

Consejería de Salud

ATAQUE CEREBROVASCULAR

PROCESO
ASISTENCIAL
INTEGRADO



PROCESO PROCESO
ASISTENCIAL ASISTENCIAL
INTEGRADO INTEGRADO

ATAQUE CEREBROVASCULAR



ATAQUE CEREBROVASCULAR

Edita: Consejería de Salud

Depósito Legal: SE-2955-2002

ISBN: 84-8486-068-X

Maquetación: PDF-Sur s.c.a.

Coordinación y producción: Mailing Andalucía

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la gestión por procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos - incluidos en el Mapa que se ha definido- y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que han realizado la organización sanitaria pública de Andalucía y, en especial, los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra Comunidad Autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Organización de Procesos y Formación



EQUIPO DE TRABAJO

M^a Dolores Jiménez Hernández (Coordinadora);
José M^a Aguilera Navarro; Áurea Bordons Ruiz;
Laura García Rodríguez; Ana Herrero Robles;
José Lapetra Peralta; José Manuel López Chozas;
José Maestre Moreno; Cristóbal Marchante Tejada
y Francisco Murillo Cabezas.

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. DEFINICIÓN GLOBAL	13
3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	15
Destinatarios y expectativas	15
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	21
4. COMPONENTES	31
Profesionales. Actividades. Características de Calidad.....	31
Subproceso: Seguimiento en Observación.....	46
Competencias profesionales	49
Recursos. Características generales. Requisitos	57
Unidades de soporte.....	58
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA.....	59
Diagramas de flujo.....	60
6. INDICADORES.....	67
Indicadores generales	67
Indicadores de Urgencias extrahospitalarias/hospitalarias.....	68
Indicadores de hospitalización	70
Indicadores de Atención Primaria y Consultas Externas	72
Anexos	
Anexo I: Identificación del proceso	73
Anexo II: Escalas de valoración.....	75
– Escala neurológica canadiense	75
– Índice de Barthel	76
– Escala de Rankin modificada	77
Anexo III: Hoja de información general en hospitalización.....	79
Anexo IV: Hoja de valoración inicial de Enfermería.....	81

Anexo V: Funciones, problemas y prevención en Enfermería	83
Anexo VI: Actuaciones generales en el paciente con ACV durante el periodo de hospitalización.....	85
Anexo VII: Estrategias diagnósticas	89
Anexo VIII. Actuaciones terapéuticas	91
Anexo IX: Control de factores de riesgo vascular: Indicaciones para el tratamiento y objetivos.....	95
Anexo X: Cuidados paliativos y medidas generales para la prevención y tratamiento en Atención Primaria	97
Glosario de términos.....	99
Bibliografía.....	101

1 INTRODUCCIÓN

En España el ataque cerebrovascular (ACV) constituye la primera causa de mortalidad femenina y la segunda en los varones. Asimismo, es la primera causa de secuelas neurológicas permanentes para ambos sexos. Uno de cada cinco ACV ocurre en individuos en edad laboral. Una vez instaurado, debe realizarse una atención sanitaria dirigida a la rehabilitación y a la prevención secundaria, y esta última debe mantenerse indefinidamente dada su recurrencia.

La enfermedad cerebrovascular como problema de salud de magnitud creciente, dado el progresivo envejecimiento de la población, ha sido priorizada para que el conjunto de actuaciones que conlleva su atención, pueda estructurarse como proceso asistencial integrado.

La composición del grupo responsable de describir el proceso ha incluido profesionales de distintas áreas y especialidades al considerar que la actuación de un solo colectivo profesional no puede responder adecuadamente a la diversidad de oportunidades de mejora detectadas en la atención al ACV.

La definición funcional del proceso 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...* va a permitir articular las acciones necesarias para que, independientemente de donde se produzca el primer contacto con los servicios sanitarios o de la modalidad del mismo, esté claramente establecido el procedimiento que se debe seguir.

La consideración del ataque cerebrovascular (ACV) como una emergencia médica y la necesidad de que todos los pacientes con sospecha de ACV sean evaluados en las 6 primeras horas desde el comienzo de los síntomas, y reciban el tratamiento más idóneo para su situación clínica, obliga a una participación activa de todos los profesionales de nuestro Sistema Sanitario Público en la identificación, valoración inicial, remisión adecuada de pacientes, y manejo diagnóstico y terapéutico normalizado y basado en las evidencias científicas disponibles.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

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 y tratamiento del mismo, se produce la conexión y coordinación con los centros de Atención Primaria y se aborda la prevención secundaria y la rehabilitación.

Límite de entrada: Primer contacto del paciente con el Sistema Sanitario en el momento de inicio de síntomas compatibles: síndrome neurológico de inicio brusco y de posible origen vascular cerebral isquémico o hemorrágico no traumático. El primer contacto con los servicios sanitarios puede ser telefónico, en el domicilio, en las urgencias hospitalarias, extrahospitalarias o en la consulta del Médico de Familia o del Especialista.

Límite final: Se considera finalizado el proceso cuando:

- Se produce el inicio y seguimiento de las adecuadas actividades de prevención secundaria.
- Se consigue el nivel máximo esperado para cada paciente en la recuperación de la autonomía funcional y social.
- Se establecen las pautas de apoyo a cuidadores.

Límites marginales: Hemorragia cerebral intraparenquimatosa, fibrinólisis y hemorragia subaracnoidea. Reinserción sociolaboral y apoyo a familiares y cuidadores.

– *Hemorragia intraparenquimatosa*

No existen evidencias de que la evacuación del hematoma intraparenquimatoso aporte un beneficio clínico respecto al tratamiento médico. En determinadas circunstancias, se debe plantear el seguimiento por una unidad de neurocirugía ante la posibilidad de un tratamiento neuroquirúrgico:

- Hematoma de fosa posterior con diámetro superior a 3 cm.
- Hematoma con hidrocefalia aguda

Nivel de evidencia III/IV, grado de recomendación C

– *Fibrinólisis en ACV*

Actualmente no está autorizado el uso de agentes fibrinolíticos en la fase aguda del ACV, excepto en centros autorizados y mediante uso compasivo. Es necesario seguir estrictamente las recomendaciones del National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS), siendo candidatos aquellos pacientes con ACV isquémico agudo que puedan iniciar el tratamiento antes de las 3 primeras horas desde su inicio y cuando no existan contraindicaciones expresas. Se estima que serían candidatos a este tratamiento alrededor del 3 % de la población con ACV isquémicos. Una revisión sistemática de la literatura muestra que los fibrinolíticos reducen la dependencia y la mortalidad global a largo plazo, pero aumentan el riesgo de muerte a corto plazo (a expensas de una hemorragia intracraneal fatal).

– *Hemorragia subaracnoidea (HSA)*

Hay que recordar que más del 25 % de las HSA no se diagnostican en la primera consulta. En este sentido, es importante considerar como síntoma de alarma la aparición de una cefalea de inicio brusco, de gran intensidad ("la peor que el paciente ha tenido en su vida") que puede haberse desencadenado tras un esfuerzo y acompañarse de otros síntomas neurológicos. Ante ello, se recomienda la realización inmediata de una TC craneal y, si es preciso, un estudio del LCR.

Los pacientes a los que se ha detectado HSA deben ser controlados inmediatamente en un centro convenientemente dotado (incluyendo neurocirugía) para completar el diagnóstico y tratamiento. Por lo tanto, deben ser derivados a dichos centros aportando todos los estudios realizados

3

DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y Expectativas

PACIENTE

Accesibilidad

- Quiero saber a quién tengo que llamar.
- Quiero que la respuesta a la llamada urgente sea rápida.
- Quiero que en todos los contactos con los servicios de salud me proporcionen la atención que necesito a tiempo (de forma rápida y sin demora).

Información

- Quiero que la señalización de los centros sea correcta.
- Quiero conocer las decisiones que se tomen sobre mi asistencia.
- Quiero saber lo que me hacen y las posibles alternativas.
- Quiero saber quién me está atendiendo en cada momento.
- Quiero que me expliquen el proceso de forma que lo entienda.
- Quiero saber qué puedo hacer para mejorar mi enfermedad.

Tipo de atención y trato

- Quiero que me atienda siempre el mismo profesional.
- Me gustaría que me trataran con respeto y educación.
- Quiero que me den un trato personalizado.
- Quiero que me entiendan y se tomen interés por mí.
- Quiero que respeten mi intimidad cuando me exploran y hacen pruebas.

Confort y hostelería

- Me gustaría tener una habitación individual y estar comunicado.
- Me gustaría estar acompañado todo el tiempo que quiera y pueda.
- Quiero tener un aseo individual y adaptado funcionalmente.
- Me gustaría comer bien y a una hora apropiada.
- Quiero tener salas de espera confortables.

Asistencia

- Quiero disponer de la mejor asistencia posible.
- Quiero recibir una asistencia organizada y bien coordinada.

Resultados de salud

- Quiero mejorar, a ser posible curarme, y volver a hacer vida normal.
- Quiero que no me vuelva a pasar.
- Quiero que no existan complicaciones de ningún tipo, en especial aquéllas no relacionadas con mi enfermedad (hospitalización, yatrogenia, fármacos, pruebas, etc..)

FAMILIAR / CUIDADOR

Accesibilidad

- Quiero saber a quién tenemos que llamar.
- Quiero que la respuesta a la llamada urgente sea rápida.
- Quiero que en todos los contactos con los servicios de salud me proporcionen a tiempo (de forma rápida y sin demora) la atención que necesitamos.

Información

- Quiero que la señalización de los centros sea correcta.
- Quiero conocer las decisiones que se tomen sobre la asistencia a mi familiar.
- Quiero saber lo que le hacen y las posibles alternativas.
- Quiero saber quién le está atendiendo en cada momento.

- Quiero que me expliquen el proceso de mi familiar de forma que lo entienda.
- Quiero recibir información sobre los cuidados que yo puedo proporcionar.
- Quiero recibir información sobre recursos asistenciales y ayudas físicas para manejar al paciente (ayuda de persona a domicilio, adaptaciones en domicilio, etc...).
- Quiero recibir información sobre recursos socio-laborales (ayudas económicas, informes de invalidez, etc. ...).

Tipo de atención, trato y confort

- Quiero que la atención la lleve a cabo siempre el mismo profesional.
- Me gustaría que nos trataran con respeto y educación a mí y a mi familiar.
- Quiero que nos den un trato personalizado.
- Quiero que nos entiendan y se tomen interés por mi familiar.
- Quiero que respeten la intimidad cuando exploren y le hagan pruebas a mi familiar.
- Me gustaría que mi familiar tenga una habitación individual y esté comunicado.
- Quiero acompañar a mi familiar siempre que sea posible.
- Quiero que mi familiar tenga un aseo individual y adaptado funcionalmente.
- Quiero que las salas de espera sean confortables.
- Quiero recibir apoyo emocional si lo necesito.

Asistencia

- Quiero que mi familiar reciba la mejor asistencia posible.
- Quiero que reciba una asistencia organizada y bien coordinada.
- Quiero colaborar en los cuidados de mi familiar contando con la información recibida.

Resultados de salud

- Quiero que mi familiar mejore, a ser posible que se cure, para volver a hacer vida normal.
- Quiero que no le vuelva a pasar.
- Quiero que no existan complicaciones de ningún tipo, en especial aquéllas no relacionadas con la enfermedad (hospitalización, yatrogenia, fármacos, pruebas, etc..).

CUIDADOR PROFESIONAL

- Quiero disponer de información continuada del estado del paciente.

PROFESIONALES DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

- Actuación coordinada, comunicación interniveles y continuidad asistencial.
- Que exista un protocolo muy claro de actuación y derivación al Hospital.
- Que existan circuitos preestablecidos con respuesta rápida.
- Actividades docentes, formativas y de investigación.

PROFESIONALES DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

- Actuación coordinada, comunicación interniveles y continuidad asistencial.
- Que exista un protocolo muy claro de actuación en los primeros momentos y circuitos preestablecidos con respuesta rápida.
- Actividades docentes, formativas y de investigación.

FACULTATIVO HOSPITALARIO RESPONSABLE DEL PACIENTE

- Actuación coordinada, comunicación interniveles y continuidad asistencial.
- Que existan circuitos preestablecidos con respuesta rápida.
- Que exista un protocolo común de actuación en hospitalización.
- Rapidez en la realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Disponer de recursos específicos para la atención adecuada de los pacientes con esta enfermedad.
- Que el paciente llegue al máximo posible en cuanto a recuperación y reinserción socio-laboral y no sufra nuevos episodios.
- Creación de Unidades de *Ictus* en los casos en que sea posible.
- Actividades docentes, formativas y de investigación.

ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN

- Actuación coordinada, comunicación interniveles y continuidad asistencial.
- Recibir información clínica clara y por escrito sobre el paciente.
- Identificación del facultativo responsable del paciente.
- Que el paciente y la familia tengan información puntual sobre la situación clínica, procedimiento y pronóstico.
- Cumplimiento de horario para actividades programadas.
- Actividades docentes, formativas y de investigación.

UNIDADES DE SOPORTE

- Actuación coordinada, comunicación interniveles y continuidad asistencial.
- Justificación específica de todas las solicitudes fuera de protocolo.
- Disponer de tecnología adecuada al proceso.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A USUARIOS

- Actuación coordinada, comunicación interniveles y continuidad asistencial.
- Información en tiempo real de movimientos y necesidades del paciente en cuanto a gestión de citas, ingresos, prestaciones complementarias con el objeto de facilitar y simplificar los trámites.

TRABAJADOR SOCIAL

- Actuación coordinada, comunicación interniveles y continuidad asistencial.
- Disponer de información respecto al estado de salud y evolución del paciente y situación socioeconómica de la familia.
- Disponer de tiempo suficiente para gestionar recursos externos.
- Actuación coordinada con el Trabajador Social de Atención Primaria y con otros organismos con disponibilidad de recursos sociales, así como con los diversos elementos implicados en la atención al paciente.

MÉDICO DE FAMILIA

- Actuación coordinada, comunicación interniveles y continuidad asistencial.
- Que existan circuitos preestablecidos con respuesta rápida.
- Atención sanitaria adecuada y completa.
- Prevención de nuevos episodios.
- Que el paciente llegue al máximo posible en cuanto a rehabilitación y reinserción social y laboral.
- Disponer de condiciones y recursos adecuados para la correcta atención de los pacientes con esta enfermedad.
- Participación y colaboración del paciente y de sus familiares.
- Actividades docentes, formativas y de investigación.

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Actuación coordinada, comunicación interniveles y continuidad asistencial.
- Atención sanitaria adecuada y completa.
- Pacientes y familiares colaboradores, participativos y adecuadamente informados.

- Disponer de condiciones y recursos adecuados para la correcta atención de los pacientes con esta enfermedad.
- Actividades docentes, formativas y de investigación.

TRABAJADOR SOCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Actuación coordinada, comunicación interniveles y continuidad asistencial.
- Actuación coordinada con el Trabajador Social del Hospital y de otros organismos con disponibilidad de recursos sociales, así como con los diversos elementos implicados en la atención al paciente.
- Disponer de información respecto al estado de salud y evolución del paciente.
- Disponer de tiempo para las visitas domiciliarias y la gestión de recursos externos.

FACULTATIVO DE REHABILITACIÓN

- Atención sanitaria adecuada y completa.
- Instalaciones adecuadas que permitan el acceso de los pacientes y los vehículos de transporte de los mismos, así como una señalización clara.
- Actuación coordinada, comunicación interniveles y continuidad asistencial.
- Que exista un protocolo común de actuación durante la hospitalización.
- Rapidez en la realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Disponer de recursos específicos para la atención adecuada de los pacientes con esta enfermedad.
- Que el paciente llegue al máximo posible en cuanto a recuperación y reinserción socio-laboral.
- Actividades docentes, formativas y de investigación.



Objetivos. Flujos de Salida. Características de calidad

DESTINATARIO: PACIENTE

FLUJOS DE SALIDA: ACCESIBILIDAD/INFORMACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Teléfono único y coordinado con los distintos dispositivos asistenciales implicados.
- Coordinación y organización de los sistemas asistenciales que permitan fluidez, rapidez, y comodidad para el paciente.
- Información básica sobre la enfermedad para el paciente y sus familiares.
- Información sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y hoja de consentimiento informado, siempre que proceda.
- Información individualizada por parte del personal responsable implicado en el proceso y, como mínimo, por el facultativo responsable del proceso.
- Rótulos identificativos de las distintas áreas asistenciales y de los respectivos profesionales sanitarios.

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Asistencia proporcionada por el profesional más cualificado en cada fase del proceso.
- Interrogatorio y exploración meticolosos y con tiempo de dedicación.
- Realización de exámenes complementarios necesarios y, a ser posible, no invasivos.
- Recomendaciones preventivas y terapéuticas unificadas.
- Atención rápida.
- Continuidad y coordinación en la asistencia.

- Existencia de un facultativo responsable o un equipo coordinado identificado por el paciente.
- Existencia y evaluación de encuestas de satisfacción del usuario y su uso para las mejoras oportunas.
- Reincorporación efectiva a la vida normal con el máximo nivel de independencia posible.
- Ausencia de recaídas.
- Instalaciones adecuadas a cada paciente y cómodas en función de sus necesidades (considerando luz, amplitud, temperatura, ruidos, limpieza, mobiliario, comunicación).

DESTINATARIO: FAMILIAR/CUIDADOR

FLUJOS DE SALIDA: ACCESIBILIDAD/INFORMACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Teléfono único y coordinado con los distintos dispositivos asistenciales implicados, que proporcione información y recomendaciones de emergencia.
- Coordinación y organización de los sistemas asistenciales que permitan fluidez, rapidez y comodidad para el paciente.
- Información básica sobre la enfermedad para el paciente y sus familiares.
- Información sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y hoja de consentimiento informado, siempre que proceda.
- Información individualizada por parte del personal responsable implicado en el proceso y, como mínimo, por el facultativo responsable del proceso.
- Rótulos identificativos de las distintas áreas asistenciales y de los respectivos profesionales sanitarios.
- Disponibilidad de Trabajador Social.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Asistencia proporcionada por el profesional más cualificado en cada fase del proceso.
- Interrogatorio y exploración meticolosos, y con tiempo de dedicación.
- Realización de exámenes complementarios necesarios y, a ser posible, no invasivos.
- Recomendaciones preventivas y terapéuticas unificadas.
- Atención rápida.
- Continuidad y coordinación en la asistencia.
- Autonomía en los cuidados del paciente.
- Disponibilidad de dispositivos asistenciales de ayuda.
- Prevención de complicaciones.
- Existencia de un facultativo responsable o un equipo coordinado identificado por los familiares del paciente.
- Contacto fluido con los profesionales implicados.
- Existencia y evaluación de encuestas de satisfacción del usuario y su uso para las mejoras oportunas.
- Instalaciones adecuadas a cada paciente y cómodas en función de sus necesidades (considerando luz, amplitud, temperatura, ruidos, limpieza, mobiliario, comunicación).
- Disponibilidad de apoyo emocional.
- Horario de visitas flexible y personalizado.
- Reincorporación efectiva a la vida normal con el máximo nivel de independencia posible.
- Ausencia de recurrencias.
- Normalización efectiva de la vida social y laboral.

DESTINATARIO: PROFESIONALES DE DCCU-AP

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA COORDINADA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Guía de actuación consensuada entre todos los dispositivos implicados en la atención urgente al paciente con ACV que se basará en conocimientos actualizados, y tendrá en cuenta criterios de eficacia, efectividad y eficiencia.
- Definición clara de criterios de atención urgente, derivación al Hospital e ingreso hospitalario.
- Coordinación y comunicación fluida.
- Existencia de consulta rápida de especialistas correspondientes para los pacientes que no precisen ingreso, y sea necesario el diagnóstico y la valoración clínica evolutiva de los que se deriven una actuación terapéutica o preventiva efectiva.
- Participación en el equipo coordinador de *ictus* (ECI).

DESTINATARIO: PROFESIONALES DE SCCU-H

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA COORDINADA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Guía de actuación consensuada entre todos los dispositivos implicados en la atención urgente al paciente con ACV que se basará en conocimientos actualizados, y tendrá en cuenta criterios de eficacia, efectividad y eficiencia.
- Definición clara de criterios de actuación urgente de ingreso hospitalario.
- Coordinación y comunicación fluida.
- Tomografía computarizada (TC) disponible las 24 horas.
- El estudio urgente del enfermo debe finalizarse antes de 6 h desde el inicio del *ictus* y, en su caso, antes de 4 h desde su llegada al Hospital.
- Existencia de consulta rápida de especialistas correspondientes para los pacientes que no precisen ingreso, y sea necesario el diagnóstico y la valoración clínica evolutiva de los que se deriven para una actuación terapéutica o preventiva efectiva.
- Participación en el equipo coordinador de *ictus* (ECI).

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA COORDINADA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Guía de actuación consensuada entre todos los dispositivos implicados en la atención al paciente con ACV que se basará en conocimientos actualizados, y tendrá en cuenta criterios de eficacia, efectividad y eficiencia.
- Participación en el ECI.
- Definición clara de actuaciones y asistencia en hospitalización.
- Equipos multidisciplinarios y con carácter participativo.
- Cumplimiento de tiempos establecidos para la realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Existencia de consulta rápida para los pacientes que no precisen ingreso, y sea necesario el diagnóstico y la valoración clínica evolutiva de los que se deriven para una actuación terapéutica o profiláctica eficaz.
- Memoria de actividades docentes y de investigación.
- Existencia y realización de encuestas de satisfacción de los profesionales.

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA COORDINADA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Guía de actuación consensuada entre todos los dispositivos implicados en la atención al paciente con ACV que se basará en conocimientos actualizados, y tendrá en cuenta criterios de eficacia, efectividad y eficiencia.
- Participación en el ECI.
- Definición clara de protocolos de actuación de Enfermería con evaluaciones periódicas.
- Hoja de información básica sobre la continuidad de cuidados de Enfermería.
- Existencia de Unidades de Educación Terapéutica.

- Cumplimiento de horarios en las actividades programadas.
- Cuantificación de las complicaciones relacionadas con los cuidados de Enfermería.
- Memoria de actividades docentes y de investigación.
- Existencia y realización de encuestas de satisfacción de los profesionales.

DESTINATARIO: UNIDADES DE SOPORTE

FLUJOS DE SALIDA: ATENCIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Guía de actuación consensuada entre todos los dispositivos implicados en la atención urgente al paciente con ACV que se basará en conocimientos actualizados, y tendrá en cuenta criterios de eficacia, efectividad y eficiencia.
- Participación en el ECI.
- Definición clara de indicación y realización de procedimientos.
- Información sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y hoja de consentimiento informado, siempre que proceda.
- Cumplimiento de tiempos establecidos para la realización de los procedimientos.
- Cuantificación de las complicaciones relacionadas con el procedimiento.

DESTINATARIO: UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO

FLUJOS DE SALIDA: ATENCIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Guía de actuación consensuada entre todos los dispositivos implicados en la atención urgente al paciente con ACV que se basará en conocimientos actualizados, y tendrá en cuenta criterios de eficacia, efectividad y eficiencia.
- Gestión integrada de citas y prestaciones complementarias.
- Garantizar la comunicación interna de manera que se agilicen y acomoden las citas, y se movilice la información, y nunca al paciente o a los familiares.

DESTINATARIO: TRABAJADOR SOCIAL

FLUJOS DE SALIDA: ATENCIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Guía de actuación consensuada entre todos los dispositivos implicados en la atención urgente al paciente con ACV que se basará en conocimientos actualizados, y tendrá en cuenta criterios de eficacia, efectividad y eficiencia.
- Protocolos de informe social.
- Cuantificación de intervenciones eficaces en función de los objetivos del informe social.

DESTINATARIO: MÉDICO DE FAMILIA

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Guía de actuación consensuada entre todos los dispositivos implicados en la atención urgente al paciente con ACV que se basará en conocimientos actualizados, y tendrá en cuenta criterios de eficacia, efectividad y eficiencia.
- Participación en el ECI.
- Historia clínica única.
- Informes clínicos completos, adecuados, personalizados y en tiempo real.
- Acceso rápido a pruebas diagnósticas básicas.
- Consultas especializadas en los tiempos establecidos.
- Contacto fácil y personalizado con el nivel especializado.
- Procedimientos terapéuticos consensuados con el nivel especializado y de responsabilidad compartida.
- Valoración de reacciones adversas y del cumplimiento de medidas terapéuticas y preventivas.
- Aplicación de escalas consensuadas y actualizadas para la cuantificación del déficit neurológico.

- Información para pacientes y familiares.
- Memoria de actividades docentes y de investigación.
- Realización de forma periódica de encuestas de satisfacción a los profesionales.

DESTINATARIO: ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Guía de actuación consensuada entre todos los dispositivos implicados en la atención urgente al paciente con ACV que se basará en conocimientos actualizados, y tendrá en cuenta criterios de eficacia, efectividad y eficiencia.
- Participación en el ECI.
- Evaluaciones periódicas de los protocolos de continuidad de cuidados y de los registros de las actividades de Enfermería.
- Creación de Unidades de Educación Terapéutica.
- Hoja específica en la historia para el registro de actividades de Enfermería.
- La información será consensuada y básica.
- Memoria de actividades docentes y de investigación
- Realización de encuestas de satisfacción.

DESTINATARIO: TRABAJADOR SOCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

FLUJOS DE SALIDA: ATENCIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Guía de actuación consensuada entre todos los dispositivos implicados en la atención urgente al paciente con ACV que se basará en conocimientos actualizados, y tendrá en cuenta criterios de eficacia, efectividad y eficiencia.
- Informe social protocolizado y consensuado con los servicios sociales del Hospital y otros organismos.
- Valoración y cuantificación de las intervenciones eficaces.

DESTINATARIO: FACULTATIVO DE REHABILITACIÓN

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Guía de actuación consensuada entre todos los dispositivos implicados en la atención urgente al paciente con ACV que se basará en conocimientos actualizados, y tendrá en cuenta criterios de eficacia, efectividad y eficiencia.
- Participación en el ECI.
- Definición clara de actuaciones y asistencia en hospitalización y consultas externas.
- Equipos multidisciplinares y con carácter participativo.
- Cumplimiento de tiempos establecidos para la realización de procedimientos.
- Aplicación de normativa en cuanto a barreras arquitectónicas.
- Valoración y cuantificación de la discapacidad, mediante la aplicación de escalas consensuadas y actualizadas.
- Establecimiento de objetivos terapéuticos en función de la valoración y el estudio del paciente.
- Memoria de actividades docentes y de investigación.
- Existencia y realización de encuestas de satisfacción de los profesionales.

4

COMPONENTES

Profesionales. Actividades. Características de Calidad

Personal Sanitario y no sanitario de urgencias extrahospitalarias	
Actividades	Características de calidad
Recepción del paciente mediante contacto telefónico o presencia física	Trato correcto y profesional.
Sospecha o identificación del proceso	Valoración de síntomas y signos del paciente, según Anexo I.

Urgencias extrahospitalarias: Personal Facultativo

Actividades	Características de calidad
Anamnesis, exploración física y pruebas complementarias	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración física general, que debe incluir auscultación carotídea y constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura) • Exploración neurológica • Glucemia en sangre capilar • Electrocardiograma (ECG) si es posible
Remisión de pacientes	<p>La distribución por grupos de pacientes se especifica en la Figura 1 pág. 48.</p> <p>A) Pacientes que deben ser remitidos al Hospital. Se diferenciarán dos grupos:</p> <p>A.1) Pacientes con ataque isquémico transitorio (AIT) y buen estado general:</p> <p>A1.a) AIT sucedió en las últimas 48 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> * A1.a.1) AIT de repetición → derivación inmediata al Servicio de Urgencias. * A1.a.2) AIT episodio único → derivación al Servicio de Urgencias <p>A1.b) AIT sucedió hace más de 48 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> * A1.b.1) Existe soplo carotídeo o sospecha de origen cardioembólico → derivación al Servicio de Urgencias * A1.b.2) Sin soplo carotídeo → remisión a Médico de Familia para el inicio de las medidas terapéuticas y preventivas que procedan, así como derivación a la consulta preferente del Especialista correspondiente (*). <p>A.2) Paciente con sospecha de infarto cerebral isquémico establecido o hemorragia cerebral → derivación inmediata al Servicio de Urgencias.</p> <p>Las condiciones del traslado de estos pacientes estarán en función de los criterios de gravedad clínica, valorándose fundamentalmente los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel de conciencia • Inestabilidad hemodinámica • Alteraciones ventilatorias • Déficit funcional neurológico grave • Crisis convulsivas • Vómitos con trastornos deglutorios <p>Aquellos pacientes en situación de mayor gravedad serán trasladados mediante la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) móvil y los restantes en ambulancia.</p>

	<p>B) Pacientes que no han de ser remitidos al Hospital. Aquellos pacientes que no precisan ser enviados al Hospital, ya que por su situación clínica previa no van a beneficiarse de medidas diagnósticas y/o terapéuticas en el nivel hospitalario. Fundamentalmente, son los que presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoplasias muy evolucionadas. • Deterioro cognitivo o motor grave. • Marcada incapacitación por infartos cerebrales múltiples previos <p>Actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información básica y clara para el paciente y sus familiares y/o cuidadores. • Información escrita, completa para el Médico de Familia del paciente con identificación clara del Facultativo que realiza el informe. • Tratamiento sintomático, cuidados paliativos y prevención de complicaciones, hasta su reevaluación por el Médico de Familia del paciente. <p>Si este grupo de pacientes es remitido al Hospital, o acude al mismo por sus propios medios, volverá a su domicilio con la misma pauta de actuaciones.</p>
Elaboración de informe para el Facultativo al que se deriva	Informe escrito, completo, legible y con identificación del Facultativo que lo realiza.
Información al paciente y a la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de la sospecha diagnóstica y de los motivos de la decisión tomada. • Información básica y clara para el paciente y sus familiares y/o cuidadores.

(*) Es recomendable que el Facultativo especialista sea Neurólogo (Nivel de evidencia III, grado de recomendación B).

Urgencias extrahospitalarias: Personal Facultativo y Personal de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Condiciones y medidas que deben estar incluidas en la derivación del paciente en ambulancia o UCI móvil	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar permeabilidad de vía aérea. • Oxigenoterapia, si precisara. • Canalización de vía i.v. en el brazo no parético. • Paciente incorporado a 30°. • Prevención de aspiraciones. • No usar soluciones glucosadas i.v. • Evitar los descensos bruscos de presión arterial (PA). Como norma general, no actuar sobre la PA, excepto si las cifras son superiores a 220 y/o 120 mmHg. Se desaconseja el uso de nifedipina sublingual.

Urgencias hospitalarias: Celador

Actividades	Características de calidad
Recepción	<ul style="list-style-type: none">• Trato correcto y profesional.• Acompañamiento del paciente.• Proporcionar ayuda para el desplazamiento.

Urgencias hospitalarias: Administrativo de la Unidad de Atención al Usuario (UAU)

Actividades	Características de calidad
Toma de datos de identificación Recuperación de documentación clínica previa si existiese	<ul style="list-style-type: none">• Trato correcto y profesional.• Toma de datos correctos.

Urgencias hospitalarias: Enfermería de consulta de valoración o Triage

Actividades	Características de calidad
Valoración del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Trato correcto y profesional.• Valoración del informe de remisión, si existe.• Valoración de constantes vitales: PA, frecuencia cardíaca (FC) y temperatura (T°).• Determinación de glucemia en sangre capilar.
Priorización del momento y lugar de la asistencia	<ul style="list-style-type: none">• Paciente con AIT → sala de espera; posteriormente, → consulta médica.• Paciente con criterios de gravedad (bajo nivel de conciencia, inestabilidad hemodinámica o alteraciones ventilatorias) → observación.• Pacientes restantes → consulta médica.

Urgencias hospitalarias: Personal Facultativo

Actividades	Características de calidad
Valoración y aplicación de criterios para ingreso en observación (Subproceso: Seguimiento en Observación)	<p>Valoración de: situación general del paciente, criterios de gravedad, informe médico y de la consulta de triaje, e ingreso en observación si presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel de conciencia. • Inestabilidad hemodinámica. • Trastorno de la ventilación. • Modificación de la actuación diagnóstico-terapéutica (por ejemplo, indicación de anticoagulación inmediata, realización de punción lumbar, etc...). • Complicaciones sistémicas /neuroológicas (por ejemplo, convulsiones, fiebre, etc...).

Personal Facultativo y Personal de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Atención en consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Trato correcto y profesional. • Anamnesis. • Exploración física general, que debe incluir auscultación carotídea y valoración de constantes vitales: PA, FC y temperatura. • Exploración neurológica. • Diagnóstico de sospecha de ACV (clínico, topográfico y etiológico). Valoración cuantitativa del déficit neurológico (aplicación de la escala canadiense [Anexo III]). • Canalización o comprobación de vía intravenosa (i.v.), en brazo no parético. • Sueroterapia, si precisara, con soluciones no glucosadas. • Extracción de muestras para estudios analíticos: <ul style="list-style-type: none"> – A todos los pacientes con <i>ictus</i> agudo se les debe realizar un ECG, una Rx de tórax, un hemograma completo, un estudio de coagulación y una bioquímica (que incluya, al menos, urea, creatinina, electrolitos, glucemia y estudio lipídico) (Nivel de evidencia IV, grado de recomendación C). • Realización de ECG. • Realización de Rx de tórax y TC de cráneo. Estas exploraciones se llevarán a cabo de forma inmediata ante las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Ictus</i> en evolución o progresivo. – Complicaciones sistémicas /neuroológicas. – Modificaciones de actuación diagnóstico-terapéutica.

Urgencias hospitalarias: Personal de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Cuidados a pacientes en espera de completar el estudio y seguimiento de la evolución clínica del paciente en la sala de cuidados intermedios. Los pacientes con AIT no precisan ser seguidos en esta sala.	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de constantes vitales y aplicación de la escala canadiense cada 2 horas al menos. • Recepción de pruebas complementarias y realización de otras por indicación del Médico responsable (facultativo que se hace cargo del paciente desde su entrada en el Servicio de Urgencias). • Cualquier información o cambios relevantes (exploraciones complementarias, modificaciones clínicas) serán comunicados al Médico responsable.

Urgencias hospitalarias: Personal Facultativo

Actividades	Características de calidad
Decisión acerca del alta o ingreso hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente que no debería haber sido derivado al Hospital, pero lo hizo por sus propios medios una vez realizada la valoración clínica del paciente por el Médico de Urgencias (incluyendo únicamente constantes vitales, glucemia en sangre capilar y ECG) → Informe clínico, alta y manejo según lo previsto en el grupo correspondiente (grupo B). • AIT, sin soplo carotídeo, que sucedió hace más de 48 horas, una vez realizada la valoración clínica del paciente por el Médico de Urgencias (incluyendo únicamente constantes vitales, glucemia en sangre capilar y ECG) → Informe clínico, alta con cita a consulta preferente del Especialista (preferentemente el Neurólogo) y manejo según lo previsto en el grupo correspondiente (grupo A.1.b.2). • AIT que sucedió en las últimas 48 horas o hace más de 48 horas, pero se ha detectado un soplo carotídeo o se sospecha origen cardioembólico u otros datos de interés para su proceso (grupos restantes) → valoración clínica del paciente por el Médico de Urgencias y realización de pruebas complementarias básicas. Contactar con el Especialista correspondiente (preferentemente Neurólogo) para asegurar las actuaciones inmediatas (estudio doppler cervical, ecocardiograma, etc...) en el propio Servicio de Urgencias o en régimen de hospitalización. • AIT de repetición y pacientes con infarto isquémico establecido o hemorragia cerebral intraparenquimatosa → Ingreso hospitalario.
Elaboración de informe para Médico de Familia y Especialista	<ul style="list-style-type: none"> • Informe escrito, completo, legible y con identificación del Facultativo que lo realiza.

Información al paciente y sus familiares y/o cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> • Información básica y clara para el paciente y sus familiares y/o cuidadores. • Informe escrito si se da el alta.
---	---

Urgencias hospitalarias: SAU

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none"> – Gestión de ingreso – Gestión de cita para consultas – Gestión de transporte sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Trato correcto y profesional. • Datos correctos según procedimiento.

Celador

Actividades	Características de calidad
Traslado a planta	<ul style="list-style-type: none"> • Trato correcto y profesional. • Sin demoras.

Hospitalización: Personal de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Recepción	<ul style="list-style-type: none"> • Trato correcto y profesional. • Información al paciente y familiar: explicar el funcionamiento de planta (hoja de información general de hospitalización) (Anexo III) y aclarar posibles dudas. • Comunicar el nombre del Facultativo responsable. • Comprobación de los datos de la historia clínica. • Completar y ordenar la historia clínica: etiquetas con datos de identificación del paciente, hoja de constantes, hoja de escalas, hoja de evolución médica y de Enfermería, hoja de prescripción, hoja de tratamiento, resultados e historia clínica de urgencias.
Valoración de situación del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Se cumplimenta la hoja de valoración inicial de Enfermería (Anexo IV), con registro de constantes y valoración de escala canadiense (Anexo II). • Se contacta con el Facultativo responsable de hospitalización.

	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar tratamiento y transcribir el mismo a la hoja de tratamiento de Enfermería (ajustándolo a las pautas generales según horario). • Introducir todos los datos de la prescripción en el sistema de información (unidosis), cocina, y pedidos. • Toma de constantes vitales: PA, FC, Tª (al menos una vez por turno), cada 8 horas. • Recoger información sobre las condiciones sociales de la familia y la actitud del paciente sobre su enfermedad. • Se pondrá especial cuidado en preservar la intimidad del paciente durante las curas y el aseo.
<p>Se inicia el Plan de Cuidados de Enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complimentar la hoja de evolución de Enfermería al final de cada turno. • Complimentación de la escala canadiense cada 8 horas durante las primeras 48 horas o hasta que exista una situación neurológica estable. A partir de ese momento, se evaluará al paciente mediante la escala de Rankin modificada y el índice de Barthel (Anexo II). • Revisión de vías i.v. cada 24 horas. Prevención de flebitis. • Cambios posturales cada 2-3 horas. • Evaluación de la capacidad de deglución para prevenir aspiraciones y asegurar una nutrición adecuada, informando al Facultativo. • Evaluación de funciones, problemas y prevención en enfermería (Anexo V). Para llevar a cabo estas funciones se precisan los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> – Adecuación entre el número de enfermos y enfermeros (carga de trabajo). – Horarios establecidos para las actividades programadas (visita médica, realización de pruebas diagnósticas, etc...). – Existencia de protocolos para la prevención de complicaciones (úlceras, flebitis, etc...). – Existencia de personal y material de apoyo para realizar tareas específicas (cambios posturales, etc...).

Hospitalización: Personal de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Aplicación de tratamientos	<ul style="list-style-type: none"> • Se iniciarán programas de educación dirigidos al paciente y familiares. • Tratamiento farmacológico
Valoración de posibles problemas al alta	<ul style="list-style-type: none"> • Contactar con el Trabajador Social para la valoración e intervención si procede.

Hospitalización: Personal Facultativo (responsable)

Actividades	Características de calidad
Presentación	<ul style="list-style-type: none"> • Trato correcto y profesional. • Información al paciente y al familiar. Completar la información sobre el funcionamiento de planta.
Revisión de historia clínica completa	<ul style="list-style-type: none"> • Se verificará la información para evitar errores, especialmente en las hojas de procedimientos diagnósticos y de tratamiento, con la comprobación de los datos de filiación. • Se incluirá la información clínica en los apartados correspondientes (hoja de ingreso, hoja de evolución, hoja de tratamiento). En todos los casos, se escribirá con letra legible. Se fechará y firmará cada uno de los documentos.
Visita médica diaria con horario reglado	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará anamnesis, exploración física general, exploración neurológica (con valoración de escalas). • Valoración de la información recogida en la hoja de Enfermería, constantes vitales, escalas y pruebas complementarias recibidas. • Con todos estos datos, se realizará un comentario clínico diario sobre el estado y la situación del estudio del paciente y posibles modificaciones del tratamiento.
Completar el estudio (urgencias-observación) si fuese necesario	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de: <ul style="list-style-type: none"> – Hemograma con VSG. – Bioquímica en sangre y general de orina. – Estudio de lípidos (HDL-C, LDL-C). – Hemoglobina glicada (si el paciente es diabético). – Rx de tórax (si por condiciones clínicas o técnicas se precisa).

	<ul style="list-style-type: none"> - ECG (si por condiciones clínicas o técnicas se precisa). - Doppler cervical. <p>En función de la sospecha diagnóstica, el estudio se completará con analíticas específicas; estudio específico de coagulación, autoanticuerpos, serologías, estudio de LCR,... con valoración de indicación preferente de los distintos medios diagnósticos (TC de cráneo, RM cerebral, doppler transcraneal, angiografía, estudios de cardiológicos) (Anexo VII).</p>
Actuación terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Los cuidados de hospitalización en Unidades de <i>Ictus</i> han demostrado mejores resultados sobre la evolución del paciente (Nivel de evidencia la, grado de recomendación A). • Medidas generales (Anexo VI). • Prevención y detección de complicaciones (Anexo VI) y tratamiento de las mismas. • Identificación e inicio de control de los factores de riesgo vascular (Anexo IX). • Dieta en función de la capacidad deglutoria (Anexo VIII).
Coordinación y comunicación del paciente con el Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación fluida e individualizada ante determinadas situaciones clínicas que se produzcan en el manejo del paciente.
Información al paciente y a familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Se informará sobre la estrategia diagnóstica-terapéutica y las alternativas. • Con carácter diario, se informará sobre la situación clínica. • La información será clara y comprensible. • Se solicitará el consentimiento informado siempre que sea necesario.

Hospitalización: Facultativo Rehabilitador

Actividades	Características de calidad
Valoración precoz del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del déficit neurológico: motor (fuerza, tono, espasticidad y marcha), sensitivo y equilibrio. • Valoración cognitiva: con la finalidad de conocer la colaboración del paciente en el tratamiento. • Valoración de la comunicación. • Valoración ortésica y de ayudas técnicas. • Establecimiento de la fase de recuperación en la que se encuentra el paciente. • Valoración de pruebas diagnósticas realizadas por otros facultativos para establecer el plan terapéutico oportuno.

	<ul style="list-style-type: none"> • Indicación de pruebas complementarias que procedan para la toma de decisiones terapéuticas. • Establecer las medidas de prevención de complicaciones (Anexo VI).
Establecimiento de plan terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir aspiraciones. • Reeducación para la disfagia. • Indicar precozmente cambios posturales, recomendándose realizar 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 el 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.
Información a la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Incluirá aspectos pronósticos sobre la recuperación funcional del paciente desde el inicio del tratamiento rehabilitador. Se deben valorar los aspectos socioeconómicos del paciente y la familia para remitir al Trabajador Social, si se detecta un problema específico. • Se entregarán, si lo precisa, información escrita sobre cambios posturales, movilizaciones pasivas de extremidades y otras medidas terapéuticas.

Hospitalización: Fisioterapeuta

Actividades	Características de calidad
Realización de cinesiterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciación precoz del tratamiento en pacientes encamados. • Aplicación de las técnicas de reeducación más adecuadas para estos pacientes. • Información a la familia sobre actividades para el cuidado del paciente. • Educación al cuidador principal. • Aplicación de medidas preventivas para evitar caídas.

Hospitalización: Facultativo responsable, Rehabilitador, Enfermería, Trabajador Social (si ha intervenido)

Actividades	Características de calidad
Preparar alta	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un informe clínico médico con información completa sobre los procedimientos efectuados, los planes de tratamiento y la situación clínica del paciente al alta (índice de Barthel y escala de Rankin modificada). Se realizarán cuatro copias para (paciente, Médico de Familia, historia clínica, y Servicio responsable). • Se adjunta la hoja de cuidados de Enfermería, si ésta es necesaria, y el tratamiento farmacológico necesario (facilitar medicación inmediata y primeras recetas). • Informe de Trabajador Social si intervino. • Indicación y prescripción de ayudas técnicas (material ortopédico).

Hospitalización: Administrativos de planta y UAU

Actividades	Características de calidad
Completar elementos de alta	<ul style="list-style-type: none"> • Se facilita el acceso al material ortopédico. • Se facilita también la cita de revisión para consulta externa hospitalaria, (especialista y rehabilitación), si éstas son precisas. • Enviar el informe de alta al Médico de Familia. • Se facilitará el transporte adecuado del paciente a su domicilio (ambulancia si es oportuno).

Hospitalización: Facultativo responsable, Rehabilitador, Enfermería

Actividades	Características de calidad
Informar a la familia y al paciente al alta	<ul style="list-style-type: none"> • Información clara y comprensible. • Pautas de cuidados para continuación en Atención Primaria.

Consulta Externa especializada: Facultativo responsable

Actividades	Características de calidad
<p>Estudio y seguimiento de pacientes</p>	<p>Los pacientes controlados en estas consultas serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes sin estudio finalizado. Estos enfermos serán remitidos con cita preferente que no debe superar los 7-10 días. Se precisa suficiente aglilización del estudio básico del proceso como para asegurar haber completado el mismo en un tiempo razonable tras el evento (inferior a un mes). Para todo ello, es preciso tener una buena comunicación interniveles y acceso a las agendas de citas del Hospital. Las citas deben ser gestionadas desde Atención Primaria/Urgencias/UAU. Si no se aseguran estos tiempos, será preciso el ingreso hospitalario del paciente. • Pacientes para seguimiento. La mayor parte de los enfermos serán seguidos por su Médico de familia. Los objetivos de una consulta de seguimiento especializada serán los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Completar el estudio (pruebas pendientes durante la hospitalización u otras pruebas demoradas) y revisar las decisiones terapéuticas según los resultados. – Reevaluación de los factores de riesgo vascular (FRV) del paciente. – Valorar el cumplimiento y la tolerancia al tratamiento. – Medir la incapacidad y el grado de autonomía del paciente. <p>En este grupo de pacientes, se realizará índice de Barthel y escala de Rankin modificada en las primeras citas de revisión (visita aproximada un mes después del alta, si lo precisa el paciente; visita a los tres meses; visita a los seis meses).</p>

Hospitalización: Personal Facultativo (responsable)

Actividades	Características de calidad
<p>Coordinación y comunicación del paciente con el Médico de Familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación fluida e individualizada ante determinadas situaciones clínicas que se produzcan en el manejo del paciente.

Atención Primaria: Administrativo UAU

Actividades	Características de calidad
<p>Citación del paciente para consulta o visita domiciliaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trato correcto y profesional. • Primeras 24 horas tras el contacto con la UAU.

Atención Primaria: Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
Valoración del paciente en consulta o en domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis del informe de alta y de la historia clínica previa. • Evaluación clínica (exploración física completa, identificación y cuantificación de los FRV, evaluación de la comorbilidad y realización de pruebas complementarias que procedan) y funcional del paciente (índice de Barthel y escala de Rankin modificada) (Anexo II).
Medidas terapéuticas y preventivas	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados paliativos, tratamiento sintomático y medidas generales para la prevención y terapia de las complicaciones (Anexo X). • Antiagregación y/o anticoagulación (Anexo VIII). • Tratamiento (no farmacológico o farmacológico) y control de los FRV, con las recomendaciones generales reseñadas en el Anexo IX.
Coordinación y comunicación con el Especialista correspondiente	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación fluida e individualizada ante determinadas situaciones clínicas que se produzcan en el manejo del paciente.
Información al paciente, familiares y/o cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> • Información básica, clara, comprensible, y que incluya aspectos referentes a medidas terapéuticas, preventivas y de seguimiento. • Adiestramiento de familiares y cuidadores en el adecuado manejo del paciente.

Atención Primaria: Médico de Familia y/o Personal de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Seguimiento (en consulta o en el domicilio)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación continuada clínico-psicológica y funcional (índice de Barthel y escala de Rankin modificada) (Anexo II) del paciente. • Detección de reacciones adversas a fármacos. • Valoración del grado de cumplimiento terapéutico (no farmacológico y farmacológico).

Atención Primaria: Enfermería

Actividades	Características de calidad
Aplicación de cuidados (en consulta o en domicilio)	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados paliativos y prevención de complicaciones (Anexo X).• Valoración del grado de control de los FRV.• Educación sanitaria.• Adiestramiento de familiares y cuidadores en el adecuado manejo del paciente.• Detección de reacciones adversas a fármacos.• Valoración del grado de cumplimiento terapéutico.

Atención Primaria: Facultativo Rehabilitador

Actividades	Características de calidad
Valoración en consultas externas	<ul style="list-style-type: none">• Valoración de la discapacidad: dependencia para la actividad de la vida diaria, incontinencia, transferencia e independencia en la marcha.• Uso de escalas de valoración de la capacidad funcional (Anexo II).• Valoración de la indicación de continuación del tratamiento (farmacológico, cinesiterápico, ortésico, logoterápico) en función de la situación clínica del paciente.• Establecer programas de reeducación esfinteriana.• Detección y orientación terapéutica en los pacientes con labilidad emocional y/o depresión.• Revisiones periódicas frecuentes en los 6 primeros meses tras el ACV (por ser este periodo el de mayor beneficio rehabilitador).• Control y seguimiento de las indicaciones y del cumplimiento del tratamiento rehabilitador por parte del paciente y familiares.• Posteriores controles, hasta los 12 meses tras el ACV, para valorar las complicaciones tardías del proceso e indicación del correspondiente tratamiento.• Elaboración para el Médico de Familia de un informe de alta sobre la situación clínica del paciente y los planes de tratamiento efectuados.
Coordinación y comunicación del paciente con el Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none">• Comunicación fluida e individualizada ante determinadas situaciones clínicas que se produzcan en el manejo del paciente.

Subproceso: Seguimiento en Observación

Enfermería de Observación	
Actividades	Características de calidad
Comprobación de los datos de la historia clínica y ubicación del paciente en cama de críticos (excepto en pacientes estables que ingresan para modificación de la actuación diagnóstica-terapéutica)	<ul style="list-style-type: none">• Ayudar a cambiar al paciente, en el caso en que sea necesario, manteniendo todos los elementos para respetar su intimidad.

Facultativo y Enfermería de Observación	
Actividades	Características de calidad
Valoración de la situación general del paciente por parte de Enfermería y Médico responsable en Observación	<ul style="list-style-type: none">• Comprobar la canalización de la vía en el brazo no parético (con suero no glucosado).• Si no se ha extraído analítica, se realiza en este momento: hemograma, estudio de coagulación, estudio bioquímico de sangre (GUI, creatinina), gasometría arterial.• Posición del paciente semi-incorporado (30°).• Constantes vitales (PA, FC, Tª, glucemia capilar).• Monitorización (ECG, saturación oxígeno, PA, diuresis).• Valoración de medidas generales según la situación del paciente (sonda nasogástrica, sonda vesical, oxigenoterapia, sujeción mecánica, barandillas).• Valoración por parte del Facultativo de la conveniencia de realizar maniobras de Soporte Vital Avanzado y solicitar el ingreso en la Unidad de Cuidados Críticos. Dentro de sus funciones se incluirán: anamnesis, exploración física general y neurológica, realización de escala canadiense.• Realización de ECG y registro (en papel) de cambios o arritmias detectadas en monitor.• Realización de Rx de tórax y TC de cráneo (en cuanto la situación vital del paciente lo permita).

Facultativo de Observación

Actividades	Características de calidad
Inicio de manejo específico de ACV y sus complicaciones	<ul style="list-style-type: none">• Medidas generales del ACV (Anexo VI).• Prevención y tratamiento de complicaciones generales y neurológicas (Anexo VI).• Actuaciones terapéuticas específicas (Anexo VIII).
Decisión de hospitalización o alta	<ul style="list-style-type: none">• Contactar con el Facultativo responsable de hospitalización, preferentemente con el Neurólogo.• Si procede el alta, elaboración de los informes para el paciente y el Facultativo al que se deriva.
Información a la familia	<ul style="list-style-type: none">• Clara y comprensible.

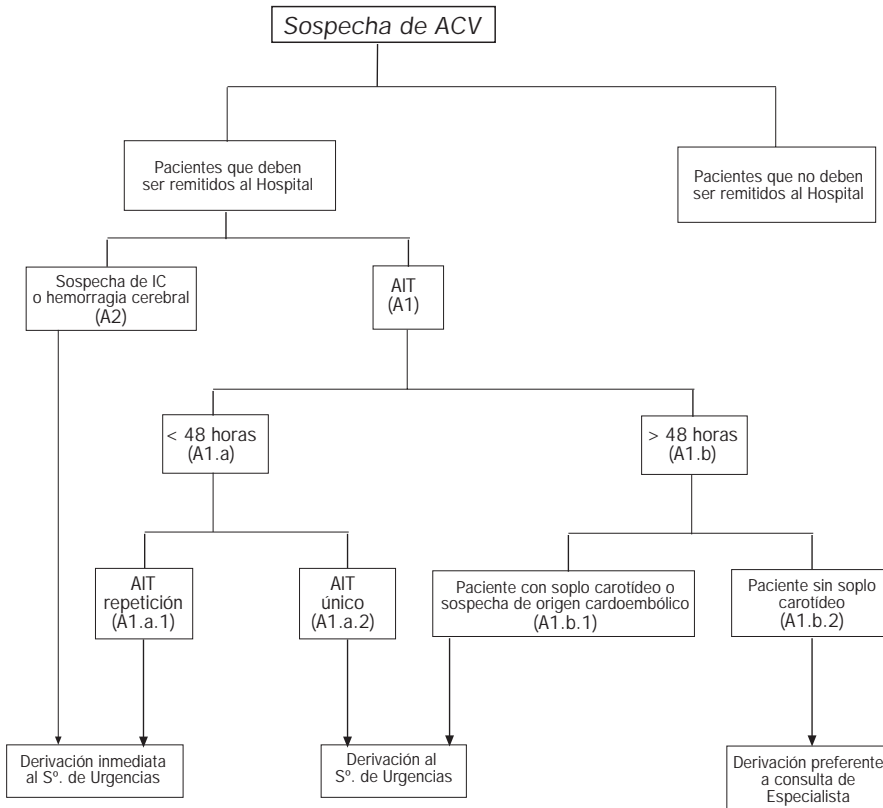


Figura 1. Remisión por grupos de pacientes desde Urgencias extrahospitalarias.

Competencias Profesionales

Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: Imprescindible (I) y Deseable (D).

En el nivel de *excelencia*, todas las competencias identificadas tienen el carácter de *imprescindible*. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

Competencias Específicas del Proceso

En el caso concreto del diseño de los Procesos Asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los Procesos Asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo) de Médicos/as y Enfermeros/as, se han establecido las Competencias Específicas por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el Mapa de Competencias para el Proceso, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para Médicos/as y Enfermeros/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este Proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los Procesos Asistenciales.

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0047	Conocimiento del sector sanitario: área de cuidados críticos y urgencias	I	I	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado	I	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de la actividad asistencial	D	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	D	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0187	Semiología bioquímica clínica e indicación de las pruebas complementarias definidas en el proceso	I	I	I				
C-0392	Codificación de datos clínicos con CIE-9-MC	D	I	I				
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas de su ámbito de responsabilidad	I	I	I				
C-0534	Conocimiento de la exploración física, neurológica y escalas de valoración según proceso	I	I	I				
C-0538	Fisiopatología específica	I	I	I				
C-0539	Saber reconocer signos de alarma: complicaciones, crisis, etc.	I	I	I				
C-0033	Metodología pedagógica: didáctica y técnicas docentes	D	I	I				
C-0013	Conocimiento de nuevas alternativas funcionales de trabajo: equipo coordinador ictus (ECI)	D	I	I				
C-0164	Conocimiento y coordinación con dispositivos sociosanitarios	D	I	I				
C-0471	Flujos de información en el nivel asistencial	I	I	I				
C-0472	Flujos de información en el ámbito sanitario	D	I	I				
C-0110	Conocimiento de las técnicas de imagen incluidas en el proceso	D	I	I				
C-0596	Promoción de la rehabilitación precoz	I	I	I				
C-0597	Promoción de la enseñanza de los autocuidados (paciente y entorno familiar)	I	I	I				
C-0540	Valoración precoz del ataque cerebrovascular	I	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

HABILIDADES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0037	Codificación diagnóstica	D	D	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0038	Técnicas de Soporte Vital Avanzado	I	I	I				
H-0043	Manejo del material de electromedicina	D	I	I				
H-0044	Manejo de las urgencias más frecuentes	I	I	I				
H-0047	Cumplimentación de la historia clínica	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0146	Exploración clínica	I	I	I				
H-0150	Acceso a vías centrales	D	I	I				
H-0151	Interpretación de técnicas de imagen incluidas en el proceso	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0001	Afrontamiento de situaciones de crisis y prevención de conflictos	I	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0013	Capacidad de planificar y definir objetivos	D	D	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	I	I				
H-0023	Capacidad para la toma de decisiones	I	I	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	I	I				
H-0026	Capacidad de delegar	D	I	I				
H-0059	Trabajo en equipo	I	I	I				
H-0064	Gestión de imprevistos	D	I	I				
H-0228	Capacidad de inspirar confianza y seguridad a los pacientes y familiares	I	I	I				
H-0271	Protocolización de las actividades generales incluidas en el proceso	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, construir relaciones)	I	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0094	Visión continua e integral de los procesos	D	I	I				
H-0097	Manejo de los sistemas de información	D	I	I				
H-0133	Elaboración y/o colaboración de guías de práctica clínica y protocolos	D	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, de captar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	D	I				
H-0032	Habilidades sociales de comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0035	Técnicas de presentación y exposiciones audiovisuales	D	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0094	Orientación diagnóstica en fase precoz	I	I	I				
H-0350	Interpretación de pruebas complementarias relacionadas en el proceso	D	I	I				
H-0343	Valoración integral del paciente según modelo biopsicosocial	I	I	I				

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0297	Utilización de escalas de valoración incluidas en el proceso	I	I	I				
H-0069	Capacidad para promover estilos de vida saludables y autocuidados	I	I	I				
H-0012	Motivar para el cumplimiento terapéutico correcto	I	I	I				
H-0236	Conocimiento y utilización adecuada del tratamiento farmacológico y no farmacológico según proceso	I	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

ACTITUDES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0003	Asertividad	D	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0019	Equilibrado, prudente, riguroso	I	I	I				
A-0023	Intuitivo y con sentido común	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0025	Metódico, sistemático	D	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0029	Polivalencia	D	I	I				
A-0037	Eficiencia	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0039	Implicación	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás (sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				
A-0062	Enfoque integral (biopsicosocial) del individuo	I	I	I				
A-0063	Actitud neutral y exenta de prejuicios	I	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0014	Facilitador	D	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0077	Soporte Vital Avanzado	I	I	I				
C-0079	Electrocardiografía básica	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	D	I	I				
C-0165	Conocimiento en metología de cuidados enfermeros	D	I	I				
C-0166	Transporte sanitario	D	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejo sanitario)	I	I	I				
C-0348	Manejo seguro de equipos electromédicos	I	I	I				
C-0353	Cuidados básicos en geriatría y gerontología	D	I	I				
C-0354	Recepción, acogida y clasificación de enfermos en urgencias	I	I	I				
C-0355	Cuidados en los principales procesos críticos y de urgencias	I	I	I				
C-0362	Valoración de necesidades	I	I	I				
C-0389	Manipulación adecuada de residuos	I	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				
C-0161	Estructura organizativa y legislación sanitaria del SSPA (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos planificación, programación de la actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto)	D	D	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0439	Técnicas de trabajo en equipo	I	I	I				
C-0442	Comunicación interna	D	I	I				
C-0448	Sistemas de clasificación de pacientes y medición del producto sanitario	D	D	I				
C-0032	Metodología de investigación nivel básico (elaboración de protocolos, recogida, tratamiento, y análisis de datos, escritura científica, búsquedas bibliográficas y normas de publicación)	D	I	I				
C-0033	Metodología pedagógica: didáctica y técnicas docentes	D	D	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad en Enfermería	D	I	I				
C-0004	Calidad, nivel básico	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0024	Conocimientos en informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0082	Inglés básico	D	D	I				
C-0174	Bioética	I	I	I				
C-0455	Conocimientos en técnicas de comunicación	D	I	I				
C-0596	Promoción de la rehabilitación precoz	I	I	I				
C-0597	Promoción de la enseñanza de los autocuidados (paciente y entorno familiar)	I	I	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	I	I				
C-0539	Saber reconocer signos de alarma: complicaciones, crisis, etc.	I	I	I				
C-0164	Conocimiento y coordinación con dispositivos socio-sanitarios	D	I	I				
C-0047	Conocimiento del sector sanitario: área de cuidados críticos y urgencias	I	I	I				
C-0352	Cuidados de paciente con marcada incapacidad	D	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

HABILIDADES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0065	Capacidad de realizar multitareas	D	I	I				
H-0087	Entrevista clínica de Enfermería	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de recursos disponibles	I	I	I				
H-0023	Capacidad para la toma de decisiones	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	D	I				
H-0038	Técnicas de Soporte Vital Avanzado	I	I	I				
H-0043	Manejo del material de electromedicina	I	I	I				
H-0044	Manejo de las urgencias más frecuentes	I	I	I				
H-0047	Cumplimentación de la historia clínica y registro de Enfermería	I	I	I				
H-0048	Interpretación básica de ECG	D	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0153	Atención al paciente crítico y urgente	I	I	I				
H-0226	Principales intervenciones en urgencias (canalizaciones, sondajes, vendajes, etc)	I	I	I				
H-0337	Capacidad para realizar la recepción, acogida y clasificación de enfermos en urgencias	I	I	I				
H-0339	Traslado y transferencia de pacientes críticos y urgentes	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0001	Afrontamiento de situaciones de crisis y prevención de conflictos	D	I	I				
H-0028	Habilidad para la comunicación	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	I	I	I				
H-0024	Capacidad para las relaciones interpersonales	I	I	I				
H-0059	Trabajo en equipo	I	I	I				
H-0063	Saber escuchar	I	I	I				
H-0035	Técnicas de presentación y exposición audiovisual	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	D	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	D	I				
H-0013	Capacidad de planificar y definir objetivos	D	D	I				
H-0133	Elaboración y/o colaboración de guías de práctica clínica y protocolos	D	I	I				
H-0289	Elaboración de procedimientos y organización en el trabajo	D	I	I				
H-0050	Seguridad pasiva y activa del paciente	I	I	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0054	Informática a nivel de usuarios	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0331	Integración del paciente en su medio familiar	I	I	I				
H-0357	Valoración integral del paciente según modelo biopsicosocial: diagnóstico de Enfermería	I	I	I				
H-0028	Capacidad para promover estilos de vida saludables y autocuidados	I	I	I				
H-0012	Capacidad para motivar un cumplimiento terapéutico correcto	I	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

ACTITUDES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0004	Autonomía y colaboración	D	I	I				
A-0015	Dinamismo	D	I	I				
A-0032	Reconoce logros y asume errores	D	I	I				
A-0037	Eficiencia	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	D	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	I	I				
A-0002	Actitud emprendedora	D	D	I				
A-0009	Dialogante y negociador	D	D	I				
A-0024	Juicio crítico	D	D	I				
A-0029	Polivalencia	D	I	I				
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente interno y externo	I	I	I				
A-0033	Relaciones interpersonales	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos y responsabilidades	I	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás (sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0012	Escucha activa, asertividad	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				



Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	NECESIDADES	REQUISITOS
Papelería	Documentación de soporte de carácter clínico y administrativa.	Homogénea y normalizada.
Instrumental	De exploración.	Buen estado de conservación.
Aparataje	TC, ecocardiógrafo, eco-Doppler con sonda para estudio de vasos cervicales, ECG, convencional de Rx.	Adecuado a las nuevas tecnologías. Previsión de alternativas ante averías.
Material fungible	Según stock de consumo.	Disponibile y adecuado.
Personal	Neurólogo, Internista, Médico de Familia, Facultativo de Urgencias hospitalarias y extra-hospitalarias, Rehabilitador, Enfermeros, Radiólogo, Cardiólogo, Trabajador Social, Celador, Administrativos, Fisioterapeutas.	Entrenados en el manejo del paciente con ACV. Con acceso a formación actualizada. Organizado por ECI.
Tecnologías de la información	Sistemas de información específicos para la gestión de pacientes, gestión de Enfermería, comunicación interniveles, conexión a Internet.	Suficiente capacidad y agilidad para llevar a cabo todas las tareas específicas. Conexión a Internet para consultar información científica.

Unidades de soporte

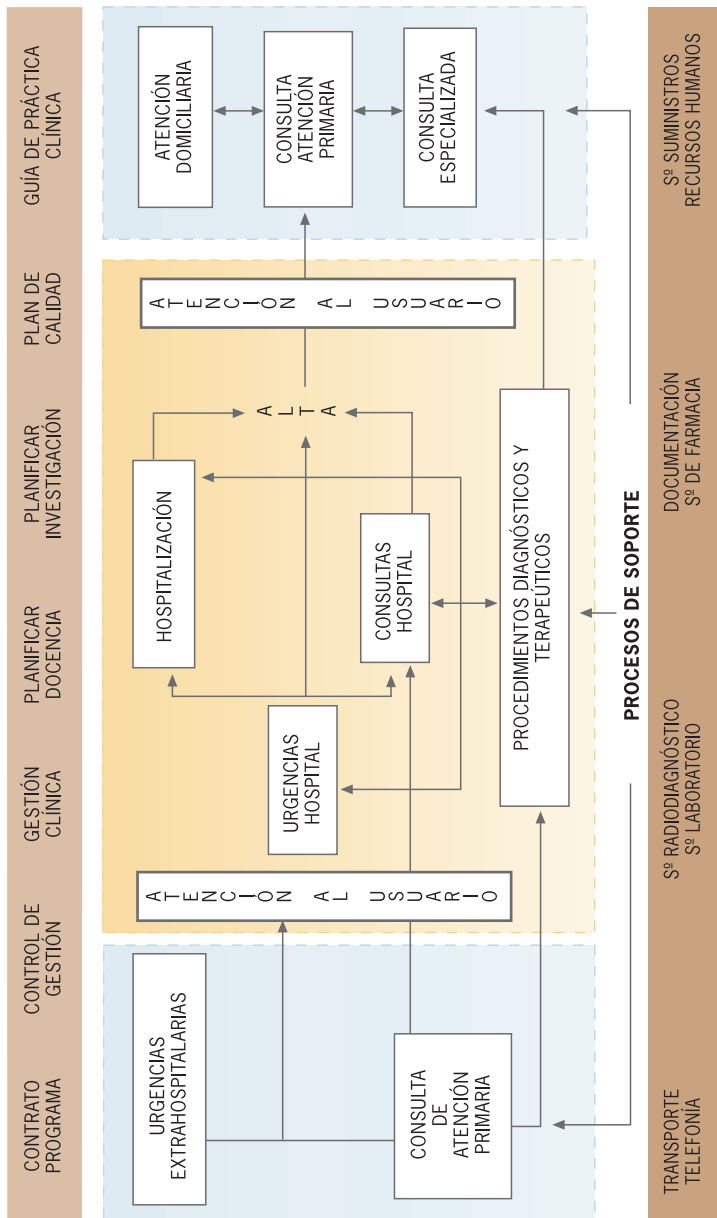
UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADAS
Sº de Laboratorio	Pruebas de laboratorio
Sª de Hematología	Estudio y control de la coagulación
Sº de Radiodiagnóstico	Pruebas de radiodiagnóstico
Sº de Almacén	Material fungible
Sº de Cardiología	Valoración clínica y pruebas complementarias
Sº de Cirugía Vascular	Intervención quirúrgica
Sº de Neurocirugía	Intervención quirúrgica
Sº de Personal	Selección de profesionales con adecuado nivel de competencia
Sº de Documentación	Historias y documentos homologados
Sº de Atención al Usuario	Gestión de citas, transporte

5

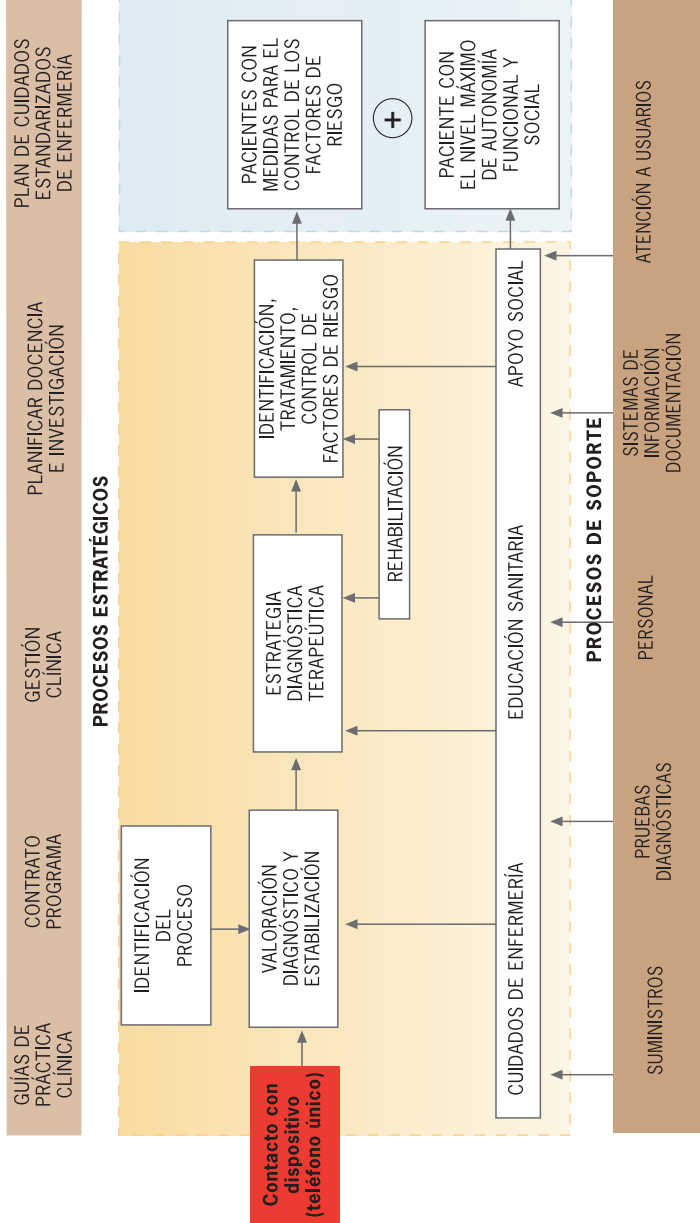
REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: PROCESO ATAQUE CEREBROVASCULAR

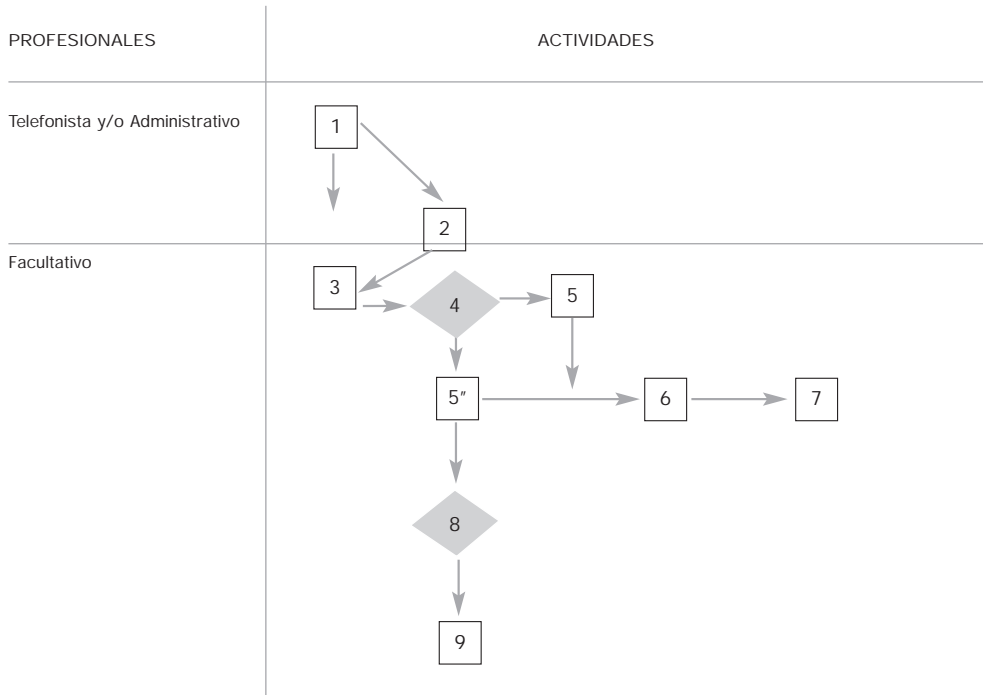
PROCESOS ESTRATÉGICOS



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: PROCESO ATAQUE CEREBROVASCULAR

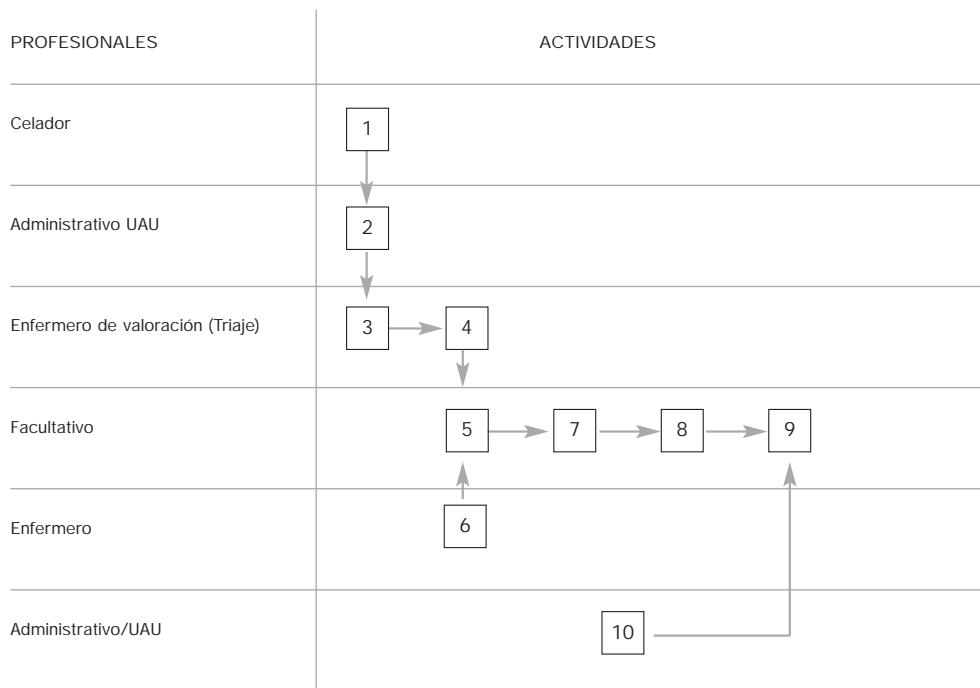


ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3.
SUBPROCESO ACV EN SERVICIOS DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS Y
SECUENCIA DE ACTUACIÓN DE PROFESIONALES



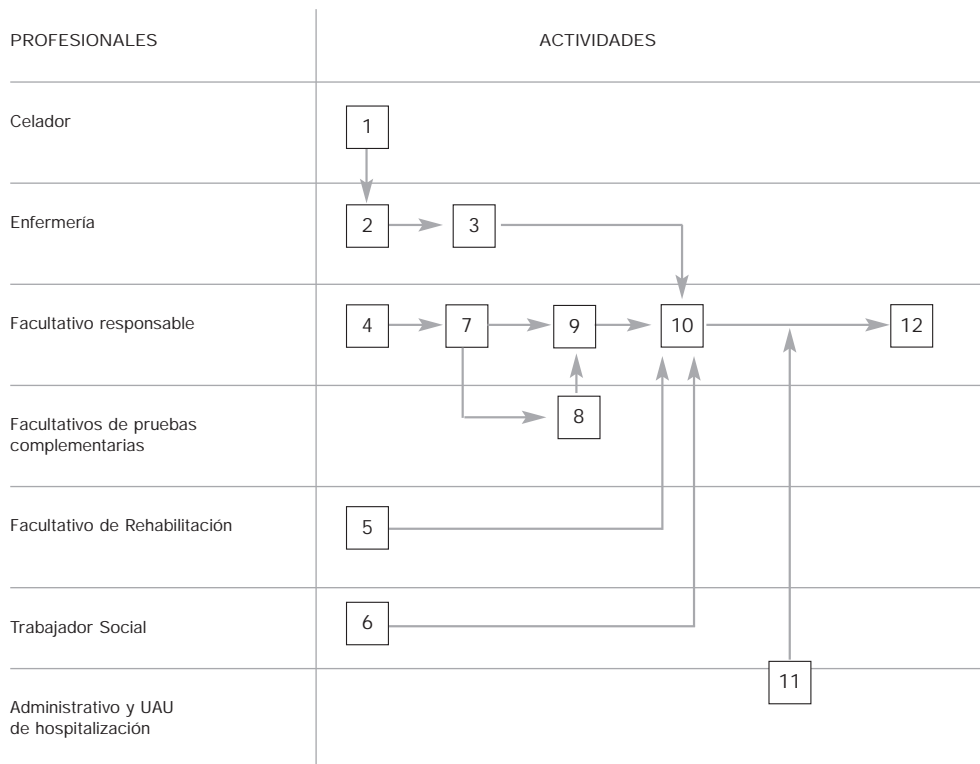
1. Recepción de llamada o paciente
2. Identificación de proceso
3. Exploración diagnóstica y pruebas complementarias
4. Valoración y decisión de derivación, según pautas
5. No derivación
- 5". Derivación
6. Información a paciente y familiar
7. Elaboración de informe para facultativo receptor
8. Valoración de traslado en ambulancia o UVI móvil
9. Preparación para traslado

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. SUBPROCESO ACV EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS Y SECUENCIA DE ACTUACIÓN DE PROFESIONALES



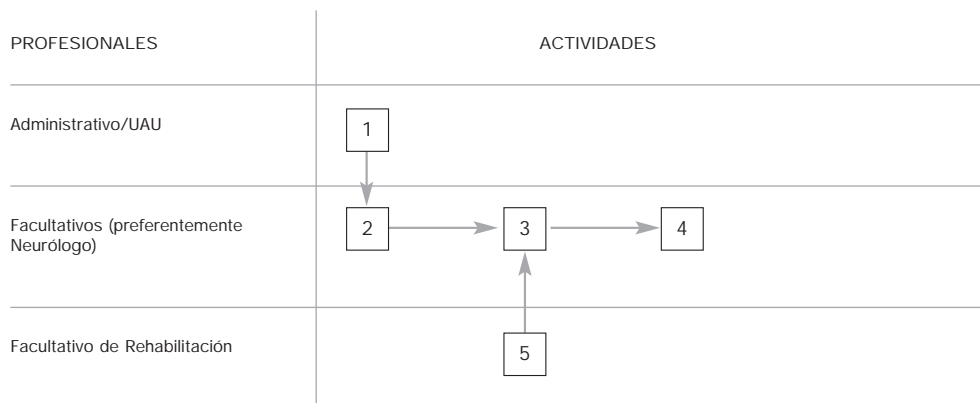
1. Recepción del paciente
2. Identificación del paciente
3. Valoración del paciente
4. Priorización de pacientes (observación o consultas de Urgencias)
5. Exploración diagnóstica y pruebas complementarias
6. Cuidados de Enfermería
7. Valoración y decisión de derivación (continuidad de atención en consulta, observación, cuidados intermedios, hospitalización, alta según pauta)
8. Información a paciente y familiar
9. Elaboración de informe para facultativo receptor
10. Gestión de cita para consultas (Atención Primaria o Especializada) o ingreso hospitalario

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. SUBPROCESO ACV EN HOSPITALIZACIÓN Y SECUENCIA DE ACTUACIÓN DE PROFESIONALES



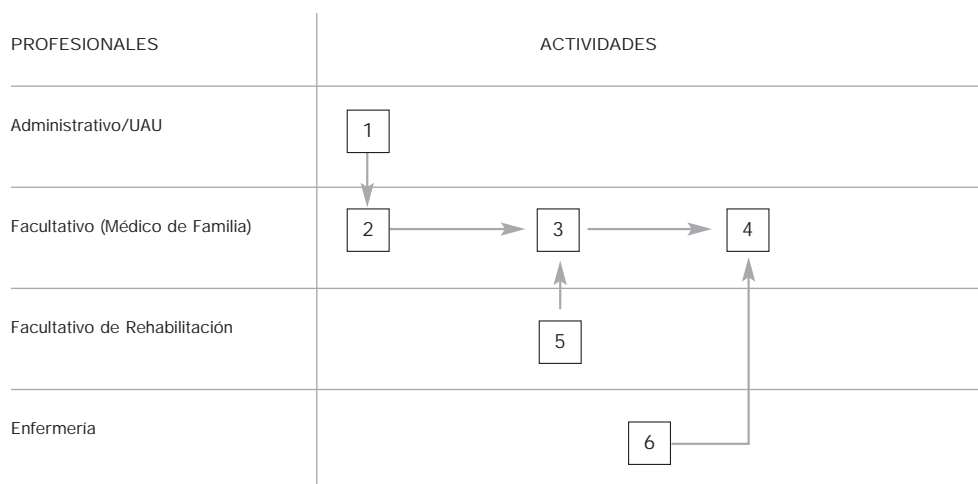
1. Traslado del paciente a planta de hospitalización
2. Recepción del paciente
3. Valoración e inicio de Plan de Cuidados de Enfermería
4. Valoración clínica, prevención de posibles complicaciones y tratamiento de las existentes
5. Valoración de grado de incapacidad y secuelas. Instauración de tratamiento específico de ACV
6. Valoración e intervención de Trabajador Social, si se precisa
7. Decisión diagnóstico-terapéutica
8. Realización de pruebas complementarias
9. Decisión e instauración de tratamiento
10. Preparación de alta
11. Gestión de transporte, prestaciones complementarias, citas
12. Alta

**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3.
SUBPROCESO ACV EN CONSULTA DE ESPECIALISTA
Y SECUENCIA DE ACTUACIÓN DE PROFESIONALES**



1. Citación del paciente
2. Valoración del paciente
3. Actuaciones terapéuticas y preventivas
4. Seguimiento y alta, si procede
5. Actuaciones de fisioterapia y rehabilitación

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. SUBPROCESO ACV EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SECUENCIA DE ACTUACIÓN DE PROFESIONALES



1. Citación del paciente
2. Valoración del paciente
3. Actuaciones terapéuticas y preventivas
4. Seguimiento y alta, si procede
5. Actuaciones de fisioterapia y rehabilitación
6. Actuaciones terapéuticas de Enfermería

6 INDICADORES

INDICADORES GENERALES

1. Existencia de un Equipo Coordinador de *Ictus* (ECI) que debe estar integrado por todos los dispositivos implicados en la atención al paciente con ACV. El fin de este equipo multidisciplinar es coordinar todas las actuaciones, validar las guías de actuación y hacer el seguimiento de las mismas.
2. Existencia de un Coordinador local correspondiente al área sanitaria como responsable del proceso ACV. Ha de ser un facultativo especialista, preferentemente Neurólogo.
3. El equipo de facultativos encargados de la atención al paciente durante todo el proceso ACV debe ser el mismo.
4. Desviación de protocolo en la indicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
5. Existencia de hojas informativas sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y modelos de consentimiento informado, si procede.
6. Grado de cumplimiento de horarios y citas en las tareas programadas.

7. Grado y calidad de cumplimentación de la documentación clínica.
8. Existencia de un sistema de información adecuado que cuantifique todas las actividades relacionadas con el proceso ACV.
9. Realización de memoria de actividades docentes y de investigación.

INDICADORES DE URGENCIAS (EXTRAHOSPILARIA/HOSPITALARIA)

1. Cuantificación de pacientes con ACV que son evaluados en las 6 primeras horas desde el comienzo de los síntomas, dado que el ACV es una emergencia médica.
2. Cuantificación de pacientes con déficit neurológico establecido a los que se realiza una valoración diagnóstica adecuada y reciben el tratamiento más idóneo a su situación clínica.
3. Existencia de un dispositivo de llamada único.
4. Porcentaje de pacientes con ACV que utilizaron el dispositivo de llamada único.
5. Existencia de un "Código *Ictus*" para todo el Sistema Sanitario (mecanismo que permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con un *ictus* agudo).
6. Cuantificación de fallos en la identificación del ACV (falsos negativos y falsos positivos) por el dispositivo de atención urgente.
7. Cuantificación de remisiones a Urgencias hospitalarias no ajustadas a protocolo.
8. Existencia de un protocolo específico para el manejo del paciente con ACV.
9. Cuantificación del tiempo para la admisión en Urgencias (puesta en marcha del sistema desde el momento del contacto telefónico hasta la llegada al Servicio de Urgencias).
10. Cuantificación de pacientes de nivel 2 que no son atendidos en un tiempo inferior a 15 minutos.

11. Cuantificación de pacientes de nivel 3 que no son atendidos en un tiempo inferior a 45 minutos.
12. Proporción de TC de cráneo realizadas en las primeras 6 horas.
13. Cuantificación del tiempo hasta completar el estudio básico del ACV (protocolo de actuación) en el área de Urgencias del Hospital.
14. Cuantificación de pacientes que permanecen en la sala general de Urgencias durante un tiempo superior a 4 horas.
15. Cuantificación de pacientes que permanecen en la sala intermedia de Urgencias durante un tiempo superior a 8 horas.
16. Cuantificación de pacientes que permanecen ingresados en observación durante un tiempo superior a 24 horas.
17. Porcentaje de pacientes a los que se monitoriza el déficit neurológico (escala canadiense) en Urgencias, según lo indicado en protocolo.
18. Mortalidad del ACV en las primeras 24 horas.
19. Cuantificación de pacientes con ACV que ingresan en hospitalización según las indicaciones del protocolo.
20. Cuantificación del cumplimiento de las pautas de la guía de actuación establecida en el Hospital para el ACV.
21. Existencia de un Plan de información estructurado para pacientes y familiares sobre lo que ha ocurrido y sus posibles causas.
22. Grado de satisfacción de los pacientes y de los familiares (encuestas).

1. Existencia de una Unidad de *Ictus* para la hospitalización del paciente con ACV.
2. Grado de cumplimiento de las pautas de la guía de actuación en lo referente a medidas generales (PA, FC, Tª, etc.) para el manejo del paciente durante la fase aguda del ACV.
3. Porcentaje de pacientes en los que se inicia la rehabilitación, cuando esté indicada, en las primeras 48 horas.
4. Cuantificación del tiempo desde el ingreso hasta el inicio de las medidas de rehabilitación.
5. Porcentaje de pacientes a los que se monitoriza el déficit neurológico (escala canadiense).
6. Existencia de hoja de valoración inicial de Enfermería.
7. Grado de aplicación del Plan de Cuidados de Enfermería.
8. Porcentaje de pacientes con ACV que desarrollan complicaciones.
9. Porcentaje de pacientes en ACV isquémico a los que se realiza un estudio doppler cervical durante el ingreso.
10. Porcentaje de pacientes a los que se realiza una TC de cráneo de control (si está indicado).
11. Disponibilidad de un estudio angiográfico cerebral que permita cumplir los tiempos establecidos en la guía de actuación.
12. Porcentaje de pacientes con sospecha de ACV cardioembólico a los que se realiza estudio ecocardiográfico.
13. Porcentaje de pacientes que inician tratamiento antiagregante en las primeras 48 horas.
14. Porcentaje de pacientes con fibrilación auricular a los que se indica la anticoagulación durante el ingreso.
15. Porcentaje de pacientes a los que, estando indicado, se les realiza endarterectomía o angioplastia carotídea en los 6 meses siguientes al ACV.

16. Estancia media ajustada (según estándares) del paciente con ACV.
17. Mortalidad del ACV en las primeras 24 horas.
18. Mortalidad durante el ingreso hospitalario.
19. Porcentaje de pacientes a los que se ha estimado la incapacidad neurológica tras el ACV (escala de Rankin modificada e índice de Barthel).
20. Porcentaje de pacientes que inician o continúan medidas terapéuticas sobre los factores de riesgo vascular en el momento del alta de hospitalización.
21. Existencia de programas de educación sanitaria dirigidos a los pacientes con ACV durante la hospitalización.
22. Porcentaje de pacientes que reciben información básica sobre educación sanitaria y continuación de cuidados tras el ACV.
23. Plan de información estructurado que permita conocer lo ocurrido y sus posibles causas al paciente y a sus familiares.
24. Grado de cumplimiento de la guía de actuación del ACV en hospitalización.
25. Cuantificación de informes de asistencia y resoluciones de problemas específicos por parte del Trabajador Social (relación entre pacientes valorados y pacientes a los que se ha realizado algún tipo de intervención social).
26. Grado de satisfacción de los pacientes y sus familiares (encuestas).

1. Demora en el inicio de las actividades de rehabilitación tras el alta hospitalaria.
2. Demora de la cita en la consulta preferente del Especialista según las indicaciones establecidas en la guía de actuación.
3. Porcentaje de pacientes que completan el estudio en el tiempo establecido en la guía de actuación.
4. Grado de aplicación del Plan de Cuidados de Enfermería.
5. Existencia de programas de cuidados específicos (cuidados paliativos, prevención de complicaciones, etc.) para el paciente con ACV en Atención Primaria.
6. Identificación de factores de riesgo vascular en pacientes que han presentado un ACV.
7. Grado de cumplimiento de factores de riesgo vascular en el paciente que ha presentado un ACV.
8. Grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes tras el alta hospitalaria.
9. Porcentaje de pacientes a los que se les valoran las interacciones terapéuticas y/o reacciones adversas a fármacos.
10. Porcentaje de pacientes a los que se ha estimado la incapacidad neurológica tras el alta hospitalaria (escala de Rankin modificada e índice de Barthel).
11. Porcentaje de pacientes que presentan complicaciones post-hospitalización.
12. Porcentaje de reingresos en los 30 días posteriores al alta hospitalaria.
13. Mortalidad durante el primer año en relación con el ACV.
14. Mortalidad durante el segundo año en relación con el ACV.
15. Existencia de un programa de información estructurado para pacientes y familiares sobre el ACV y las medidas terapéuticas indicadas tras el mismo.
16. Grado de cumplimiento de la guía de actuación del ACV en el nivel de Atención Primaria y de Consultas Externas.
17. Grado de satisfacción de los pacientes y familiares (encuestas).

IDENTIFICACIÓN DEL ATAQUE CEREBROVASCULAR

Puede que tenga que ser realizado por personal no sanitario y, en algunos casos, por teléfono.

a) Síntomas y signos guía:

- Hemiparesia /monoparesia
- Paresia facial supranuclear
- Hemihipoestesia
- Afasia /disartria
- Ceguera mono o biocular
- 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.

b) 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
- Inestabilidad
- Dolor de cabeza y/o tendencia al sueño junto con alguno de los síntomas previos

Como información adicional, se puede realizar un test de cribado con las siguientes 4 preguntas:

- ¿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?

Este test debe ser realizado por personal sanitario adecuadamente entrenado. Si la respuesta a las 4 preguntas es afirmativa, existe una alta probabilidad de que el paciente tenga un ACV.

ESCALAS DE VALORACIÓN

ESCALA NEUROLÓGICA CANADIENSE

A) ESTADO MENTAL

- Nivel de conciencia
 - Alerta (3)
 - Obnubilado (1,5)
- Orientación
 - Orientado (1)
 - Desorientado o no aplicable (0)
- Lenguaje
 - Normal (1)
 - Déficit de expresión (0,5)
 - Déficit de comprensión (0)

B₁) FUNCIONES MOTORAS (sin defecto de comprensión)

- Cara
 - Ninguna (0,5)
 - Presente (0)
- Extremidad superior proximal
 - Ninguna (1,5)
 - Leve (1)
 - Significativa (0,5)
 - Total o máxima (0)
- Extremidad superior distal
 - Ninguna (1,5)
 - Leve (1)
 - Significativa (0,5)
 - Total o máxima (0)
- Extremidad inferior
 - Ninguna (1,5)
 - Leve (1)
 - Significativa (0,5)
 - Total o máxima (0)

B₂) RESPUESTA MOTORA (con defecto de comprensión)

- Cara
 - Simétrica (0,5)
 - Asimétrica (0)
- Brazos
 - Igual (1,5)
 - Desigual (0)
- Piernas
 - Igual (1,5)
 - Desigual (0)

ÍNDICE DE BARTHEL

- Alimentación
 - Independiente (10)
 - Necesidad de ayuda (5)
 - Totalmente dependiente (0)
- Baño
 - Independiente (5)
 - Necesidad de ayuda (0)
- Aseo personal
 - Independiente (5)
 - Necesidad de ayuda (0)
- Vestirse
 - Independiente (10)
 - Necesita ayuda (5)
 - Totalmente dependiente (0)
- Control anal
 - Sin problemas (10)
 - Incontinencia ocasional (5)
 - Incontinencia frecuente (0)
- Control vesical
 - Sin problemas (10)
 - Incontinencia ocasional (5)
 - Incontinencia frecuente (0)
- Desenvolverse en el inodoro
 - Independiente (10)
 - Necesita ayuda (5)
 - Totalmente dependiente (0)
- Desplazamiento silla/cama
 - Independiente (10)
 - Necesidad de ayuda (5)
 - Totalmente dependiente (0)
- Desplazamientos
 - Independiente (15)
 - Necesita ayuda (10)
 - Independiente en silla de ruedas (5)
 - Incapacidad de desplazarse (0)
- Subir escaleras
 - Independiente (10)
 - Necesidad de ayuda (5)
 - Incapaz de subirlas (0)

Forma de valoración: las puntuaciones iguales o superiores a 60 indican un estado suficientemente independiente. Esta escala no es aplicable en la fase aguda del ACV.

ESCALA DE RANKIN MODIFICADA

Grado	Descripción
0	Sin síntomas
1	Síntomas menores. Funcionalmente independiente
2	Alguna limitación en el estilo de vida, pero independiente
3	Limitación importante en el estilo de vida, o necesidad de alguna ayuda
4	Dependiente, pero no requiere atención constante
5	Dependencia completa: necesita atención día y noche

Forma de valoración: distingue dos categorías de evolución: buena (independencia funcional) y mala (dependencia funcional). Esta escala no es aplicable en la fase aguda del ACV.

HOJA DE INFORMACIÓN GENERAL DE HOSPITALIZACIÓN

Debe contener información sobre:

- Situación dentro del Hospital
- Normas para el enfermo
- Normas para el familiar:
 - Horario de visitas
 - Número de acompañantes permitido
 - Horario de servicio telefónico
 - Horario de información médica
 - Horario de comidas
 - Situación del control de Enfermería
 - Situación y funcionamiento de timbres, luces, etc.
 - Funcionamiento general de la planta de hospitalización

HOJA DE VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA

Debe contener:

- Datos identificativos del enfermo (etiquetas)
- Diagnóstico de ingreso
- Antecedentes
 - Enfermedades
 - Alergias
 - Tratamientos previos
- Situación actual del enfermo
 - Constantes (presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura)
 - Función respiratoria
 - Realización de escala canadiense (ver Anexo II)
 - Aportes por vía i.v.
 - Eliminación
 - Ingesta
 - Higiene
 - Piel
 - Dolor
 - Alteraciones del sueño
 - Capacidades y limitaciones
 - Prótesis
 - Relación social
- Otros datos de interés

FUNCIONES, PROBLEMAS Y PREVENCIÓN DE ENFERMERÍA

El personal de Enfermería tiene que:

- Administrar el tratamiento médico
- Prevenir las úlceras de decúbito
- Prevenir la flebitis
- Colaborar en la rehabilitación del enfermo
- Detectar cualquier cambio en el déficit neurológico o estado general del paciente y comunicarlo al Médico responsable
- Realizar el pase de sala junto con el Médico

ACTUACIONES GENERALES EN EL PACIENTE CON ACV DURANTE EL PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN

Estas actuaciones se tendrán en cuenta durante la estancia en observación y/o en la fase de hospitalización.

1) MEDIDAS GENERALES EN LA FASE AGUDA

- No se recomienda oxigenoterapia, salvo en los pacientes con hipoxemia (nivel de evidencia IV, grado de recomendación C).
- La pronta reducción de la Presión Arterial (PA) en el ACV isquémico no ha sido adecuadamente valorada mediante ensayos clínicos aleatorios a gran escala pudiendo resultar perjudicial: por lo tanto, la PA elevada no debería ser sistemáticamente reducida en la fase aguda del ACV (Nivel de evidencia Ia, grado de recomendación A), excepto si los valores de PA sistólica son superiores a 220 mmHg y/o la PA diastólica es superior a 120 mmHg o hay síntomas de emergencia hipertensiva (Nivel de evidencia IV, grado de recomendación C).

En los pacientes con hemorragia intraparenquimatosa se recomienda descender la PA de forma progresiva si las cifras son superiores a 180/110 mmHg.

Los fármacos más recomendados (vía i.v.) son: betabloqueantes (labetalol), IECA (enalapril) y, en casos de fallo ventricular, nitritos (nitroglicerina).

- La hipertermia empeora el pronóstico del paciente. Debe administrarse un tratamiento con medidas físicas o antipiréticos sin efecto antiagregante a los pacientes con temperatura superior a 37,5°C.
- Medidas antiedema. El uso de corticoides no está indicado en la fase aguda del ACV (Nivel de evidencia Ib, grado de recomendación A). En caso de edema cerebral, podría tratarse con agentes hiperosmolares (manitol 20%) y diuréticos de asa (furosemida) con un control adecuado de las constantes y la diuresis.
- Equilibrio hidroelectrolítico. Se recomienda sueroterapia con soluciones isotónicas 2.000-2.500 ml/día, salvo contraindicación (fallo ventricular o hipertensión intracraneal); en estos casos, la cantidad diaria de solución no debe ser superior a 1.500 ml. No se recomienda la utilización de soluciones hipotónicas ni glucosadas.
- Debe realizarse un control estricto de iones y glucosa.
- Se utilizará insulina rápida y tratamiento intensivo de la hiperglucemia, si las cifras son superiores a 170 mg/dl.
- En cuanto sea posible, se iniciará la alimentación oral o enteral.
- Se recomienda el uso de heparinas de bajo peso molecular como tratamiento preventivo de episodios tromboembólicos en los pacientes con plejias o inmovilización

(Nivel de evidencia IIa, grado de recomendación B). Las medidas de compresión externa deberían emplearse cuando la heparina esté contraindicada (Nivel de evidencia III, grado de recomendación B).

- No se recomienda hemodilución, salvo en aquellos casos concretos con hematocrito superior al 55%.

2) COMPLICACIONES ESPECÍFICAS DEL ACV

- Neurológicas:
 - Hipertensión intracraneal por edema perilesional o por hidrocefalia (lesiones cerebelosas extensas o hemisféricas masivas)
 - Convulsiones
 - Agitación/confusión/delirio
 - Transformación hemorrágica del infarto cerebral
 - Recurrencia del ACV
- Cardiovasculares:
 - Coexistencia de cardiopatía isquémica
 - Arritmias (especialmente fibrilación auricular) que pueden estar relacionadas con la fase aguda del ACV
 - Insuficiencia cardíaca posiblemente relacionada con una cardiopatía previa
- Tromboembólicas:
 - Trombosis venosa profunda
 - Tromboembolismo pulmonar
- Respiratorias:
 - Broncoaspiración
 - Infección respiratoria
 - Insuficiencia respiratoria
 - Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS)
- Músculo-esqueléticas:
 - Subluxaciones de hombro. Síndrome "hombro doloroso"
 - Distrofia simpático refleja
 - Caídas y fracturas
 - Mononeuropatía por compresión o atrapamiento
- Gastrointestinales:
 - Hemorragia digestiva
 - Estreñimiento
 - Pseudo-oclusiones intestinales

- Isquemia mesentérica
- Hipo
- Urinarios:
 - Incontinencia urinaria
 - Infección urinaria
- Metabólicas e hidroelectrolíticas:
 - Alteraciones de la nutrición
 - Deshidratación
 - Hiponatremia (en ocasiones, relacionada con el síndrome de secreción inadecuada de ADH)
- Cutáneas:
 - Úlceras de decúbito
- Psicológicas:
 - Trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (síndrome depresivo)
- Complicaciones relacionadas con el tratamiento

ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS

TC craneal

Se les realizará una TC de cráneo a todos los pacientes del grupo A (Figura 1) (Nivel de evidencia III/IV, grado de recomendación C).

Si el primer estudio es normal, se repetirá con frecuencia. El primer examen pudo efectuarse en fase muy precoz y no mostrar anomalías.

Se practicará una TC craneal urgente en cualquier fase, siempre que exista un deterioro clínico o cambio de actitud terapéutica.

Por el contrario, si el primer estudio mostró imágenes compatibles con el episodio actual no será preciso repetir la TC craneal.

RM craneal

Está recomendada en las siguientes situaciones (Nivel de evidencia III/IV, grado de recomendación C):

- Siempre que exista discordancia entre la clínica y la TC craneal (por ejemplo, búsqueda de infartos lacunares no visualizados en la TC).
- Para un estudio específico de una lesión observada en la TC de cráneo.
- Para un estudio de posibles lesiones en la fosa posterior (mayores dificultades técnicas con la TC).
- Otras: sospecha de trombosis venosa cerebral, sospecha de disección carotídea, estudio de hematoma en fase de resolución para descartar lesión subyacente, etc.

Otros estudios de neuroimagen

Están en fases iniciales de utilización:

- RM de difusión-perfusión
- AngioRM
- AngioTC (TC helicoidal)

Estudio doppler

Se recomienda efectuar un estudio doppler de vasos cervicales en todos los casos de AIT o infarto cerebral. Es obligada su realización en aquellos pacientes que pudieran ser candidatos a tratamiento quirúrgico. Es importante llevarlo a cabo en la fase aguda, general-

mente durante la hospitalización. Puede aportar más información si el estudio lo realiza un componente del ECI.

- El estudio de troncos supra-aórticos (TSA) mediante el análisis de frecuencia o eco-doppler, es fundamentalmente utilizado para la búsqueda de estenosis carotídeas significativas.
- El doppler transcraneal (DTC) ofrece información adicional de gran interés en este grupo de pacientes (estenosis intracraneales, pruebas funcionales, etc...)

Angiografía

Se realizará fundamentalmente durante la fase de hospitalización. Las indicaciones son las siguientes:

- Pacientes en los que el estudio doppler indica que hay que tomar una actitud quirúrgica sobre la carótida (estenosis superior al 70% del diámetro de la luz de la carótida sintomática). Se llevará a cabo siempre con el tiempo suficiente como para efectuar la intervención quirúrgica según las indicaciones establecidas (antes de que hayan transcurrido 6 meses desde el evento). Puede realizarse a cabo mediante ingreso programado.
- Causas infrecuentes de ACV, especialmente en pacientes jóvenes (menos de 45 años).
- Sospecha de malformación arteriovenosa en hemorragia cerebral.
- Otros: disección carotídea, trombosis venosa cerebral, etc.

Estudios cardiológicos

- Ecocardiograma transtorácico (ETT). Estaría indicado en los siguientes casos:
 - Sospecha de ACV de origen cardioembólico.
 - *Ictus* en jóvenes (menores de 45 años).
- Ecocardiograma transesofágico (ETE). Estaría indicado en las siguientes situaciones:
 - Limitaciones del ETT (mala ventana).
 - Aclaración de datos de ETT.
 - *Ictus* en jóvenes (menores de 45 años) sin justificación etiológica, tras haber realizado los estudios convencionales.
- Holter. Estaría indicado en los siguientes casos:
 - Pacientes con sospecha de *ictus* cardiembólico (según criterios clínico-radiológicos) en los que no se ha identificado arritmia u otra causa que lo justifique.
 - *Ictus* en jóvenes (menores de 45 años) en los que el resto del estudio no sea suficientemente informativo.

ACTUACIONES TERAPÉUTICAS

Se mencionan las actuaciones generales y específicas en el ACV independientemente de la fase en que se lleve a cabo.

- Medidas generales (Anexo VI).

- Complicaciones (Anexo VI).

- Identificación y control de factores de riesgo vascular (FRV). Durante la hospitalización se identificarán los FRV presentes en el paciente. Se iniciarán las medidas terapéuticas para su control, que se continuarán en Consultas Externas y por su Médico de Familia. En este momento existen recomendaciones generales en cuanto a los objetivos terapéuticos, que se deben alcanzar (Anexo IX). En la actualidad, se están realizando ensayos clínicos para evaluar medidas farmacológicas específicas en la prevención secundaria (estatinas, hipotensores). Por otra parte, se iniciarán programas de educación sanitaria dirigidos al paciente y sus familiares, por parte de Enfermería, que se coordinarán después con el programa de seguimiento por parte del Médico de Familia y el personal de Enfermería de Atención Primaria.

- Dieta. Seleccionada en función de las condiciones del paciente y los factores de comorbilidad. Es recomendable iniciar la alimentación oral o enteral lo antes posible, utilizando dietas específicas en función de la situación clínica del enfermo. No es recomendable prolongar más de lo necesario la dieta absoluta ni el sondaje nasogástrico para la alimentación. La dieta se ajustará a los factores de riesgo y se modificará si las condiciones del paciente así lo indican. Posteriormente, se continuará con la dieta más apropiada en cada caso.

- Tratamientos farmacológicos:

1. TRATAMIENTOS ANTITROMBÓTICOS

Antiagregantes plaquetarios

Se utilizarán como tratamiento preventivo desde que sucede el evento y de forma indefinida. Los antiagregantes plaquetarios que han demostrado eficacia en el AIT e infarto cerebral isquémico son los siguientes:

- Ácido acetilsalicílico (AAS)

Se recomienda el uso de AAS a dosis de 300 mg, incluso desde las horas siguientes al evento, siempre que no existan contraindicaciones (Nivel de evidencia Ia, grado de recomendación A). Como tratamiento prolongado en prevención secundaria se recomiendan dosis de 75-150 mg/24 h (Nivel de evidencia Ia, grado de recomendación A).

- Ticlopidina

La dosis recomendada es de 500 mg/24h. Actualmente, se utiliza sólo en los pacientes que estaban ya tratados con este fármaco con eficacia y tolerancia. Las reacciones adversas relacionadas con la ticlopidina suceden, fundamentalmente, al inicio del tratamiento (Nivel de evidencia Ib, grado de recomendación A).

- Clopidogrel

La dosis recomendada es de 75 mg/24h. Este fármaco ha demostrado ser ligeramente más eficaz que el AAS para la prevención de los eventos arterotrombóticos. Es una alternativa efectiva y segura al AAS, estando especialmente indicado en los casos de intolerancia o ineficacia al mismo (Nivel de evidencia Ib, grado de recomendación A).

Otros antiagregantes plaquetarios

- Triflusal

La dosis recomendada es de 600 mg/24h. En un ensayo clínico aún no publicado, este fármaco ha demostrado igual eficacia que el AAS y mejor perfil de tolerancia y seguridad.

- Alguna asociación de antiagregantes (clopidogrel + AAS) está en fase de estudio pudiendo suponer un beneficio adicional en determinadas situaciones clínicas (pacientes de alto riesgo vascular). La combinación AAS y dipiridamol a la dosis que ha demostrado eficacia en la prevención del ACV no está disponible en España.

Anticoagulantes

No existen evidencias en la actualidad que recomienden el uso generalizado de la anticoagulación como tratamiento en la fase aguda del ACV (nivel de evidencia Ia, grado de recomendación A). Sin embargo, se aconseja reservar el uso de la anticoagulación con heparina sódica en perfusión continua en las siguientes situaciones clínicas (Nivel de evidencia IV, grado de recomendación C):

- AIT o infarto cerebral de origen cardioembólico con un alto riesgo de recurrencia precoz (fibrilación auricular o IAM con trombo mural y prótesis valvulares metálicas). Se iniciará el tratamiento anticoagulante una vez se haya excluido la existencia de una hemorragia intracerebral tras una TC de cráneo. Se excluyen aquellos pacientes con infarto cerebral extenso (por datos clínicos o de neuroimagen), en cuyo caso se demoraría esta actuación de 3 a 10 días, en función de la evolución del paciente y previa repetición de la TC craneal.
- Infarto cerebral en pacientes con alteraciones específicas de la coagulación o estados protrombóticos.
- Episodios de AIT repetidos a pesar de la antiagregación (se incluyen pacientes que han tenido más de 3 en 24 horas o 5 en 72 horas). No existe evidencia de prevención del infarto cerebral. No obstante, se recomienda el uso de anticoagulación en los casos en los que se demuestre estenosis preoclusiva de la carótida mientras se realiza endarterectomía.
- Ictus en evolución o progresivo. Se trata de una recomendación controvertida. Necesariamente debe constatarse objetivamente la progresión y descartarse otras causas que la justifiquen.

- En determinadas etiologías de ACV infrecuentes, como la disección carotídea o la trombosis venosa cerebral, se indica la anticoagulación, aunque la eficacia de esta medida no esté completamente definida.

En aquellos pacientes que hayan iniciado la anticoagulación en fase aguda, tras 48-72 horas de iniciar el tratamiento anticoagulante en perfusión, se comienza el tratamiento con acenocumarol o warfarina por vía oral; se puede retirar heparina i.v., una vez los controles de anticoagulación (INR) sean adecuados a la patología del paciente. En algunos casos, ya pasada la fase aguda, la anticoagulación puede iniciarse directamente por vía oral.

Una vez transcurrida la fase aguda, existe indicación de anticoagulación oral en la mayor parte de los pacientes con fibrilación auricular no valvular que han sufrido un AIT o infarto de origen cardioembólico (Nivel de evidencia Ia, grado de recomendación A). El INR debe mantenerse entre 2 y 3, y asegurarse un control estricto de la anticoagulación, que continuará después del alta hospitalaria. En otras patologías de mayor riesgo embolígeno (pacientes con prótesis valvulares metálicas), el objetivo del INR debe estar entre 3 y 4 (Nivel de evidencia IV, grado de recomendación C).

En general, se mantiene la anticoagulación de forma indefinida. Sin embargo, en algunas indicaciones ya comentadas (AIT repetidos, *ictus* en progresión, disección carotídea, trombosis venosa cerebral) y, si no existe otra justificación, puede retirarse la anticoagulación después de un tiempo (3-6 meses), sustituyéndola, si es oportuno, por antiagregación plaquetaria, ya que en estos pacientes, con ritmo sinusal e *ictus* previo, no está indicada la anticoagulación con dicumarínicos (Nivel de evidencia Ia, grado de recomendación A).

Si existe contraindicación expresa de anticoagulación, o en los casos en los que no se puede asegurar un control adecuado, se utiliza la antiagregación plaquetaria como tratamiento alternativo (Nivel de evidencia Ib, grado de recomendación A).

2. TRATAMIENTO NEUROPROTECTOR.

En la actualidad no existen datos concluyentes para recomendar su uso. Ninguna de las medidas terapéuticas consideradas neuroprotectoras han de mostrado beneficio por lo que, su empleo rutinario, no está recomendado (Nivel de evidencia Ib, grado de recomendación A).

Tratamiento quirúrgico

- Endarterectomía carotídea

Está indicada en pacientes que sufrieron un AIT o *ictus* isquémico en los 6 meses previos y se ha demostrado estenosis carotídea ipsilateral (al hemisferio cerebral sintomático) superior al 70% del diámetro de la luz de la arteria carótida interna. El equipo quirúrgico debe tener una morbi-mortalidad inferior al 6-7% (Nivel de evidencia Ia, grado de recomendación A).

- Angioplastia transluminal percutánea carotídea

En la actualidad es una alternativa para aquellos pacientes a los que se indica una endarterectomía y que presentan un elevado riesgo quirúrgico, o con estenosis carotídeas no accesibles a la endarterectomía (Nivel de evidencia Ib, grado de recomendación A).

Prevención, detección y tratamiento de complicaciones

Las posibles complicaciones han sido enumeradas en el Anexo VI. El tratamiento de las mismas es general y no específico, por lo que no se menciona expresamente.

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR: INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO Y OBJETIVOS

INDICACIÓN PARA EL FACTOR DE RIESGO	TRATAMIENTO (farmacológico o no)	OBJETIVOS
Hipertensión arterial	PA \geq 140 y/o 90 mmHg Si diabetes \geq 130 y/o 85 mmHg	PA < 140/90 mmHg Si diabetes PA < 130/85 mmHg
Tabaco	Si fumador	Abandono
Diabetes mellitus	Hemoglobina glicada > 6,5 %	Hemoglobina glicada < 7 %
Lípidos plasmáticos	LDLc \geq 130 mg/dl	LDLc < 100 mg/dl
Actividad física	Si sedentarismo	Evitar el sedentarismo
Obesidad	Si índice de masa corporal \geq 30 Kg/m ²	Índice de masa corporal < 30 Kg/m ²

- Hay pocos ensayos clínicos que evalúen los efectos de la modificación de los factores de riesgo cardiovascular en la prevención secundaria del *ictus* (isquémico y hemorrágico). A partir de la inferencia de los resultados procedentes de estudios de prevención primaria, debe proponerse el adecuado control de los factores de riesgo mayores (hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y diabetes mellitus) en pacientes que han sufrido un *ictus* (Nivel de evidencia IV, grado de recomendación C); sin embargo, es necesario hacer algunas consideraciones:

– Hipertensión arterial

Existen escasas pruebas (análisis de subgrupos de ensayos clínicos aleatorios realizados con IECAs, antagonistas del calcio y ARA-II) sobre los efectos de la reducción rutinaria de la presión arterial en pacientes con *ictus* previo. Recientemente, se ha publicado el estudio PROGRESS (Lancet. 2001; 358: 1033-1041). Se trata de un ensayo clínico aleatorio realizado en 6.105 individuos, cuyo objetivo ha sido determinar los efectos de la reducción de la presión arterial en hipertensos y normotensos con antecedentes de *ictus* o AIT. Este estudio ha demostrado que la asociación de un IECA (perindopril) y un diurético (indapamida) produjo una reducción significativa del riesgo de recurrencia de *ictus*, aunque no generó un descenso significativo de la mortalidad. Existen otros estudios con análisis de subgrupos poblacionales de pacientes con *ictus* realizados con IECA y antagonistas del calcio.

– *Dislipemia*

No hay suficientes pruebas acerca de los efectos que tiene la reducción rutinaria de los niveles de colesterol en pacientes con *ictus* isquémico. Los resultados procedentes de ensayos clínicos aleatorios sugieren beneficios al reducir los niveles de colesterol empleando estatinas (simvastatina y pravastatina) en individuos con *ictus* isquémico o AIT previo que también tenían antecedentes personales de enfermedad coronaria. En la actualidad, está en marcha un ensayo clínico aleatorio con atorvastatina *versus* placebo realizado en pacientes con AIT o IC.

CUIDADOS PALIATIVOS Y MEDIDAS GENERALES PARA LA IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Incluirán, fundamentalmente, las siguientes actuaciones:

- CUIDADOS POSTURALES:
 - Con el objetivo de evitar actitudes anómalas, las articulaciones de los miembros paralizados se mantendrán en posición funcional.
 - Con el fin de evitar úlceras de decúbito, se efectuarán cambios posturales frecuentes, vigilando el estado de la piel, fundamentalmente la que recubre las prominencias óseas.
- TRATAMIENTO CINESITERÁPICO:
 - Movilizaciones pasivas de extremidades paréticas (recomendable su realización diaria).
 - A medida que se vaya recuperando la movilidad, se pasará a la realización de movimientos activos, evitando aquellos ejercicios que provoquen desequilibrios musculares.
- CONTROL DE ESFÍNTERES:
 - Reeducación esfinteriana.
 - El sondaje vesical debe ser una práctica restringida y, salvo indicación clara y expresa, ha de ser evitado.
 - Vigilar la aparición de estreñimiento y tratamiento del mismo si se produjera.
- IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES:
 - Neurológicas:
 - Alteración de la comunicación.
 - Alteración del equilibrio o de la marcha.
 - Deterioro cognitivo.
 - Crisis comiciales.
 - Cardiovasculares:
 - Coexistencia de cardiopatía isquémica.
 - Arritmias (especialmente, fibrilación auricular).
 - Insuficiencia cardíaca posiblemente relacionada con cardiopatía previa.

- Tromboembólicas:
 - Trombosis venosa profunda
 - Tromboembolismo pulmonar.
- Respiratorias:
 - Broncoaspiración.
 - Infección respiratoria.
 - Insuficiencia respiratoria.
 - Retención de secreciones.
- Músculo-esqueléticas:
 - Subluxaciones de hombro. Síndrome "hombro doloroso".
 - Distrofia simpático refleja.
 - Caídas y fracturas.
 - Mononeuropatía por compresión o atrapamiento.
 - Deformidades y anquilosis articulares.
- Gastrointestinales:
 - Disfagia.
 - Hemorragia digestiva.
 - Estreñimiento.
 - Pseudo-oclusiones intestinales.
 - Isquemia mesentérica
 - Hipo.
 - Alteraciones en la cavidad bucal.
- Génito-urinarias:
 - Retención e incontinencia urinaria.
 - Infección urinaria.
 - Disfunciones sexuales.
- Metabólicas e hidroelectrolíticas:
 - Alteraciones de la nutrición.
 - Deshidratación.
- Cutáneas:
 - Úlceras de decúbito.
- Psicológicas:
 - Trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (síndrome depresivo).
- Complicaciones relacionadas con el tratamiento.

AAS:	Ácido acetilsalicílico.
ACV:	Ataque cerebrovascular.
ADH:	Hormona antidiurética.
AIT:	Ataque isquémico transitorio.
DCCU-AP	Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria
DTC:	Doppler transcraneal.
ECG:	Electrocardiograma.
ECI:	Equipo coordinador de <i>ictus</i> .
ETE:	Ecocardiografía transesofágica.
ETT:	Ecocardiografía transtorácica.
FC:	Frecuencia cardíaca.
FRV:	Factor de riesgo vascular.
GUI:	Glucemia, urea e iones.
HDLc:	Colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad.
HSA:	Hemorragia subaracnoidea.
IAM:	Infarto agudo de miocardio.
IECA:	Inhibidor de enzima convertora de la angiotensina.
INR:	International Normalized Ratio.
i.v.:	Intravenosa.
LCR:	Líquido cefalorraquídeo.
LDLc:	Colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad.
MF:	Médico de Familia.
NINDS:	National Institute of Neurological Disorders and Stroke.
PA:	Presión arterial.
RM:	Resonancia magnética.
SAOS:	Síndrome de apnea obstructiva durante el sueño.
SCCU-H	Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario
Tª:	Temperatura.
TC:	Tomografía computarizada.
TSA:	Troncos supra-aórticos.
UAU:	Unidad de Atención al Usuario
UCI:	Unidad de Cuidados Intensivos.
VSG:	Velocidad de sedimentación globular.

- Alberts MJ. Diagnosis and treatment of ischemic stroke. *Am J Med* 1999; 106: 211-221.
- Antithrombotic Trialists Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 324: 71-86.
- Arboix A. Código ictus. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 492-493.
- Bath PMW, Kennedy RL. Acute stroke. *BMJ* 2001; 320: 920-923.
- Caprie Steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events. *Lancet* 1996; 348: 1329-1339.
- Castillo J, Chamorro A, Dávalos A, Díez Tejedor E, Matías-Guiu J, Millá J, Murrillo Cabezas F, Romero FJ, Vázquez Mata G, Zarranz JJ. Atención multidisciplinaria del ictus cerebral agudo. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 101-106.
- CAVATAS Investigators. Endovascular versus surgical treatment in patients with carotid stenosis in the Carotid and Vertebral Artery Transluminal Angioplasty Study (CAVATAS): A Randomised Trial. *Lancet* 2001; 357: 1729-1737.
- Clinical Evidence 2001 (nº 6) (www.clinicalevidence.org).
- Cochrane Stroke Group (www.cochrane.de/cochrane/revabstr/g040index.htm)
- Eccles M, Freemantle N, Mason J and the North of England Aspirin Guideline Development Group. North of England evidence based guideline development project: guideline on the use of aspirine as secondary prophylaxis for vascular disease in primary care. *BMJ* 1998; 316: 1303-1309.
- European Stroke Initiative. Recommendations for stroke management. *Cerebrovascular Disease* 2000; 10: 335-351.
- Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285 (19): 2486-2497.
- Goldstein LB, Adams R, Becker K, Furberg CD, Gorelick PB, Hademenos G, et al. Primary prevention of ischemic stroke. *Stroke* 2001; 32: 280-299.
- Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; 17: 151-183.
- Kennedy RL, Bath PMW, Naylor AR. Secondary prevention of transient ischaemic attack and stroke. *BMJ* 2001; 320: 991-994.

- Management of patients with stroke. I: Assessment, investigation, immediate management and secondary prevention. A National Clinical Guideline of Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). 1997. (www.sign.ac.uk).
- Management of patients with stroke. II: Management of carotid stenosis and carotid endarterectomy. A National Clinical Guideline of Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). 1997. (www.sign.ac.uk).
- Management of patients with stroke. III: Identification and management of dysphagia. A National Clinical Guideline of Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). 1997. (www.sign.ac.uk).
- Management of patients with stroke. IV: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A National Clinical Guideline of Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). 1998. (www.sign.ac.uk).
- Manejo del paciente con enfermedad vascular cerebral aguda. Recomendaciones 2000. Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología.
- Manual de enfermedades vasculares cerebrales. 2ª ed. En: Castillo J, Álvarez-Sabín J, Martí-Villalta J, Martínez Vila E, Matías Guiu J, eds. Barcelona, Prous Science, 1999.
- National Guideline Clearinghouse (www.guidelines.gov/index.asp)
- Plaza Pérez I, Villar Álvarez F, Mata López, Pérez Jiménez F, Maiques Galán A, Casanovas Lenguas JA, Banegas Banegas JR, Tomás Abadal L, Rodríguez Artalejo F, Gil López E. Control de la colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 815-837.
- Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. (www.papps.org)
- PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001; 358: 1033-1041.
- Ramsay LE, Williams B, Johnston GD, MacGregor GA, Poston L, Potter JF, Poulter NR, Russel G. British Hypertension Society Guidelines for hypertension management 1999: summary. *BMJ* 1999; 319: 630-635.
- Rothrock JF, Lyden PD, Yee J, Wiederholt WC. Crescendo transient ischaemic attacks: clinical and angiographic correlations. *Neurology* 1988; 38: 198-201.
- Royal College of Physicians. National Clinical Guidelines for Stroke. 2000. (www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/stroke/index.htm).
- Sánchez Blanco I. Rehabilitación de pacientes tras accidente cerebrovascular. *Rehabilitación* 2000; 34 (6): 393-518.
- Stroke Units: an evidence based approach. In Langhorne P, Dennis M, eds. London, British Medical Journal Publishing Group, 1998.
- Stroke. *Neurologic Clinics*. 2000; 18 (2).

- The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med* 2000; 342: 145-153.
- The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-2446.
- WHO Regional Office for Europe and the European Stroke Council. Paneuropean Consensus Meeting on Stroke Management. Helsingborg, Sweden, 8-10 November 1995.
- Wolf PA, Clagett P, Easton D, Goldstein LB, Gorelick PB, Kelly-Hayes M, Sacco RL, Whisnant JP. Preventing ischemic stroke in patients with prior stroke and transient ischemic attack. *Stroke* 1999; 30: 1991-1994.
- Zarranz Imirizaldu JJ. Tratamiento antiagregante para la prevención de los ictus cerebrales isquémicos: un análisis de beneficio/riesgo. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 802-807.

