio adecuado, considerando al ictus como una emergencia médica, entendiendo que el tiempo llamado ingreso nosocomial no debe superar los 60 minutos.

Minimizar la demora en la asistencia del paciente con ictus, idealmente un tiempo puerta-tratamiento menor a 60 minutos

¹ Casaubon LK, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute Inpatient Stroke Care Guidelines, Update 2015. *Int J Stroke* 2016; 11: 239-52

² Consenso intersocietario de ACV. CONSENSO SOBRE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2019; Vol. 79 (Supl. II).

³ Guía de atención al Ictus DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES. Canarias.

⁴ National Institute of Neurological Disorders and Stroke rtPA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 1995; 333: 1581-7.

MANEJO PREHOSPITALARIO

El tratamiento agudo del ACV está dirigido fundamentalmente a salvar la penumbra isquémica⁵. El manejo prehospitalario implica todas aquellas acciones que se generan desde el pedido de auxilio de la comunidad hasta el arribo al efector de salud con la capacidad y complejidad adecuadas.

Existen escalas pre-hospitalarias para uso del personal de salud para orientar acerca de los signos probables de ACV isquémico. Las más utilizadas son la Escala Pre-hospitalaria de Los Ángeles (LAPS)⁶ (Anexo 2) y la Escala Pre-hospitalaria para Stroke de Cincinnati⁷.

A todos los pacientes con Cincinnati positivo, se les realiza la anamnesis dirigida y examen físico rápido y completo:

- Tiempo de inicio de los síntomas
- Manifestaciones clínicas
- Comorbilidad asociada
- Eventos recientes (ictus, infartos, traumas, cirugía o sangrado)
- Medicación habitual.

Ante el primer contacto con el paciente, se completa planilla del código ictus (Anexo 3)⁸, donde deben constar los siguientes datos: la hora de inicio, la situación clínica del paciente, su grado de autonomía previa, los signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura, glucemia capilar y oximetría de pulso), el estado neurológico (Escala de coma de Glasgow), las medidas tomadas para su estabilización y las condiciones del traslado. Se evitará que esto demore en exceso el traslado.

Tratamiento inicial⁹ (ABC):

- A. Vía aérea permeable
- B. Respiración y oxigenación: mantener saturación de oxígeno mayor o igual a 94%.
- C. Circulación: Mantener hemodinamia estable, acceso venoso si el traslado es mayor de 10 minutos. Control de FC y TA. Considerar labetalol IV bolo lento de 10 a 20 mg si la presión arterial es mayor a 220/110 mmHg¹⁰ (contraindicado en asma/EPOC, alternativa enalaprilato → 1 mg ev en un minuto).

⁵ Consenso intersocietario de ACV. CONSENSO SOBRE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO. MEDICINA (Buenos Aires) 2019; Vol. 79 (Supl. II).

⁶ Jauch EC, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2013; 44: 870-947

⁷ Jauch EC, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2013; 44: 870-947

⁸ Guía de atención al Ictus DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES. Canarias.

⁹ Guía de atención al Ictus DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES. Canarias

¹⁰ Stroke Foundation Australia. Pre-hospital care. Clinical guidelines for stroke management 2017. En: <https://strokefoundation.org.au/What-we-do/Treatment-programs/Clinical-guidelines>; consultado junio 2018.

- D. Examen neurológico: Escala de coma de Glasgow. Reactividad y tamaño pupilar.
- Glucemia Capilar: la hipoglucemia se debe corregir (valores <60 mg/dl) mediante solución hipertónica glucosada o glucagón¹¹.
- Temperatura: tratar con Paracetamol si T°>37,5 EV
- Cabecera a 30°.

Identificación

notificación de código Ictus

medidas iniciales

traslado a lugar adecuado

60 min

ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO Y TRASLADO AL HOSPITAL

Criterios para la activación del código ictus

Criterios de inclusión

Paciente que cumple criterios clínicos de ictus agudo, determinado a través de la escala de Cincinnati (Anexo 1) en el momento de la evaluación.

Garantizar un intervalo desde la aparición de síntomas a la instauración de tratamiento revascularizante de menos de 4,5 horas, lo cual implica que la aparición de los síntomas sea de menos de 3,5 horas de evolución.

Situación basal del paciente: índice de Rankin modificada 2 (paciente funcionalmente independiente o con alguna limitación leve en la vida cotidiana)

Criterios de exclusión

Paciente asintomático al momento de la evaluación.

Más de 3,5 horas de inicio de los síntomas, u horario desconocido

Presencia o evidencia de hemorragia activa interna.

Dependencia: escala de Rankin modificada > 3 : semidependiente para actividades de la vida diaria.

Antecedente personal de sangrado activo gastrointestinal con alteración estructural maligna o sangrado dentro de los últimos 21 días.

Antecedentes neurológicos:

- ACV isquémico en los últimos 3 meses
- hemorragia intracerebral previa
- patología del SNC pasibles de sangrado (vg: MAV).

¹¹ Protocolo de Consenso para la atención del ictus en fase aguda en la comunidad de Madrid. SAMUR, 112, Sociedad Española de Medicina de Urgencias, Asociación Madrileña de Neurología.



La activación del código ictus a la base de radioperación la llevará a cabo el equipo de emergencias, luego de cumplir con los criterios de inclusión y descartando los criterios de exclusión.

La base de radioperación cumplirá al menos dos funciones:

- a) derivación del paciente de la siguiente manera:
 - Pacientes sin cobertura social: Hospital Municipal Dr. Héctor Cura.
 - Pacientes con cobertura, en primera instancia a la CLÍNICA MARÍA AUXILIADORA o CEMEDA, opcional: Hospital Dr. Héctor Cura.
- b) Organización del personal necesario para el manejo del paciente, informando a los siguientes:
 1. Servicio de emergencias (acerca de la llegada inminente de un código ictus).
 2. Técnico en imágenes (para que en forma inmediata se disponga del tomógrafo).
 3. Médico especialista en diagnóstico por imágenes (para el análisis e informe de la TAC).
 4. Servicio de Terapia Intensiva.

MANEJO NOSOCOMIAL

En cuanto al equipo médico y de enfermería, debe realizar la evaluación y estabilización inmediata del paciente en el shock room, completando las acciones iniciadas en la etapa pre nosocomial.

Actividades de enfermería:

Colocará la cabecera de la camilla a 30°.

Determinará la glucemia capilar.

Realizará la toma de frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión arterial, temperatura y saturación de O₂ por pulsioximetría .

Colocará una vía venosa periférica con un catéter del 16-18. Obtendrá una muestra de sangre para hemograma, plaquetas, glucemia, urea, creatinina, ionograma, coagulograma, RIN, marcadores de isquemia cardíaca (troponina)¹².

Obtendrá una muestra de orina para determinación de drogas de abuso, si existe la menor sospecha de que el cuadro pueda estar en relación con ellas.

Mantendrá la vía con solución salina fisiológica 0,9 %.

Hará un ECG.¹³ (no debe demorar la realización de la TAC).

¹² . Anderson JA. The golden hour. Performing an acute ischemic stroke workup. *Nurse Pract* 2014; 18; 39:22-9.

¹³ Lindsay P, Furie KL, Davis SM, Donnan GA, Norrving B. World Stroke Organization global stroke services guidelines and action plan. *Int J Stroke* 2014; Supl A100: 4-13.

Actividades del equipo médico tratante:

Se sugiere seguir los lineamientos ABCD y medidas de soporte vital. Si existe estabilidad hemodinámica se harán los pasos siguientes:

. La anamnesis debe orientarse a la detección de cuadros que pueden representar una contraindicación para el empleo de trombolíticos (ver criterios de Inclusión/exclusión), hora de inicio de los síntomas, evolución de los mismos, episodios previos, factores de riesgo, uso de medicamentos, etc) y estado neurológico previo en caso que no se hayan realizado en el prenosocomial.

. Exploración general básica.

. Exploración neurológica incluyendo la escala de Glasgow y escala NIHSS¹⁴ (estimamos de gran importancia la certificación en el uso estandarizado de la escala NIHSS, ofreciéndose gratuitamente online en la web: nihss-spanish.trainingcampus.net) Anexo 4

TOMA DE DECISIONES

Los resultados que se van obteniendo en la anamnesis y exploración conllevan la adopción de medidas terapéuticas inmediatas y toma de decisiones que se harán casi simultáneamente.

- A. Vía aérea permeable: considerar intubación orotraqueal si hay compromiso de la vía aérea o nivel de consciencia bajo (Glasgow <8), (Grado de Recomendación C)
- B. Mantenimiento de la ventilación y respiración, monitoreo continuo de la frecuencia respiratoria y de la saturación arterial de oxígeno. Colocar oxígeno suplementario si presenta saturación arterial de oxígeno < 94%¹⁵.
- C. Circulación: Control estricto de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial:
 - si PA mayor a 220/110 mmHg¹⁶ se recomienda la administración de 10 a 20 mg de labetalol, en bolo intravenoso, durante 1 a 2 minutos¹⁷. De no obtener los valores deseados, se puede
 - administrar una segunda dosis de labetalol a los 5 minutos.
 - enalaprilato 1 mg ev en 5 minutos, seguidos de 1 mg cada 6 hs (opción si está contraindicado el uso de labetalol).
 - Labetalol infusión continua 2 a 8 mg hora .
 - Urapidilo ev 10 a 50 mg, seguidos de 4 a 8 mg hora.
 - Nitroprusiato de sodio en dosis de 0.25 a 10 mcg/kg/min¹⁸.

¹⁴ Jauch EC, Saver JL, Adams HP, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2013; 44: 870-947.

¹⁵ Jauch EC, Saver, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2013; 44: 870-947.

¹⁶ Stroke Foundation Australia. Pre-hospital care. Clinical guidelines for stroke management 2017. En: <https://strokefoundation.org.au/What-we-do/Treatment-programs/Clinical-guidelines>; consultado junio 2018.

¹⁷ . Jauch EC, Saver JL, Adams HP, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2013; 44: 870-947.

En el caso de no poder controlar la PA, se desaconseja el inicio de la terapia trombolítica¹⁹ (Anexo 5).

Sólo en caso necesario se procederá a la cateterización venosa femoral.²⁰

- Hipoglucemia: Realizada la prueba de glucemia por punción digital con tira reactiva²¹: corrección inmediata de la hipoglucemia (<60 mg/dl)²².
- Otros procedimientos recomendables pero que no deben retrasar la TAC:
 - Control estricto de la temperatura, recibiendo tratamiento si es superior a 37.5 °C con paracetamol.
 - Nada por boca, inicialmente hasta la evaluación de la deglución por técnica validada.²³
 - No se recomienda la profilaxis anticonvulsiva²⁴.

La TC sin contraste es el método de elección en los pacientes con un probable ACV. Aporta información acerca de la presencia o no de sangrado y causas no vasculares de síntomas neurológicos²⁵. La TAC cerebral diagnóstica debe haber iniciado antes de los 25 minutos de ingreso al nosocomio, y la misma interpretada para el minuto 45 por especialista en diagnóstico por imágenes.

Telemedicina: Posee utilidad para la ayuda en la interpretación de las neuro-imágenes y la mejora en los tiempos intrahospitalarios de atención²⁶. Por lo tanto, es válido contar con esta posibilidad en el nosocomio tratante.

Una vez realizada la interpretación de la neuroimagen, si no existen criterios de exclusión para la realización de trombolíticos, se debería trasladar de manera inmediata al paciente a unidad de cuidados intensivos para la realización de trombólisis. En el caso excepcional de no contar con cama en UTI, la administración de rtPA debe realizarse en el departamento de emergencias sin demora, con el monitoreo correspondiente (monitoreo cardíaco, control de TA y ECG).

¹⁸ Protocolo de Consenso para la atención del ictus en fase aguda en la comunidad de Madrid. SAMUR, 112, Sociedad Española de Medicina de Urgencias, Asociación Madrileña de Neurología.

¹⁹ Esnaola MM, Gregori L, Ferrante D. Protocolo de manejo inicial del ataque cerebro-vascular isquémico agudo. Ministerio de Salud de la Nación. 2015. En: http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2015-11_protocolo-ACV_3Nov2015.pdf; consultado mayo 2018.

²⁰ Protocolo de Consenso para la atención del ictus en fase aguda en la comunidad de Madrid. SAMUR, 112, Sociedad Española de Medicina de Urgencias, Asociación Madrileña de Neurología.

²¹ NICE. National Clinical Guideline for Stroke Prepared by the Intercollegiate Stroke Working Party. 5th Edition. 2016. En: [https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke5t-\(1\).aspx](https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke5t-(1).aspx); consultado junio 2018.

²² Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2018; 49: e46-110.

²³ Casaubon LK, Boulanger JM, Glasser E, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute Inpatient Stroke Care Guidelines, Update 2015. *Int J Stroke* 2016; 11: 239-52.

²⁴ Casaubon LK, Boulanger JM, Glasser E, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute Inpatient Stroke Care Guidelines, Update 2015. *Int J Stroke* 2016; 11: 239-52.

²⁵ Dzialowski I, Hill MD, Coultts SB, et al. Extent of early ischemic changes on computed tomography (CT) before thrombolysis: prognostic value of the Alberta Stroke Program Early CT Score in ECASS II. *Stroke* 2006; 37: 973-8.

²⁶ Consenso intersocietario de ACV. CONSENSO SOBRE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2019; Vol. 79 (Supl. II)

El NINDS aboga por un tiempo puerta-aguja (lapso entre el ingreso a la institución y el inicio de la infusión de rtPA) de menos de 60 minutos²⁷.

Selección de pacientes para rtPA endovenoso: La determinación del período de ventana consiste actualmente hasta 3 horas (ventana convencional) y hasta 4.5 horas (ventana extendida) desde el inicio de los síntomas neurológicos²⁸, se incluye para terapia con rtPA a los mayores de 18 años, con TC o RM que presente signos de isquemia que no supere el 33% del territorio de la ACM y con manifestación de la voluntad del paciente o de sus representantes legales si fuese posible. Además de los criterios de inclusión para la administración de trombolíticos, es necesario que no presente ningún criterio de exclusión (Anexo 6 y Anexo 7).

Utilizar una dosis de rtPA de 0.9mg/kg/dosis (dosis máxima 90 mg), administrando el 10% en bolo intravenoso en un minuto y el 90% restante en infusión continua durante una hora²⁹.

En aquellos que fueron medicados con rtPA endovenoso, resulta recomendable el monitoreo de la TA cada 15 minutos durante la infusión y hasta las 2 horas desde el inicio del rtPA, luego cada 30 minutos por las siguientes 6 horas y a partir de ese momento, en forma horaria hasta cumplir las 24 horas. Si la elevación se produce durante la infusión de la medicación trombolítica, es posible repetir la administración de labetalol 10 a 20 mg en dosis intravenosa.

Recepción y medidas iniciales

TAC y evaluación por especialidad

Reperusión

²⁷ Consenso intersocietario de ACV. CONSENSO SOBRE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO. MEDICINA (Buenos Aires) 2019; Vol. 79 (Supl. II)

²⁸ Casaubon LK, Boulanger JM, Glasser E, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute Inpatient Stroke Care Guidelines, Update 2015. *Int J Stroke* 2016; 11: 239-52

²⁹ Consenso intersocietario de ACV. CONSENSO SOBRE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO. MEDICINA (Buenos Aires) 2019; Vol. 79 (Supl. II)

Anexo 1: Escala de Cincinnati (1 signo anormal: Sensibilidad 66 %, especificidad 87 %).

Asimetría facial: haga que el paciente sonría o muestre sus dientes
Normal: ambos lados del rostro se mueven simétricos
Anormal: un lado de la cara no se mueve igual que el otro (asimetría)
Fuerza en los brazos: con ojos cerrados se solicita que mantenga ambos brazos extendidos hacia adelante con palmas hacia arriba por 10 seg.
Normal: ambos brazos se mantienen simétricos, se mueven igual o no se mueven.
Anormal: un brazo no se mueve o cae con respecto al otro.
Lenguaje: pida que diga una frase o su nombre
Normal. Habla correcta
Anormal: arrastra las palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar

Anexo 2: Escala de Los Ángeles

CRITERIOS	SI	DESCONOCIDO	NO
1- Edad > 45 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2- Ausencia de antecedentes de convulsiones o epilepsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3- Duración de los síntomas < 24hs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4- Al inicio el paciente NO está en silla de ruedas ni postrado en la cama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- Glucemia entre 60 y 400 mg/dl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asimetría evidente en cualquiera de las 3 categorías de evaluación (debe ser unilateral)			
	IGUAL	DEBILIDAD DERECHA	DEBILIDAD IZQUIERDA
Sonrisa/ mueca facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Asimetría	<input type="radio"/> Asimetría
Prensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Prensión débil <input type="radio"/> Sin prensión	<input type="radio"/> Prensión débil <input type="radio"/> Sin prensión
Fuerza del brazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Desciende <input type="radio"/> Cae rápido	<input type="radio"/> Desciende <input type="radio"/> Cae rápido

Anexo 3: Planilla de Código Ictus

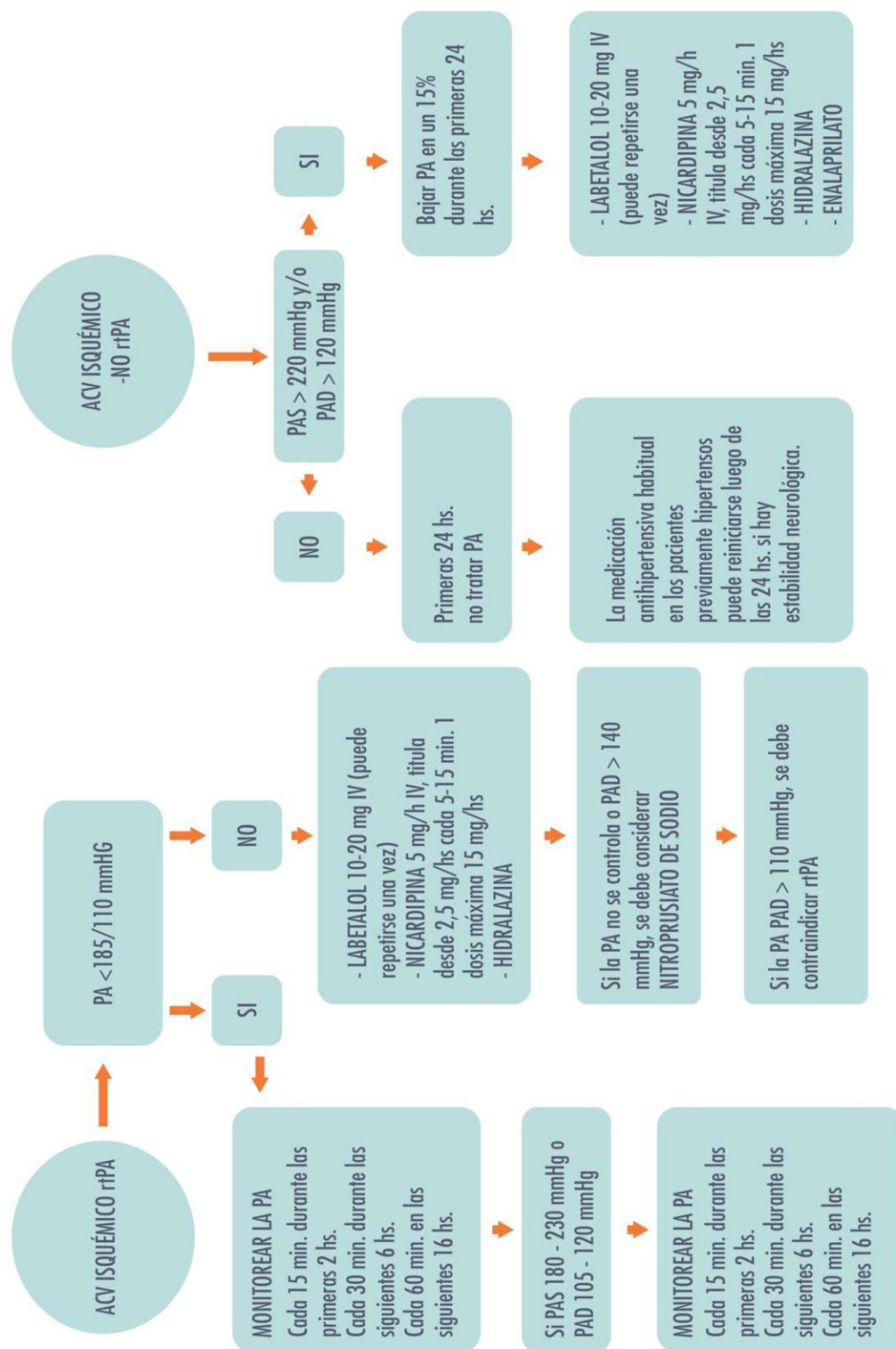
PLANILLA CÓDIGO ICTUS PRENOSOCOMIAL		
DATOS FILIATORIOS		
Apellido y Nombre: _____		
Edad: _____ DNI: _____		
Teléfono de familiar: _____		
Obra Social: _____		
HORA DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS: _____		HORA DE EVALUACIÓN: _____
SITUACIÓN CLÍNICA		
<input type="checkbox"/> Disartria: <input type="checkbox"/> Desviación de comisura labial: DER/IZQ <input type="checkbox"/> Hemiparesia/Hemiplejía: DER/IZQ		
ESTADO DE COMA DE GLASGOW _____		
SIGNOS VITALES		
TA: _____ FC: _____ GLUCEMIA: _____ T°: _____ SatO2: _____		
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	SI	NO
Déficit neurológico		
Hora de inicio de los síntomas conocida y exacta		
Posibilidad de llegada al hospital dentro de 3,5 horas de inicio		
Previamente independiente para autocuidado o limitación leve		
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN		
Asintomático al examen		
Presencia o evidencia de hemorragia activa interna		
Antecedentes Neurológicos: ACV isquémico en los últimos 3 meses, hemorragia intracerebral previa, patología del SNC pasibles de sangrado (MAV)		
Antecedentes Gastrointestinales: Sangrado activo con alteración estructural maligna o sangrado dentro de los últimos 21 días		
Medidas realizadas en el prenosocomial:		
FIRMA Y SELLO MÉDICO		

Anexo 4: Escala de NIHSS

Escala de Ictus del National Institute of Health (NIHSS)

1.a. Nivel de conciencia	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
1.b. Órdenes motoras 1. Cierre los ojos 2. Abra y cierre la mano	Ambas órdenes correctas	0
	Una orden correcta	1
	Ninguna orden correcta	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 / miembro superior izquierdo	No caída del miembro	0/0
	Caída en menos de 10 segundos	1/1
	Esfuerzo contra la gravedad	2/2
	Movimiento en el Plano horizontal	3/3
	No movimiento	4/4
6. Miembro inferior derecho / miembro inferior izquierdo	No caída del miembro	0/0
	Caída en menos de 5 segundos	1/1
	Esfuerzo contra la gravedad	2/2
	Movimiento en el Plano horizontal	3/3
	No movimiento	4/4
7. Ataxia de Miembros	Ausente	0
	Presente en 1 extremidad	1
	En 2 o más extremidades	2
8. Exploración Sensitiva	Normal	0
	Perdida entre ligera a moderada	1
	Perdida entre grave y total	2
9. Lenguaje	Normal	0
	Afasia ligera a moderada	1
	Afasia grave	2
	Afasia global	3
10. Disartria	Normal	0
	Ligera a moderada	1
	Grave a anartria	2
11. Extinción e Inatención (negligencia)	Normal	0
	Extinción parcial	1
	Extinción completa	2
Total (máximo 42)		

Anexo 5: Manejo de tensión arterial en ACV isquémico



ACV: accidente cerebrovascular; rTPA: activador tisular del plasminógeno; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica

Anexo 6: Criterios de exclusión para trombolíticos con ventana terapéutica menor de 3 horas

Criterios de exclusión para ventana dentro de las 3 horas de iniciado los síntomas

- Hemorragia en TC de cerebro

Historia previa de hemorragia intracerebral

Trauma de cráneo moderado o grave en los últimos 3 meses o ACV post-TEC en período intra-hospitalario.

ACV isquémico en los últimos 3 meses

Tumor de cerebro intra-axial, aneurismas cerebrales rotos o MAV

Síntomas y signos sugestivos de HSA

Cirugía intracerebral o intra-espinal dentro de los últimos 3 meses

Evidencia de hemorragia interna activa

Sangrado activo gastrointestinal con alteración estructural maligna o sangrado dentro de los últimos 21 días

Glucemia <50 mg/dl

Endocarditis infecciosa

Diseción del arco aórtico

PAS > 185 mmHg o TAD > 110 mmHg a pesar del tratamiento antihipertensivo

Diátesis hemorrágica conocida incluyendo, pero no limitada:

- Plaquetas <100 000 (no se espera resultado para tomar decisión).
- Tratamiento con heparina en las últimas 48 horas con KPTT elevado
- Uso actual de anticoagulantes orales (warfarina o acenocumarol) y RIN > 1.7 o TP > 15 segundos (si el RIN es < 1.7 es razonable administrar tratamiento)
- Uso de heparina de bajo peso molecular a dosis profilaxis o tratamiento en las últimas 24 horas
- Uso actual de inhibidores directos de la trombina (dabigatrán) o del factor Xa (apixabán/rivaroxabán)

ACV: accidente cerebrovascular; TC: tomografía computada; TEC: traumatismo encéfalo-craneal; MAV: malformación arterio-venosa; HSA: hemorragia subaracnoidea; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; KPTT: kaolin activated partial thromboplastin time; RIN: relación internacional normalizada.



Anexo 7: Criterios de exclusión para trombolíticos con ventana terapéutica entre 3 y 4,5 horas

Criterios de exclusión adicionales de 3 a 4.5 horas

Absolutos	NIHSS > 25
	Compromiso extenso del infarto con > 1/3 del territorio de la ACM
Relativos	Edad > 80 años
	Uso de anticoagulantes orales independientemente del RIN
	Antecedentes de ACV previo y diabetes mellitus

NIHSS: Escala del Instituto Nacional de Salud; ACM: arteria cerebral media; ACV: accidente cerebrovascular; RIN: relación internacional normalizada.



PROTOCOLO DE "CÓDIGO ICTUS"

AUTORES:

Dr. Pablo Luchini
Dr. Leonardo Bogado
Dra. Elizabeth Aisaguer
Dra. Mariela Peñalba
Dr. Nicolás Pereyra Díaz