

# ataque cerebrovascular

## DEFINICIÓN FUNCIONAL

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

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

## ATENCIÓN PRIMARIA

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

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

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

## [ataque cerebrovascular]

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



## [ataque cerebrovascular]

**ATENCIÓN ESPECIALIZADA****SCCU- Hospital**

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

**Hospitalización**

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

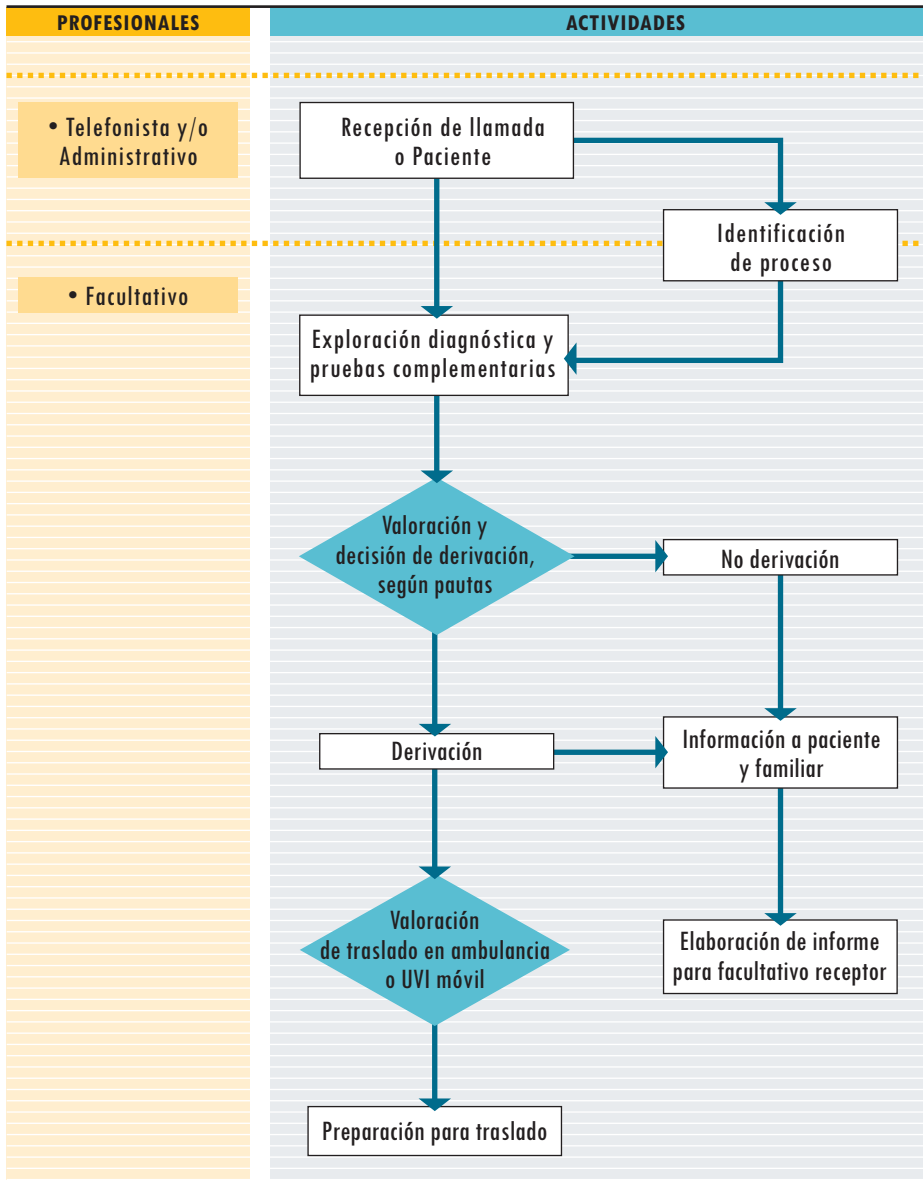
**NORMAS DE CALIDAD INCLUIDAS EN EL CONTRATO PROGRAMA CONSEJERÍA/SAS 2002**

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

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

## ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

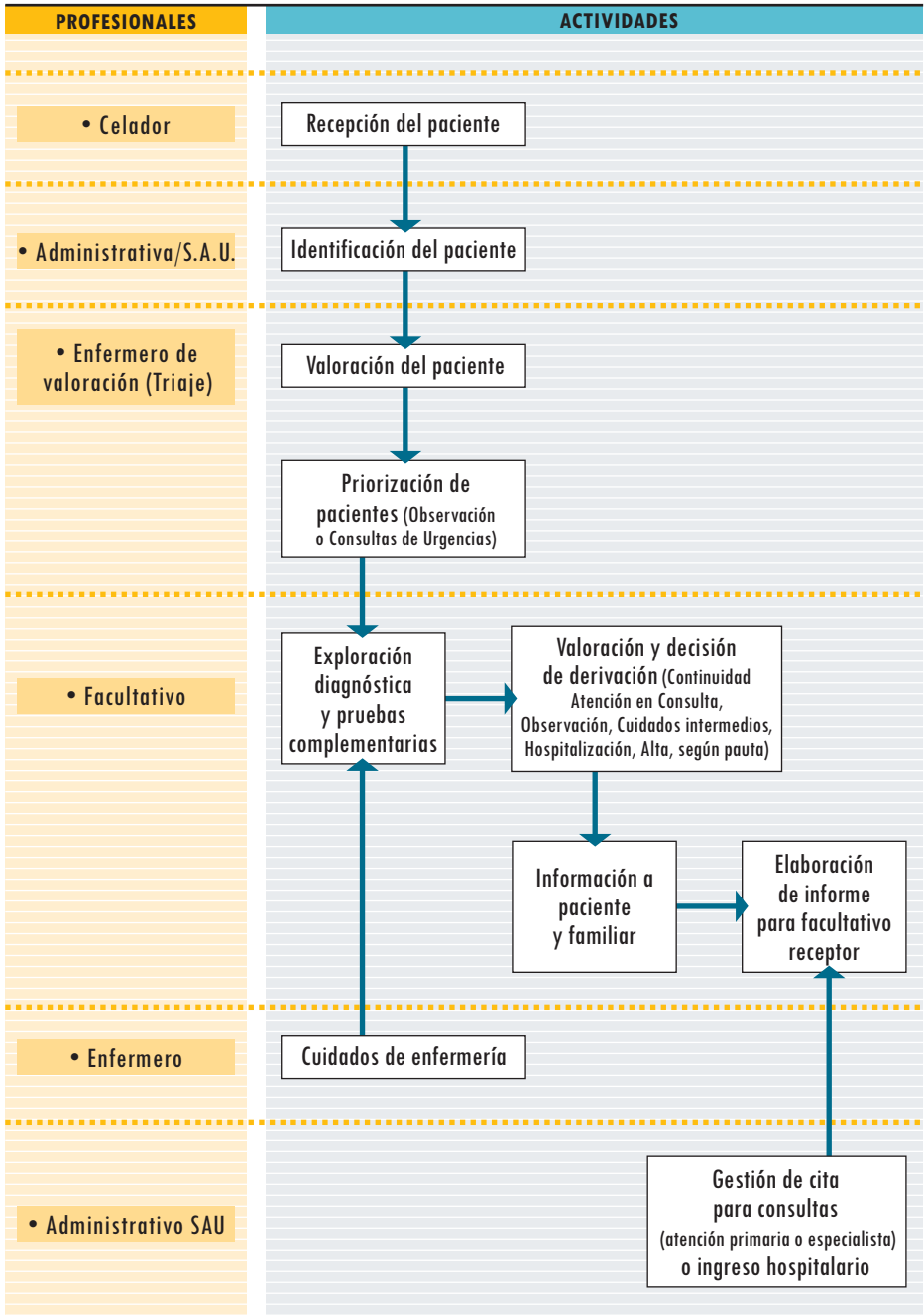
### Paciente con ACV en DCCU - AP



[ataque cerebrovascular]

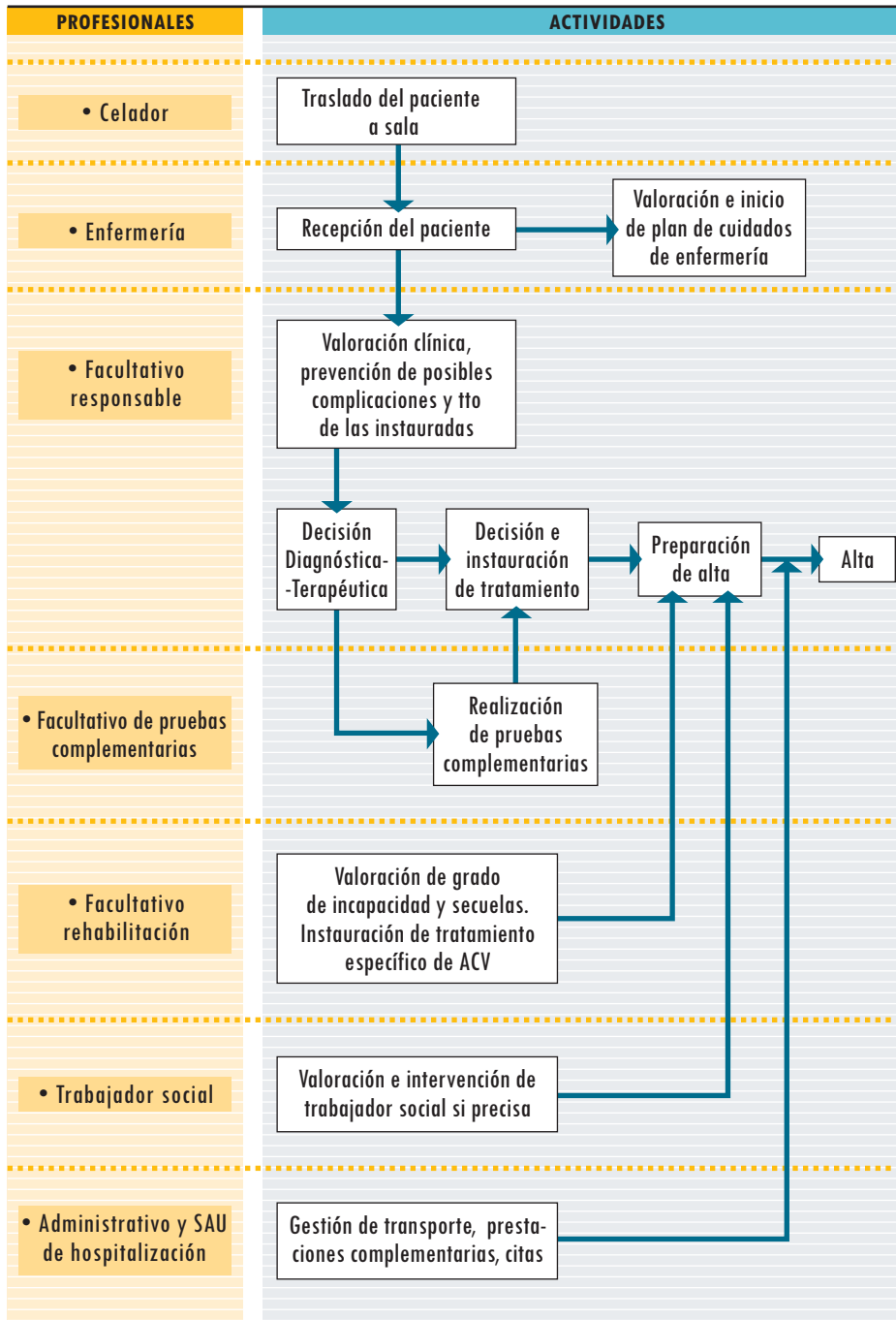
### ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

#### ACV en Urgencias hospitalarias y secuencia de actuación de profesionales



### ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

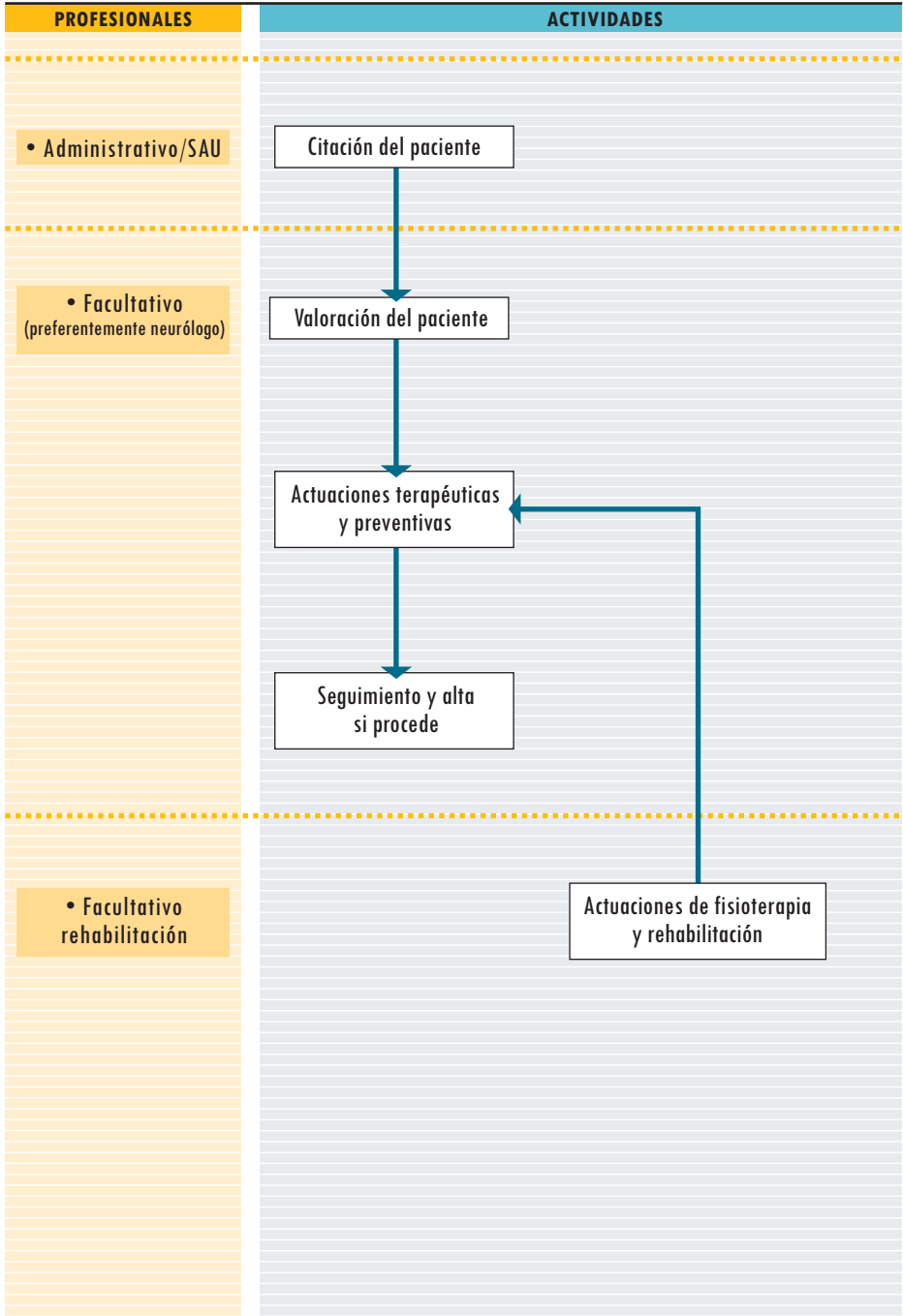
#### ACV en hospitalización y secuencia de actuación de profesionales



[ataque cerebrovascular]

**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3**

**ACV en consulta de especialista y secuencia de actuación de profesionales**



### ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

#### ACV en atención primaria y secuencia de actuación de profesionales

