

# Presentación de Unidad de Ictus

## Nuevo protocolo de atención al ictus agudo en La Rioja

Marta Serrano. Neuróloga. Hospital San Pedro.  
Logroño 09 de julio de 2014

# Unidad de Ictus

---

- ▶ ¿Qué es?
- ▶ ¿para que sirve?: ventajas sobre atención en planta convencional
- ▶ Criterios de ingreso
- ▶ ¿ qué cambios implica para el Servicio de Urgencias?: nuevo protocolo de asistencia al ictus agudo en La Rioja.



# Unidad de Ictus

---

- ▶ **¿Qué es?**
- ▶ ¿para que sirve?: ventajas sobre atención en planta convencional
- ▶ Criterios de ingreso
- ▶ ¿ qué cambios implica para el Servicio de Urgencias?: nuevo protocolo de asistencia al ictus agudo en La Rioja.



# Unidad de Ictus

---

- ❑ unidad de cuidados agudos no intensivos destinadas de forma exclusiva a la atención de pacientes con ictus
- ❑ sistematización en la atención al paciente
- ❑ Personal entrenado
- ❑ criterios de ingreso preestablecidos
- ❑ rehabilitación funcional precoz
- ❑ Rehabilitación social del paciente

4 hab individuales con moitorización en 4ª planta (NRL), control de enfermería con telemetría



# Unidad de Ictus

---

- ▶ ¿Qué es?
- ▶ ¿para que sirve?: ventajas sobre atención en planta convencional
- ▶ Criterios de ingreso
- ▶ ¿ qué cambios implica para el Servicio de Urgencias?: nuevo protocolo de asistencia al ictus agudo en La Rioja.



# Unidades de Ictus

---

- ❑ Reducción de morbimortalidad
  - ↓ mortalidad 17%. NNT 33.
- ❑ Reducción de dependencia e institucionalización
  - ↓ dependencia 25%. NNT 20.
- ❑ Mejoría de indicadores de calidad
  - ❑ Estancia media
  - ❑ Readmisión hospitalaria
  - ❑ Costes en atención al ictus

## Mediante:

- Monitorización semiintensiva;
  - Aplicación de protocolos diagnósticoterapéuticos
  - Tratamientos específicos
- 



# Unidad de Ictus

---

- ▶ ¿Qué es?
- ▶ ¿para que sirve?: ventajas sobre atención en planta convencional
- ▶ **Criterios de ingreso**
- ▶ ¿ qué cambios implica para el Servicio de Urgencias?: nuevo protocolo de asistencia al ictus agudo en La Rioja.



# Unidades de Ictus

---

## **Criterios de ingreso**

- ▶ Ictus isquémico o hemorrágico agudo (menos de 48h de evolución)
- ▶ Déficit neurológico leve o moderado (NIHSS $\leq$ 25)
- ▶ Accidente isquémico transitorio reciente (en las últimas 24h antes del ingreso)
- ▶ Sin límite de edad

## **Priorización**

1. ictus isquémicos tratados con rtPa iv en las últimas 24h
  2. ictus isquémicos establecidos o hemorrágicos con menos tiempo de evolución
  3. déficits neurológicos moderados: NIHSS 5-25
  4. déficits leves: NIHSS <5
  5. Accidentes isquémicos transitorios
- 





# Unidades de Ictus

---

## **Criterios de exclusión:**

- ▶ Daño cerebral irreversible
- ▶ Demencia o dependencia previa
- ▶ Enfermedades concurrentes graves o mortales
- ▶ Trauma craneal agudo
- ▶ Necesidad de ingreso en UMI (pej, necesidad de intubación oro-traqueal, infarto agudo de miocardio concomitante, necesidad de medición de presión venosa central, etc)
- ▶ Hemorragia subaracnoidea (salvo excepciones)



# Unidad de Ictus

---

- ▶ ¿Qué es?
- ▶ ¿para que sirve?: ventajas sobre atención en planta convencional
- ▶ Criterios de ingreso
- ▶ ¿ qué cambios implica para el Servicio de Urgencias?: nuevo protocolo de asistencia al ictus agudo en La Rioja.



# Protocolo de atención al ictus agudo

---

- ▶ Modificaciones en los criterios de activación del CI
- ▶ Neurólogo de guardia de presencia física de 8 a 22h y localizado a partir de las 22h.
- ▶ Avisar a neurólogo según niveles de priorización
  - ▶ Prioridad I
  - ▶ Prioridad II
  - ▶ Ante la duda



# Atención en Urgencias.

---

## Prioridad I:

- **< 6 horas** de evolución
- Ictus del despertar
- ▶ Ictus de hora de **inicio desconocida**

**CÓDIGO ICTUS**

En situación previa independiente

## Prioridad II:

- Entre 6 y 48 horas
- AITs o con mejoría “espectacular”

**En situación vital previa fuese independiente.**

## Prioridad III:

- > 48 horas de evolución
- situación vital previa dependiente o con elevada comorbilidad.



# Atención en Urgencias. Decisión de ubicación.

---

## Prioridad I:

- **< 6 horas** de evolución
- Ictus del **despertar**
- ▶ Ictus de hora de **inicio desconocida**

En situación previa independiente

## Prioridad II:

- Entre 6 y 48 horas
- AITs o con mejoría “espectacular”

**En situación vital previa fuese independiente.**

## Prioridad III:

- **> 48 horas** de evolución
- situación vital previa dependiente o con elevada comorbilidad.

Box monitorización

Box monitorización

Box sin monitorización



# Atención en Urgencias.

---

- ▶ En los pacientes con prioridad I se activará el CI intrahospitalario, en los pacientes con prioridad II, aunque no se active el CI intrahospitalario, se notificará al neurólogo de guardia.



# Médico de urgencias en pacientes con prioridad I: código ictus.

---

- ▶ Historia y exploración: comprobar si se mantiene la sospecha de ictus.
- ▶ Confirmar de nuevo: que es prioridad I
- ▶ Si no se confirma → desactivar CI → pasa a enfermo con prioridad II.
- ▶ Avisar a Radiología y Laboratorio
- ▶ Avisar a Neurólogo
- ▶ Iniciar protocolo médico-enfermería: no cambios respecto al actual
- ▶ Realización de TAC: minuto 25-45.
- ▶ Caso de TAC craneal que demuestre hemorragia o contraindicación para fibrinólisis pasará el enfermo a prioridad II.



# Médico de urgencias en pacientes con prioridad II: criterios de ingreso en la UI

---

- ▶ Historia y exploración: comprobar si se mantiene la sospecha de ictus.
- ▶ Confirmar de nuevo: prioridad II
- ▶ No cumple criterios de realización de fibrinólisis intravenosa (fuera de tiempo, ictus recuperado, contraindicaciones, contraindicación de realización de fibrinólisis).
- ▶ El paciente pasará a box convencional con monitorización
- ▶ Iniciar protocolo médico-enfermería
- ▶ Se avisará al **neurólogo de guardia**.
- ▶ Cursar **TAC craneal urgente sin prioridad de código ictus**.
- ▶ Tras la realización de las medidas generales, el neurólogo verificará si cumple criterios de ingreso en la UI.





# Médico de urgencias en pacientes con prioridad III

---

- ▶ Historia y exploración: comprobar si se mantiene la sospecha de ictus.
- ▶ Confirmar que es prioridad III: > 48h, no criterios de CI, o que el paciente tiene una situación vital previa dependiente o con elevada comorbilidad.
- ▶ Box convencional sin monitorización.
- ▶ No precisan la realización de las medidas generales como I y II pero sí el control de las complicaciones que puedan presentarse

Paciente con déficit severo residual de más de 48 horas de evolución, enfermedad terminal, situación de dependencia previa, o paciente que hayan expresado con anterioridad su deseo de no recibir tratamiento hospitalario, no precisan ingreso en hospital de agudos.

- ▶ Valorar traslado a hospital de convalecencia o a domicilio en función de las posibilidades de sus cuidadores o ingreso para asegurar alimentación o porque su necesidad de cuidados así lo aconseje.
- 



# URGENCIAS HOSPITALARIAS

## PRIORIDAD I

- < 6 horas
- Ictus del despertar
- Ictus de inicio desconocido
- Paciente independiente
- Ausencia de enfermedades graves, demencia...



### CODIGO ICTUS

- Avisar a Radiología
- Avisar a neurólogo
- protocolo médico-enfermería

## PRIORIDAD II

- 6-48 horas
- Paciente independiente
- Ausencia de enfermedades graves, demencia...
- No se cumplen criterios para fibrinolisis o hay contraindicaciones absolutas



Avisar a neurólogo  
Protocolo médico-enfermería



TAC CRANEAL



UNIDAD DE ICTUS

## PRIORIDAD III

- >48 horas de
- Situación de dependencia previa
- Presencia de enfermedades graves, demencia...



Box convencional  
Valorar ingreso, alta domiciliaria o traslado a hospital de convalecencia



Derivación a centro terciario en ictus

FIBRINOLISIS

PROTOCOLO D-TTO

