

Propuesta de protocolo de práctica clínica para el tratamiento del accidente cerebrovascular a nivel hospitalario

Proposed clinical practice protocol for the treatment of stroke at the hospital level

Acevedo, Luz; González, Andrea; Yarbouh, Usama

 Luz Acevedo


neurocirujanocaracas@gmail.com

Especialista neurocirujano, Servicio de Neurocirugía, Hospital Vargas. Caracas, Venezuela.

 Andrea González

draandregonzalezsosa@gmail.com

Estudiante de Medicina, Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Coro, Venezuela.

 Usama Yarbouh

usamayarbouh@gmail.com

Estudiante de Medicina, Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Coro, Venezuela.

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 15, núm. 1, e446, 2026
revistadpgmeducv@gmail.com

Recepción: 06 de febrero de 2026

Aprobación: 10 de abril de 2026

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2026.15.1.e446>

Cómo citar: Acevedo L, González A, Yarbouh H. Propuesta de protocolo de práctica clínica para el tratamiento del accidente cerebrovascular a nivel hospitalario. Rev. Digit Postgrado 2026; 15(1): e446.doi.10.37910/RDP.2026.15.1.e446

Resumen: Objetivo: Proponer un protocolo de práctica clínica para el tratamiento del accidente cerebrovascular a nivel hospitalario y evaluar su viabilidad e impacto inicial tras un periodo de prueba en el Hospital Vargas. Métodos: Estudio tipo proyecto factible, cuantitativo, no experimental y descriptivo. El proceso incluyó cuatro fases: diagnóstico situacional, diseño del protocolo, implementación y evaluación. La recolección de datos se realizó mediante encuesta estructurada validada por juicio de expertos; la confiabilidad del instrumento se evaluó con alfa de Cronbach ($\alpha = 0,90$). Se empleó estadística descriptiva, expresada en frecuencias y porcentajes. Resultados: Participaron 35 médicos residentes de Medicina Interna. Antes de la intervención, 73,9 % de los encuestados respondió que la falta de un protocolo estandarizado generaba demoras en la atención; 60,9 % señaló carencia de equipamiento diagnóstico; 95,7% aplicaba guías internacionales no adaptadas al contexto local. Tras la implementación del protocolo propuesto, se observó reducción de los tiempos de respuesta diagnóstica, mayor coordinación interservicios y uso racional de recursos de imagenología mediante alternativas para centros sin tomografía. Conclusión: El protocolo propuesto mejoró la atención inicial del accidente cerebrovascular en el Hospital Vargas, redujo tiempos críticos y fortaleció la comunicación entre servicios. El modelo es aplicable en centros con recursos limitados y puede servir de base para protocolos nacionales adaptados.

Palabras claves: Accidente Cerebrovascular; Hospitales de Enseñanza; Protocolos Clínicos; Terapéutica; Urgencias Médicas.

Abstract: Objective: To propose a clinical practice protocol for the in-hospital treatment of stroke and to evaluate its feasibility and initial impact following a trial period at Hospital Vargas. Methods: This was a quantitative, non-experimental, and descriptive feasibility study. The process consisted of four phases: situational assessment, protocol design, implementation, and evaluation. Data collection was conducted using a structured survey validated by expert judgment; instrument reliability was assessed using Cronbach's alpha ($\alpha = 0.90$). Descriptive statistics were employed, expressed as frequencies and percentages. Results: Participants included 35 Internal Medicine residents. Prior to the intervention, 73.9% of respondents stated that the lack of a standardized protocol caused delays in care; 60.9% noted a lack of diagnostic equipment; and 95.7% applied international guidelines that were not adapted to the local context. Following the implementation of the proposed protocol, there was a reduction in diagnostic response times, improved inter-departmental coordination, and a more rational use of imaging resources through the use of alternatives for centers without CT scanning capabilities. Conclusion: The proposed protocol improved the initial management of stroke at Hospital Vargas, reduced critical response times, and strengthened communication between clinical services. This model is applicable to resource-limited settings and can serve as a foundation for adapted national protocols.

Keywords: Stroke; Teaching Hospitals; Clinical Protocols; Therapeutics; Medical Emergencies.

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) es una causa frecuente de discapacidad neurológica permanente y mortalidad en el mundo, con una carga creciente en América Latina. ⁽¹⁾ La efectividad del manejo inicial del ACV, depende críticamente de la rapidez en la evaluación, el diagnóstico por imagen y la toma de decisiones terapéuticas ⁽²⁻⁴⁾. En entornos con recursos limitados, barreras como la disponibilidad de realizar estudios de imagen de urgencia y la ausencia de vías clínicas estandarizadas, generan retrasos que reducen la posibilidad de ofrecer terapias revascularizadoras y medidas que mejoren el pronóstico funcional ^(4,5).

En Venezuela, indisponibilidad de recursos y la falta de protocolos ajustados a la realidad institucional, han limitado la respuesta rápida en esta urgencia. El Hospital Vargas, en Caracas, centro de referencia urbano con alta demanda de emergencias, carece hasta ahora, de un protocolo formal y validado localmente para la atención del ACV. Este trabajo describe el diseño, la implementación y la evaluación de un protocolo práctico, centrado en optimizar tiempos críticos, priorizar medidas diagnósticas asequibles y establecer rutas de comunicación entre emergencias, radiología y neurología.

Esta investigación contó con la revisión y aprobación del Comité de Bioética del Hospital Vargas el 24 de abril de 2025. Se obtuvo consentimiento informado de los participantes para la aplicación de encuestas y la utilización de los resultados con fines académicos y de mejora asistencial.

MÉTODOS

Diseño y población: proyecto factible, cuantitativo, no experimental y descriptivo. Participaron 35 médicos residentes del programa de especialización de Medicina Interna del Hospital Vargas. Fases de la investigación: (1) diagnóstico situacional mediante encuestas; (2) diseño de protocolo con flujogramas, criterios clínicos y radiológicos; (3) implementación con capacitación interservicios (medicina interna, radiología, neurología) en un período de 3 meses (2 de junio al 25 de agosto de 2025); (4) evaluación posimplementación. Instrumento y análisis: encuesta estructurada validada por juicio de expertos (Comité de Bioética del Hospital Vargas, jefes de servicio de Medicina Interna 2 y 3; y adjuntos de neurocirugía); confiabilidad $\alpha = 0,90$. Variables principales: percepciones sobre demoras, disponibilidad de equipamiento, uso de guías internacionales, cumplimiento de tiempos críticos propuestos. Se usó estadística descriptiva e inferencial (frecuencias y porcentajes). Evaluación de impacto: se compararon tiempos medianos de diagnóstico y notificación entre fases pre- y posimplementación, mediante una encuesta y revisión de 17 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ACV durante el período de implementación.

Criterios de inclusión: médicos residentes del programa de especialización de Medicina Interna del Hospital Vargas de Caracas; con disponibilidad para participar en actividades formativas.

Criterios de Exclusión: médicos residentes del programa de especialización de Medicina Interna del Hospital Vargas de Caracas con ausencias prolongadas o indisponibilidad para las actividades del estudio.

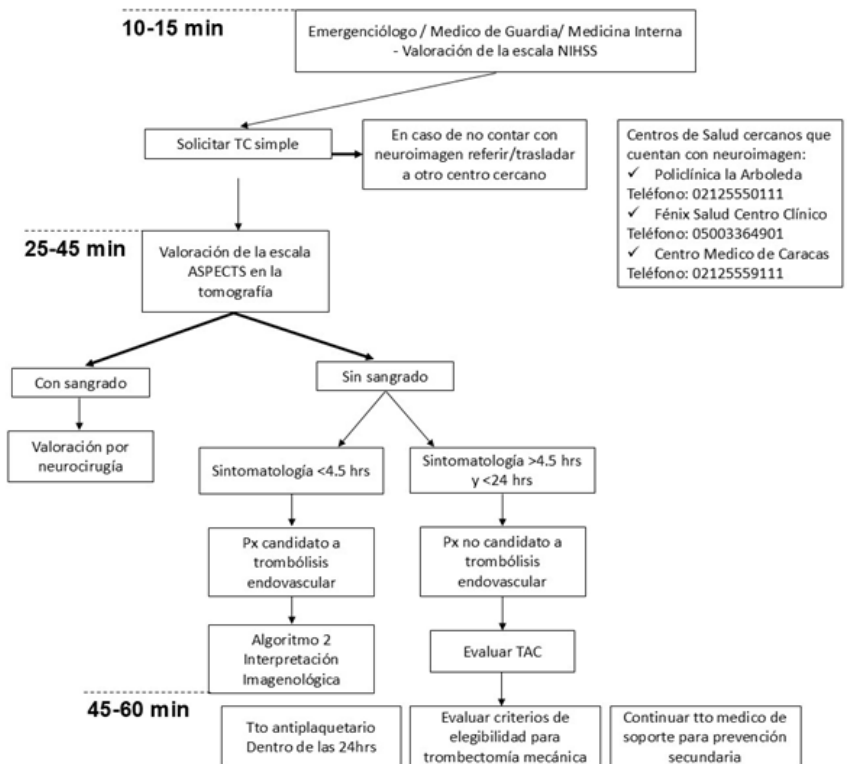
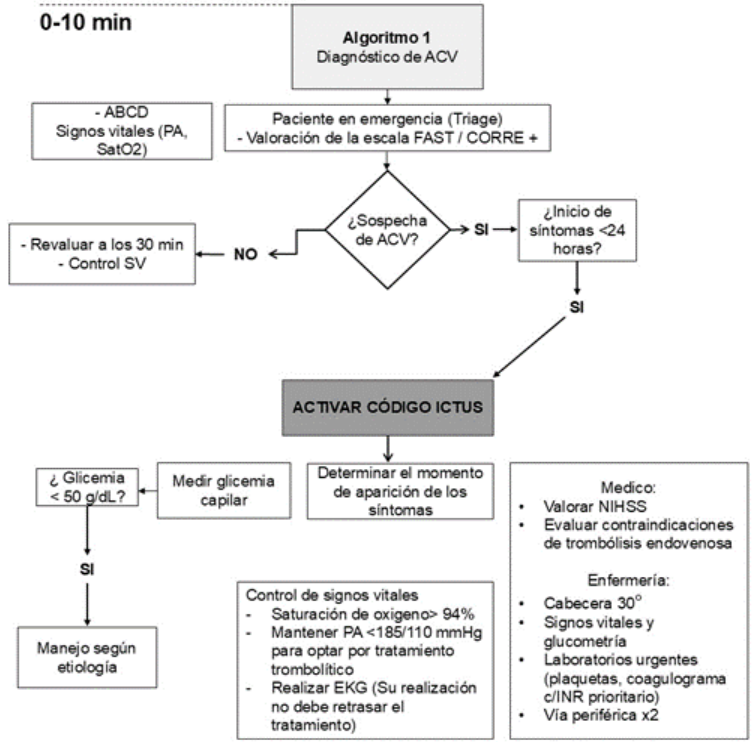
Descripción de las fases: 1.- Fase diagnóstica: se realizó mediante la aplicación del Cuestionario diagnóstico.pdf, a los residentes del Programa de Especialización de Medicina Interna, determinando tiempos de llegada posterior a la aparición de síntomas neurológicos, tiempo de respuesta en emergencia, orden de la evaluación clínica, escalas utilizadas, exámenes de laboratorios, alternativas diagnósticas empleadas, se puntualizó limitaciones del diagnóstico y percepción de la implementación de un protocolo para la atención del paciente con síntomas sugestivos de ACV.

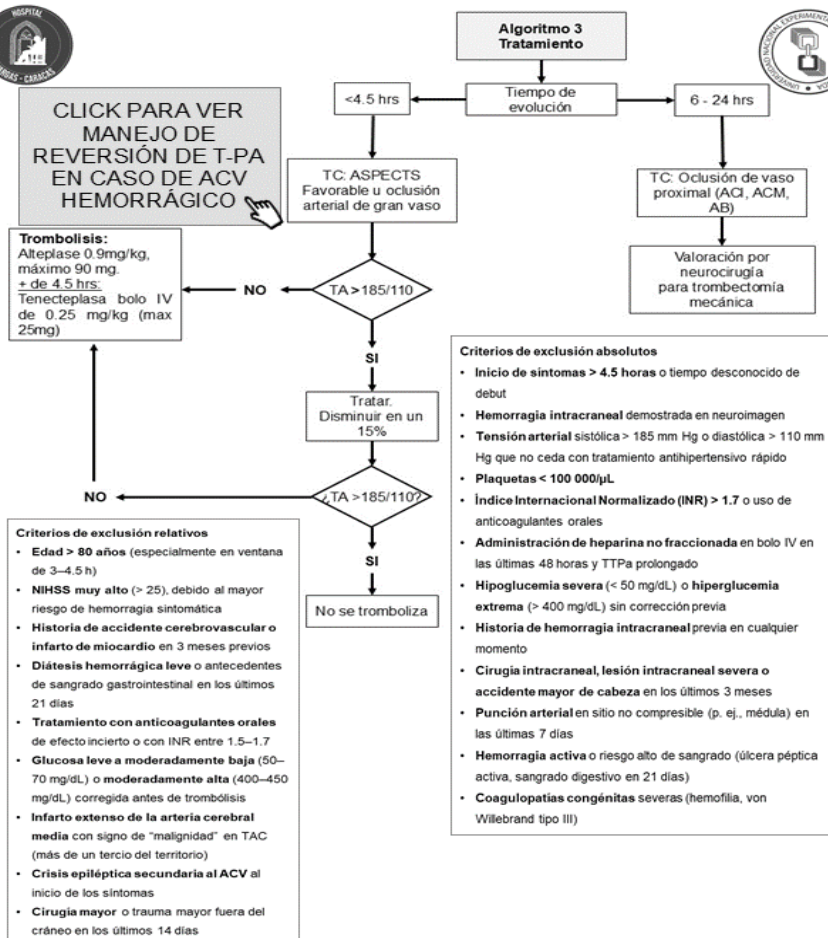
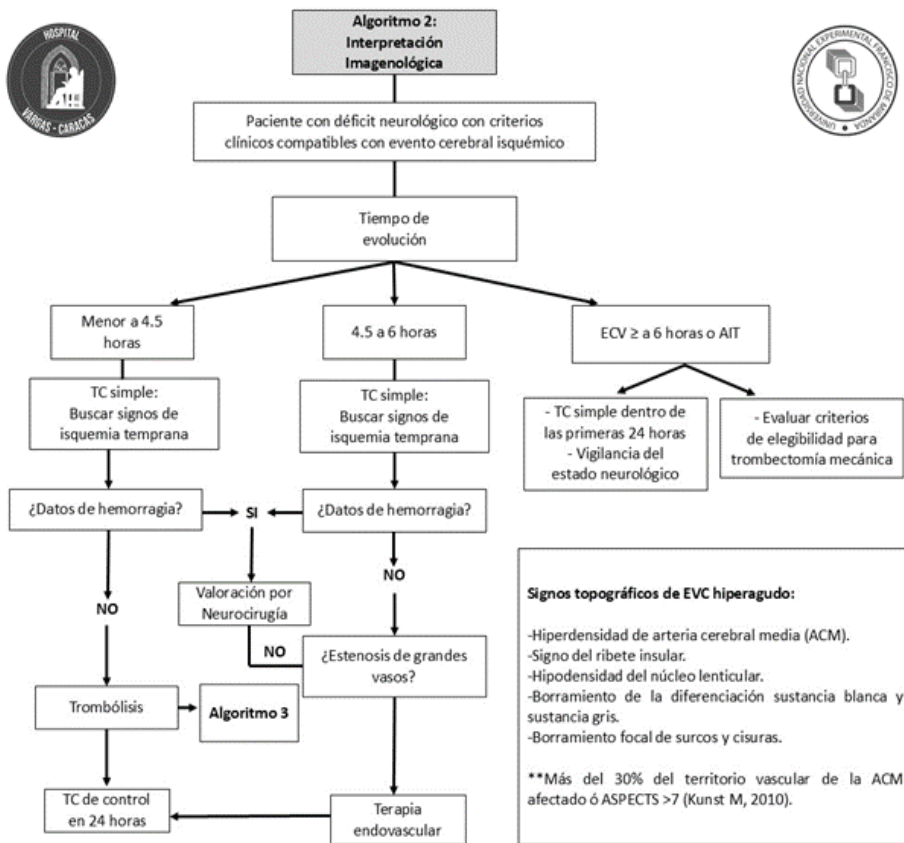
2.- Diseño del protocolo: Siguiendo los resultados obtenidos en la fase diagnóstica se elaboró una guía interactiva con 4 diagramas de flujo; en donde se planteó la evaluación inicial y activación del código Ictus determinando pasos, tiempos, roles, criterios de trombolisis, interconsulta y referencia; acompañado por la interpretación imagenológica representando hallazgos en TC de ACV isquémico y conducta según tiempo de evolución; con el tratamiento acorde al manejo según ventana terapéutica, criterios de exclusión absolutos y relativos de la trombolisis endovenosa, reversión del activador tisular del plasminógeno (t-PA) en caso de ser detectada hemorragia, generando la propuesta de una ruta alternativa sin neuroimagen mediante el uso de eco *doppler* transcraneal y carotídeo para orientar decisiones en pacientes sin recursos, enfatizando que es preferible la TC. Incluyendo escalas (NIHSS, FAST, CORRE+), planilla de registro y acceso por código QR.

3.- Implementación: posterior a su aprobación por parte de los jefes de servicio de medicina interna y especialistas de neurología y neurocirugía, se difundió desde el 2 de junio al 25 de agosto de 2025. Acciones: presentación del protocolo y capacitación para su utilización durante reuniones de los servicios de medicina interna para los residentes e internos; publicación de posters con QR en áreas clave, y entrega de material; coordinación con el servicio de radiodiagnóstico, para realización de eco *doppler* transcraneal y carotídeo inmediato en casos seleccionados, acompañado de capacitación a residentes de 3er año del postgrado de Radiodiagnóstico, para ampliar disponibilidad de *doppler*; integración y supervisión por parte del servicio de Neurología (Figura 1).



¡Actúa Con Velocidad!







¡Actúa Con Velocidad!

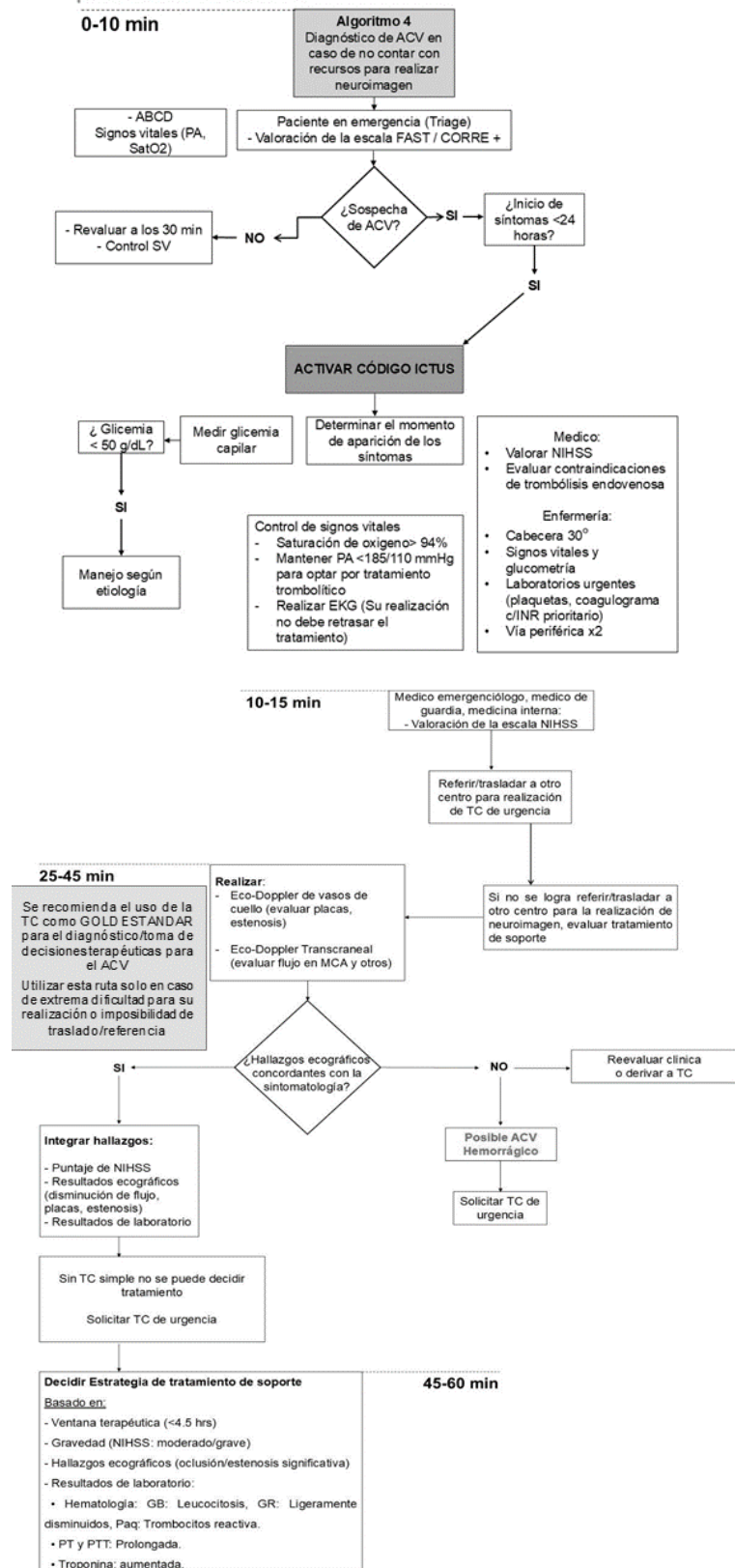


FIGURA 1. Diagrama de Flujos

4.- Evaluación a corto plazo: Para atacar los nudos críticos existentes en la propuesta, durante esta fase se aplicó un instrumento tipo cuestionario de evaluación FINAL.pdf con 26 preguntas, siguiendo la escala Likert, a los 35 residentes de medicina interna en el cual se evaluó su experiencia e impacto de la implementación del protocolo en cuanto a la evaluación inicial y triaje, la solicitud de laboratorios y la recepción oportuna de estos mismos; la utilización de neuroimágenes y de ecografía *doppler*; el impacto generado en tiempos y resultados; además de la capacitación adquirida para la utilización del protocolo, la claridad del mismo y horizonte temporal.

Por otra parte, se realizó una revisión de las historias médicas de los pacientes con diagnóstico de ACV ingresados durante el período de implementación del protocolo (02 junio- 25 agosto), 22 casos fueron reportados con solo 17 disponibles en archivo, en estas historias se evaluó los días de hospitalización, el tiempo de detección y de tratamiento, la correlación clínica entre el diagnóstico de ingreso y egreso, el tratamiento utilizado, las escalas diagnósticas empleadas, la proporción de recepción de tomografías computarizadas o resonancia magnética y los hallazgos en estas mismas, la realización de ecografía *doppler* transcraneal y carotídea, además de la solicitud y recepción de los laboratorios pertinentes a cada paciente. Dado que el diagnóstico situacional (Fase I) confirmó la inexistencia previa de un registro clínico sistematizado y estandarizado, la revisión de historias se diseñó con un carácter descriptivo y de verificación de adherencia, sirviendo como contraste objetivo frente a la situación base detectada en la primera fase del estudio.

RESULTADOS

Hallazgos de la fase diagnóstica: Se apreció tiempos de llegada posterior a la aparición de síntomas neurológicos: el 39,1 % entre 3–5 h; el 34,8 % >6 h; tiempo de respuesta en emergencia: inmediato en el 39,1 %, pero también reportes de >30 min (21,7 %); evaluación clínica: el 65,2 % consideró necesaria la combinación de clínica, paraclínica y neuroimagen; ausencia de un orden estandarizado; se empleaban escalas como: National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) (60,9 %), Cincinnati (26,1 %), FAST (13 %); exámenes de laboratorios: solicitados en el 91,3 % (hematología, glicemia, BUN, electrolitos); neuroimagen: tomografía simple (TC, 95,7 %), preferida antes de 6 h (56,5 %); considerando como alternativas: *doppler* transcraneal (56,5 %), *doppler* carotídeo (39,1 %); se puntualizaron limitaciones: infraestructura deficiente (60,9 %), ausencia de protocolo (95,7 %), falta de equipos de neuroimagen (82,6 %); y apreciando una percepción del 73,9 % el cuál planteaba que un protocolo reduciría tiempos y mejoraría eficacia en la atención del paciente con síntomas sugestivos de ACV.

Hallazgos del cuestionario posimplementación: Evaluación inicial y triaje: El protocolo logró unificar la puerta de entrada clínica. El 87,5 % indicó que la guía apoyó la historia y la exploración neurológica; el 100% reportó uso consistente de NIHSS/FAST; el 75 % señaló registro completo de signos vitales al ingreso; el 100 % afirmó realizar la evaluación neurológica según lo propuesto. En la práctica cotidiana, el 62,5 % refirió aplicar frecuentemente los pasos del protocolo. Estos datos muestran adopción alta de los elementos nucleares del ingreso y una frecuencia de aplicación mayoritaria, con un tercio que aún transita hacia la plena integración en todos los casos.

Exámenes de laboratorio: Se observó mejora en proceso, pero con una brecha crítica en oportunidad de resultados. El 87,5 % reportó solicitud oportuna de los estudios al ingreso; sin embargo, solo el 25% indicó recepción oportuna de resultados, y el 62,5 % los calificó como variables (neutral). El 12,5% declaró resultados no oportunos. La conclusión operativa es que la conducta clínica se ordenó para solicitar los exámenes de laboratorios a tiempo, pero la cadena de laboratorio continuó siendo un cuello de botella para decisiones en ventanas estrechas.

Imagen tomográfica y *doppler*: la tomografía computarizada se consolidó como la neuroimagen principal en la percepción del equipo (100 %). Cuando no se contó con neuroimagen inmediata, el 75 % indicó eco *doppler* transcraneal o carotídeo. Sobre la utilidad del *doppler*, las respuestas fueron heterogéneas: el 37,5 % lo consideró facilitador del diagnóstico, el 37,5 % neutral y un 25 % no útil en su experiencia. La mitad (50 %) refirió haber logrado diagnósticos certeros combinando examen, laboratorios y *doppler* cuando no hubo

TC/RM. Esto refleja adopción creciente de la alternativa y variabilidad comprensible en su rendimiento diagnóstico según caso y disponibilidad.

Impacto en tiempos y resultados (percepción): La evaluación subjetiva mostró mejoras relevantes y áreas pendientes. El 50 % percibió mejoría del tiempo de respuesta inicial; el 62,5 % reportó mejoría del tiempo de diagnóstico; el 37,5 % refirió aceleración del inicio de terapias específicas; el 25 % percibió reducción de complicaciones, con 62,5 % neutral. Tres indicadores de proceso - calidad alcanzaron 75 % de respuestas positivas: mejora global de la atención al ACV, unificación de criterios y agilización de interconsultas, y mayor tasa de diagnósticos correctos. Además, el 62,5 % consideró más satisfactorio el tiempo de diagnóstico tras el protocolo. En síntesis, se consolidó la coordinación y la calidad del razonamiento clínico, mientras que la aceleración del tratamiento quedó limitada por tiempos sistémicos.

Capacitación, claridad y horizonte temporal: La aceptación y comprensión del protocolo fueron altas. El 100 % calificó como suficiente la capacitación general; el 87,5 % consideró el documento entendible y alineado con la evidencia; el 100 % afirmó que los criterios de ingreso, diagnóstico y tratamiento están claros. En *doppler*, la capacitación fue suficiente para el 50 %, con 37,5 % neutral y 12,5 % negativa, lo que apunta a necesidad de entrenamiento adicional. Por último, hubo consenso pleno (100 %) en que la implementación requiere más tiempo para su puesta en marcha definitiva.

Hallazgos de la revisión de historias clínicas: Utilización de escalas, tiempos y consistencia diagnóstica propuestas por el estudio: En 17 historias analizadas, la NIHSS se documentó en 88,2 %, la Rankin en 70,6 % y ASPECTS en 58,8 % cuando hubo TC interpretable. Es importante destacar que, debido a la ausencia de un registro clínico estandarizado previa a esta investigación (identificada en la Fase I como una debilidad crítica), el estudio establece la comparación de mejora tomando como línea base los hallazgos del diagnóstico situacional. Mientras que en la fase inicial la atención se basaba en criterios dispersos y no documentados uniformemente, la evaluación posimplementación mediante la auditoría de historias demostró una transición hacia una práctica clínica objetiva, con una adherencia del 88,2 % al uso de escalas neurológicas validadas. El tiempo promedio de detección fue de 30,6 horas, y el de inicio de tratamiento de 53,1 horas. Estos valores estuvieron fuertemente influidos por llegadas tardías (en varias historias se consignó inicio de síntomas 48–72 horas antes del ingreso) y por tiempos variables en la obtención de estudios. La correlación clínica entre diagnóstico de ingreso y de egreso mostró cambios en 41,2 % de los casos, fundamentalmente por mejor caracterización etiológica tras completar estudios.

Imagen y *doppler* en la práctica real: Se registró recepción de TC en 70,5 % y de RM en 17,6 %, con tiempos muy variables que impactaron diagnóstico y tratamiento. Respecto al *doppler*, durante la hospitalización se realizó transcraneal y carotídeo en 11,8 % de los pacientes; en 88,2 % quedó con cita pendiente para su ejecución tras el egreso. Cuando el tiempo de llegada superó las 24 horas, no se activó el Código Ictus, y Radiodiagnóstico programó el *doppler* en agenda diferida, lo que explica la baja tasa de realización intrahospitalaria.

Laboratorios (disponibilidad y resultados): Al ingreso se contó con hematología completa y glicemia en 94,11 % de los casos; electrolitos séricos en 58 %; y PT/PTT en 11,8 %. En los valores reportados, 58,8 % tuvo leucocitos por debajo de 10 000; 52,9 % mantuvo eritrocitos en rango normal; 70,6 % presentó plaquetas por debajo de 400.000/ μ L; 58,8 % registró sodio entre 135–145 mEq/L; 58,8 % tuvo glicemia entre 60–100 mg/dL; y 5,9 % mostró PT/PTT prolongados. Aunque la disponibilidad de hemograma y glucemia fue alta, la menor frecuencia de electrolitos y coagulación refleja barreras operativas y económicas que condicionan decisiones terapéuticas y de seguridad.

Tratamientos administrados: No se administró alteplasa en el período analizado. El manejo se centró en prevención secundaria: 82,4 % recibió aspirina en dosis de carga y mantenimiento; 17,6 % solo mantenimiento; y 82,4 % recibió atorvastatina. Las razones de no trombólisis se vinculan con llegada tardía, tiempos de proceso y limitaciones de recursos documentadas en la implementación.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de la posimplementación del protocolo en el Hospital Vargas se asocian con cambios notables en indicadores operativos para la atención del ACV, manifestados principalmente en la reducción de los intervalos desde el ingreso hasta la toma de decisiones terapéuticas y en un mayor acceso a tomografía computarizada en plazos más cortos. Estos resultados coinciden con la evidencia internacional que respalda la efectividad de protocolos locales adaptados a contextos con limitaciones tecnológicas y económicas (6-12).

En Colombia, Rivillas *et al.*⁽⁶⁾ desarrollaron un protocolo nacional articulado con la Red Integral de ACV, que incluyó fases prehospitarias, activación del código ictus y uso de escalas como FAST y CORRE+ para mejorar la detección temprana y el traslado oportuno. Esta estrategia permitió una mejor coordinación entre servicios y una reducción significativa en los tiempos de diagnóstico y tratamiento.

En España, por su parte, implementó una estrategia nacional que contempla la fase hiperaguda del ictus, con activación del código ictus desde el entorno del paciente, manejo prehospitario por equipos especializados y uso sistemático de TC y angio-TC para diferenciar entre ictus isquémico y hemorrágico. La estandarización de estos procesos ha demostrado mejorar la tasa de tratamientos específicos y reducir complicaciones.⁽⁷⁾

En Ecuador, Calero diseñó un protocolo hospitalario que optimiza el uso de fibrinolíticos en las primeras horas, asignando responsabilidades claras a cada servicio involucrado y promoviendo la activación del código ictus desde el ingreso. Esta experiencia evidenció que la estructuración de unidades de ictus y la capacitación del personal son fundamentales para mejorar la atención⁽⁸⁾.

Chile y Argentina también han reportado beneficios con la implementación de protocolos. En Chile, se estandarizó la atención desde el Servicio de Atención Médico de Urgencias (SAMU) mediante telemedicina y algoritmos de evaluación, lo que permitió una derivación más eficiente.⁽⁹⁾ En Argentina, Fustinoni *et al.*⁽¹⁰⁾ propusieron algoritmos simples y escalas estandarizadas para facilitar el diagnóstico rápido y la toma de decisiones terapéuticas, incluso en contextos con recursos limitados.

Uruguay⁽¹¹⁾ y Cuba⁽¹²⁾ han adoptado protocolos nacionales que priorizan la atención en las primeras horas, el uso de TC como estudio inicial, y la capacitación del personal en escalas como NIHSS y criterios de Oxfordshire. Estas iniciativas han demostrado que, incluso en sistemas de salud con restricciones, la protocolización mejora la calidad de atención y reduce la mortalidad por ACV.

En el contexto del Hospital Vargas, la experiencia local refleja los mismos desafíos que enfrentan otros países de la región: limitaciones en infraestructura, tiempos prolongados de atención y falta de protocolos estandarizados. Sin embargo, la implementación del presente protocolo demostró ser factible y efectiva, al mejorar la coordinación interservicios, estandarizar la evaluación clínica y promover el uso racional de recursos disponibles, como el *doppler* transcraneal y carotídeo.

La comparación entre diagnóstico de ingreso y egreso en 41,2 % de los casos sugiere que la ruta de confirmación diagnóstica es útil, pero también evidencia la necesidad de mejorar la precisión desde la admisión. La ausencia de trombólisis durante el periodo analizado, atribuida a llegadas tardías y limitaciones operativas, refuerza la importancia de fortalecer la fase prehospitaria y garantizar el acceso oportuno a imagenología.

La experiencia del Hospital Vargas se alinea con los hallazgos internacionales: los protocolos adaptados al contexto institucional mejoran la atención del ACV, incluso en entornos con recursos limitados. La consolidación del protocolo requiere continuidad en la capacitación, auditorías periódicas y fortalecimiento de los servicios de laboratorio e imagenología para lograr un impacto pleno en los desenlaces clínicos.

Una limitación de la presente investigación fue la imposibilidad de realizar un análisis comparativo directo de historias clínicas pre-intervención, dada la carencia de registros sistematizados previos en la institución. No obstante, los resultados demuestran un avance significativo: el paso de una gestión basada en la percepción médica individual a un sistema de atención protocolizado y auditable, cumpliendo así con el objetivo de dotar al centro hospitalario de una herramienta de control de calidad asistencial.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de partida evidenció variabilidad clínica, ausencia de un protocolo institucional y limitaciones de infraestructura (neuroimagen y tiempos operativos), lo que justificó el diseño de un protocolo estandarizado y contextualizado al Hospital Vargas.

Tras la implementación, se logró una adopción universal de escalas en el cuestionario final y una penetración elevada en la práctica. Esto redujo la dispersión previa y mejoró la calidad del triaje neurológico y de la historia clínica.

Los residentes reportaron mejoras en tiempo de diagnóstico y coordinación interservicios, sin embargo, los tiempos reales siguieron fuera de ventana: detección media 30,6 h e inicio de tratamiento 53,1 h. La brecha obedece a demoras prehospititarias y limitaciones intrahospititarias (laboratorio e imagen).

En cuanto a los exámenes de laboratorio, la adherencia fue alta en solicitud, pero insuficiente en resultados: la solicitud de paneles fue elevada, pero la entrega oportuna de resultados fue limitada y la realización de electrolitos y coagulación resultó subóptima, condicionando la toma de decisiones y elegibilidad terapéutica.

La TC se consolidó como estudio primario (100 % percepción), aunque en historias la recepción fue 70,5 % y con tiempos variables. Se detectaron áreas de oportunidad con el servicio de radiodiagnóstico mediante la realización de las ecografías *doppler* transcraneal y carotídeo, el cual fue considerado como alternativa, pero mostró una utilidad percibida de manera heterogénea y baja ejecución real.

El tratamiento fue definido por las limitaciones relacionadas a la llegada tardía del paciente a la emergencia, GRAFFAR IV/V y las restricciones de equipo e infraestructura de la institución de salud, desembocando en la no administración de alteplasa y encaminado al tratamiento de prevención secundaria. Demostrando la necesidad de la ejecución de una evaluación clínica rápida y organizada que permita priorizar el tiempo.

Existieron cambios diagnósticos entre ingreso y egreso en 41,2 % de los casos, mayormente por mejor caracterización etiológica con estudios complementarios, lo que pone en valor la ruta de confirmación diagnóstica, pero también la oportunidad de incrementar la certeza desde la admisión.

Para efectos de esta investigación el protocolo demostró factibilidad, aceptabilidad y efecto inmediato en estandarización clínica; su impacto pleno en tiempos y terapias requiere consolidación operativa (laboratorio, imagen, logística).

El accidente cerebrovascular constituye un problema de salud pública. En este sentido, el Hospital Vargas, como institución docente y centro de referencia nacional, requiere disponer de un protocolo estandarizado y de todas las herramientas diagnósticas y terapéuticas necesarias para asegurar una atención oportuna, eficiente y basada en evidencia científica actualizada.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Stroke, cerebrovascular accident [Internet]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; [Fecha desconocida; consultado el 22 de octubre 2025]. Disponible en: <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>
2. Feigin VL, Owolabi MO, Abd-Allah F, Akinyemi RO, Bhattacharjee NV, Brainin M, et al. Pragmatic solutions to reduce the global burden of stroke: a World Stroke Organization–Lancet Neurology Commission. *Lancet Neurol.* 2023; 22(12): 1160–1206. Disponible: [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(23\)00277-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(23)00277-6/fulltext)
3. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2019 AHA/ASA guideline for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke.* 2019; 50(12): e344–e418. DOI:10.1161/STR.0000000000000215.
4. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 21st ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022.

5. Hemphill JC 3rd, Greenberg SM, Anderson CS, Becker K, Bendok BR, Cushman M, et al. Guidelines for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2022;53(1):e282–e361. doi:10.1161/STR.0000000000000407.
6. Rivillas JA, Manrique Corredor C, Mantilla A. Protocolo de atención a pacientes con ataque cerebrovascular en Colombia: mesa ampliada de ACV Colombia y del protocolo de atención aguda en entornos hospitalario y prehospitalario [Internet]. Bogotá: Asociación Colombiana de Neurología; 2024 [consultado el 22 de octubre 2025]. Disponible en: <https://acnweb.org/wp-content/uploads/2024/11/PROTOCOLO-ACV-18-11-2024-1.pdf>
7. Ministerio de Sanidad. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Unidad de Patología Cerebrovascular, Hospital Universitario Clínico San Carlos; 2024 [consultado el 22 de octubre 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/ictus/docs/Estrategia_en_Ictus.Accesible.pdf
8. Calero Moscoso CS. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad cerebrovascular aguda isquémica (Código Ictus) [Internet]. Quito: Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Unidad Técnica de Neurología; 2023 [consultado el 22 de octubre 2025]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1516690>
9. SAMU Metropolitano. Resolución Exenta N° 0135 — Relacionado con Protocolo Código ACV SAMU Metropolitano [Internet]. Santiago: SAMU Metropolitano; 2022 [consultado el 22 de octubre 2025]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1QLWRbsBC2uqOR6r_3xClE3MJJ3nS4WP/view?usp=sharing
10. Fustinoni O, Persi G, Zurrú MC. Guía práctica en el manejo agudo del accidente cerebrovascular [Internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Cardiología; 2021 [consultado el 22 de octubre 2025]. Disponible en: https://www.acvvida.org/blog/5480/37020/guia_practica_para_el_manejo_agudo_del_accidente_cerebrovascular.php
11. Gaye Saavedra A; Protocolo nacional de ACV [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública (Uruguay); 2020 [consultado 22 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_PROTOCOLO_NACIONAL_ACV.pdf
12. Fernández Concepción O. Guías de práctica clínica para la prevención primaria, el manejo en la fase aguda y la prevención secundaria del ictus [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2007 [consultado 22 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.academia.edu/58403286/Gu%C3%ADas_de_pr%C3%A1ctica_cl%C3%ADnica_Enfermedad_Cerebrovascular