

ataque cerebrovascular

DEFINICIÓN FUNCIONAL

El Proceso Ataque Cerebrovascular (ACV o *Ictus*) se define como aquél en el que, tras la detección e identificación inmediata del episodio, se procede al diagnóstico de confirmación, investigación etiológica, tratamiento del mismo y de sus complicaciones, se produce la conexión y coordinación con los centros de Atención Primaria, se aborda la prevención secundaria, la rehabilitación, la reinserción sociolaboral, si procede, y el apoyo a los familiares y cuidadores.

- El ataque cerebrovascular (ACV) es una emergencia médica. Todos los pacientes con ACV deberán ser evaluados en las 6 primeras horas desde el comienzo de los síntomas.
- Los pacientes con déficit neurológico establecido deben contar con una valoración diagnóstica adecuada y recibir el tratamiento más idóneo a su situación clínica.
- Garantizar información normalizada a pacientes y familiares a lo largo del proceso asistencial.

ATENCIÓN PRIMARIA

- La sospecha o identificación del ataque cerebrovascular se basa en la valoración de síntomas y signos del paciente (Anexo I). Puede ser realizado por personal no sanitario adecuadamente entrenado y en algunos casos por teléfono. Tiene por finalidad identificar:
 - Hemiparesia /monoparesia.
 - Paresia facial supranuclear.
 - Hemihipoestesia.
 - Afasia /disartría.
 - Ceguera mono o binocular.
 - Hemianopsia.
 - Alteración de las funciones cognitivas superiores.
 - Vértigo.
 - Diplopia.
 - Ataxia.
 - Cefalea y/o disminución del nivel de conciencia acompañado de alguno de los síntomas previos.

En el lenguaje del paciente o familiares, pueden utilizarse términos similares a los siguientes:

- Pérdida de fuerza o torpeza en la mitad del cuerpo (brazo/pierna/cara del mismo lado).
- Acorchamiento en la mitad del cuerpo (brazo/pierna/cara del mismo lado).
- Dificultad para hablar, para entender o para que le entiendan.
- Pérdida de visión en uno o en ambos ojos.
- Pérdida de visión en un lado del campo visual.
- Desorientación o confusión.
- Mareo con sensación de giro de objetos.
- Visión doble.

[ataque cerebrovascular]

- Inestabilidad.
- Dolor de cabeza y/o tendencia al sueño junto con algunos de los síntomas previos. Como información adicional se puede realizar un test de cribado más preciso con las siguientes 4 preguntas realizadas y valoradas por personal sanitario entrenado. (Si la respuesta a todas las preguntas es SÍ, casi con toda seguridad se trata de un ACV):
 - ¿Son los síntomas neurológicos fundamentalmente focales?
 - ¿Son los síntomas más negativos que positivos?
 - ¿Fueron los síntomas máximos al comienzo, más que progresivos?
 - ¿El comienzo de los síntomas fue brusco?
- Realizar anamnesis, exploración física general que debe incluir auscultación carotídea y constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura), exploración neurológica y pruebas complementarias. Glucemia en sangre capilar. Electrocardiograma (ECG).
- Serán remitidos de forma inmediata al SCCU - Hospitalario aquellos pacientes con ataque isquémico transitorio (AIT) de repetición o episodio único ocurrido en las últimas 48 horas y pacientes con sospecha de infarto cerebral isquémico establecido o hemorragia cerebral.
- Serán remitidos al SCCU - Hospitalario los pacientes con AIT que haya sucedido hace más de 48 horas cuando exista soplo carotídeo o sospecha de origen cardioembólico
- Serán derivados a la consulta preferente para valoración neurológica los pacientes con AIT sin soplo carotídeo una vez iniciadas las medidas terapéuticas y preventivas que procedan.
- Las condiciones del traslado de estos pacientes estarán en función de criterios de gravedad clínica, valorándose fundamentalmente los siguientes:
 - Bajo nivel de conciencia.
 - Inestabilidad hemodinámica.
 - Alteraciones ventilatorias.
 - Déficit funcional neurológico grave.
 - Crisis convulsivas.
 - Vómitos con trastornos deglutorios.
- Aquellos pacientes en situación de mayor gravedad serán trasladados mediante Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) móvil y los restantes en ambulancia convencional.
 - Asegurar permeabilidad de vía aérea.
 - Oxigenoterapia, si precisara.
 - Canalización de vía i.v. en brazo no parético.
 - Paciente incorporado a 30°.
 - Prevención de aspiraciones.
 - No usar soluciones glucosadas i.v.
 - Evitar descensos bruscos de presión arterial (PA). Como norma general, no actuar sobre PA, excepto si las cifras son superiores a 220 y/o 120 mmHg. Se desaconseja el uso de nifedipina sublingual.
- Aplicación de medidas preventivas y terapéuticas en pacientes de alta hospitalaria (Anexo VIII y X). Instauración de tratamiento farmacológico y no farmacológico así como control de los factores de riesgo vascular conforme a las recomendaciones generales reseñadas en el Anexo IX.



[ataque cerebrovascular]

ATENCIÓN ESPECIALIZADA**SCCU-H**

- Realización inmediata de técnicas de imagen (Rx tórax y TC de cráneo) ante las siguientes situaciones:
 - *Ictus* en evolución o progresivo.
 - Complicaciones sistémicas /neurológicas.
 - Modificaciones de actuación diagnóstico-terapéutica.
- Aplicación de la escala canadiense cada 2 horas.
- En todo AIT que sucedió en las últimas 48 horas, o hace más de 48 horas pero en el que se ha detectado soplo carotídeo o se sospecha origen cardioembólico, debemos asegurar actuaciones inmediatas con el paciente (estudio doppler cervical, ecocardiograma, etc.) en el propio Servicio de Urgencias o en régimen de hospitalización.

Hospitalización

- Valoración inicial de Enfermería (Anexo IV), con registro de constantes y valoración de escala canadiense (Anexo II).
- Aplicación de la escala canadiense por turnos durante las primeras 48 horas o hasta que exista un déficit neurológico establecido. A partir de ese momento, se evaluará al paciente mediante escala de Ranking modificada y el índice de Barthel (Anexo II).
- Las actuaciones generales en el paciente con ACV durante el periodo de hospitalización serán las recogidas en el Anexo VI.
- En función de la sospecha diagnóstica, las estrategias diagnósticas serán las recogidas en el Anexo VII.
- Establecimiento de un plan terapéutico por parte del Médico Rehabilitador que contemple los siguientes aspectos:
 - Prevenir aspiraciones.
 - Reeducación para la disfagia.
 - Indicar precozmente cambios posturales, recomendándose su realización cada 2-3 horas por personal de Enfermería.
 - Tratamiento postural de extremidades, evitando el predominio del patrón flexor de miembro superior y extensor del inferior.
 - Indicación del tratamiento cinesiterápico.
 - Indicación del tratamiento ortésico, como uso de antiequinos, férulas posturales, etc.
 - Indicación de tratamiento farmacológico, especialmente analgésicos, antiespásticos, antirreabsortivos e infiltraciones locales.
 - Indicación de ayudas técnicas: uso de silla de ruedas, andador y bastones.
 - Indicación de posible tratamiento logoterápico o sistema alternativo de comunicación.

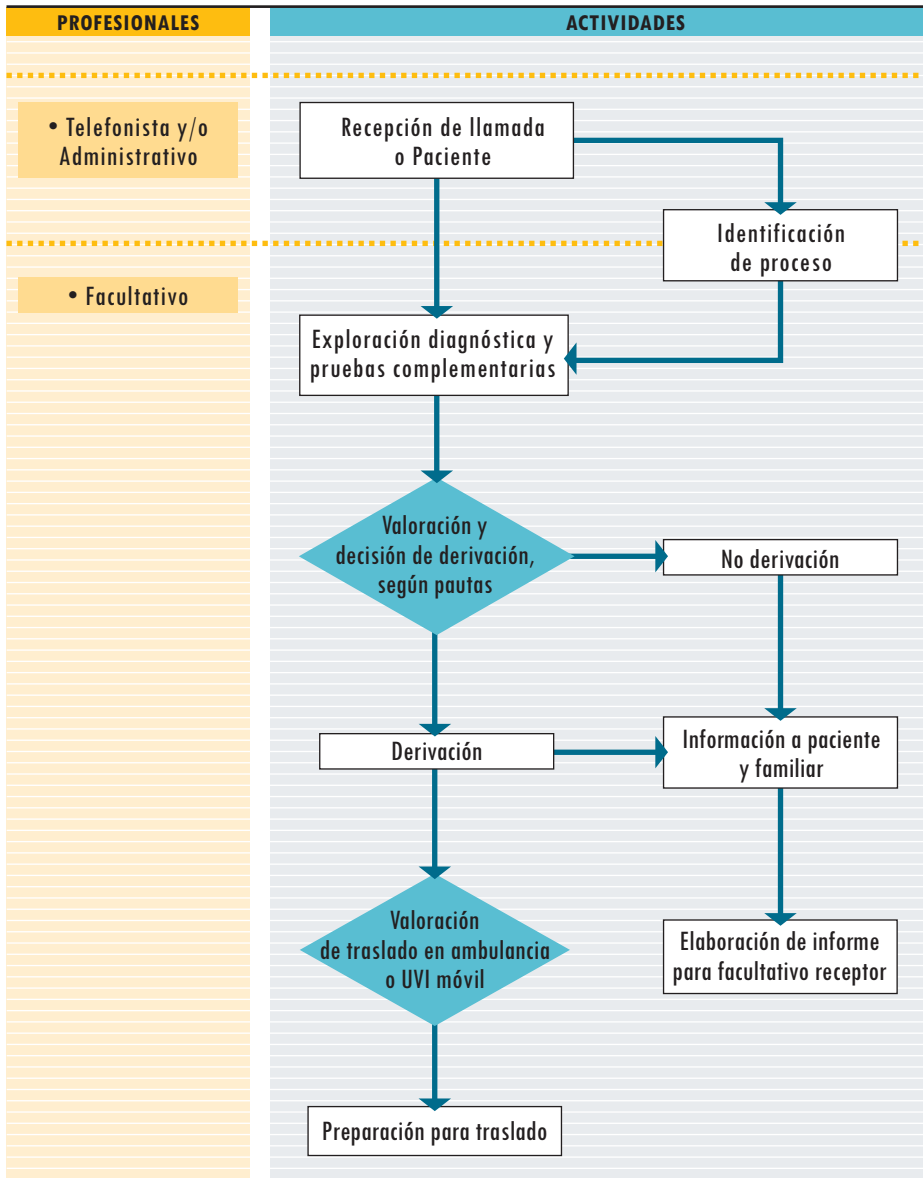
NORMAS DE CALIDAD INCLUIDAS EN EL CONTRATO PROGRAMA CONSEJERÍA/SAS 2002

- Realización de TC de cráneo en las primeras 6 horas a todo paciente que tras valoración inicial presente:
 - *Ictus* en evolución o progresivo.
 - Complicaciones sistémicas / neurológicas.

- Modificaciones de actuación diagnóstico-terapéuticas.
- Inicio de tratamiento cinesiterápico en las primeras 48 horas en todo paciente encamado.
- Inicio de tratamiento antiagregante en las primeras 48 horas.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

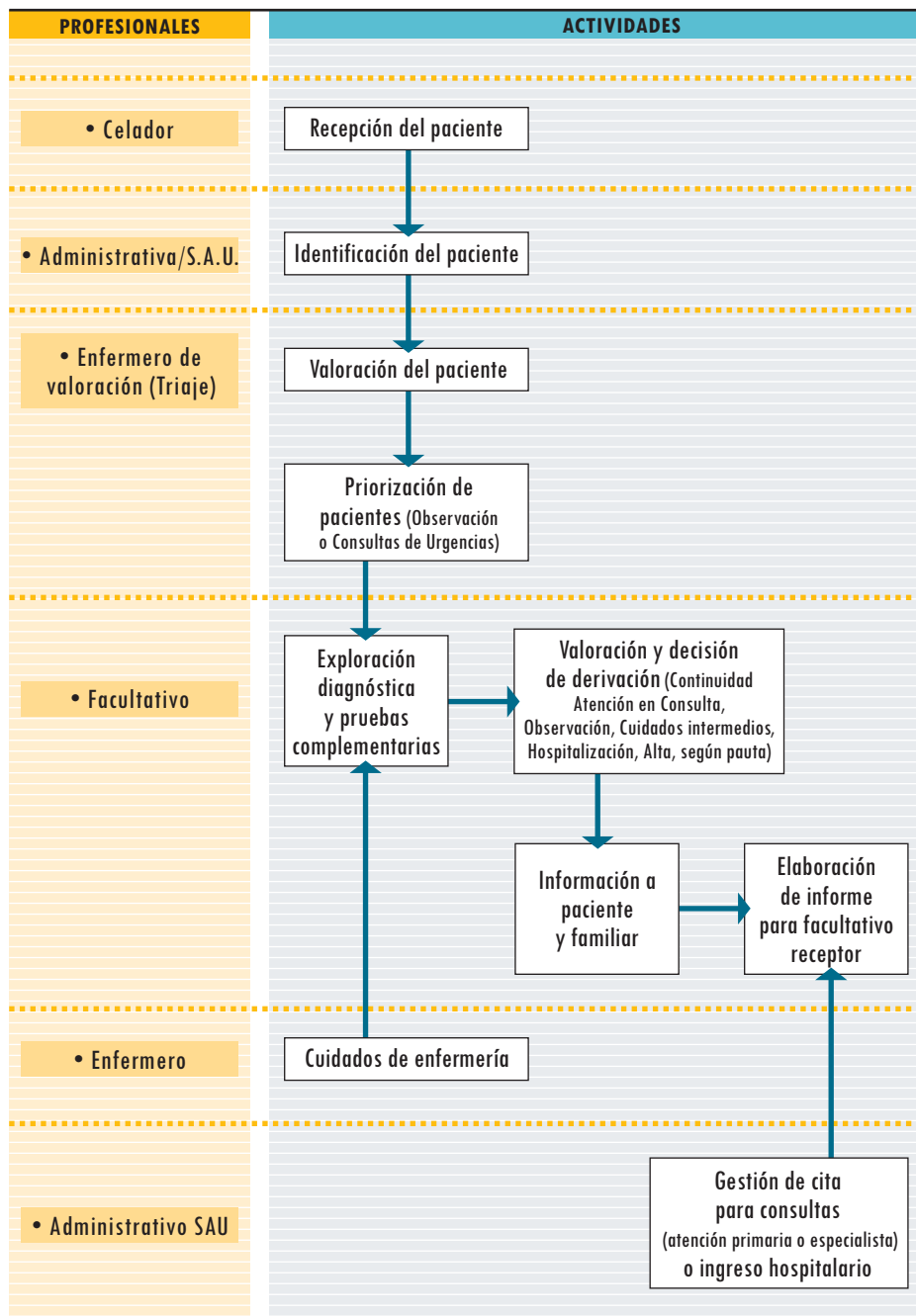
Paciente con ACV en DCCU - AP



[ataque cerebrovascular]

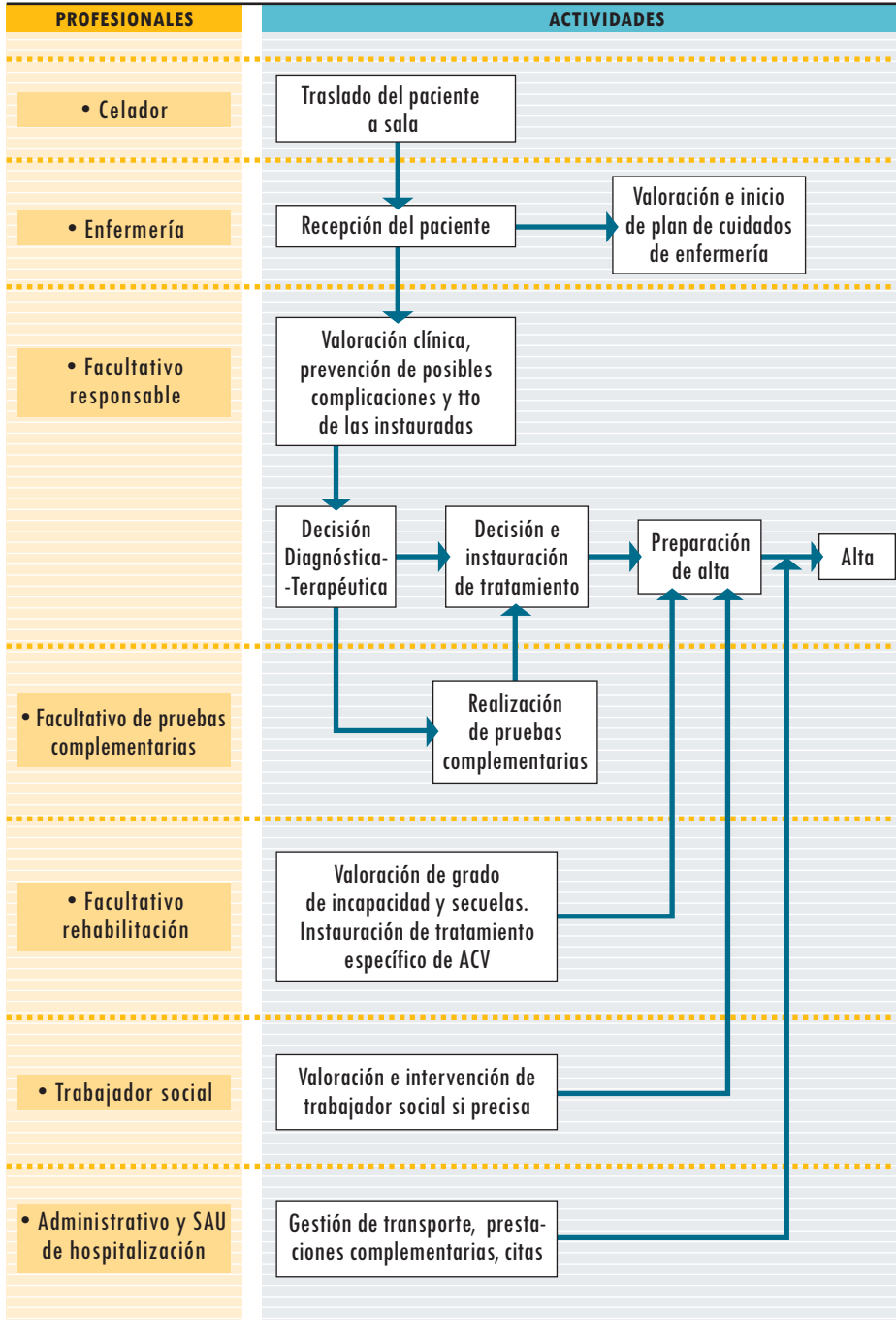
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

ACV en Urgencias hospitalarias y secuencia de actuación de profesionales



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

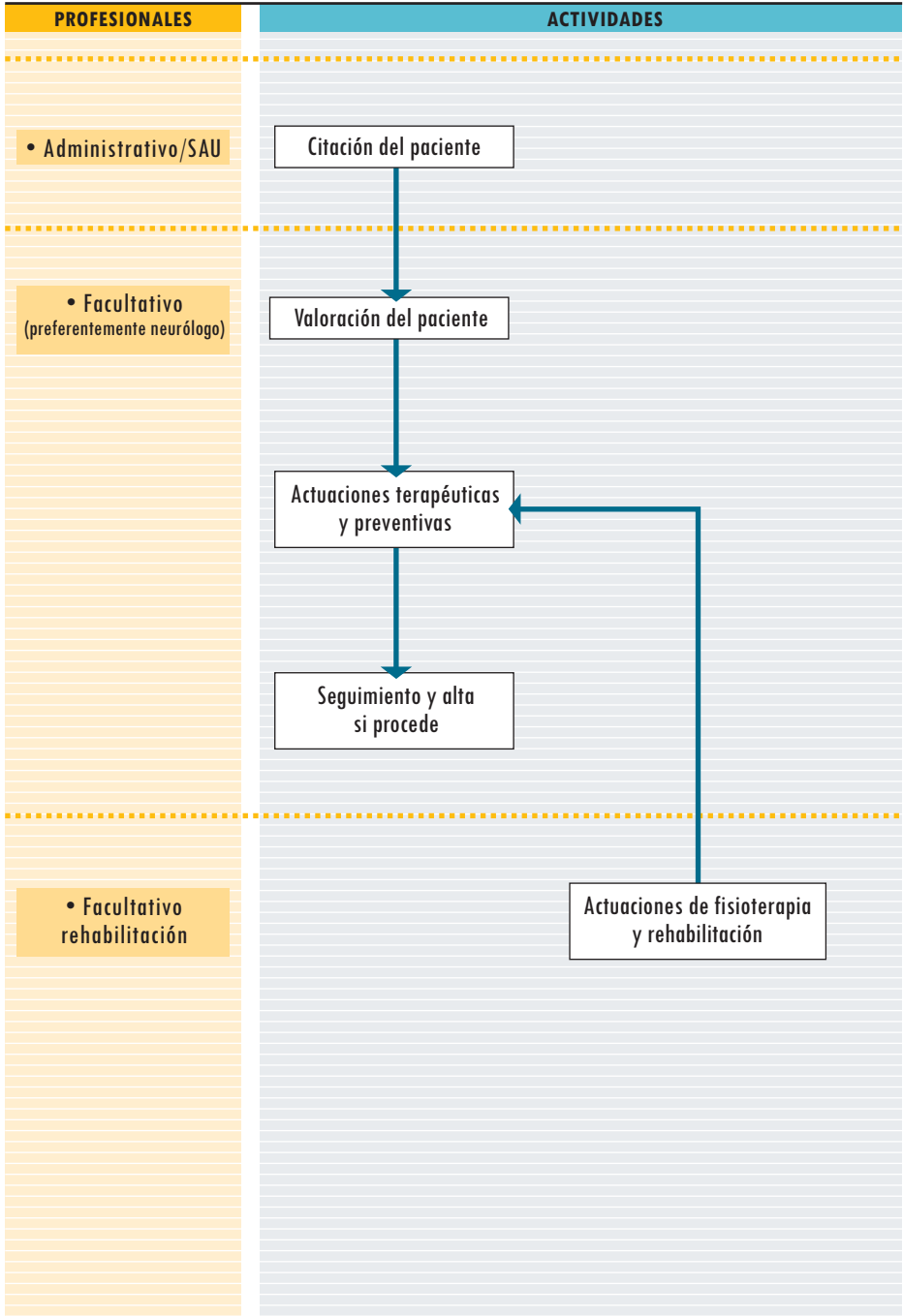
ACV en hospitalización y secuencia de actuación de profesionales



[ataque cerebrovascular]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

ACV en consulta de especialista y secuencia de actuación de profesionales



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

ACV en atención primaria y secuencia de actuación de profesionales

