

**Mat.:** Aprueba “*Protocolo de activación del “código ACV” y terapias de reperfusión en el ataque cerebrovascular isquémico agudo*”.

**Santiago.**

**VISTOS,** Lo dispuesto en:

1. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N°s. 18.933 y 18.469;
2. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653, de 2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado;
3. La Ley N°19.880, sobre Bases de los Procedimientos Administrativos de los Órganos del Estado;
4. Los Decretos Supremos N° 140/2004 y N° 38/2005, ambos del Ministerio de Salud, que aprueban los reglamentos orgánicos de los Servicios de Salud y de los Establecimientos de Autogestión en Red;
5. La Resolución N° 36/2024, de la Contraloría General de la República, que establece los actos administrativos exentos del trámite de toma de razón.
6. La Resolución Exenta RA N°116675/92/2024, de 30 de enero de 2024, que modifica la Resolución Exenta RA N°116675/419/2023, del Servicio de Salud Metropolitano Central, que nombra en calidad de titular el cargo de Director del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.
7. Resolución Exenta N°3.195, de 2024, del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, que establece jefaturas, determina subrogancia para los cargos de Director, Subdirector, Jefes y Encargados de Unidades, del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.



## CONSIDERANDO

a) Que, el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, como centro de alta complejidad y referencia nacional en atención de patologías tiempo-dependientes, debe contar con protocolos institucionales que aseguren una respuesta oportuna y coordinada ante eventos clínicos críticos, como los accidentes cerebrovasculares (ACV).

b) Que, el ACV constituye una de las principales causas de discapacidad y muerte en el país, por lo que su manejo requiere una activación inmediata de recursos clínicos y una ruta asistencial previamente definida que minimice los tiempos de atención, diagnóstico e intervención terapéutica.

c) Que, el presente Protocolo de Activación de Código ACV tiene por objeto estandarizar el proceso de identificación, alerta, activación de equipos, toma de imágenes y derivación de pacientes con sospecha de evento cerebrovascular agudo, asegurando un abordaje eficiente, oportuno y de alta calidad técnica.

d) Que, este instrumento establece responsabilidades claras para el personal médico, de enfermería y de apoyo en los distintos puntos de atención del HUAP, integrando criterios clínicos, flujos de comunicación, registros necesarios y coordinación con centros resolutivos, en concordancia con la evidencia clínica y normativa vigente.

e) Que, de conformidad con lo anterior, en el ejercicio de lo dispuesto en el artículo 23 letra c) del Decreto Supremo N°38. De 2005, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, según el cual le corresponde al Director organizar internamente el Establecimiento Autogestionado y;



f) Asignar las tareas correspondientes, con el fin de atender las necesidades públicas o colectivas de una manera regular, continua y permanente, como lo ordenan los artículos 3° y 28 de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y con la finalidad de establecer la **segunda versión** del “*Protocolo de activación del “código ACV” y terapias de reperusión en el ataque cerebrovascular isquémico agudo*”, dicto la siguiente:

## RESOLUCIÓN

I. **APRUÉBANSE** la **segunda versión** del “*Protocolo de activación del “código ACV” y terapias de reperusión en el ataque cerebrovascular isquémico agudo*”, que es del siguiente tenor:

	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DEL “CÓDIGO ACV” Y TERAPIAS DE REPERUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO				
	CÓDIGO UNE	VERSIÓN 02	FECHA 09/2025	VIGENCIA 5 años	N° PÁGINAS 73



<b>Revisado Por:</b>	<b>Aprobado Por:</b>
 <p>Firmado por: Ilse Dora del Carmen Silva Robles Jefatura Calidad y Seguridad del Paciente (s) Fecha: 20-10-2025 10:35 CLT Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río</p>	 <p>Firmado por: Patricio Raúl Barria Alef Director Huap Fecha: 20-10-2025 16:44 CLT Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río</p>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.  
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
[https://doc.digital.gob.cl/validador/029380\\_3483](https://doc.digital.gob.cl/validador/029380_3483)



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.  
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 2 de 73

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN .....	4
I. OBJETIVOS .....	7
Objetivo general: .....	7
Objetivos específicos: .....	7
III. ALCANCE:.....	8
IV. ABREVIATURAS Y DEFINICIONES .....	9
V. RESPONSABLES.....	15
VI. DESARROLLO DEL PROCESO .....	19
1. Sospecha de ACV Isquémico y activación del Código ACV .....	19
1.1. Pacientes trasladados por el SAMU o derivados desde los SAPU, SAR, SUR u otros hospitales de la red del SSMC:.....	19
1.2. Pacientes que ingresen al categorizador (consulta espontánea) ubicado en la sala de espera de la UEH:.....	19
1.3. Pacientes trasladados o derivados desde establecimientos que no pertenecen a la Red SSMC:.....	20
1.4. Pacientes hospitalizados en cualquier Servicio o Unidad del HUAP: .....	20
2. Conformación y responsabilidades del equipo del Código ACV en la UEH o en Servicio/Unidad de hospitalizados.....	21
3. Confirmación diagnóstica de ACV isquémico .....	23
4. Indicación del tratamiento de reperfusión.....	25
4.1. Indicación y administración de la trombólisis intravenosa.....	25
4.2. Terapia de Reperfusión con trombectomía mecánica.....	41
4.3. Indicaciones durante las primeras 24 horas de hospitalización del paciente con ACV isquémico tratado con trombólisis intravenosa y/o trombectomía mecánica: .....	45
VII. DISTRIBUCIÓN.....	52
VIII. REFERENCIAS .....	52
IX. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO .....	57



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL “CÓDIGO ACV” Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 3 de 73

X. ANEXOS .....	58
Anexo 1: Escala RÁPIDO (BE-FAST) .....	58
Anexo 2: Criterios de inclusión y exclusión para trombólisis intravenosa (AHA 2019) .....	60
Anexo 3: Criterios de inclusión para tratamiento endovascular (Trombectomía Mecánica) .....	63
Anexo 4: Escala NIHSS .....	64
Anexo 5: Escala ASPECTS .....	65
Anexo 6: Algoritmo para la indicación de las terapias de reperfusión en el ACV isquémico agudo. ....	66
Anexo 7: Hoja de registro de enfermería en la trombólisis intravenosa .....	67
Anexo 8: Escala modificada de Rankin (mRS) .....	70
Anexo 9: Escala TICI .....	71



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 4 de 73

## I. INTRODUCCIÓN:

En Chile, las enfermedades cerebrovasculares (ECV) tienen un alto impacto epidemiológico. Anualmente se producen 34.413 egresos hospitalarios por ataques cerebrovasculares (ACV) isquémicos y hemorrágicos (1) (DEIS, 2023). Además, son la segunda causa de mortalidad, la segunda causa específica de años de vida saludable perdidos ajustados por discapacidad (AVISA) y la segunda causa de años perdidos por muertes prematuras (personas de 30 a 69 años) (2). Esto se traduce en 8.405 defunciones anuales (DEIS, 2021) (3), lo que equivale a una muerte por hora. La prevalencia en Chile es de 2.6% (ENS, 2016-2017), es decir, más de 500.000 personas que han sobrevivido a una ECV. De estas, 81.7% presentan un grado de discapacidad moderado a severo (4).

El ACV isquémico es una patología de urgencia, tiempo-dependiente, que requiere un manejo especializado inmediato, puesto que la ventana terapéutica para realizar intervenciones que disminuyan la discapacidad es limitada. En la actualidad, las guías recomiendan la trombólisis intravenosa con Alteplasa (0,9 mg/Kg, máximo 90 mg.; 10% en bolo, 90% infundido en 1 hora) para pacientes elegibles con ACV isquémico dentro de las primeras 4,5 horas de evolución (5). La Tenecteplasa, una variante de Alteplasa modificada genéticamente que se puede administrar en bolo intravenoso, ha recibido recientemente la aprobación de la FDA para pacientes elegibles con ACV isquémico de menos de 4.5 horas, en dosis de 0,25 mg/Kg (máximo 25 mg) (6). En el caso del tratamiento endovascular (trombectomía mecánica) la ventana es de 6 horas, pudiendo extenderse hasta 24 horas en casos seleccionados (5).

Chile es uno de los países latinoamericanos más avanzados en cuanto a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con ACV (7). El ACV isquémico en personas de 15 años y más fue incorporado en el régimen de garantías explícitas en salud (GES) el año 2005, garantizando por ley el acceso y la oportunidad para el diagnóstico, tratamiento hospitalario, rehabilitación y seguimiento de estos pacientes (8). El Plan de Acción Ataque Cerebrovascular (2014) (2) ha promovido la mejora de la atención del episodio agudo, mediante la



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL “CÓDIGO ACV” Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 5 de 73

reorganización de la atención hospitalaria y el aumento de la oferta de tratamiento trombolítico. Lo anterior se ha traducido en un aumento progresivo de la sobrevida al año post ACV, llegando en la actualidad al 76% (9).

Por su parte, el *Modelo de Gestión de la Red Neurológica en la atención de las personas con Ataque Cerebrovascular* (9), se propone completar la articulación de una red de establecimientos con diferentes capacidades resolutivas para el ACV, organizada con una lógica territorial a lo largo del país. El Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC), es el principal centro de atención de urgencias y emergencias de adultos en el país. A nivel de la red SSMC es el establecimiento de mayor complejidad para la atención del ACV, correspondiendo a un Hospital tipo A según lo indicado en el *Modelo de Gestión* (9) (10).

El año 2017, por primera vez se incorporó a la Unidad de Emergencia Hospitalaria del HUAP un médico especialista en neurología adultos. Ese año, se elaboró el “Protocolo de activación del Código ACV y terapias de reperfusión para el ACV isquémico”, realizándose la primera trombólisis intravenosa con Alteplasa el día 28 de diciembre de 2017. Durante el año 2018, el hospital fue incorporando de manera progresiva más neurólogos en la Unidad de Emergencia, logrando contar con cobertura 24/7 a partir del año 2019. Además, desde la creación de la Unidad de Angiografía en enero de 2020, se cuenta con radiólogos y neuro radiólogos intervencionistas de llamado, con sistema de turno 24/7 para la realización de trombectomías mecánicas y otros procedimientos endovasculares de urgencia. El número de trombectomías mecánicas realizadas en HUAP ha ido *in crescendo* desde entonces, con 84 procedimientos durante el año 2023, equivalente al 25% de la producción nacional. El presente documento corresponde a la actualización del primer protocolo.

Según la codificación GRD de los pacientes egresados por esta patología, se ha evidenciado un aumento progresivo de los egresos hospitalarios desde el año 2016 en adelante, alcanzando el año 2023 resultados históricos de 559 egresos anuales. Por otra parte, la complejidad de estos pacientes también ha ido en



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 6 de 73

aumento, alcanzando un peso medio GRD de 2.13 el año 2023, lo cual significa que los pacientes con ACV, atendidos en el HUAP, son un 113% más complejos que el promedio de la casuística nacional (11).

En la actualidad, el tratamiento hospitalario de los pacientes con ACV durante la etapa aguda se realiza en camas sectorizadas y preferenciales de la Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) del 5° piso, las que cuentan con neurólogo residente de turno 24/7, personal de enfermería capacitado y rehabilitación multidisciplinaria de inicio precoz. Lo anterior, en atención a la contundente evidencia de que los pacientes con ACV logran mejores resultados clínicos cuando ingresan a una unidad especializada.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 7 de 73

## I. OBJETIVOS

### Objetivo general:

Estandarizar los procesos asociados al diagnóstico y tratamiento del ACV isquémico agudo, incluyendo las terapias de reperfusión (trombólisis intravenosa, trombectomía mecánica) y los cuidados durante las primeras 24 horas de evolución.

### Objetivos específicos:

1. Definir los procesos de atención de los pacientes seleccionados como candidatos para terapias de reperfusión cerebral: sospecha clínica, confirmación diagnóstica, tratamiento trombolítico, tratamiento endovascular y cuidados intrahospitalarios.
2. Establecer un proceso eficiente desde la sospecha clínica de ACV isquémico en periodo de ventana terapéutica, hasta la administración del tratamiento trombolítico o trombectomía mecánica.
3. Establecer la prioridad de las evaluaciones clínicas y de la realización de exámenes necesarios en pacientes candidatos a terapias de reperfusión cerebral.
4. Identificar un flujograma de atención para facilitar la selección y las acciones frente a un paciente candidato a terapia de reperfusión cerebral en ACV isquémico agudo.
5. Establecer un registro estandarizado para el cuidado y control del paciente durante las primeras 24 horas post trombólisis o trombectomía mecánica.
6. Actualizar los conocimientos del equipo de salud que participa en el proceso de atención de los pacientes con ACV isquémico hiperagudo.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL “CÓDIGO ACV” Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 8 de 73

7. Disminuir el intervalo entre la activación de Código ACV y el inicio de la terapia de reperfusión cerebral cuando corresponda.

### III. ALCANCE:

El presente protocolo está dirigido a todos los integrantes del equipo de salud, incluidas las unidades clínicas y de apoyo, que intervienen en la atención de los pacientes con sospecha y/o confirmación de ACV isquémico agudo dentro de la ventana terapéutica y potencialmente candidatos a terapia de reperfusión cerebral en el HUAP, abarcando desde la evaluación inicial hasta el procedimiento y los cuidados durante las primeras 24 horas de tratamiento.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 9 de 73

#### IV. ABREVIATURAS Y DEFINICIONES:

- **ACV:** Ataque Cerebro Vascular.
- **ACV del despertar:** Situación clínica en que existe la sospecha de estar cursando con un ACV agudo inmediatamente cuando el paciente despierta, lo que implica que la hora de inicio de los síntomas es desconocida. En estas situaciones se establece la hora de inicio como la hora en que el paciente fue visto bien por última vez antes de dormir. Se recomienda activar el Código ACV en todos los casos de ACV del despertar con menos de 24 horas de evolución desde la última vez visto bien.
- **ACV isquémico agudo o reciente:** Síndrome clínico caracterizado por **síntomas y/o signos neurológicos focales** que se desarrollan rápidamente, y en ocasiones también pérdida global de la función cerebral (paciente en coma), que duran más de 24 horas o que conducen a la muerte, **cuyo inicio se produjo dentro de los últimos 14 días**, sin otra causa aparente que un origen vascular por obstrucción u oclusión arterial. Esta definición enfatiza el carácter focal que la mayoría de las veces tiene el ACV, particularmente cuando se trata de uno de naturaleza isquémica
- **ACV isquémico no reciente:** Síndrome clínico de similares características a lo descrito para el ACV isquémico agudo, cuyo inicio se produjo **antes de 14 días** previo a la evaluación.
- **ACV isquémico hiperagudo:** Paciente cursando con una injuria cerebral focal de reciente inicio (**usualmente horas de evolución**), secundario a pérdida de irrigación focal o regional del encéfalo, debido a una obstrucción arterial. Su traducción clínica es la aparición de un **déficit neurológico focal** nuevo. Puede evolucionar hacia un infarto encefálico consolidado
- **AHA:** American Heart Association.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 10 de 73

- **AIT:** Ataque Isquémico Transitorio.
- **AIT agudo o reciente:** Síndrome clínico caracterizado por síntomas y/o signos focales que se desarrollan rápidamente, y en ocasiones, pérdida global de la función cerebral (paciente en coma) de carácter transitorio (**generalmente dura menos de 1 hora**) sin otra causa aparente más que un origen vascular por obstrucción u oclusión arterial. Esta definición enfatiza el carácter focal que la mayoría de las veces tiene el ACV, particularmente cuando se trata de uno de naturaleza isquémica. Si, a pesar de que los síntomas sean transitorios, las neuroimágenes (TC, RM) muestran una lesión isquémica compatible con el cuadro clínico, ya no se considera AIT, sino que ACV isquémico (infarto encefálico).
- **AngioTC:** Angiografía por Tomografía Computada.
- **AngioRM:** Angiografía por Resonancia Magnética
- **BIC:** Bomba de infusión continua.
- **Cama monitorizada:** Cama en la que se puede realizar monitorización hemodinámica no invasiva del paciente trombolizado y/o trombectomizado, y que cuenta con equipo médico, neurológico y personal de enfermería 24/7, los que están capacitados para reconocer y manejar las complicaciones post procedurales, especialmente durante las primeras 24 horas luego del procedimiento. En el caso del HUAP, se refiere a la Unidad de Tratamiento Intermedio, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de cuidados post anestésicos o Sector con complejidad de unidad de paciente Críticos de la Unidad de Emergencia Hospitalaria.
- **Código ACV:** Mecanismo formal de comunicación mediante el cual el personal de salud, tanto dentro del hospital como en el rescate prehospitalario, pone en alerta, al sospechar un ACV hiperagudo, al equipo de emergencias y al neurólogo de turno, de manera que la evaluación de



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 11 de 73

este paciente sea prioritaria, con carácter de urgencia. Su activación es el paso inicial de una cadena de eventos previamente definidos y estandarizados para asegurar el rápido tratamiento de los pacientes candidatos a terapias de reperfusión.

- **ECG:** Electrocardiograma.
- **Escala de ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT Score):** Es una escala que permite cuantificar la presencia de signos precoces de isquemia cerebral visibles en la TC sin contraste en pacientes con sospecha de oclusión aguda de grandes vasos de circulación anterior. Se usa como parte de la evaluación de los pacientes candidatos a trombólisis intravenosa o trombectomía mecánica. El puntaje va de 0 a 10; a menor puntaje, mayor es la porción de tejido cerebral con signos precoces de isquemia.
- **ESI:** Emergency Severity Index.
- **FDA:** Food and Drug Administration.
- **HUAP:** Hospital de Urgencia Asistencia Pública.
- **IECA:** Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.
- **IHME:** Institute for Health Metrics and Evaluation.
- **IV:** Intravenosa.
- **LVO (Large Vessel Occlusion):** Oclusión de gran vaso cerebral, demostrable por métodos imagenológicos y susceptible de recanalizar mediante procedimientos endovasculares. Se incluyen en contexto de este protocolo: arteria carótida interna intracraneal, arteria cerebral media segmentos M1 o M2, arteria cerebral anterior segmento A1, arteria basilar, arteria cerebral posterior segmento P1.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 12 de 73

- **MINSAL:** Ministerio de Salud de Chile.
- **Mismatch:** se refiere a la existencia de una diferencia significativa en cuanto al volumen de la lesión en el estudio de perfusión cerebral y el volumen de tejido cerebral infartado. Es un indicador indirecto de la presencia de un volumen significativo de tejido cerebral potencialmente recuperable. La definición depende de la relación elegida entre el volumen del núcleo y el volumen del déficit de perfusión, es decir, la *razón de mismatch o mismatch ratio* (12).
- **mRS:** Escala modificada de Rankin.
- **Neuroimágenes:** Se refiere a TC o RM.
- **NIHSS:** National Institutes of Health Stroke Scale, Escala de evaluación clínica neurológica para pacientes con ACV agudo del National Institutes of Health (Estados Unidos).
- **PAM:** Presión Arterial Media.
- **PAD:** Presión Arterial Diastólica.
- **PAS:** Presión Arterial Sistólica.
- **Período de ventana terapéutica:** Tiempo desde el inicio de los síntomas de un ACV isquémico, dentro del cual está indicada algún tipo de terapia de reperusión. En el caso de la trombólisis intravenosa se establece hasta las 4,5 horas desde el inicio de los síntomas, la cual se podría extender hasta las 9 horas en casos seleccionados. En el caso de la Trombectomía Mecánica se establece hasta las 6 horas, la cual se puede extender hasta las 24 horas en casos seleccionados.
- **PIC:** Presión intracraneal.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 13 de 73

- **PPC:** Presión de perfusión cerebral.
- **Reperfusion mixta o terapia puente:** Realización de trombólisis intravenosa más tratamiento endovascular de manera simultánea o consecutiva en pacientes con LVO.
- **RM:** Resonancia Magnética.
- **rt-PA:** activador recombinante del plasminógeno tisular.
- **SAMU:** Servicio de Atención Médica de Urgencias.
- **SAPU:** Servicio de Atención Primaria de Urgencias.
- **SAR:** Servicio de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolutividad.
- **SF:** Solución fisiológica.
- **SIGGES:** Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud.
- **SNG:** Sonda nasogástrica.
- **Sospecha de ACV:** persona con déficit neurológico de tipo **FOCAL**, de inicio **súbito**, o con puntaje mayor o igual a 1 en las escalas de tamizaje de ACV, como la Escala BE-FAST (13) (14) – RÁPIDO - (15) o la Escala de Cincinnati.
- **SSMC:** Servicio de Salud Metropolitano Central.
- **SUR:** Servicio de Urgencia Rural.
- **TACO:** Tratamiento anticoagulante oral.
- **TC:** Tomografía Computada.
- **TENS:** Técnico de Enfermería de Nivel Superior.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 14 de 73

- **Terapias de reperfusión cerebral:** Métodos farmacológicos o mecánicos aplicables a pacientes con un ACV isquémico hiperagudo. Comprenden la trombólisis intravenosa y la trombectomía mecánica (con o sin trombólisis intraarterial), o una combinación de ambos procedimientos.
- **TICI:** Escala de evaluación de reperfusión de vaso sanguíneo cerebral después de un tratamiento de trombólisis o trombectomía mecánica (16).
- **Tiempo de inicio de los síntomas:** Hora exacta del inicio de los síntomas. Se establece usualmente cuando esta información puede ser confiablemente otorgada por el mismo paciente o por un tercero que presencié la instalación de los síntomas. En caso de que no pueda definirse por los dos criterios previos, se utilizará como tiempo de inicio la última vez que el paciente fue visto en su condición basal.
- **TNK:** Tenecteplasa.
- **Trombólisis intravenosa:** Tratamiento mediante el cual se busca disolver el trombo con la administración de un fármaco fibrinolítico (alteplasa o tenecteplasa) por vía intravenosa.
- **Trombectomía mecánica:** procedimiento endovascular mediante el cual se procede a fragmentar y/o extraer un trombo alojado en una arteria cerebral de calibre significativo, y que tiene como objetivo recanalizar la arteria ocluida.
- **T°:** temperatura.
- **UCM:** Unidad de Cuidados Medios.
- **UEH:** Unidad de Emergencia Hospitalaria.
- **UGCC:** Unidad de Gestión Centralizada de Casos.
- **UPC:** Unidad de Pacientes Críticos.
- **UTAC:** Unidad de Tratamiento del Ataque Cerebrovascular.
- **VO:** Vía oral.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 15 de 73

## V. RESPONSABLES

### A. Responsables de la Ejecución

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
<b>Personal de Admisión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Asegurar la creación y activación de la ficha clínica para permitir el flujo continuo de la atención.</li> <li>● Priorizar el ingreso administrativo de pacientes con Código ACV.</li> </ul>
<b>Urgenciólogos (as) de turno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Detectar de manera precoz pacientes con sospecha de ACV.</li> <li>● Activar el "Código ACV" y garantizar el inicio rápido del proceso diagnóstico.</li> <li>● Estabilizar funciones vitales y asegurar accesos venosos adecuados.</li> <li>● Realizar medidas de soporte para la reanimación y estabilización del paciente.</li> <li>● Coordinar con el neurólogo, imagenología y laboratorio clínico para agilizar los estudios.</li> </ul>
<b>Neurólogos (as) de turno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar la evaluación neurológica del paciente de manera inmediata.</li> <li>● Determinar la elegibilidad para terapias de reperfusión.</li> <li>● Indicar exámenes diagnósticos específicos y validar los resultados clínicos e imagenológicos.</li> <li>● Coordinar con imagenología, neuro radiología intervencional y UPC para la continuidad del tratamiento</li> <li>● Informar al paciente y/o familiares sobre el diagnóstico y tratamiento.</li> <li>● Realizar notificación GES.</li> </ul>
<b>Personal de Imagenología, Angiografía y Laboratorio Clínico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar exámenes imagenológicos con prioridad según Código ACV.</li> <li>● Asegurar la entrega rápida de los resultados al equipo clínico.</li> <li>● Coordinar la disponibilidad de los equipos para exámenes o procedimientos.</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 16 de 73

<b>Neuro radiólogos (as) intervencionistas de turno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluar criterios imagenológicos y clínicos para la realización de la trombectomía mecánica.</li> <li>● Realizar el procedimiento de reperfusión endovascular según indicación y protocolo.</li> <li>● Coordinarse con enfermería y anestesia en sala de angiografía.</li> </ul>
<b>Urgenciólogo (a) Coordinador (a) de turno de la UEH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Supervisar y coordinar el flujo de atención en urgencia, priorizando los casos con sospecha de ACV.</li> <li>● Garantizar que los equipos de enfermería, imagenología y laboratorio clínico actúen conforme al protocolo.</li> <li>● Resolver contingencias administrativas o clínicas que puedan retrasar la atención del paciente.</li> </ul>
<b>Enfermeros (as) de turno de la UEH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar el monitoreo inicial, controlar signos vitales y aplicar escalas neurológicas según protocolo.</li> <li>● Preparar y administrar los medicamentos indicados.</li> <li>● Acompañar al paciente en traslados a imagenología, angiografía o UPC.</li> </ul>
<b>Médicos (as) y enfermeros (as) de UTI y/o UCI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recibir pacientes post tratamiento de reperfusión.</li> <li>● Asegurar la continuidad del tratamiento y vigilancia clínica.</li> <li>● Aplicar protocolos de neuro protección, prevención de complicaciones y cuidados críticos.</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 17 de 73

## B. Responsables de la Supervisión

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
<b>Enfermero (a) de Gestión del Cuidado en Neurología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisar la calidad y oportunidad de los cuidados de enfermería brindados a pacientes con ACV isquémico agudo.</li> <li>• Coordinar los traslados y contrarreferencias de pacientes con ACV isquémico agudo.</li> <li>• Supervisar el cumplimiento de las normativas GES en pacientes con ACV isquémico agudo.</li> <li>• Apoyar la capacitación y entrenamiento del personal en relación con este protocolo.</li> </ul>
<b>Enfermero (a) Supervisor (a) de la UEH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que el equipo de enfermería de urgencia actúe según el protocolo.</li> <li>• Coordinar la disponibilidad de recursos humanos y materiales.</li> </ul>
<b>Enfermero (a) Supervisor (a) de Angiografía / UTI / UCI Valech</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar el cumplimiento de los protocolos y registro adecuado de las acciones.</li> <li>• Facilitar la comunicación entre las unidades en caso de traslado del paciente.</li> </ul>
<b>Jefaturas de las distintas unidades (UEH, Neurología, Angiografía, Imagenología, Laboratorio, UCI, UTI, Gestión de la Demanda)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar que el personal de enfermería asignado en cada unidad tenga claridad sobre sus funciones.</li> <li>• Asegurar la disponibilidad de recursos humanos, físicos y técnicos necesarios para la aplicación del protocolo.</li> <li>• Monitorear el cumplimiento de los protocolos en sus respectivas áreas y aplicar las mejoras correspondientes cuando sea necesario.</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 18 de 73

### C. Responsables de la Evaluación

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
<b>Subdirección de Gestión Clínica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisar la implementación global del protocolo, cautelando que esté en consonancia con los objetivos institucionales.</li> <li>• Evaluar periódicamente los indicadores globales de desempeño asistencial asociados al proceso.</li> <li>• Promover instancias de revisión y análisis institucional para impulsar mejoras organizacionales y asistenciales.</li> <li>• Coordinar con otras jefaturas clínicas y administrativas para resolver barreras estructurales que afecten la ejecución efectiva del protocolo.</li> </ul>
<b>Subdirección de Gestión del Cuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisar la calidad global del cuidado de enfermería brindado en el proceso de atención al paciente con ACV isquémico agudo.</li> <li>• Analizar la dotación de personal, capacitación y condiciones laborales del equipo de enfermería en las unidades involucradas.</li> <li>• Asegurar que se implementen estándares institucionales de calidad y seguridad del paciente, evaluando su cumplimiento de forma periódica.</li> <li>• Proponer políticas, programas de formación y mejoras en los procesos de enfermería que fortalezcan la respuesta institucional ante eventos cerebrovasculares agudos.</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL “CÓDIGO ACV” Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 19 de 73

## VI. DESARROLLO DEL PROCESO:

### 1. Sospecha de ACV Isquémico y activación del Código ACV

Al “Protocolo de Activación del Código ACV y terapias de reperfusión en el ataque cerebrovascular isquémico agudo” se incorpora todo paciente en quien se sospeche un ACV isquémico con **menos de 24 horas de evolución** (17), situación que puede presentarse en los siguientes escenarios:

#### 1.1. Pacientes trasladados por el SAMU o derivados desde los SAPU, SAR, SUR u otros hospitales de la red del SSMC:

- El Centro Regulador o el médico (a) a cargo del paciente deberá pre notificar el caso, a través de la Central Telefónica del HUAP, al Coordinador de Urgencias, quien comunicará la información del traslado al equipo de neurología de turno.

#### 1.2. Pacientes que ingresen al categorizador (consulta espontánea) ubicado en la sala de espera de la UEH:

- El profesional de enfermería del categorizador debe:
  - Realizar entrevista dirigida por sospecha de ACV y aplicar la Escala de evaluación neurológica BE-FAST (RÁPIDO) (13) (14) (15) (Anexo 1) y confirmar que cursa con menos de 24 horas de evolución, contados desde el inicio de los síntomas o desde la última vez visto bien.
  - Si confirma la sospecha, debe trasladar inmediatamente al paciente al box de reanimación (o sector de pacientes críticos, en caso de estar ocupado) y **activar el Código ACV** tocando el timbre del recuperador. Debe ser categorizado como ESI 1.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL “CÓDIGO ACV” Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 20 de 73

- El Urgenciólogo de turno es el encargado de informar al equipo de Neurología del Código ACV en el recuperador, sector de pacientes críticos o de procedimientos, **a través de la Central telefónica** de HUAP.

### 1.3. Pacientes trasladados o derivados desde establecimientos que no pertenecen a la Red SSMC:

- El Médico a cargo del paciente o el Centro Regulador debe comunicarse, a través de la central telefónica, con el neurólogo de turno para presentar el caso.
- El Neurólogo de turno, previo a aceptar este tipo de traslados, deberá contar con la autorización de la Subdirección de Gestión Clínica (en horario hábil) o del Jefe de Turno hospital (en horario inhábil), junto con informar al Coordinador de Urgencia del traslado.

### 1.4. Pacientes hospitalizados en cualquier Servicio o Unidad del HUAP:

- Cualquier funcionario, ante la sospecha de ACV agudo, debe dar aviso al profesional de enfermería de la unidad o servicio en donde se encuentre el paciente, para que aplique escala de evaluación neurológica BE-FAST (RÁPIDO) (13) (14) (15) (Anexo 1). En caso de que se confirme la sospecha, el profesional de enfermería deberá llamar inmediatamente al profesional médico a cargo del paciente avisando “Código ACV”.
- El médico a cargo del paciente debe avisar **a través de la central telefónica** al equipo de Neurología de turno la ubicación del paciente que cursa el Código ACV.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 21 de 73

### **IMPORTANTE**

En el caso de no contar con un neurólogo de turno, se podrá recurrir a teleconsulta neurológica o a un interconsultor de llamado, según la disponibilidad existente. En caso de que ninguna de estas alternativas sea factible, el médico de urgencias responsable del paciente deberá gestionar la derivación a un establecimiento que cuente con la capacidad resolutive necesaria, conforme a lo establecido en las normativas ministeriales vigentes (18) (19).

## **2. Conformación y responsabilidades del equipo del Código ACV en la UEH o en Servicio/Unidad de hospitalizados**

El equipo de atención del Código ACV está conformado por el siguiente personal de salud, según el paciente se encuentre en UEH u hospitalizado en el HUAP:

<b>Unidad de Emergencia Hospitalaria</b>	<b>Servicio/Unidad pacientes hospitalizados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Médico(a) urgenciólogo (a) de turno asignado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Médico (a) neurólogo (a) de turno</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Médico (a) neurólogo (a) de turno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Médico (a) residente a cargo del paciente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enfermero (a) de turno asignado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enfermero (a) de la sala</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● TENS de turno asignado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● TENS de turno de la sala</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Auxiliar de Servicio de turno asignado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Auxiliar de Servicio del sector</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 22 de 73

El equipo del Código ACV debe realizar y asumir las siguientes responsabilidades:

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
<b>Urgenciólogo o Médico Residente de turno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluar clínicamente al paciente y actuar según gravedad.</li> <li>● Solicitar control de glicemia capilar.</li> <li>● Realizar medidas de soporte para la estabilización del paciente.</li> <li>● <b>Notificar telefónicamente a TC de urgencia y laboratorio</b> clínico que hay un Código ACV.</li> <li>● <b>Solicitar los exámenes de seguridad:</b> hemograma con recuento de plaquetas, protrombina (INR) – TTPK, creatinina, BUN, glicemia, troponina y electrolitos plasmáticos (para facilitar el proceso, estos se encuentran precargados en el sistema <i>Sina</i>, carpeta "Código ACV").</li> <li>● La hoja de solicitud de exámenes debe llevar el <b>rótulo "Código ACV"</b>.</li> <li>● <b>Siempre solicitar TC cerebral</b> sin contraste <b>más AngioTC</b> de cuello y cerebro.</li> <li>● <b>Realizar</b> la evaluación general del paciente.</li> </ul>
<b>Neurólogo de turno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar anamnesis y examen neurológico.</li> <li>● <b>Determinar la hora de inicio de los síntomas.</b></li> <li>● <b>Aplicar la encuesta de criterios de inclusión y exclusión</b> de trombólisis y/o trombectomía (Anexos 2 y 3).</li> <li>● <b>Calcular el puntaje en la Escala NIHSS</b> (Anexo 4), lo cual no debe retrasar el traslado a neuroimágenes.</li> <li>● Procurar que el paciente sea trasladado para realizar la neuroimagen con la mayor rapidez posible.</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 23 de 73

<b>Profesional de enfermería asignado (a)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Control de glicemia capilar.</b></li> <li>● Instalar al menos una <b>vía venosa periférica N°18</b>, idealmente 2 vías, pero la segunda no debe retrasar el inicio de la trombólisis.</li> <li>● Tomar las <b>muestras de sangre</b> para los exámenes de seguridad y enviarlas de inmediato al laboratorio clínico.</li> <li>● Preparar (o instalar) una infusión de <b>solución fisiológica</b> según indicación médica.</li> <li>● Coordinar a su equipo para la monitorización, traslado de muestras y del paciente.</li> </ul>
<b>TENS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Instalar el monitor de signos vitales al paciente, incluyendo monitorización cardíaca.</li> <li>● Registrar frecuencia cardíaca, presión arterial y saturación de oxígeno.</li> <li>● Rotular las muestras de sangre para exámenes de laboratorio.</li> </ul>
<b>Auxiliar de Servicio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trasladar las muestras de sangre al laboratorio clínico <b>con máxima rapidez</b>. Siempre debe <b>avisar que es un Código ACV</b>.</li> <li>● Colaborar en el traslado del paciente a neuroimágenes.</li> </ul>
<b>Todo el equipo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Permanecer junto al paciente</b> en todo momento, incluido el traslado a neuroimágenes.</li> </ul>

### 3. Confirmación diagnóstica de ACV isquémico

Tras la sospecha clínica inicial, la confirmación diagnóstica debe realizarse con el uso de neuroimágenes. **Todo paciente con activación del Código ACV tendrá la primera prioridad en la unidad de imagenología** para la realización de TC de



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 24 de 73

encéfalo y AngioTC de cuello y cerebro. Estos exámenes deberán llevarse a cabo en el equipo de imágenes que se encuentre disponible con mayor prontitud.

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
<b>Tecnólogo Médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar las gestiones necesarias para la recepción del paciente con Código ACV y realización de las neuroimágenes.</li> <li>Realizar la TC de cerebro y AngioTC de cuello y cerebro inmediatamente una vez que el paciente es llevado a imagenología por el equipo de ACV.</li> </ul>
<b>Neurólogo de turno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Evaluar la TC de cerebro y AngioTC de cuello y cerebro</b>, aplicando la escala ASPECTS (Anexo 5) (20), con apoyo del neurorradiólogo de turno en el caso de estar disponible.</li> <li><b>Confirmar o descartar el diagnóstico clínico-imagenológico de ACV isquémico.</b></li> <li>En casos de ACV isquémico del despertar, ASPECTS bajo, hora de inicio incierto o tiempo de evolución entre 6 y 24 horas, podrá solicitar, de manera complementaria, un estudio de perfusión cerebral, con análisis e informe automatizado utilizando un software de inteligencia artificial, en el caso de estar disponible.</li> <li>En caso de considerarlo necesario, podrá analizar junto al neurorradiólogo intervencionista de turno el resultado de las imágenes, vía remota.</li> </ul>
<p><b><u>IMPORTANTE:</u></b></p> <p>Si se confirma un ACV hemorrágico u otro diagnóstico diferencial, se sigue el tratamiento habitual de esa patología.</p>	



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 25 de 73

#### 4. Indicación del tratamiento de reperfusión

Una vez realizada la confirmación diagnóstica de ACV isquémico hiperagudo en ventana para terapias de reperfusión, se debe definir el tipo de tratamiento, que puede ser trombólisis intravenosa, trombectomía mecánica o una combinación de ambos procedimientos.

##### 4.1. Indicación y administración de la trombólisis intravenosa

**4.1.1. Lugar:** Luego de realizada la TC simple, el equipo de neurología podrá indicar la administración de terapia trombolítica en la misma sala de scanner, si así lo estima clínicamente pertinente. Posteriormente, se debe realizar un AngioTC de cuello y cerebro para completar el estudio diagnóstico. Una vez finalizado el procedimiento, el equipo del Código ACV deberá acompañar y trasladar al paciente de regreso a la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), ya sea al box de reanimación, sala de procedimientos o sector de pacientes críticos. En el caso de un Código ACV intrahospitalario, el paciente deberá ser trasladado al servicio clínico correspondiente, según corresponda.

**4.1.2. Disponibilidad del Fármaco Trombolítico:** La zona de almacenamiento y conservación de medicamentos de la UEH debe tener disponible, en todo momento, al menos un kit con la dosis completa del fármaco trombolítico (alteplasa o tenecteplasa). Dicho kit se solicitará directamente en la misma unidad, mediante receta simple, independiente de la ubicación del paciente con Código ACV dentro del Hospital.

**4.1.3. Resultado de los exámenes de laboratorio:** Dado que en esta patología el tiempo es crítico, **la terapia fibrinolítica no debe ser retrasada en espera de los resultados de los exámenes de coagulación o recuento plaquetario, a menos que se sospeche una diátesis hemorrágica, plaquetopenia o que el paciente se encuentre en**



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 26 de 73

tratamiento anticoagulante previo. El único examen de laboratorio requerido en todos los pacientes, previo al tratamiento fibrinolítico, es la determinación de la **glicemia capilar**.

#### 4.1.4. Escenarios Clínicos y tipo de terapia indicada:

- *Menos de 4.5 horas de evolución, con o sin LVO.*  
**Se debe iniciar la trombólisis intravenosa (21) (22),** siempre que no existan contraindicaciones. En el caso de **LVO presente**, se debe iniciar como **terapia puente junto a la activación de la trombectomía mecánica**, exceptuando casos especiales, según indicación del neurólogo de turno. El equipo de neurorradiología intervencional será contactado telefónicamente por el neurólogo de turno a través de la central telefónica del HUAP. En caso de no haber capacidad resolutive para tratamiento endovascular, el médico encargado del paciente ya sea en urgencias o en hospitalizados, junto al Gestor de camas de turno, deberán gestionar la búsqueda de un segundo prestador de acuerdo con la normativa vigente.

- *Si presenta más de 4.5 horas de evolución, con LVO.*

La **trombólisis intravenosa no está indicada (23)** y debe realizarse la activación de trombectomía mecánica.

- *Si presenta entre 4.5 y 9 horas de evolución, sin LVO.*

Especialmente importante en escenarios de ACV al despertar. Se podría considerar realizar **imágenes de perfusión cerebral** para la selección de pacientes a los cuales se les **podría indicar tratamiento con trombólisis intravenosa**, siempre que el volumen de infarto no exceda los 70ml, *mismatch* >1.2 y penumbra mayor a 10ml. (24).



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 27 de 73

**4.1.5. Responsabilidades del Equipo del Código ACV:** Una vez confirmado el diagnóstico de ACV isquémico con criterios de trombólisis intravenosa, el Equipo del Código ACV debe asumir las siguientes responsabilidades:

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
Neurólogo (a) de turno	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Corroborar el tiempo de evolución</b> de los síntomas.</li> <li>● <b>Chequear los criterios de inclusión y exclusión</b> para trombólisis intravenosa y/o trombectomía mecánica (Anexo 2 y 3).</li> <li>● <b>Indicar, si es que corresponde, la trombólisis intravenosa y/o trombectomía mecánica</b> (Algoritmo en Anexo 6).</li> <li>● <b>Calcular la dosis del fármaco trombolítico</b> que se decida administrar:</li> <li>● <b>Alteplasa:</b> 0.9 mg/Kg. intravenosa, dosis máxima 90 mg. Bolo 10% de la dosis total calculada, a pasar en 1 minuto. Dosis restante por pasar en 60 minutos por BIC</li> <li>● <b>Tenecteplasa:</b> bolo intravenoso único de 0,25 mg/Kg., máximo 25 mg.</li> <li>● Estar presente y evaluar en forma seriada al paciente durante todo el procedimiento.</li> <li>● <b>Evaluar los exámenes de seguridad:</b> hemograma con recuento de plaquetas, protrombina (INR) – TTPK, creatinina, BUN, glicemia, troponina y electrolitos plasmáticos.</li> <li>● <b>Confeccionar la receta del fármaco trombolítico</b> para recuperar stock.</li> <li>● Registrar en la ficha clínica electrónica.</li> <li>● <b>Elaborar el ingreso médico.</b></li> <li>● <b>Completar los formularios GES:</b> Informe del Proceso Diagnóstico (IPD) y notificación GES.</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 28 de 73

<b>Urgenciólogo/a de Turno o Médico (a) Residente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estar presente y apoyar al neurólogo durante todo el procedimiento.</li> <li>● <b>Manejar eventuales complicaciones médicas</b> (hipertensión arterial, hiperglicemia, hemorragia sistémica, reacciones alérgicas, etc.).</li> <li>● <b>Coordinar con Gestión de camas el traslado del paciente a una</b> Unidad de Paciente Crítico, UTI o UCI, según corresponda, posterior a la trombólisis y/o tromboectomía mecánica.</li> </ul>
<b>Gestor (a) de camas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar las gestiones necesarias para que el paciente ingrese, posterior a la trombólisis y/o tromboectomía mecánica, a una Unidad de Paciente Crítico, UTI o UCI, según corresponda, en un plazo máximo de 3 horas, tomando en consideración el tipo de procedimiento realizado y la condición clínica del paciente.</li> </ul>
<b>Enfermero (a) clínico (a)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mantener o instalar una segunda vía venosa periférica (si no se pudo instalar antes).</li> <li>● Evaluar la presencia de globo vesical. Sólo en caso necesario realizar la instalación de un catéter urinario, previo a la trombólisis.</li> <li>● Preparar el fármaco trombolítico, según protocolo, y administrarlo de acuerdo con la indicación del neurólogo.</li> <li>● Realizar un ECG, solo posterior a la administración del bolo de tenecteplasa o durante la infusión de alteplasa.</li> <li>● Registrar el procedimiento en la "Hoja de registro de enfermería en trombólisis de paciente con ACV isquémico" (Anexo 6).</li> <li>● Realizar el ingreso de enfermería en la ficha del paciente.</li> <li>● Suspender y/o administrar medicamentos, según evolución del paciente e indicación médica.</li> <li>● Vigilar neurológica y hemodinámicamente en forma continua al paciente durante la administración del</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 29 de 73

	<p>medicamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Coordinarse con los demás integrantes del equipo para gestionar el cuidado de otras necesidades que pueda tener el paciente.</li> </ul>
<b>TENS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Colaborar con la monitorización y vigilancia continua del paciente.</li> <li>● Controlar y registrar signos vitales de acuerdo con el protocolo.</li> <li>● En caso de ser necesario, retirar vestimentas y prótesis del paciente.</li> <li>● Asistir al profesional de enfermería en procedimientos, según indicaciones.</li> </ul>
<b>Enfermero (a) de Gestión del Cuidado en Neurología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Visitar, en horario hábil, a los pacientes en los que se haya activado el Código ACV.</li> <li>● Coordinar y verificar con la encargada de institucional de GES la información relativa a la activación del caso en la plataforma SIGGES.</li> <li>● Coordinar con la UGCC el traslado y contrarreferencia a los Hospitales de la Red SSMC y de otros Servicios de Salud.</li> <li>● Ingresar cada caso a Base de datos ACV Neurología en REDCap.</li> <li>● Capacitar al personal en relación con este Protocolo.</li> <li>● Seguimiento de casos a los 3 meses de ocurrido el ACV.</li> </ul>

#### **4.1.6. Preparación y administración de los fármacos trombolíticos:**

##### **4.1.6.1. Alteplasa (17):**

Dado su alto costo, **se debe preparar el fármaco trombolítico sólo una vez que el neurólogo haya indicado el**



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 30 de 73

**procedimiento, de forma verbal y escrita**, en la unidad que corresponda, solicitando la preparación del fármaco a la enfermera (o) correspondiente. Se debe estimar el peso corporal del paciente.

El Alteplasa (marca única Actylise) viene en una caja con tres compartimientos, en los que se encuentran:

- 2 frascos ampolla con 50 mg. de polvo liofilizado de rt-PA cada uno.
- 2 frascos ampolla con 50 ml de solvente cada uno.
- 1 set de cánulas y vías de administración iv. con sistema regulador de goteo.

Preparación:

- Retirar tapa protectora de los dos viales que contienen el solvente y el sustrato.
- Sacar cánula de transferencia de su envoltorio.
- Quitar la tapa.
- Mantener frasco de agua estéril sobre una superficie estable.
- Perforar el tapón de goma en su centro del tapón de forma vertical con la cánula de transferencia.
- Sujetar en una mano frasco de agua estéril y cánula de transferencia a través de las solapas laterales.
- Retirar la tapa restante de la cánula de transferencia e insertar el frasco con Alteplasa (sustancia seca).
- Invertir los dos viales permitiendo que el agua drene completamente hacia el frasco que contiene la sustancia seca.
- Girar cuidadosamente el vial con Alteplasa reconstituido, para disolver cualquier polvo restante.
- NO AGITAR, puesto que esto producirá espuma.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 31 de 73

- Si hay burbujas, mantener vial inmóvil durante unos minutos para que desaparezcan.
- Sólo extraer la cantidad requerida utilizando jeringa con aguja.
- No utilizar la zona de punción de la cánula de transferencia para evitar pérdidas.

**IMPORTANTE:**  
**La solución reconstituida contiene 1 mg/ml de Alteplasa**  
**Debe ser limpia, incolora a color amarilla clara y, no debe contener**  
**ninguna partícula.**

Dosis:

- Dosis total: 0,9 mg/kg, dosis máxima es de 90 mg.
- 10% como bolo en 1-2 minutos, 90% como infusión continua en 60 minutos.

Administración:

<b>ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE rt-PA (Alteplasa)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente se encuentra en el box de reanimación, sala de procedimientos, sector de pacientes críticos o una unidad de hospitalización.</li> <li>• Chequear los criterios de exclusión.</li> <li>• Verificar que el paciente se mantiene con PA &lt;185/110 mmHg.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se administra el 10% de la dosis total como bolo en 1 minuto.</li> <li>• El 90% restante, se administra por Infusión continua en 60 minutos.</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 32 de 73

- La dosis máxima total es de 90 mg.
- 
- En caso de desarrollo de cefalea, hipertensión / hipotensión arterial aguda, náuseas, vómitos o deterioro del estado neurológico, definido como un aumento de 4 o más puntos en escala NIHSS, se debe suspender la infusión de rt-PA y realizar una TC cerebral sin contraste urgente para descartar hemorragia intracraneal.
- 
- Controlar PA, FC y T° cada 15 minutos durante la infusión y 1 hora posteriormente. Luego cada 30 minutos por 6 horas y finalmente cada 2 horas por las 16 horas siguientes, hasta completar las 24 horas posteriores al tratamiento trombolítico.
  - Realizar medición de glicemia capilar cada 6 horas por 24 horas.
  - Realizar evaluación médica seriada con la aplicación de la escala NIHSS al inicio, cada 15 minutos durante la infusión y luego a las 2, 4, 6, 12, 18 y 24 horas de terminada la administración del medicamento.
- 
- Se debe aumentar la frecuencia de medición de PA en caso de aumento sobre los rangos indicados. Se debe administrar antihipertensivos según lo descrito más adelante.
  - Evaluar la instalación de línea arterial si se requieren 2 o más bolos de antihipertensivos para el control de PA previo al procedimiento.
- 
- Se debe diferir la instalación de sonda nasogástrica, catéter urinario permanente o línea arterial si el paciente no los necesita para su monitorización aguda.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 33 de 73

- Se debe obtener una imagen de cerebro de control (TC cerebral sin contraste) a las 24 horas post administración de rt-PA previo al inicio de la terapia antitrombótica.

#### 4.1.6.2. Tenecteplasa (TNK) (17):

Marca única, Metalyse. Viene en preparaciones de 25, 40 y 50mg. Hasta el año 2025, la única presentación disponible en Chile es de 50mg.

El Tenecteplasa es un activador del plasminógeno tisular modificado genéticamente, con mayor especificidad a la fibrina y mayor vida media que el Alteplasa.

##### Preparación:

- Verificar la presentación del frasco de TNK.
- Asegurar que el frasco y contenido se encuentre intacto.
- Remover la tapa del frasco.
- Quitar el casquillo de la jeringa prellenada con agua destilada y atornillarla inmediatamente al adaptador del frasco y penetrar el tapón del frasco en el centro (Figura N°1).
- Agregar todo el contenido de la jeringa en el frasco empujando el émbolo hacia abajo lentamente para evitar hacer espuma. En caso de espumosis, esperar que esta se disipe. Reconstituir moviendo suavemente. **NO AGITAR** (Figura N°2).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

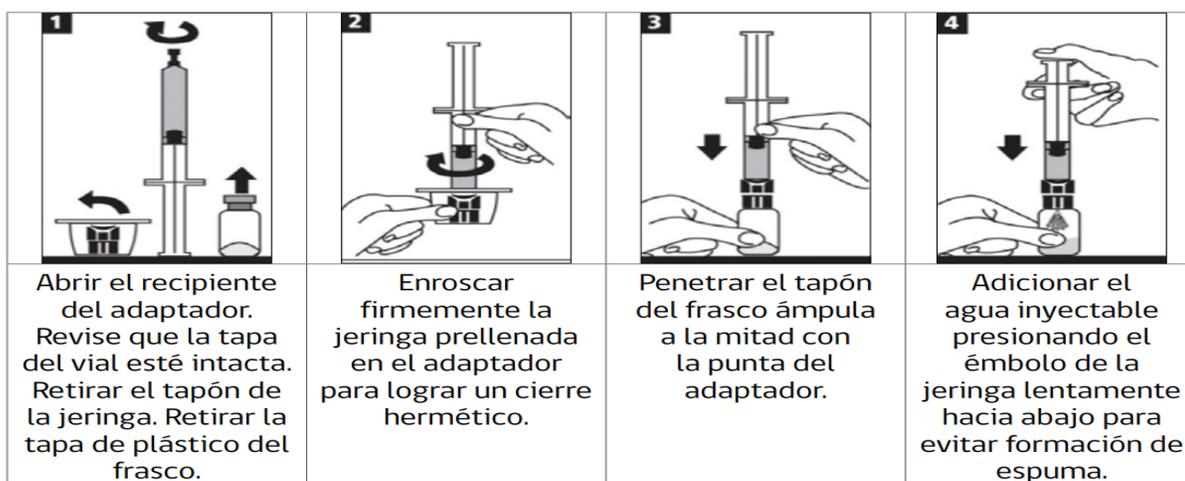
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 34 de 73

- La preparación reconstituida debe ser una solución transparente entre incolora y color amarillo pálido. Solamente utilizarla si se observa de ese color y sin partículas.
- La concentración de solución preparada es de 5 mg/ml.
- La TNK reconstituida debe ser usada inmediatamente. De lo contrario, refrigerar a 2-8 °C y usar dentro de las 8 horas siguientes.

**Figura N°1: Conexión de la jeringa prellenada con el frasco**

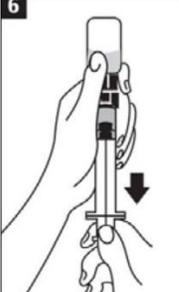


Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 35 de 73

		
<p>Reconstituir girando suavemente el frasco ampola.</p>	<p>Invertir el frasco ampola/ jeringa y transferir el volumen apropiado de la solución a la jeringa de acuerdo con las instrucciones de dosificación.</p>	<p>Retirar la jeringa del adaptador del frasco ampola. La solución ahora está lista para la inyección ev en bolo.</p>

Dosis:

- **Dosis total:** 0.25 mg./Kg., según rango señalado en la Tabla
- **Dosis máxima:** 25 mg.
- **Administrar en bolo.**

**Tabla de dosis de TNK según peso (25)**

Peso (Kg.)	Volumen (ml.)	Tenecteplasa (U)	Tenecteplasa (mg.)
< 60	3	3.000	15
60-70	3,5	3.500	17,5
70-80	4	4.000	20
80-90	4,5	4.500	22,5
> 90	5	5.000	25



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 36 de 73

Administración:

<b>ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE TENECTEPLASA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● El paciente se encuentra en el box de reanimación, sala de procedimientos, sector de pacientes críticos o una unidad de hospitalización.</li> <li>● Chequear los criterios de exclusión.</li> <li>● Verificar que el paciente se mantiene con PA &lt;185/110 mmHg.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● La TNK se debe administrar por una vía venosa exclusiva.</li> <li>● No se debe mezclar con otros medicamentos, ni administrar en una vía venosa que contenga suero glucosado.</li> <li>● La dosis máxima total es de 25 mg.</li> <li>● La vía venosa siempre debe ser "limpiada" con un bolo de SF 0.9% antes y después de la administración de TNK.</li> <li>● Inmediatamente antes de que se administre la solución, invierta el frasco con la jeringa todavía unida, de modo que la jeringa esté debajo del frasco y transfiera el volumen apropiado de la solución reconstituida de TNK a la jeringa según la dosis indicada (Figura N°2).</li> <li>● Desconectar la jeringa del adaptador del frasco.</li> <li>● Administrar con la jeringa, en bolo la TNK a través de la vía intravenosa durante unos 5 a 10 segundos, seguido de un bolo de SF de 10 cc.</li> <li>● Desechar solución no utilizada.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se debe diferir la instalación de sonda nasogástrica, catéter urinario permanente o línea arterial si el paciente no los necesita para su monitorización aguda.</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 37 de 73

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se debe obtener una imagen de cerebro de control (TC cerebral sin contraste) a las 24 horas post administración de TNK previo al inicio de la terapia antitrombótica.</li> </ul>
---

#### **4.1.7. Monitorización y vigilancia durante las primeras 24 horas post trombólisis**

EL paciente se debe mantener monitorizado y bajo vigilancia médica durante todo el procedimiento. Una vez terminada la trombólisis intravenosa, el paciente se debe mantener hospitalizado en una unidad monitorizada (sector de pacientes críticos de la UEH o en su unidad de hospitalización), hasta ser trasladado a una cama de UPC. Se sugiere su ingreso a una unidad de manejo especializado de neurología (UTI neurológica o UTAC) (2) (26) (27).

- Mantener en reposo en cama y régimen 0 por las primeras 24 horas
- Monitorización cardíaca continua.
- Monitorización seriada de la PA, FC, Saturación de oxígeno y T° cada 15 minutos durante la infusión y 1 hora posteriormente. Luego cada 30 minutos por 6 horas y finalmente cada 2 horas por las 16 horas siguientes, hasta completar las 24 horas posteriores al tratamiento trombolítico.
- Realizar medición de glicemia capilar cada 6 horas por 24 horas.
- Vigilancia clínica con NIHSS seriado cada 15 minutos durante la primera hora posterior a la administración de TNK. Luego a las 2, 4, 6, 12, 18 y 24 horas de administrado el fármaco trombolítico.
- Se define deterioro clínico un aumento de 4 puntos o más en la NIHSS (Anexo 4).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 38 de 73

- Vigilar la aparición signos de alarma: cefalea aguda, vómitos, compromiso de conciencia, crisis convulsivas.
- Observación de hemorragias externas.

#### **4.1.8. Manejo de las complicaciones de la trombólisis intravenosa**

##### **4.1.8.2. Hipertensión arterial**

En el contexto del manejo post terapia de reperfusión farmacológica, se entiende como presión arterial elevada, que aumenta el riesgo de daño por reperfusión, la medición de la **PA sistólica de más de 180 mmHg. o la PA diastólica mayor de 105 mmHg.** en 2 o más mediciones separadas en 5 minutos.

Si el paciente requiere más de 2 bolos de antihipertensivos endovenosos, se recomienda iniciar bomba de infusión continua, que requiere la instalación de una **línea arterial** para la monitorización de la PA.

Los fármacos de uso preferente para el manejo de la presión PA son de vida media corta y por vía intravenosa.

Se sugiere:

##### **Labetalol**

- Presentación en ampollas de 100 mg.
- Se administra por vía intravenosa en bolos de 10 a 20 mg. a pasar en 2 minutos, separados cada 10 minutos, por 2 a 3 veces
- En caso de ser necesario su uso en infusión intravenosa continua, se sugiere preparar el fármaco en dosis de 400 mg. diluidos 200 ml. de SF
- Dosis de infusión: 0.5 a 3 mg/min o 30 a 180 mg/h iv.
- Vigilar la frecuencia cardíaca.

##### **Urapidilo**

- Presentación en ampollas de 25 y 100 mg.
- Se administra en bolo intravenoso de 12,5 a 25 mg. cada 5 minutos, hasta 3 veces.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 39 de 73

- En caso de ser necesaria una infusión intravenosa continua, la dosis es de 0,3 a 2 mg/min o 18 a 120 mg/h iv.
- **Nitroprusiato de Sodio**
  - Se recomienda su uso sólo frente a la persistencia de PA elevada a pesar del uso de dosis máxima de los dos fármacos anteriores.

#### **4.1.8.3. Angioedema buco lingual**

El angioedema buco lingual es una complicación infrecuente, pero potencialmente grave, debido a la obstrucción de la vía aérea superior. Se presenta como aumento de volumen buco lingual, facial y/o estridor.

Para su manejo se recomienda:

- Interrumpir la infusión intravenosa de Alteplasa y suspender los IECA.
- Administrar metilprednisolona 125 mg. o dexametasona 8 mg. iv.
- Administrar clorfenamina 10 mg. iv.
- Si hay un aumento adicional en el angioedema, administrar epinefrina 0,5 mg. por vía intramuscular o por nebulizador 0,5 mg.
- Mantención de la vía aérea permeable:
  - Intubación orotraqueal: Puede no ser necesaria si el edema se limita a la parte anterior de la lengua y los labios. Si el edema involucra la laringe, el paladar, el piso de la boca o la orofaringe, con una progresión rápida (dentro de los 30 min), existe mayor riesgo de requerirse intubación.
  - Prepararse para vía aérea difícil (considerar video laringoscopia) y posible necesidad de vía aérea quirúrgica (cricotirotomía).

#### **4.1.8.4. Hemorragia relacionada a uso de fármacos trombolíticos**

##### **4.1.8.4.1. Hemorragia cerebral (28):**

- **Sospecha:** Si hay **deterioro neurológico agudo** (aumento  $\geq$  4 puntos en el puntaje de la NIHSS), **cefalea** severa nueva, crisis



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 40 de 73

convulsiva, bradicardia, hipertensión arterial aguda, náuseas o **vómitos**.

- En caso de presentar esta sintomatología, suspender inmediatamente la BIC de Alteplasa y **realizar** al paciente una **TC cerebral sin contraste**.
- Indicar Ácido tranexámico 1000 mg. iv. a pasar durante 10 minutos.
- Solicitar perfil hematológico, protrombina (INR), TTPK, tipificación de grupo sanguíneo – Rh y nivel de fibrinógeno si es que se encuentra disponible.
- Considerar administrar unidades de plasma fresco congelado o crioprecipitado.
- Según resultado de TC cerebral, solicitar evaluación por neurocirujano.
- Gestionar y ejecutar terapia de apoyo para el manejo del cuadro clínico, como: manejo de la vía aérea, presión arterial, PIC, PPC, PAM, temperatura y control de la glicemia.

#### **4.1.8.4.2. Hemorragia sistémica:**

- Sospecha: Si hay taquicardia, hipotensión arterial, melena o hematuria, equimosis extensas o hemorragias externas.
- La hemorragia más habitual es la gingivorragia, que no requiere suspensión del trombolítico, solo compresión local y vigilancia clínica.
- Realizar compresión del sitio de la hemorragia cuando sea posible.
- Si no es compresible o hay compromiso hemodinámico, indicar ácido tranexámico y unidades de crioprecipitado o plasma fresco congelado.
- Solicitar perfil hematológico, protrombina (INR), TTPK, tipificación de grupo sanguíneo – Rh y nivel de fibrinógeno si es que se encuentra disponible.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL “CÓDIGO ACV” Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 41 de 73

- Solicitar evaluación de especialista según zona afectada (Cirujano maxilo facial, Urología, Cirugía, etc).

## 4.2. Terapia de Reperusión con trombectomía mecánica

### 4.2.6. Definición

Para fines de este protocolo, los tratamientos disponibles serán la realización de la angiografía, generalmente por acceso femoral, y la realización de trombectomía mecánica por medio del uso de un *stent retriever* y/o por medio de mecanismos de aspiración del trombo. El uso de trombólisis farmacológica intraarterial (inyección intraarterial de un fármaco trombolítico a través de un micro catéter en el vaso ocluido) podría utilizarse de forma excepcional.

### 4.2.7. Indicación

La decisión de realizar una trombectomía mecánica depende de la presentación clínica del paciente (déficit neurológico agudo invalidante), el tiempo de evolución de los síntomas y los hallazgos de las neuroimágenes, que incluyen el puntaje **ASPECTS** (Anexo 5) (20), la presencia de **LVO**, el estado de las **colaterales** y los estudios de **perfusión cerebral**. Lo anterior, junto al potencial de recuperación que tenga el paciente, para lo cual habitualmente se utiliza la escala mRS (29) (Anexo 8).

**Podrían presentarse los siguientes escenarios clínicos (Anexo 6):**

1. **ACV isquémico con menos de 6 horas de evolución, LVO presente y ASPECTS mayor o igual a 6:** La indicación es realizar trombectomía mecánica, sin necesidad de realizar estudios imagenológicos adicionales (30) (31).
2. **ACV isquémico con menos de 6 horas de evolución, LVO presente y ASPECTS entre 3 y 5:** Considerar Trombectomía mecánica directa en



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL “CÓDIGO ACV” Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 42 de 73

pacientes menores de 80 años y con mRS 0-1 previo. En este escenario se debe tomar la decisión teniendo en cuenta que el beneficio final del paciente probablemente será la disminución del riesgo de discapacidad severa y muerte (RESCUE-Japan Limit, TENSION trials) (32) (33).

3. **ACV isquémico con 6 a 24 horas de evolución, LVO presente y ASPECTS mayor a 6:**  
Realizar trombectomía mecánica directa, sin necesidad de realizar estudios imagenológicos adicionales (34).
4. **ACV isquémico con 6 a 24 horas de evolución, LVO presente y ASPECTS entre 3 y 6:**  
Realizar un estudio de perfusión cerebral por TC para objetivar el volumen del infarto y evaluar si existe *mismatch*, con volumen significativo de tejido cerebral salvable. Según resultados, activar la trombectomía mecánica (35) (36).
5. **ACV isquémico con cualquier tiempo de evolución, LVO presente y ASPECTS entre 0 y 2:** No se deben realizar estudios imagenológicos adicionales ni activar trombectomía mecánica. Su beneficio no se ha establecido en ningún estudio.
6. **ACV isquémico con menos de 24 horas de evolución, por oclusión de la Arteria Basilar:** Esta situación clínica es de extrema gravedad. Se sugiere activar la trombectomía mecánica, siempre que no exista evidencia imagenológica categórica de infarto protuberancial establecido (37).

#### 4.2.8. Activación del protocolo:

Una vez completado el estudio de neuroimágenes y confirmada la presencia de oclusión de gran vaso cerebral (LVO), susceptible de revascularización mecánica —con o sin estudio de perfusión cerebral por TC, según corresponda—, y siempre que el paciente cumpla los criterios clínicos establecidos y no presente contraindicaciones (entre las que se incluye discapacidad previa significativa, presión arterial >185/110 mmHg. no controlable y coagulopatías no corregibles; (Anexo 3), se procederá a activar



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 43 de 73

la trombectomía mecánica. Para ello, el neurólogo (a) debe realizar un llamado telefónico al neurorradiólogo intervencional de turno, a fin de coordinar el procedimiento.

#### **4.2.9. Consideraciones Generales**

##### **1. Previo al procedimiento**

1. *Con disponibilidad inmediata del pabellón de angiografía:* el paciente será trasladado para el procedimiento, iniciándose inmediatamente, en paralelo, la trombólisis intravenosa, en el caso de estar indicada.
2. *Sin disponibilidad inmediata del pabellón de angiografía:* el paciente deberá recibir trombólisis intravenosa en el servicio o área clínica donde se encuentre, en el caso de estar indicada, mientras se espera por la disponibilidad del pabellón de angiografía, al cual deberá ser trasladado tan pronto sea posible.

En caso de recuperación de los síntomas tras la administración del fármaco trombolítico intravenoso, la indicación de angiografía y/o terapia endovascular quedará sujeta a la evaluación conjunta del neurólogo y del neurorradiólogo intervencional.

##### **2. Durante el procedimiento**

1. *Anestesia:* El procedimiento debe ser realizado bajo vigilancia anestésica. Las alternativas de anestesia son con anestesia general, sedación consciente o anestesia local. La técnica por elegir debe ser la que permita desarrollar el procedimiento lo más rápido posible, que sea seguro para el paciente, evitando la sobre sedación.
2. *Punción vascular:* La elección del sitio de punción a utilizar quedará a criterio del neurorradiólogo intervencionista, debiendo escogerse siempre el más expedito para acceder al territorio vascular afectado,



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 44 de 73

siendo alternativas la arteria femoral y el acceso radial/cubital, si fuere posible.

3. *Acceso vascular:* Son alternativas los catéteres guías de 5 a 8 Fr. Catéteres de acceso distal pueden ser complementarios, especialmente en los casos que se desee complementar la trombectomía con aspiración. Se puede utilizar heparina en los sueros en infusión al catéter guía. No es recomendable la heparinización en bolos.
4. *Micro cateterización:* Se utilizará un micro catéter de lumen compatible con el tamaño de los dispositivos de trombectomía a utilizar (por ejemplo, stent retriever), sobre una micro guía, atravesando el sitio de oclusión. Se realizará angiografías selectivas y súper selectivas que demuestren permeabilidad de la vasculatura distal.
5. *Trombectomía:* Puede utilizarse cualquier dispositivo de trombectomía mecánica que cumpla con los parámetros técnicos definidos por el equipo de neurorradiología intervencionista. En algunos casos puede ser complementada con sistemas de aspiración.
6. *Fin del tratamiento:* el tratamiento deberá finalizarse una vez alcanzada una recanalización satisfactoria (TICI 2b o 3), o completadas suficientes pasadas de los dispositivos de trombectomía sin lograr cambios respecto a la angiografía inicial. Adicionalmente, en caso de confirmarse la ocurrencia de transformación hemorrágica durante el procedimiento, deberá evaluarse la pertinencia de continuar el tratamiento.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 45 de 73

7. *Cierre arterial*: para obtener la hemostasia del sitio de punción se debe instalar un dispositivo de cierre arterial, según indicación de neuroradiólogo intervencional.
8. *Control*: Una vez finalizado el procedimiento, el paciente debe ser sometido a un scanner de control, pudiendo ser por flat panel en el angiógrafo (XpertCT), o tomografía computada convencional.

### 3. Posterior al procedimiento

El paciente debe quedar hospitalizado en la sala de recuperación de anestesia, UTI o UCI, aplicándose los mismos criterios de monitorización post trombólisis intravenosa, más los cuidados del sitio de punción arterial, descritos en "*Manual de procedimientos de enfermería*", versión vigente a la fecha actual.

#### 4.3. Indicaciones durante las primeras 24 horas de hospitalización del paciente con ACV isquémico tratado con trombólisis intravenosa y/o trombectomía mecánica:

<p><b>1. Hospitalizar en UTI o UCI</b></p>
<p><b>2. Reposo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Absoluto, cabecera a 0°-30° por 24 horas.</b></li> <li>● Si el paciente no presenta deterioro clínico y la PA se mantiene estable, levantar la cabecera progresivamente, de acuerdo con la evolución clínica.</li> <li>● Levantar al borde de la cama luego de las 24 horas de evolución, por kinesiólogo, previa indicación neurológica.</li> </ul>
<p><b>3. Régimen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Régimen cero durante las primeras 24 horas.</b></li> <li>-Solicitar evaluación de la deglución por fonoaudiología luego de las primeras 24 horas de evolución. Se podría adelantar en casos</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 46 de 73

particulares, siempre que sea autorizado por neurología.

-Según el resultado de la evaluación y la condición clínica del paciente, se indicará el tipo de régimen.

#### 4. Control de signos vitales:

- Monitorización seriada de la PA, FC, Saturación de oxígeno y T°
- Cada 15 minutos por 2 horas.
- Cada 30 minutos por 6 horas.
- Cada 2 horas por las siguientes 16 horas, hasta completar 24 horas.

#### 5. Tratamiento de la hipertensión arterial:

- Si la PAS es >180 o la PAD es > 105 mmHg. en dos registros consecutivos, separados por 5 minutos, usar Labetalol iv. 10 a 20 mg. A pasar en 2 minutos. Luego, de ser necesario, en infusión continua de 0,5-3 mg/min.
- Si no es posible controlar la PA con Labetalol o hay contraindicación para uso, utilizar urapidilo en bolo de 12,5 a 25 mg. por una o dos veces y luego, de ser necesario, en infusión continua a 0,3-2 mg/min hasta lograr el control de la PA.
- Como recurso extraordinario podría utilizarse nitroprusiato de sodio.
- Si el paciente requiere más de dos bolos de fármacos antihipertensivos o bomba de infusión continua, y no la tiene, instalar línea arterial.
- En caso de Trombectomía mecánica con recanalización exitosa, **TICI 2b o 3** (Anexo 9), se recomienda bajar el límite superior de **presión arterial sistólica a máximo 160 mmHg.**

**Evitar cambios bruscos** de la presión arterial (variabilidad).

**Evitar PAS bajo 120 mmHg.** de forma sostenida.

#### 6. Hidratación:

- Usar preferentemente solución fisiológica (SF 0.9%).
- No usar soluciones con glucosa.
- El objetivo es la euvolemia.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 47 de 73

-Habitual: SF 0.9% 60- 80 ml/h.  
-Ajustar según condición clínica del paciente.

### 7. Oxigenoterapia:

- Sólo si el paciente no se encuentra con soporte ventilatorio invasivo y presenta una saturación de O<sub>2</sub> < 94%.

### 8. Evitar la T° corporal > 37,5°C

- En caso de presentarse, indicar Paracetamol 1 gramo iv. y reevaluar.

### 9. Medición de glicemia capilar:

- Cada 6 horas por 24 horas, luego según evolución.
- Administrar Insulina cristalina para mantener glicemias entre 80 y 180 mg/dl.
- NO USAR INFUSION CONTINUA CON GLUCOSA, a menos que paciente presente hipoglicemia.

### 10. Medicamentos de uso habitual:

Suspender:

- Hipotensores e hipoglicemiantes orales.
- Antiagregantes plaquetarios o TACO (reinicio según indicación neurológica).
- Mantener otros fármacos de uso crónico, especialmente de patologías psiquiátricas.

### 11. Medicamentos de uso rutinario:

- Atorvastatina 80 mg. por noche a las 24 h vo. O por SNG, si la etiología no es cardioembólica.
- Paracetamol 1 g iv. SOS en caso de dolor.
- Ondansetrón 4mg cada 8 horas iv. SOS.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 48 de 73

## 12. Medicamentos específicos para el ACV isquémico:

- **Antiagregantes plaquetarios:**

- No administrar hasta 24 horas después de la trombólisis intravenosa, previo pase neurológico con TC de encéfalo sin contraste de control.
- En casos especiales (por ejemplo, instalación de stent intra o extra craneano, alto riesgo de re-oclusión arterial), se indicará el inicio del tratamiento antiagregante plaquetario (simple o dual) en acuerdo con el neurorradiólogo intervencional.

- **Heparina/TACO con objetivo de anticoagulación:**

- Decidir el inicio caso a caso, según riesgo de recurrencia de embolia versus riesgo de transformación hemorrágica.
- NO usar dosis de carga.
- Sólo con pase neurológico.

## 13. Prevención de TVP/TEP:

- Indicar compresión neumática intermitente durante las primeras 24 horas. Frente a la escasez del recurso, se sugiere seleccionar a pacientes que tendrán contraindicación de uso de profilaxis farmacológica a las 24 horas (por ejemplo, con transformación hemorrágica sintomática).
- Iniciar trombo profilaxis farmacológica, previo pase neurológico, según resultado de la TC cerebral sin contraste de control de las 24 horas post terapia de reperfusión.

## 14. Evaluación neurológica seriada:

- Aplicar de manera seriada la escala de NIHSS (anexo 4), según el detalle indicado en la hoja de registro de enfermería (Anexo 7).
- Avisar al neurólogo de turno en caso de deterioro (aumento  $\geq$  4 puntos entre controles).

## 15. Otras indicaciones:

- Mantener la cabeza en la línea media.
- Movilizar cada 2 o 4 horas, según protocolo institucional.
- Aseo de cavidad oral, según "Manual de procedimientos de enfermería" vigente.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 49 de 73

- Vigilar sitio de punción y perfusión distal de la extremidad correspondiente. Se utiliza vendaje compresivo solo en caso de concomitancia con trombólisis iv., el que podría ser retirado luego de 24 horas de evolución.

#### 16. Manejo de ausencia de diuresis por más de 6 horas:

- **Evaluar retención urinaria:**
  - Verificar la presencia de globo vesical mediante exploración clínica o, de ser posible, con ecografía vesical.
  - Si se confirma retención urinaria, indicar sondaje vesical (preferir cateterismo intermitente).
- **Valorar el estado de la volemia:**  
Ante la sospecha de hipovolemia, administrar un bolo de 500 ml. de SF al 0,9% y reevaluar la diuresis en un plazo de 2 horas.
- **Evitar la instalación de sonda Foley, a menos que sea estrictamente necesario,** con el fin de reducir el riesgo de infección urinaria y otras complicaciones asociadas.
- **Monitorear la función renal y electrolitos plasmáticos:**
  - Solicitar pruebas de laboratorio (creatinina, BUN, electrolitos plasmáticos).
  - Si persiste la ausencia de diuresis o se presentan signos de deterioro clínico, considerar la evaluación por nefrología o urología, según corresponda.

#### 17. Neurorrehabilitación:

- La rehabilitación de inicio precoz en personas con infarto cerebral agudo es fundamental para alcanzar los mejores resultados clínicos. No obstante, una movilización excesivamente temprana y agresiva podría resultar perjudicial. Por ello, se recomienda una intervención multidisciplinaria y progresiva, iniciada una vez que el paciente se encuentre clínicamente estabilizado, según criterio neurológico.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 50 de 73

- **Fonoaudiología:**

- Realizar evaluación de la deglución a las 24 horas para descartar disfagia, previo al inicio de la alimentación o tratamiento oral.
- En casos seleccionados y con indicación del neurólogo tratante, la evaluación podría adelantarse.
- Las pruebas de lenguaje y articulación se pueden diferir más allá de las 24 horas, según la evolución clínica.

- **Kinesiología (respiratoria y motora):**

- Durante las primeras 24 horas, iniciar kinesiterapia respiratoria y ejercicios de movilización pasiva en cama, siempre confirmando la estabilidad hemodinámica y neurológica.
- Posteriormente, avanzar con movilización progresiva y ejercicios activos según la tolerancia y el estado clínico del paciente.

- **Terapia Ocupacional:**

- Se sugiere luego de las 24 horas iniciales.
- Evaluar la funcionalidad del paciente y determinar intervenciones específicas para promover la independencia en las actividades de la vida diaria, estimulación sensorial y cognitiva, prevención del delirium; acorde a la condición clínica y necesidades individuales de cada paciente.

### 18. Neuroimágenes de control:

- TC cerebral sin contraste de control a las 24 h o antes en caso de deterioro neurológico (disminución del puntaje en la escala de coma de Glasgow o aumento del puntaje en la escala NIHSS de 4 o más puntos, cefalea intensa, vómitos, crisis convulsiva), para descartar transformación hemorrágica.
- AngioTC cerebral de control, según criterio neurológico, en casos de sospecha de re-oclusión arterial.

### 19. Estudio Etiológico:

Realizar el estudio etiológico es fundamental para poder indicar la



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 51 de 73

prevención secundaria de manera individualizada, según la condición particular de cada paciente. Por lo mismo debe ser individualizado. Los exámenes de laboratorio pueden realizarse dentro de las primeras 24 horas de evolución. Se sugiere que aquellos exámenes que requieren trasladar al paciente se realicen una vez alcanzada la estabilidad clínica

- **Exámenes de laboratorio:**
  - **Generales:** Hemograma, VHS, PCR, pruebas de coagulación, perfil bioquímico, electrolitos plasmáticos.
  - **Factores de riesgo cerebrovascular:** Perfil lipídico, glicemia en ayuno, Hemoglobina glicosilada A1c, T4 libre y TSH.
- **Estudios de fuente cardioembólica:**
  - Ecocardiograma Transtorácico y/o transesofágico.
  - Holter de ritmo.
- **Estudio de vasos del cuello y/o cerebro:**
  - AngioTC de cuello y cerebro.
  - Ecografía Doppler dúplex de troncos supra aórticos y/o transcraneal.
  - AngioRM de cuello y cerebro.
  - Angiografía.
- **Otros:** Perfil reumatológico, trombofilias, serología VIH y sífilis.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 52 de 73

## VII. DISTRIBUCIÓN:

- Dirección del HUAP.
- Subdirección de Gestión Clínica.
- Subdirección de Gestión del Cuidado.
- Unidad de calidad y seguridad del paciente.
- Unidad de Neurología.
- Jefaturas de todos los servicios clínicos y de apoyo.
- Unidad de Gestión de la demanda.
- Unidad de calidad percibida.
- Central telefónica.
- Departamento Formación, Investigación y Docencia.

## VIII. REFERENCIAS

1. DEIS, MINSAL. Serie Estadística de Egresos Hospitalarios [Internet]. 2023. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/#tableros>.
2. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Enfermedades No Transmisibles. Plan de Acción Ataque Cerebrovascular [Internet]. 2014. Disponible en: <https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/04/Plan-de-accion-acv.pdf>.
3. DEIS, MINSAL. Defunciones en Chile entre 2016 y 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/>.
4. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Planificación Sanitaria, Departamento de Epidemiología. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Funcionamiento y Discapacidad [Internet]. 2021. Disponible en: [http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Informe-Discapacidad-ENS-2016-17\\_final.pdf](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Informe-Discapacidad-ENS-2016-17_final.pdf)
5. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL “CÓDIGO ACV” Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 53 de 73

Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke [Internet]. diciembre de 2019 [citado 4 de septiembre de 2023];50(12). Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211>

6. Genetech. FDA Approves Genentech’s TNKase® in Acute Ischemic Stroke in Adults. News release. [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.gene.com/media/press-releases/15053/2025-03-03/fda-approves-genentechs-tnkase-in-acute->.
7. Ouriques Martins SC, Sacks C, Hacke W, Brainin M, De Assis Figueiredo F, Marques Pontes-Neto O, et al. Priorities to reduce the burden of stroke in Latin American countries. Lancet Neurol. julio de 2019;18(7):674-83.
8. Ministerio de Salud. Decreto N° 72 Aprueba garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud [Internet]. 2022. Disponible en: <https://auge.minsal.cl/storage/e1Ng5cQh3v1Ge4ckFfJrXAZOrlUkUvQIk1zSWnYM.pdf>.
9. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de las Redes Asistenciales. Modelo de Gestión de la Red Neurológica en la atención de las personas con Ataque Cerebrovascular (ACV) [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.minsal.cl>.
10. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas. ORD. C26 N° 4359 del 7 de diciembre de 2022. Red Nacional de ACV. 2022.
11. Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Unidad Análisis y Registros Clínicos GRD. Análisis de Gestión Clínica asociada a la Producción Hospitalaria “ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES” EGRESOS AÑOS 2011 AL 2022 Basado en la aplicación del Sistema Informático “Grupos Relacionados al Diagnóstico” (IR-GRD) [Internet]. 2023. Disponible en: <https://huap.redsalud.gob.cl/>.
12. Demeestere J, Wouters A, Christensen S, Lemmens R, Lansberg MG. Review of Perfusion Imaging in Acute Ischemic Stroke: From Time to Tissue. Stroke. marzo de 2020;51(3):1017-24.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 54 de 73

13. American Heart Association. Stroke screening tools: BE FAST.
14. Aroor S, Singh R, Goldstein LB. BE-FAST (Balance, Eyes, Face, Arm, Speech, Time): Reducing the Proportion of Strokes Missed Using the FAST Mnemonic. *Stroke*. febrero de 2017;48(2):479-81.
15. Castro A, Leal AA, Montiel TC, Sharrief A, Denny MC, Beauchamp JES. RAPIDO: Promoting stroke awareness among Spanish speakers. *Nursing (Lond)*. enero de 2022;52(1):46-50.
16. Higashida RT, Furlan AJ. Trial Design and Reporting Standards for Intra-Arterial Cerebral Thrombolysis for Acute Ischemic Stroke. *Stroke* [Internet]. agosto de 2003 [citado 23 de junio de 2025];34(8). Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.STR.0000082721.62796.09>
17. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Enfermedades no Transmisibles. Código ACV. Manual para Servicios de Urgencia [Internet]. 2020. Disponible en: [https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/MANUAL-DE-BOLSILLO\\_ACV-2020.pdf](https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/MANUAL-DE-BOLSILLO_ACV-2020.pdf).
18. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Enfermedades no Transmisibles. ORD. B23 N° 432 del 29 de enero de 2018. Trombolisis en ACV. 2018.
19. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de redes Asistenciales. Unidad de Gestión Centralizada de casos. Ordinario C213 N° 321 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://redcronicas.minsal.cl/>
20. Barber PA, Demchuk AM, Zhang J, Buchan AM. Validity and reliability of a quantitative computed tomography score in predicting outcome of hyperacute stroke before thrombolytic therapy. *The Lancet*. mayo de 2000;355(9216):1670-4.
21. Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med*. 14 de diciembre de 1995;333(24):1581-8.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 55 de 73

22. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 Hours after Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med.* 25 de septiembre de 2008;359(13):1317-29.
23. Goyal M, Menon BK, Van Zwam WH, Dippel DWJ, Mitchell PJ, Demchuk AM, et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *The Lancet.* abril de 2016;387(10029):1723-31.
24. Thrombolysis Guided by Perfusion Imaging up to 9 Hours after Onset of Stroke. *N Engl J Med.* abril de 2021;384(13):1278-1278.
25. Boehringer Ingelheim. Metalyse® European Summary of Product Characteristics. [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/metalyse>
26. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de las Redes Asistenciales. ORD. C2 N° 4422 del 29 de diciembre de 2014.
27. Ministerio de Salud. Resumen Ejecutivo Guía de Práctica Clínica Ataque Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-og-es/guias-de-practica-clinica/ataque-cerebrovascular-isquemico-en-personas-de-15-anos-y-mas/resumen-ejecutivo-2/>.
28. Yaghi S, Eisenberger A, Willey JZ. Symptomatic Intracerebral Hemorrhage in Acute Ischemic Stroke After Thrombolysis With Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator: A Review of Natural History and Treatment. *JAMA Neurol.* 1 de septiembre de 2014;71(9):1181.
29. Saver JL, Chaisinanunkul N, Campbell BCV, Grotta JC, Hill MD, Khatri P, et al. Standardized Nomenclature for Modified Rankin Scale Global Disability Outcomes: Consensus Recommendations From Stroke Therapy Academic Industry Roundtable XI. *Stroke.* septiembre de 2021;52(9):3054-62.
30. Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, Coffey CS, Hoh BL, Jauch EC, et al. 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 56 de 73

Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. octubre de 2015;46(10):3020-35.

31. Berkhemer OA, Fransen PSS, Beumer D, Van Den Berg LA, Lingsma HF, Yoo AJ, et al. A Randomized Trial of Intraarterial Treatment for Acute Ischemic Stroke. N Engl J Med. 1 de enero de 2015;372(1):11-20.
32. Yoshimura S, Sakai N, Yamagami H, Uchida K, Beppu M, Toyoda K, et al. Endovascular Therapy for Acute Stroke with a Large Ischemic Region. N Engl J Med. 7 de abril de 2022;386(14):1303-13.
33. Bendszus M, Fiehler J, Subtil F, Bonekamp S, Aamodt AH, Fuentes B, et al. Endovascular thrombectomy for acute ischaemic stroke with established large infarct: multicentre, open-label, randomised trial. The Lancet. noviembre de 2023;402(10414):1753-63.
34. Olthuis SGH, Pirson FAV, Pinckaers FME, Hinsenveld WH, Nieboer D, Ceulemans A, et al. Endovascular treatment versus no endovascular treatment after 6–24 h in patients with ischaemic stroke and collateral flow on CT angiography (MR CLEAN-LATE) in the Netherlands: a multicentre, open-label, blinded-endpoint, randomised, controlled, phase 3 trial. The Lancet. abril de 2023;401(10385):1371-80.
35. Albers GW, Lansberg MG, Kemp S, Tsai JP, Lavori P, Christensen S, et al. A multicenter randomized controlled trial of endovascular therapy following imaging evaluation for ischemic stroke (DEFUSE 3). Int J Stroke. octubre de 2017;12(8):896-905.
36. Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, Bonafe A, Budzik RF, Bhuva P, et al. Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct. N Engl J Med. 4 de enero de 2018;378(1):11-21.
37. Tao C, Nogueira RG, Zhu Y, Sun J, Han H, Yuan G, et al. Trial of Endovascular Treatment of Acute Basilar-Artery Occlusion. N Engl J Med. 13 de octubre de 2022;387(15):1361-72.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 57 de 73

## IX. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO

SÍNTESIS DE MODIFICACIONES			RESPONSABLE MODIFICACIÓN	APROBADO POR DIRECTOR
VERSIÓN	FECHA	CAUSA DE MODIFICACIÓN		
01	06/2018	Creación del protocolo	Dr. Irving Santos C., Profesional de la Unidad de Neurología	Dra. Karin Avendaño Directora (s) HUAP
02	09/2025	Actualización del protocolo:  Se incluye Trombectomía mecánica y modificaciones en indicaciones.	Dr. Irving Santos C., Profesional de la Unidad de Neurología  E.U. Margaret Cartes G., Enfermera Gestora de la Unidad de Neurología  Dr. Juan Pablo Rozas V. Profesional de la Unidad de Neurología	Dr. Patricio Barría A. Director del HUAP



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 58 de 73

## X. ANEXOS

### Anexo 1: Escala RÁPIDO (BE-FAST).

# Escala BE-FAST

*Stroke*, 2017;48:479–481



**B**alance

Equilibrio - Ataxia



**E**yes

Visión - Hemianopsia



**F**ace

Simetría facial



**A**rm

Fuerza en los brazos



**S**peech

Habla o lenguaje



**T**ime

Actúa rápido

**Sólo 1 punto o más y es positiva**



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 59 de 73



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 60 de 73

**Anexo 2:** Criterios de inclusión y exclusión para trombólisis intravenosa (AHA 2019).

La aplicación de estos criterios será la base para seleccionar al paciente para una terapia de reperfusión cerebral, los que serán aplicados por el neurólogo responsable del procedimiento y complementadas por el juicio clínico para incluir o excluir pacientes, siempre que se considere que esta última conducta vaya en beneficio de este.

**Para pacientes que se presentan con menos de 3 horas de evolución desde el inicio de los síntomas: (5)**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico de ACV isquémico que provoque un déficit neurológico objetivable (NIHSS de más de 4 puntos o síntoma invalidante: afasia, etc.)</li> <li>● Inicio de síntomas &lt; de 3 horas previo al inicio del tratamiento</li> <li>● Edad &gt; o igual 18 años</li> </ul>

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN / CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trauma Encefálico o ACV previo en los últimos 3 meses.</li> <li>● Síntomas sugerentes de Hemorragia Subaracnoidea.</li> <li>● Punción arterial en sitio no compresible en los últimos 7 días.</li> <li>● IAM reciente dentro de los últimos 21 días, excepto cuando ocurre en forma concomitante con el ataque cerebral isquémico.</li> <li>● Antecedente de cirugía mayor o biopsia de órgano en los últimos 14 días</li> <li>● Antecedente de Hemorragia Intracraneal.</li> <li>● Antecedente de Tumor intracraneal, malformación arteriovenosa o aneurisma</li> <li>● Antecedente de Cirugía intracraneal o espinal reciente.</li> <li>● Antecedente de enfermedad sanguínea (Hemofilia, Von Willebrand).</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 61 de 73

- Infarto multilobar demostrado al TC de Encéfalo (hipodensidad franca > 1/3 de hemisferio cerebral).
- Presión Arterial elevada no controlada con tratamiento médico (presión sistólica > 185 o diastólica > 110 mmHg).
- Sangrado interno activo.
- Diátesis hemorrágica aguda.
- Recuento de plaquetas < 100.000 / mm<sup>3</sup>.
- Administración de Heparina durante las 48 horas previas que resulte en una elevación del TTPK mayor al límite normal.
- Uso de anticoagulante actual con INR > 1.7 o Tiempo de Protrombina > 15 segundos.
- Uso de inhibidores directos de la trombina o del factor Xa.
- Concentración de glucosa plasmático < 50 mg/dL.

<b>CRITERIOS DE PRECAUCIÓN (CONSIDERAR RELACIÓN RIESGO/BENEFICIO)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Síntomas leves o que mejoran rápidamente.</li> <li>● Cirugía Mayor o trauma severo en 14 días previos.</li> <li>● Hemorragia gastrointestinal o del tracto urinario reciente (últimos 21 días).</li> <li>● Embarazo.</li> <li>● Presencia de convulsión al inicio con déficit neurológico post ictal.</li> <li>● Infarto agudo al Miocardio reciente en los últimos 3 meses.</li> </ul>

**Para pacientes que se presentan entre 3 y 4,5 horas de evolución desde el inicio de los síntomas:**

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico de ACV isquémico que provoque un déficit neurológico objetivable (NIHSS de más de 4 puntos o síntoma invalidante: afasia,</li> </ul>



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 62 de 73

etc.).

- Inicio de síntomas entre 3 a 4,5 horas previo al inicio del tratamiento.
- Edad > o igual 18 años.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN RELATIVOS O PRECAUCIÓN  
(CONSIDERAR RELACIÓN RIESGO/BENEFICIO)**

- Edad > 80 años.
- Infarto cerebral severo (NIHSS > 25).
- Usuario de anticoagulación oral independiente del INR.
- Antecedentes de diabetes e infarto cerebral previo.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 63 de 73

**Anexo 3:** Criterios de inclusión para tratamiento endovascular (Trombectomía Mecánica).

**Para pacientes que se presentan con menos de 24 horas de evolución desde el inicio de los síntomas. Ajustados de la AHA 2019 según evidencia actual:**  
(5) (31) (32) (33)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sin límite de edad</li> <li>● Puntaje mRS pre ACV 0-2</li> <li>● NIHSS &gt; o igual a 6 o déficit neurológico agudo invalidante</li> <li>● ASPECTS ≥ 3</li> </ul>

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>● PA elevada no controlable</li> <li>● Coagulopatía grave</li> <li>● Oclusión arteria distal no accesible</li> <li>● Enfermedad sistémica grave terminal</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 64 de 73

### Anexo 4: Escala NIHSS.

INSTRUCCIONES	DEFINICIÓN	INSTRUCCIONES	DEFINICIÓN	INSTRUCCIONES	DEFINICIÓN
<b>1.A Nivel de conciencia</b> Obstáculos: paciente intubado, barreras lingüísticas, trauma orotraqueal. Puntuará 3 si el paciente no hace ningún movimiento o si presenta una postura refleja.	0= Alerta, vigil. Nivel de conciencia normal. 1= Somnoliento. Se despierta y responde a estímulos verbales. 2= Suporoso. Se despierta y responde solo a estímulos dolorosos o repetitivos. 3= Coma. No responde o presenta sólo respuestas motoras reflejas.	<b>4 Parálisis facial</b> Pedir al paciente que muestre los dientes, levante los cejos y cierre los ojos. En pacientes poco reactivos o que no cooperen dan puntaje sinérgico al estímulo doloroso.	0= Movimientos normales y simétricos. 1= Paresia ligera (borramiento del arco nasolabial, asimetría al sonreír). 2= Parálisis parcial (parálisis total o casi total de la mitad inferior de la cara). 3= Parálisis completa de uno o ambos lados (ausencia de movimientos faciales en la parte superior e inferior de la cara).	<b>7 Ataxia de extremidades de un hemicuerpo</b> EESS: índice-nariz. FTI: trazo-nodilla. Se puntúa ataxia sólo cuando es desproporcionada a la debilidad (en pacientes con paresia). No hay ataxia (ausente) en un paciente que no comprende o está pléjico.	0= Ausente. 1= Presente en una extremidad. 2= Presente en dos extremidades. Indeterminado = amputación o fusión articular.
<b>1.B Preguntar al paciente el mes y la edad</b> La respuesta debe ser correcta y exacta. No hay puntaje parcial por aproximarse. Los pacientes afásicos y soporosos puntuarán 2. A los pacientes con TBI, trauma craneal, disartria severa de cualquier causa, barrera lingüística u otro problema no 2º a afasia se les dará 1 punto. No ayudar al paciente en la respuesta.	0= Responde a ambas preguntas correctamente. 1= Responde sólo una pregunta correctamente. 2= No responde ninguna pregunta correctamente.	<b>5.A Examen motor de la extremidad superior izquierda</b> Examinar por 10 segundos. Extender el brazo izquierdo (con las palmas hacia abajo) en 90º si el paciente está soncizado y en 45º si el paciente está en decúbito supino. Al paciente afásico se le insiste con pantomima.	0= Normal. 1= Caer levemente (claudica). 2= Realiza algún esfuerzo con una gravedad. 3= Sin esfuerzo contra gravedad. 4= Ningún movimiento. Indeterminado = amputación o fusión articular de hombro.	<b>8 Sensibilidad al dolor</b> Explorar a través de pinchazos en los brazos, las piernas, el tronco y la cara. Comparar ambos lados. Puntuar 2 sólo en el caso que pueda ser claramente demostrada. En pacientes soporosos o afásicos evaluar muecas y retirar al estímulo doloroso.	0= Normal. 1= Hipestesia leve a moderada. 2= Hipestesia severa o anestesia.
<b>1.C Órdenes:</b> Abra y cierre los ojos / apriete y suelte una mano. Si tratar por otra orden si no puede utilizar las manos. Si no responde a la orden se le realiza la pantomima. Pacientes con traumas, amputación u otro impedimento se les darán órdenes que se adapten a su situación. Se puntúa solo el primer intento.	0= Realiza ambas tareas correctamente. 1= Realiza una tarea correctamente. 2= No realiza ninguna tarea correctamente.	<b>5.B Examen motor de la extremidad superior derecha</b> Examinar por 10 segundos. Extender el brazo derecho (con las palmas hacia abajo) en 90º si el paciente está soncizado y en 45º si el paciente está en decúbito supino. Al paciente afásico se le insiste con pantomima.	0= Normal. 1= Caer levemente (claudica). 2= Realiza algún esfuerzo con una gravedad. 3= Sin esfuerzo contra gravedad. 4= Ningún movimiento. Indeterminado = amputación o fusión articular de hombro.	<b>9 Lenguaje</b> Valorar fluencia, nominación, repetición y comprensión. En pacientes intubados solicitar que escriban. Afasia moderada: errores de nominación, parafasias y/o afectación de la comprensión o expresión. Afasia incompleta: pérdida de fluencia sin gran limitación en las ideas expresadas. Afasia severa: Broca, de Wernicke, transcortical, nominal.	0= Normal, sin afasia. 1= Afasia leve o moderada. 2= Afasia severa. 3= Afasia global, mutismo o coma.
<b>2 Mirada horizontal</b> Se puntúan los movimientos oculares voluntarios o reflejos oculocefálicos. No se realizan pruebas calorías. Si el paciente tiene una paresia periférica aislada III, IV o VII puntuará 1. Los pacientes con trauma ocular, vendajes, ceguera preexistente, otras alteraciones de agudeza visual o campo visual se explorarán con movimientos reflejos.	0= Normal. 1= Parálisis parcial de la mirada (cruza la línea medial). 2= Desviación oculocefálica o parálisis total de la mirada (no cruza la línea medial).	<b>6.A Examen motor de la extremidad inferior izquierda</b> Examinar por 5 segundos. Eleva la pierna izquierda en 30º flexionando la cadera, siempre en decúbito supino. Al paciente afásico se le insiste con pantomima.	0= Normal. 1= Caer levemente (claudica). 2= Realiza algún esfuerzo contra gravedad. 3= Sin esfuerzo contra gravedad. 4= Ningún movimiento. Indeterminado = amputación o fusión articular de cadera.	<b>10 Disartria</b> Pedir al paciente que repita una lista de palabras. Disartria leve o moderada: desde pronunciar mal algunas palabras a ser entendido con alguna dificultad. Disartria severa: lenguaje incomprensible en ausencia de afasia (o desproporcionado al grado de esta).	0= Ausente. 1= Leve o moderada. 2= Severa (no se entiende) o anartria. Indeterminado = intubado.
<b>3 Campos visuales</b> Explorar por confrontación o amenaza visual. Si el paciente tiene ceguera o enucleación unilateral se puntúan los campos visuales en el otro ojo.	0= Sin déficit de campo visual. 1= Hemianopsia parietal, cuadranteoposía. 2= Hemianopsia homónima. 3= Hemianopsia homónima bilateral, ceguera cortical.	<b>6.B Examen motor de la extremidad inferior derecha</b> Examinar por 5 segundos. Eleva la pierna derecha en 30º flexionando la cadera, siempre en decúbito supino. Al paciente afásico se le insiste con pantomima.	0= Normal. 1= Caer levemente (claudica). 2= Realiza algún esfuerzo contra gravedad. 3= Sin esfuerzo contra gravedad. 4= Ningún movimiento. Indeterminado = amputación o fusión articular de cadera.	<b>11 Extinción o inatención</b> De la exploración previa se puede identificar negligencia. Si no, utilizar la doble estimulación simultánea. Puede ser inatención visual, táctil, auditiva, espacial o personal.	0= Sin extinción. 1= En una modalidad sensorial. 2= En más de una modalidad sensorial.



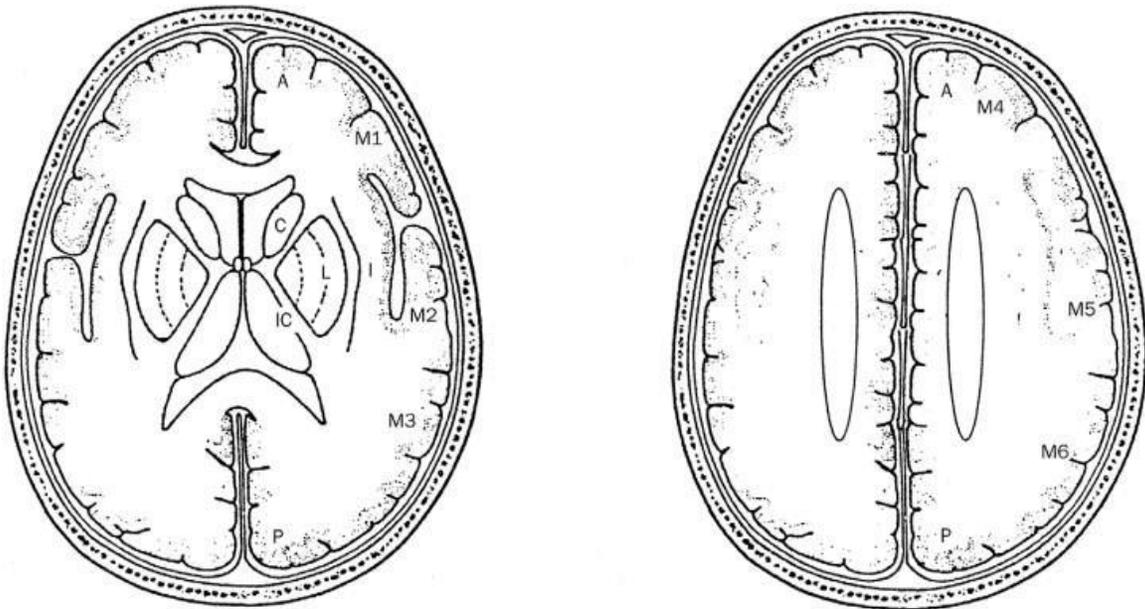
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 65 de 73

## Anexo 5: Escala ASPECTS



A = circulación anterior; P = circulación posterior; C = caudado; L = lenticular; IC = cápsula interna; I = cinta insular; ACM = arteria cerebral media; M1 = corteza anterior de la ACM; M2 = corteza de la ACM lateral a la cinta insular; M3 = corteza posterior de la ACM; M4, M5 y M6 son territorios anterior, lateral y posterior de la ACM inmediatamente superiores a M1, M2 y M3, rostrales a los ganglios basales. A las estructuras subcorticales se les asignan 3 puntos (C, L y IC). A la corteza ACM se le asignan 7 puntos (corteza insular, M1, M2, M3, M4, M5 y M6).



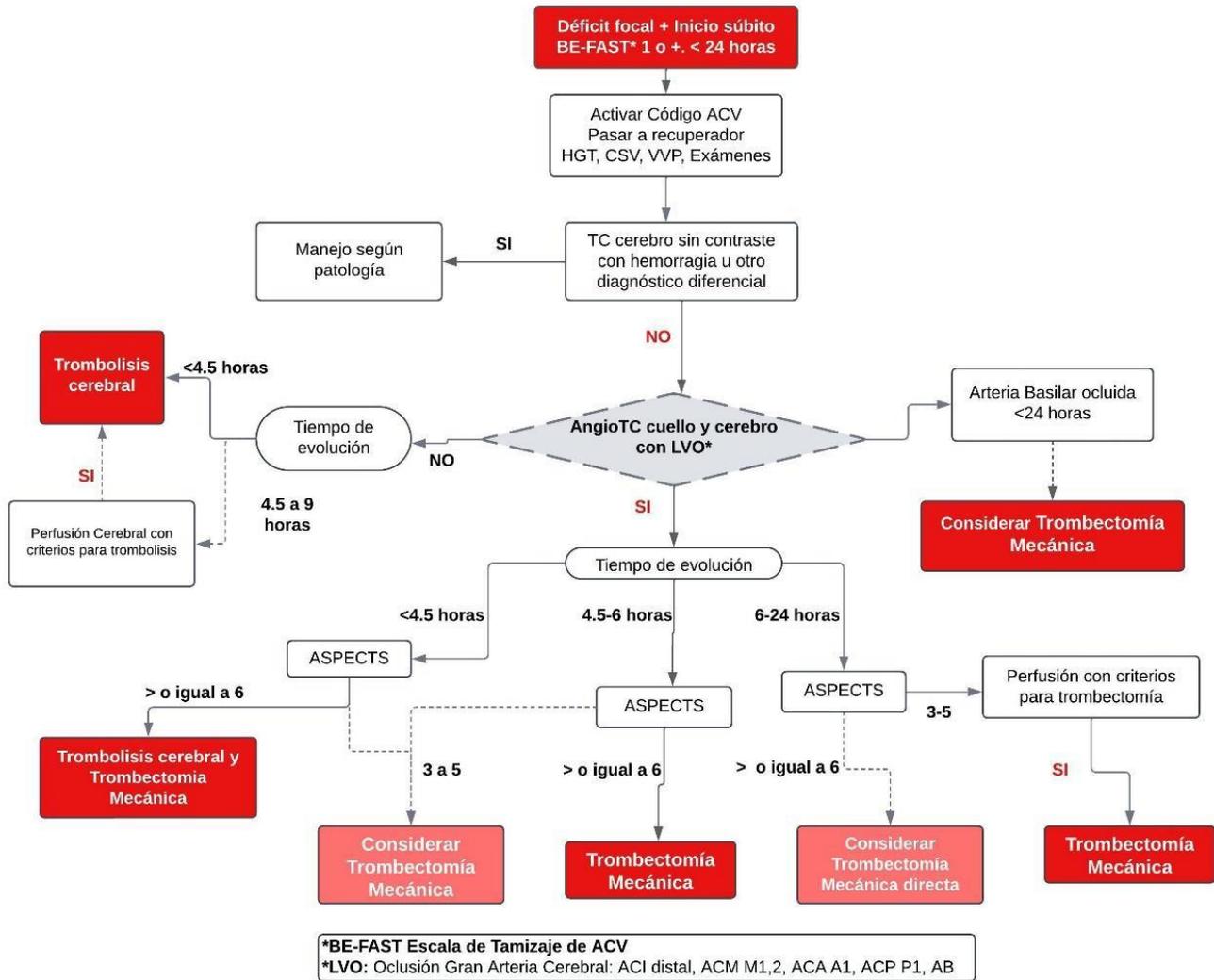
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 66 de 73

**Anexo 6:** Algoritmo para la indicación de las terapias de reperfusión en el ACV isquémico agudo.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 67 de 73

### Anexo 7: Hoja de registro de enfermería en la trombólisis intravenosa



#### REGISTRO DE ENFERMERÍA EN TROMBOLISIS DE PACIENTE CON ACV ESQUÉMICO



Fecha	Hora ingreso HUAP:	DAU/ N° Ficha:
Nombre:	Edad:	Sexo:
Ant. Morbidos:		
Hora inicio síntomas o última vez visto bien:		
Hora TAC:	Hora inicio TL:	
Fármacos:		
TACO:	SI: NO: ¿Cuál?:	< AVK / DOAC → ¿Cuál?:
Puntaje escala NIHSS:	Invalidante (marque con una X) SI: NO:	

HORA	
PA	
PAM	
FC	
FR	
SAT O2	
T°	
HCT	

Exámenes de laboratorio				
Glicemia				
Bun				
Creatinina				
Hemograma	HTO/	HB/	PLT/	CB/
Electrolitos				
TTPA - INR				
Troponina				

ESCALA DE EVALUACIÓN NEUROLÓGICA					
Evaluación	Respuesta	Puntaje	Evaluación	Respuesta	Puntaje
1 a. Nivel de Conciencia	Alerta	0	6 a. Motor miembro inferior derecho	Sin caída	0
	Somnoliento	1		Caída	1
	Estuporoso	2		No resiste gravedad	2
	Coma			No ofrece respuesta	3
				No movimiento	4
			Amputada, inmovilizada	NE	
1 b. Preguntas (mes, edad)	Ambas correctas	0	6 a. Motor miembro inferior izquierdo	Sin caída	0
	1rpta. Correcta	1		Caída	1
	Ambas incorrectas	2		No resiste gravedad	2
		No ofrece respuesta		3	
				No movimiento	4
			Amputada, inmovilizada	NE	
1 c. Órdenes (abra y cierre los ojos, haga puño y suelte)	Obedece ambas órdenes	0	7. Ataxia de miembros	Ausente	1
	Obedece 1 orden	1		Presente en 1 miembro	2
	No obedece ninguna	2		Presente en 2 miembros	NE
2. Mirada (sigue dedo examinador)	Normal	0	8. Sensibilidad	Normal	0
	Parálisis parcial	1		Hipoestesia leve-moderada	1
	Desviación forzada	2		Hipoestesia mod-sev	2
3. Visión (presente estímulos, amenazas visuales a 4 campos)	Visión normal	0	9. Lenguaje	Normal	0
	Hemianopsia Parcial	1		Afasia leve	1
	Hemianopsia Completa	2		Afasia moderada	2
	Hemianopsia Bilateral	3	Afasia global	3	
4. Parálisis facial	Normal	0	10. Disartría	Normal	0X
	Leve	1		Disartría leve - mod	1
	Moderada	2		Disartría mod - sev	2
	Severa	3		Paciente intubado	NE
5 a. Motor miembro superior derecho	Sin Caída	0	11. Extinción e inatención, evaluar desatención/estimulación doble simultánea	No desatención	0
	Caída	1		Desatención parcial	1
	No resiste gravedad	2		Desatención completa	2
	No ofrece respuesta	3			
	No movimiento	4			
Amputada, inmovilizada	NE				
5 b. Motor miembro superior izquierdo	Sin Caída	0		TOTAL	
	Caída	1			
	No resiste gravedad	2			
	No ofrece respuesta	3			
	No movimiento	4			
Amputada, inmovilizada	NE				



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 68 de 73

TENECTEPLASE (TNK)							
Dosis EV: 0,25MG / kg				Dosis Máxima: 25 mg			
HORA Bolo:							
ALTEPLASA (rtPA)							
Dosis EV: VOLUMEN TOTAL:				Dosis Máxima: 90 mg			
Hora Bolo: (10% total)							
Hora infusión: (90% total):							
TIEMPOS DE MEDICIÓN	HORA	PA	PAM	FC	SAT	NOMBRE ENCARGADO	OBSERVACIONES
FRECUENCIA: C/15MIN	00:00						
	00:15						
	00:30						
	00:45						
	01:00						
	01:15						
	01:30						
	01:45						
FRECUENCIA: C/30MIN	02:00						
	02:30						
	03:00						
	03:30						
	04:00						
	04:30						
	05:00						
	05:30						
	06:00						
	06:30						
FRECUENCIA: C/120MIN	07:00						
	07:30						
	08:00						
	10:00						
	12:00						
	14:00						
	16:00						
	18:00						
	20:00						
	22:00						
24:00							



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.  
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 69 de 73



TIEMPOS DE MEDICIÓN	HORA	NIHSS	NOMBRE ENCARGADO	OBSERVACIONES
FRECUENCIA: C/15MIN	00:00			
	00:15			
	00:30			
	00:45			
	01:00			
c/ 120 MIN	02:00			
	04:00			
	06:00			
	12:00			
	18:00			
	24:00			

	HORA	HGT	NOMBRE ENFERMERA/O	OBSERVACIONES
FRECUENCIA: C/6HRS				



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 70 de 73

### Anexo 8: Escala modificada de Rankin (mRS)

0	Asintomático.
1	Sin discapacidad significativa a pesar de síntomas; capacidad de realizar las actividades y deberes normalmente.
2	Discapacidad leve; incapaz de realizar todas las actividades previas; pero capaz de cuidarse sin ayuda.
3	Discapacidad moderada; requiere cierta asistencia pero es capaz de cuidarse solo.
4	Discapacidad moderada a severa; incapaz de caminar solo sin ayuda e incapaz de realizar cuidado corporal sin ayuda.
5	Discapacidad severa; postrados, incontinente, requiere cuidado de enfermería y atención.
6	Muerto.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 71 de 73

## Anexo 9: Escala TICI

TABLA 2. Categorías de perfusión de la trombólisis en el infarto cerebral (TICI)

Grado 0:	<u>Sin perfusión</u> . No hay flujo anterógrado más allá del punto de oclusión.
Grado 1:	<u>Penetración con perfusión mínima</u> . El material de contraste traspasa la zona de obstrucción, pero no logra opacificar todo el lecho cerebral distal a la obstrucción durante la angiografía.
Grado 2:	<u>Perfusión parcial</u> . El material de contraste traspasa la obstrucción y opacifica el lecho arterial distal a ella. Sin embargo, la velocidad de entrada del contraste en el vaso distal a la obstrucción y/o su velocidad de eliminación del lecho distal son perceptiblemente más lentas que su entrada y/o eliminación de áreas comparables no perfundidas por el vaso previamente ocluido, por ejemplo, la arteria cerebral opuesta o el lecho arterial proximal a la obstrucción.
Grado 2a:	Sólo se visualiza el llenado parcial (<2/3) de todo el territorio vascular.
Grado 2b:	Se visualiza el llenado completo de todo el territorio vascular esperado, pero el llenado es más lento de lo normal.
Grado 3:	<u>Perfusión completa</u> . El flujo anterógrado hacia el lecho distal a la obstrucción se produce con la misma rapidez que hacia la obstrucción, y la eliminación del material de contraste del lecho afectado es tan rápida como la de otro lecho no afectado del mismo vaso o de la arteria cerebral opuesta.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 72 de 73

**Elaborado por:**

Dr. Irving Santos C., Profesional de la Unidad de Neurología.

E.U. Margaret Cartes G., Enfermera Gestora de la Unidad de Neurología.

Dr. Juan Pablo Rozas V. Profesional de la Unidad de Neurología.

**Revisado por:**

Dr. Jorge Ibáñez P., Subdirector de Gestión Clínica.

E.U. Carolina Rivas J., Subdirectora de Gestión del Cuidado.

Dra. Carolina Gómez S., Jefa Unidad de Neurología.

Dra. Paulina Mariángel Q., Jefa Unidad de Gestión de Camas.

Dr. Ulises González B., Jefe Unidad de Emergencia Hospitalaria.

Dr. Gian Paolo Zamboni T., Jefe Unidad de Angiografía.

E.U. Ethel Díaz T., Supervisora de UEH.

Klgo. Cristian Troncoso C., Jefe Unidad de Rehabilitación y Gestión Funcional.

Dr. Marcelo Ojeda B., Jefe Unidad de Imagenología.

Dr. Daniel Rojo V., Jefe Unidad de Laboratorio Clínico,

Germaine Reyes T., Jefe Unidad de Admisión.

E.U. Catalina Espinoza D., Profesional Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.

QF. Mario Rodríguez Pérez. Jefe Unidad Farmacia Clínica.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UNE
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 02
	UNIDAD DE NEUROLOGÍA	Fecha: 09/2025 Vigencia: 5 años
	ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO ACV" Y TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO.	Página 73 de 73



Firmado por:  
Catalina Marcela Espinoza Donoso  
Profesional Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente  
Fecha: 12-09-2025 13:24 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Mario Ignacio Rodríguez Pérez  
Subrogante Unidad de Farmacia Clínica  
Fecha: 12-09-2025 21:12 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Ethel Joanna Díaz Triviño  
Enfermera Supervisora de Urgencia/ Dental  
Fecha: 15-09-2025 10:26 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Daniel Iván Rojo Vera  
Jefatura Unidad de Laboratorio Clínico  
Fecha: 15-09-2025 10:52 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Cristian Alejandro Troncozo Carrasco  
Jefatura Rehabilitación y Gestión Funcional  
Fecha: 16-09-2025 09:53 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Carolina Loreto Gómez Sánchez  
Jefatura Unidad de Neurología  
Fecha: 16-09-2025 14:21 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Carolina Andrea Rivas Jerez  
Subdirectora de Gestión del Cuidado  
Fecha: 16-09-2025 16:37 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Marcelo Alejandro Ojeda Barria  
Jefatura Unidad de Imagenología  
Fecha: 17-09-2025 08:54 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Germaine Orlando Reyes Torres  
Jefatura Unidad Admisión  
Fecha: 17-09-2025 12:17 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Yesviana Estefanía Sánchez Faúndez  
Subdirector de Gestión Clínica (s)  
Fecha: 30-09-2025 11:19 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Gian Paolo Zamboni Torres  
Jefatura Unidad de Angiografía  
Fecha: 06-10-2025 13:27 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Paulina Daniela Mariángel Quiroz  
Jefatura Técnica Unidad de Urgencia  
Fecha: 16-10-2025 15:20 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Ulises Alfredo González Bascuñán  
Jefatura Unidad Emergencia Hospitalaria  
Fecha: 17-10-2025 12:47 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>

**II. TÉNGASE PRESENTE** la vigencia de este protocolo a contar de la fecha de la total tramitación de la presente Resolución.

**III. ESTABLÉCESE** que el señalado “*Protocolo de activación del “código ACV” y terapias de reperfusión en el ataque cerebrovascular isquémico agudo*”, debe ser el que se tenga en consideración a contar de la fecha de su entrada en vigencia.

**IV. DÉJESE SIN EFECTO** toda normativa interna que diga relación con la materia de este protocolo.

### **ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE**

CEWSP

Distribución:

1. Dirección.
2. Subdirección de Gestión Clínica.
3. Subdirección de Gestión del Cuidado.
4. Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas.
5. Departamento de Planificación y Desarrollo.
6. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
7. Unidad de Auditoría.
8. Asesoría Jurídica.
9. Oficina de Partes.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/UWA8HU-458>