

	TIEMPO 0 - FASE PREHOSPITALARIA			TIEMPO 1 - ADMISIÓN Y CLASIFICACIÓN	TIEMPO 2 - ASISTENCIA	
<b>ACCESO AL SISTEMA</b>	CENTRO COORDINADOR SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA LLAMADA ESTRUCTURADO, VALORABLE CON VARIABLES:			Ubicar al paciente en BOX DE CLASIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cualquier box con camilla de transporte</li> <li>Valorar ubicación en box de reanimación si grave afectación del nivel de consciencia</li> <li>Familiar en sala de espera de familiares</li> </ul>	
<b>EVALUACIÓN DE LA LLAMADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Edad</li> <li>Déficit motor, del habla y visual</li> <li>Desorientación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cefalea brusca y muy intensa</li> <li>Tiempo de inicio de los síntomas</li> </ul> Las llamadas desde otro servicio sanitario serán atendidas por el médico del centro coordinador		<ul style="list-style-type: none"> <li>Asegurar la intimidad</li> <li>Familiar junto al paciente</li> </ul>		
<b>INFORMACIÓN Y APOYO AL FAMILIAR Y PACIENTE</b>	SE INFORMARÁ AL PACIENTE O FAMILIARES DE:			<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificarse como médico y/o enfermero/a de Urgencias</li> <li>Entrega de la hoja de información al usuario y explicación de la misma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación del personal que asiste</li> <li>Explicar la enfermedad y los pasos a seguir</li> </ul>	
<b>RESPUESTA ASISTENCIAL</b>	LA SOSPECHA DE ICTUS EXIGE UNA RESPUESTA DE PRIORIDAD UNO. TODOS LOS PACIENTES DE MENOS DE TRES HORAS DE EVOLUCIÓN REQUIEREN EN PRINCIPIO UNA RESPUESTA INMEDIATA			<ul style="list-style-type: none"> <li>Valorar situación hemodinámica (TA, FC, FR, T)</li> <li>Nivel de consciencia, anotando la puntuación de la escala de Glasgow</li> <li>Dieta absoluta a todos</li> <li>Valorar la gravedad y asistencia en el box de reanimación</li> <li>Colocar semisentado</li> <li>Prevenir broncoaspiración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toma de constantes vitales (TA, FC, FR, T, saturación de O<sub>2</sub> (sat O<sub>2</sub>))</li> <li>Cama a 30°</li> <li>Historia clínica y exploración física: orientar etiología y localización de la lesión</li> <li>Anotar puntuación de escala de Glasgow y hora</li> <li>Canalizar vía venosa y extraer analítica</li> <li>ECG</li> <li>Dieta absoluta</li> <li>Valorar sonda nasogástrica (SNG)</li> <li>Mantener permeable vía respiratoria. Valorar Guedel e intubación OT</li> <li>Aplicar escalas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Escala NIH (ver tabla IX)</li> <li>Escala Canadiense (ver tabla X)</li> </ul> </li> </ul>	
<b>DOCUMENTACIÓN CLÍNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro electrónico de la llamada y la respuesta remitida</li> </ul>					
<b>MANEJO IN SITU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IDENTIFICARSE COMO MÉDICO Y/O ENFERMERO/A</li> </ul>					
<b>INFORMACIÓN Y APOYO AL FAMILIAR Y PACIENTE</b>	Si parada cardiorespiratoria (PCR) aplicar protocolo correspondiente VALORACIÓN INICIAL DE SIGNOS DE GRAVEDAD: Evaluación de constantes vitales consciencia frecuencia cardiaca, (FC), frecuencia respiratoria (FR), TA, temperatura (T), perfusión, pulsioximetría Ritmo en el monitor o electrocardiograma (ECG)		LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL <i>IN SITU</i> DEBE SER LO MÁS RÁPIDA POSIBLE RESOLVIENDO LAS SITUACIONES DE URGENCIA VITAL (ALTERACIÓN CONSCIENCIA, PROBLEMAS VENTILATORIOS Y CIRCULATORIOS) MEDIDAS GENERALES EN TODOS LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE ICTUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pedir historia clínica e informes antiguos</li> <li>Glucemia capilar</li> </ul>	TODOS LOS PACIENTES: <ul style="list-style-type: none"> <li>TC craneal sin contraste en todos los casos urgente. Valorar resonancia nuclear magnética (RNM) si disponibilidad</li> <li>Hemograma</li> <li>Bioquímica: glucemia, urea, creatinina, sodio, potasio</li> <li>Coagulación</li> <li>Marcadores de isquemia cardiaca</li> <li>ECG</li> <li>Sat O<sub>2</sub></li> </ul> EN PACIENTES SELECCIONADOS: <ul style="list-style-type: none"> <li>Rx tórax</li> <li>Si fiebre sacar hemocultivos X 2</li> <li>Función hepática</li> <li>Tóxicos</li> <li>Alcohol en sangre</li> <li>Test de embarazo</li> <li>GAB</li> <li>Punción lumbar si sospecha de hemorragia subaracnoidea con TC sin presencia de sangre</li> </ul>	
<b>ANAMNESIS DIRIGIDA: hora de inicio, tiempo de duración y su control</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anamnesis dirigida: hora de inicio, tiempo de duración y su control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Posicionado en camilla con cabeza elevada a 30°</li> <li>Vía venosa periférica evitando punciones de vías centrales o aquéllas de difícil compresión. Se evitarán todas las punciones intramusculares (IM)</li> <li>No se colocarán sueros glucosados. (No administrar glucosa a toda alteración de la consciencia sin confirmación de glucemia capilar; si no está disponible limitarla a los "elevada sospecha de hipoglucemia"; diabéticos en tratamiento)</li> <li>Oxigenoterapia (ver recomendaciones)</li> </ul>				
<b>EXPLORACIÓN FÍSICA DIRIGIDA:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exploración física dirigida:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Exploración cardiovascular y neurológica</li> <li>Ritmo, soplos</li> <li>Consciencia</li> <li>Lenguaje</li> <li>Actividad motora facial y de extremidades</li> </ul> </li> </ul>					
<b>SE RECOMIENDA LA UTILIZACIÓN DE CUALQUIER FORMA ESTANDARIZADA DE EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN NEUROLÓGICA QUE PERMITA EL POSTERIOR SEGUIMIENTO</b>						
<b>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Glucemia capilar</li> <li>ECG</li> <li>Pulsioximetría</li> </ul>					
<b>AYUDAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes previos del paciente</li> <li>Antecedente de ICTUS previo (20% son de repetición)</li> </ul>					
<b>INFORMACIÓN Y APOYO AL FAMILIAR Y PACIENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De la situación clínica y diagnóstico</li> </ul>					
<b>DOCUMENTACIÓN CLÍNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro del SEM</li> <li>Informe historia del paciente</li> <li>Medicaciones encontradas en el domicilio (anticoagulantes)</li> </ul>					
<b>TRASLADO</b>	Explicación de la decisión a paciente y familiares Información sobre el centro de traslado Selección de "centro útil"					
<b>INFORMACIÓN Y APOYO AL FAMILIAR Y PACIENTE</b>	AVISO AL CENTRO RECEPTOR DEL TRASLADO DE UN PACIENTE CON PERFIL ICTUS CON CRITERIOS DE REPERMEABILIZACIÓN (apéndice) Si se ha detectado hipoglucemia mantener la infusión de glucosa					
<b>AYUDAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS</b>	Monitorización continua FC y pulsioximetría					
<b>DOCUMENTACIÓN CLÍNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Historia clínica</li> <li>Informes y medicación previa del paciente</li> </ul>					
<b>RECORRIDO Y UBICACIÓN DE FAMILIAR Y PACIENTE</b>						
<b>INFORMACIÓN Y APOYO AL FAMILIAR Y PACIENTE</b>						
<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO MÉDICO. CUIDADOS GENERALES</b>						
<b>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. TEST PETICIONES DETERMINACIONES</b>						
<b>AYUDAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS</b>				Preguntas clave: <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Deficit neurológico persistente o ha cedido?</li> <li>Situación basal previa, ¿qué vida hace?, grado de dependencia</li> <li>Comienzo brusco o progresivo</li> <li><b>Tiempo de evolución (punto más importante del interrogatorio)</b></li> <li>¿Ha vomitado? ¿cefalea?</li> <li>Medicación previa (sobre todo anticoagulantes y heparina)</li> <li>Factores de riesgo de enfermedad vascular</li> <li>Drogas de abuso</li> <li>Migraña</li> <li>Infecciones</li> <li>Traumatismos</li> <li>Epilepsia</li> <li>Embarazo</li> </ul> <b>Activar CÓDIGO ICTUS (en hospitales donde este disponible) (neurólogo)</b>		
<b>DOCUMENTACIÓN CLÍNICA</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de Urgencias</li> <li>Hoja de acompañante</li> <li>Hoja de información al usuario</li> </ul>	Hoja de variación y verificación	

	TIEMPO 3 - EVOLUCIÓN, ESPERA Y OBSERVACIÓN	TIEMPO 4 - RESOLUCIÓN, ORIENTACIÓN Y TRANSFERENCIA
<p><b>RECORRIDO Y UBICACIÓN DE FAMILIAR Y PACIENTE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre en camilla de transporte en observación, salvo criterios de UCI o intubación</li> <li>• Cama a 40°</li> <li>• Familiar junto al paciente</li> <li>• No perderlo de vista en rayos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar en la sala de información</li> </ul>
<p><b>INFORMACIÓN Y APOYO AL FAMILIAR Y PACIENTE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar la enfermedad y llegada de resultados</li> <li>• Pasos a seguir</li> <li>• Motivos de espera y objetivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar los motivos del ingreso y los objetivos del alta</li> <li>• Explicación detallada del tratamiento</li> </ul>
<p><b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO MÉDICO. CUIDADOS GENERALES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización de constantes</li> <li>• Vigilar nivel de consciencia</li> <li>• Siempre dieta absoluta</li> </ul> <p><b>ESCALAS</b></p> <p>Escala NIH/cada 12 horas (ver tabla IX)</p> <p>Escala Canadiense/cada 4 horas (ver tabla X)</p> <p><b>AIT DE ORIGEN ATERTROMBÓTICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antiagregante plaquetario para reducir el riesgo de recurrencia. Los diferentes tipos de antiagregantes mencionados pueden ser elegidos como terapia inicial (aspirina 300 mg/día, clopidogrel 75 mg/día, triflusal 300 mg/12 h). En caso de pacientes de alto riesgo es preferible utilizar clopidogrel</li> <li>• No se recomienda el tratamiento anticoagulante en los pacientes con AIT aterotrombóticos, tanto en periodos cortos como largos</li> <li>• La anticoagulación puede ser una opción en pacientes que tienen AIT repetidos a pesar de estar en tratamiento con antiagregantes plaquetarios. El grado de anticoagulación debe ser controlado debido a que con índice normalizado internacional (INR) de más de 3,0 hay riesgo de hemorragias</li> </ul> <p><b>AIT DE ORIGEN CARDIACO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En estos casos está indicada la anticoagulación a largo plazo para aquellos enfermos que presentan una fibrilación auricular. El INR debe de estar alrededor de 2,5 (2,0 a 3,0)</li> <li>• La anticoagulación oral también puede estar indicada en pacientes con otras fuentes de cardioembolismo</li> <li>• La antiagregación sólo se recomienda cuando el paciente tiene una contraindicación real a la anticoagulación</li> </ul> <p><b>ICTUS ISQUÉMICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta absoluta salvo medicación</li> <li>• SSF 1.500-2.000 cc/día IV. <b>Sólo si glucemia &lt; 60 mg/dl dar SG5% o gluco-salino</b></li> <li>• Monitorización continua de FC, FR, sat O<sub>2</sub></li> <li>• Monitorización neurológica cada 4 horas (Escala Canadiense. Ver tabla X)</li> <li>• Cama a 40°</li> <li>• <b>Antiagregación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Ácido acetilsalicílico (AAS):</b> 300 mg/24 horas</li> <li>– <b>Clopidogrel:</b> 75 mg /24 horas.</li> </ul> </li> <li>* Los pacientes diabéticos, con cardiopatía isquémica, claudicación intermitente, gastropatía y pacientes tratados previamente con AAS se benefician especialmente del tratamiento con clopidogrel</li> <li>– <b>Doble antiagregación:</b> pacientes subsidiarios de angioplastia carotídea o que presentan estenosis arteriales aterotrombóticas con alto riesgo de recurrencia</li> <li>• <b>Inhibidores de la bomba de protones (IBP):</b> 1/24 horas VO o IV</li> <li>• <b>Enoxaparina sódica:</b> 20-40 mg SC 1/24 h. No aumenta riesgo hemorragia</li> <li>• <b>Citicolina:</b> 1.000 mg/12 h VO o IV</li> <li>• <b>Acenocumarol:</b> si lo tomaba previamente continuar, si no, esperar 3-10 días para su reinstauración</li> <li>• <b>Control temperatura</b> Si T &gt; 37,5°C dar paracetamol 1g (IV o VO) y sacar hemocultivos X 2</li> <li>• <b>Control tensión arterial horario</b></li> </ul> <p>Si TA es &gt; o = 220/120 en dos medidas diferentes separadas 15 minutos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Captopril 12,5 mg SL o ENALAPRIL 1 mg IV</li> <li>– Bolos de 10 mg labetalol IV que se pueden repetir cada 10-20 minutos hasta control de TA</li> <li>– Si no hay respuesta comenzar perfusión de nitroprusiato</li> </ul> <p><b>En caso de haber recibido tratamiento trombolítico</b> si TA es &gt; o = 185/110 dar captopril 12,5 mg SL o:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– valorar bolos de 10 mg labetalol IV o nitroprusiato en perfusión si precisa para control de urgencia hipertensiva</li> <li>– Si hipotensión, expansores de plasma</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Control oxigenación</b> Si sat O<sub>2</sub> &lt; 93% dar O<sub>2</sub> en VMK al 24-28%</li> <li>• <b>Control glucemia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Glucemia cada 6 horas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• G &gt; 350: 12 UI Actrapid SC</li> <li>• G 300-350: 10 UI Actrapid SC</li> <li>• G 250-300: 8 UI Actrapid SC</li> <li>• G 200-250: 6 UI Actrapid SC</li> <li>• G 150-200: 4 UI Actrapid SC</li> <li>• G &lt; 150 mg/dl: no dar nada</li> </ul> </li> <li>– Si estreñimiento: enema y lactulosa cada 8 horas</li> <li>– Si retención urinaria o precisa: realizar sondaje urinario</li> <li>– Si agitación: 1/2 ampolla haloperidol IV</li> <li>– Si náuseas/vómitos: domperidona 1 VO o metoclopramida 1 IV</li> <li>– Si crisis comicial: Diazepam IV de 5 a 10 mg</li> </ul> </li> </ul> <p>Posteriormente (previa carga con 500-1.000 mg en 45 minutos en 250-500 SSF respectivamente) fenitoína 100 mg VO cada 8-12 h o 125 mg IV cada 8-12 h</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Si aspiración respiratoria con fiebre de más de 38,5°C: cefotaxima 2 g cada 24 h IV ± clindamicina 600 mg/6 h IV después de hemocultivos X 2</li> <li>– Sondaje nasogástrico si riesgo de aspiración</li> <li>– Si disminución importante del nivel consciencia y edema cerebral sin hemorragia: manitol 20% 250 cc IV y posteriormente 125 cc cada 6 horas (ir disminuyendo cada día a cada 8 h, 12 h, 24 h y suspender) total 4 días. Dar 1 ampolla furosemida después de cada toma de manitol 20% especialmente si el paciente tiene edemas (es diurético osmótico)</li> <li>*No dar acenocumarol ni heparina Na terapéutica en primeras 72 h (riesgo de transformación hemorrágica alto) salvo determinadas circunstancias. Acenocumarol a los 3-10 días del evento según tamaño del infarto cerebral</li> </ul> <p><b>ICTUS HEMORRÁGICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta absoluta salvo medicación</li> <li>• Retirar antiagregación y anticoagulación</li> <li>• SSF 1.500-2.000 cc/día IV. Solo si glucemia &lt; 60 mg/dl dar SG5% o gluco-salino</li> <li>• Monitorizar continua de FC, FR, Sat O<sub>2</sub></li> <li>• Monitorización neurológica cada 4 horas (Escala Canadiense. Ver tabla X)</li> <li>• Cama a 40°</li> <li>• <b>IBP</b> 1/24 horas VO o IV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Heparinas de bajo peso molecular (HBPM)</b> 20-40 mg SC 1/24 h. No aumenta riesgo hemorragia</li> <li>• <b>Control temperatura</b> Si T &gt; 37,5°C dar paracetamol 1g (IV o VO) o metazolol y sacar hemocultivos X 2</li> <li>• <b>Control tensión arterial</b> Si TA es &gt; o = 180/105 dar captopril 12,5 mg SL o enalapril 1-5 mg IV Valorar bolos de 10 mg labetalol IV o perfusión si precisa para control de urgencia hipertensiva nitroprusiato en perfusión si precisa para control de urgencia hipertensiva Si hipotensión expansores de plasma</li> <li>• <b>Control oxigenación</b> Si sat O<sub>2</sub> &lt; 93% dar O<sub>2</sub> en VMK al 24-28%</li> <li>• <b>Control glucemia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Glucemia cada 6 horas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• G &gt;350: 12 UI Actrapid SC</li> <li>• G 300-350: 10 UI Actrapid SC</li> <li>• G 250-300: 8 UI Actrapid SC</li> <li>• G 200-250: 6 UI Actrapid SC</li> <li>• G 150-200: 4 UI Actrapid SC</li> <li>• G &lt; 150 mg/dl: no dar nada</li> </ul> </li> <li>– Si estreñimiento: enema y lactulosa cada 8 horas</li> <li>– Si retención urinaria o precisa: realizar sondaje urinario</li> <li>– Si agitación: 1/2 ampolla haloperidol IV</li> <li>– Si náuseas/vómitos: domperidona 1 VO o metoclopramida 1 IV</li> <li>– Si crisis comicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diazepam IV de 5 a 10 mg</li> <li>• Posteriormente (previa carga con 500-1.000 mg en 45 minutos en 250-500 SSF respectivamente) fenitoína 100 mg VO cada 8-12 h o 125 mg IV cada 8-12 h</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>– Sondaje nasogástrico si riesgo de aspiración</li> <li>– Si aspiración respiratoria con fiebre de más de 38,5°C: cefotaxima 2 g cada 24 h IV ± clindamicina 600 mg/6 h IV después de hemocultivos X 2</li> <li>– Si disminución brusca e importante del nivel de conciencia: hacer nuevo TC craneal</li> <li>– Si hidrocefalia secundaria: valorar tratamiento neuroquirúrgico urgente</li> <li>– Cuidado con manitol: puede incrementar hematoma (usar en casos muy extremos)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valorar tratamiento quirúrgico si:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Si hematoma lobar superficial con deterioro progresivo</li> <li>– Si hemorragia cerebelosa con progresión del déficit</li> <li>– Si hemorragia cerebelosa con desarrollo de hidrocefalia</li> </ul> </li> <li>• <b>Hemorragia subaracnoidea:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Valoración por neurocirugía <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nimodipino: dosis inicial 25 mg/24 h IV en bomba infusión continua preferentemente vía central</li> <li>• A las 24 h si no ha existido hipotensión (caída de TA sistólica &gt; 20%) aumentar la dosis a 50 mg/24 h IV</li> <li>• A partir de las 72 h si el paciente está más consciente: pasar a nimodipino oral (2 comprimidos/6 h). Ajustar en</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<p><b>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. TEST, PETICIONES, DETERMINACIONES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controles del nivel de consciencia</li> <li>• Controles analíticos</li> <li>• Control evolutivo en observación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interconsultas: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Unidad de ictus</li> <li>– UCI</li> <li>– Neurocirujano</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>AYUDAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS</b></p>	<p><b>ICTUS PROGRESIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DEFINICIÓN: empeoramiento del déficit neurológico que cursa con disminución en la Escala Canadiense (ver tabla X) de 1 o más puntos en la puntuación total (exceptuando el ítem de la orientación) respecto a la puntuación obtenida en la evaluación anterior, o que produce un incremento mayor o igual a 4 puntos en la escala NIH (ver tabla IX)</li> <li>• <b>ACTITUD ANTE PROGRESIÓN DÉFICIT NEUROLÓGICO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Comprobar la existencia de alguna de las causas potenciales de deterioro neurológico</li> <li>– Repetir la evaluación pasados 15 minutos</li> <li>– Si se sospecha que la causa de la progresión es neurológica se realizará TC de control</li> <li>– Si la causa es el crecimiento del hematoma o hidrocefalia por hemorragia intraventricular se aplicará tratamiento según neurocirugía</li> </ul> </li> <li>• Si se sospecha del origen de la progresión es una trombosis vertebrobasilar: anticoagulación a dosis plenas (después de haber descartado una transformación hemorrágica)</li> <li>• En pacientes tratados con trombolisis, y después de una mejoría clínica inicial, debe pensarse en la posibilidad de reoclusión arterial o de transformación hemorrágica</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intubación si: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Signos de insuficiencia respiratoria (pO<sub>2</sub> &lt; 60 mmHg o pCO<sub>2</sub> &gt; 50 mmHg)</li> <li>– Riesgo inminente de aspiración</li> <li>– Compromiso del nivel de consciencia</li> </ul> </li> <li>• <b>ESCALAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Escala NIH (ver tabla IX)</li> <li>– Escala Canadiense (ver tabla X)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte interhospitalario si precisa a centro con código ictus o centro con neurocirugía</li> <li>• <b>Criterios de ingreso:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– En principio, todos los pacientes con ICTUS deben ingresar en un hospital</li> </ul> </li> <li>• <b>Criterios de derivación a consulta externa de neurología:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Paciente con AIT al que se le puede valorar en consulta externa y hacer todas las exploraciones complementarias en 48 h</li> </ul> </li> <li>• <b>Criterios de valoración por neurocirugía:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Todo paciente con lesión hemorrágica</li> </ul> </li> <li>• <b>Escalas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Escala NIH (ver tabla IX)</li> <li>– Escala Canadiense (ver tabla X)</li> </ul> </li> <li>• <b>Control de complicaciones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hidrocefalia, convulsiones, resagrado y vaso-espasmo en HSA</li> <li>– Síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética</li> <li>– Trastornos hidroelectrolíticos</li> <li>– Trombosis venosa profunda</li> <li>– Tromboembolia pulmonar</li> <li>– Infección del tracto urinario</li> <li>– Neumonía aspirativa</li> <li>– Úlceras de decúbito</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>DOCUMENTACIÓN CLÍNICA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HOJA DE EVOLUCIÓN EN SALA DE OBSERVACIÓN</li> </ul>	<p>Encuesta, Informe de Urgencias Normas de observación</p>