



## **PROCESO ASISTENCIAL:**

### **ATENCIÓN AL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO**

#### **Elaborado por:**

Carina Andrés Gonzalo. Responsable de Formación y Coordinadora de Equipos de la GAP Soria  
Catalina Jiménez Corral. Médico Especialista en Neurología C.A. Soria  
Ángela María Gutiérrez Álvarez. Médico Especialista en Neurología C.A. Soria  
José Luis Alcalde Pascual. Responsable base Emergencias Sanitarias de Soria  
Mª Victoria Álvarez Cámara. Directora de Enfermería GAP Soria

#### **Revisores:**

Juan Carlos Silva Rico. Grupo Técnico central . D.G. Asistencia Sanitaria.  
José Ángel Maderuelo Fernández Grupo Técnico central . D.G. Asistencia Sanitaria  
Alejandra García Ortíz. DTF.DGAS.

Fecha Elaboración: Mayo 2011  
Fecha Revisión: Junio 2012  
Fecha Validación: 19 de junio de 2012

**Índice:**

- Prevención Primaria
- Asistencia al ICTUS en el medio extrahospitalario- Equipo AP
- Asistencia al ICTUS desde su ingreso en el hospital
- Rehabilitación en paciente con ICTUS
- Seguimiento en Atención Primaria
- Planes de Cuidados
- Prevención secundaria

**Proceso:**

Fecha:

**Objetivo**

Disminuir la morbimortalidad por ACVA en la población y mejorar la calidad de vida de los pacientes que lo sufren.

**Población diana**

Población de la Comunidad de Castilla y León.

**Criteria de inclusión**

- Mayores de 20 años para actividades preventivas
- Episodio agudo de déficit neurológico o sensorial susceptible de ser diagnosticado de ACVA
- Pacientes diagnosticados de ACVA



## Actuaciones

**GR**

Actividad

### **Prevención Primaria – Equipo de AP**

- Determinación mediante SCORE del riesgo cardiovascular en población entre 40 y 65 años al menos una vez cada 5 años
- Control de factores de riesgo (Hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, sedentarismo, abuso de alcohol o drogas) según Guía Prevención RCV.
- Seguimiento de los pacientes con:
  - Ictus Previos
  - Cardiopatías embolígenas (Fibrilación auricular, infarto de miocardio, miocardiopatía dilatada, portador de prótesis valvular, estenosis o prolapsos mitral, estenosis asintomática de la carótida) según protocolos correspondientes.
  - Tratamiento Hormonal o Anticonceptivos orales.
  - Hiperhomocistinemia, Elevación Lipoproteína A, Migraña, Enfermedad de células falciformes.

### **Asistencia al ICTUS en el medio extrahospitalario - Equipo AP (Anexo 1)**

**1º. Realización del diagnóstico clínico de ICTUS.** Identificación precoz de pacientes subsidiarios de terapia trombolítica y traslado inmediato al hospital con preaviso al 112.

#### **2º. Criterios de sospecha:**

- Pérdida de fuerza repentina en la cara, brazo o pierna, especialmente si es en un sólo lado del cuerpo.
- Confusión repentina o problemas en el habla o la comprensión de lo que le dicen.
- Pérdida repentina de visión en uno o en ambos ojos.
- Dificultad repentina para caminar, mareos, o pérdida del equilibrio o de la coordinación.
- Dolor de cabeza fuerte, repentina, sin causa conocida.
- Trastorno de la sensibilidad, sensación de "acorcharamiento u hormigueo" de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco.

#### **3º. Realización de la Historia Clínica**

Componentes esenciales:

- Edad y sexo
- Hora exacta de inicio de los síntomas (hora en la que el paciente fue visto sin síntomas la última vez)
- Antecedentes personales:
  - ICTUS/AIT Previos.
  - Episodio reciente de IAM, Traumatismo, cirugía o sangrado.
  - Comorbilidad/factores de riesgo: HTA, Alcoholismo, tabaquismo, dislipemia, arritmias, DM, Demencia o deterioro cognitivo.
- Alergias a fármacos. Medicación concomitante (Insulina, antihipertensivos, anticoagulantes/antiagregantes, ACO).
- Forma y circunstancias de instauración, duración de los síntomas, existencia de pérdida de conciencia o de crisis comiciales previas, síntomas de presentación y evolución de los síntomas.
- Situación basal del paciente: Escala de Rankin (Anexo 1)

#### **4º. Realización de exploración física**

- **Exploración general.** Inspección, auscultación carotídea y auscultación cardiopulmonar.
- **Exploración neurológica.** Nivel de conciencia (Escala de Glasgow). Funciones cerebrales superiores: orientación y lenguaje. Exploración de pares craneales. Pupilas. Desviación de la mirada y de la cabeza. Función motora. Función sensitiva. Coordinación. Signos meníngeos.

#### **5º. Pruebas complementarias**

- TA ambos brazos, Frecuencia Cardiaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura, Pulxiosimetría, Glucemia capilar, ECG si no retrasa el traslado.



- D** **6º. Diagnóstico diferencial:** Las siguientes patologías son las que con más frecuencia que pueden simular un ictus
- Convulsiones: historia de convulsiones, crisis comicial presenciada, periodo post-ictal.
  - Migraña: episodios previos similares, precedidos por aura, dolor de cabeza.
  - Hipoglucemias: historia de DM, glucemia sérica baja, nivel de conciencia disminuido.
  - Encefalopatía hipertensiva: dolor de cabeza, delirium, hipertensión significativa, edema cerebral.
  - Trastorno por conversión: falta de hallazgos en pares craneales, hallazgos neurológicos sin distribución vascular, examen físico inconsistente.
- B** **7º. Medidas terapéuticas para estabilizar al paciente**
- Medidas generales: paciente en reposo absoluto con cabeza elevada 30º
    - Vía Aérea permeable (retirar prótesis, aspirar secreciones, SNG si bajo nivel de conciencia). Si vómitos metoclopramida 10mg/iv.
    - Valorar oxigenación, iniciar oxigenoterapia solo si saturación <92%.
    - Intubación OT si nivel de conciencia muy bajo (Glasgow<9), infarto vertebrobasilar con afectación respiratoria, signos de HIC.
    - Canalizar vía venosa periférica e iniciar fluidoterapia con S. fisiológico (evitar sueros con glucosa salvo hipoglucemias).
  - Control de la presión arterial. No se recomienda tratamiento de la HTA en AP a no ser que sea imposible el traslado del paciente al hospital.
  - Control de glucemia
    - Hipoglucemias <50mg/dl administrar suero glucosado al 5-10 ó 20% ó 1 mg de glucagón IM o subcutáneo.
    - Hiperglucemias. Objetivo mantener la glucemia entre 80 y 140, poner insulina regular subcutánea.
      - Si 150-200: 4 UI
      - Si 201-250: 6 UI
      - Si 251-300: 8 UI
      - Si 301-350: 10 UI
      - Si > 350: 12 UI
  - Control de la fiebre en primer lugar medidas físicas, si >37.5 paracetamol VO, si se tolera o metamizol 1amp/100 SF VI vigilando TA.
  - Convulsiones Diacepan 10mg: 1amp/8 ml SF VI (2 mg por minuto)
  - Control agitación Haloperidol: 10 gotas VO ó 5mg IV lento, en ancianos 2 mg.
- C** **8º. Traslado**
- Situaciones no subsidiarias de traslado:
- Pacientes con neoplasias avanzadas o cualquier otra patología en situación terminal.
  - Pacientes con grave incapacidad por Ictus previos o por cualquier otra patología neurológica degenerativa.
- En una unidad de Soporte Vital Avanzado/UME:
- Pacientes con alteración de la conciencia.
- Ictus con síntomas en progresión
  - Paciente que se encuentra inestable o ha presentado inestabilidad.
  - Pacientes con sospecha de Ictus hemorrágico.
  - Pacientes con criterios de inclusión en protocolo de tratamiento trombolítico.
- Se podrán trasladar en una unidad de Soporte Vital Básico:
- Primer episodio de AIT, para estudio
  - AITs de repetición que no responden a antiagregantes
  - Pacientes con Ictus > 12 h. de evolución, estables tanto del punto de vista neurológico como hemodinámico.
- B** **El CCU activará el Código ICTUS si paciente es subsidiario de terapia trombolítica según el protocolo de terapia trombolítica (ANEXO 1)**



## **Asistencia al ICTUS en el hospital**

### **ICTUS - HOSPITAL**

La enfermedad cerebrovascular o ictus está causada por un trastorno circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente el funcionamiento de una o varias partes del encéfalo.

La enfermedad cerebrovascular aguda se clasifica en dos grandes grupos: Isquémica y hemorrágica. La enfermedad cerebrovascular isquémica puede ser global o focal; dentro de esta última, a su vez, destacan dos grandes grupos: el AIT y el infarto cerebral. Las estrategias de tratamiento y prevención (primaria y secundaria) y el pronóstico dependerán de la causa y de la localización de éstos.

#### **A) ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA:**

- Infarto cerebral establecido: se produce cuando la isquemia cerebral es lo suficientemente prolongada en el tiempo o intensa como para producir un área de necrosis tisular. Hay diversos tipos de infarto cerebral según sea su mecanismo de producción y la localización topográfica.
- Accidente isquémico transitorio (AIT): es un episodio breve de isquemia cerebral focal que es reversible y no deja déficit neurológico tras su finalización. Clásicamente se definía por la duración del déficit menor a 24 horas. Recientemente se ha modificado la definición del AIT: el TIA Working Group lo redefine como un episodio breve de disfunción neurológica, con síntomas clínicos que duran menos de una hora y sin evidencia de infarto en las técnicas de neuroimagen.

#### **Diagnóstico etiopatogénico:**

##### **- Ictus isquémico aterotrombótico:**

Diagnosticaremos:

- Cuando existe una estenosis mayor o igual al 50% de una arteria intra o extracraneal.
- En ausencia de estenosis o cuando sea inferior al 50%, la presencia de placas de ateroma, en ausencia de otra etiología.
- Deben concurrir al menos 2 de los siguientes factores de riesgo vascular: HTA, edad >50 años, diabetes mellitus, tabaquismo o hipercolesterolemia.

Lo podemos dividir en 2 grandes grupos:

- Ictus por aterosclerosis de arteria grande.
- Ictus por enfermedad de pequeño vaso → Ictus lacunar: diámetro menor de 1.5 cm. En el territorio de arterias perforantes. Ocasiona un síndrome lacunar, clásicamente: hemiparesia motora pura, síndrome sensitivo puro, síndrome sensitivo-motor, hemiparesia atáxica, disartria-mano torpe.

##### **- Ictus isquémico cardioembólico:**

Cuando existe una fuente de embolismo cardiaco y ausencia de estenosis ipsilateral Mayor o igual al 50%.

##### **- Ictus de etiología poco habitual:**

Ictus secundarios a causas poco habituales, una vez excluidos los ictus lacunares, aterotrombóticos y cardioembólicos. Incluye: vasculitis y vasculopatías no ateroscleróticas (displasia fibromuscular, Moyamoya..), coagulopatías, síndrome antifosfolípido, migraña, conectivopatías, enfermedades metabólicas, cáncer, etc...

##### **- Ictus de etiología indeterminada:**

Aquél en que tras un estudio exhaustivo, no se ha encontrado la causa, o bien en el caso de coexistir más de una posible etiología.

#### **B) ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICA:**

Se produce por la extravasación de sangre dentro del encéfalo como consecuencia de la rotura de un vaso. Según la localización puede ser:

- **Intraparenquimatoso**
- **Intraventricular**
- **Subaracnoidea**
- **Subdural**
- **Epidural**



## 1. DIAGNÓSTICO:

### ➤ EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL (en el servicio de urgencias):

- Determinar TA, temperatura, Pulxiosimetría.
- Hemograma, coagulación, bioquímica de rutina. Rx tórax.
- ECG de 12 derivaciones.
- TAC craneal simple: isquémico versus hemorrágico y permite descartar otras patologías que simulen ictus (tumores, h. subdural).
- Si es candidato a fibrinólisis, aviso al neurólogo de guardia localizado.

### ➤ EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA EN NEUROLOGÍA:

#### A) ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA

-Anamnesis y examen físico. Puntuación de la gravedad del déficit neurológico mediante la escala NIHSS y escala de Rankin.

-Analítica:

- Rutina: hemograma, coagulación, VSG, PCR, proteinograma, TSH, perfil lipídico.
- En casos seleccionados: estudio de trombofilia, anticoagulante lúpico, Ac Antifosfolípido, Homocisteína, Vit. B12, fólico, ANA, ANCA...según sospecha.

-Estudio cardiológico:

- ECG diario durante las primeras 72 horas.
- Holter si hay sospecha de FA o infarto embolígeno.
- Ecocardiograma: Transtorácico si hay sospecha de cardiopatía asociada. Transesofágico si hay sospecha de CIA, shunt dcha.-izda, infartos embolígenos sin causa determinada e ictus en jóvenes sin causa establecida.

-Neuroimagen:

Determina localización, extensión, tamaño, trasformación hemorrágica.

- Preferentemente RNM craneal. Secuencia venosa si se sospecha trombosis venosa cerebral.
- TAC craneal de control si no es posible RNM.

-Estudio vascular:

- TSA: Ecodoppler de rutina, en todo ictus. AngioTAC helicoidal o AngioRNM, en casos sospechosos de estenosis por Ecodoppler.
- Doppler transcraneal en paciente menor 50 años.
- Arteriografía convencional, en casos seleccionados, o cuando exista discordancia entre el estudio ultrasonográfico y la angiografía no invasiva, derivándose a centro de referencia.

-Otras pruebas según contexto clínico:

- Punción lumbar (sospecha de proceso infeccioso, infiltrativo, vasculitis)
- Biopsia de arteria temporal (arteritis de células gigantes)
- Biopsia cerebromeníngea (enfermedad inflamatoria del SNC).

#### B) ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICA

- Anamnesis, exploración, analítica de rutina, Rx tórax, ECG, similar a ictus isquémico.  
En casos seleccionados, estudio de diátesis hemorrágica.

- Neuroimagen:

- RNM craneal con secuencia Eco gradiente, que pone de manifiesto microhemorragias cerebrales crónicas, que puede orientar sobre la etiología más probable (lobares→amiloide; profundas→hipertensivas) y sobre el riesgo de reintroducir tratamiento antitrombótico de forma crónica. Es la técnica de elección para descartar cavernomas y en casos de sospecha de trombosis venosa.
- TAC craneal simple, es útil para el seguimiento del hematoma, valorar hidrocefalia, pero menos que la RNM para el diagnóstico etiológico.

- Estudio vascular:

- Angiografía no invasiva (angio-TC o angio-RM), en los pacientes en edad quirúrgica (<75 años) independientes funcionalmente y sin comorbilidad grave.
- Arteriografía cerebral si se sospecha vasculitis o existe malformación vascular (se derivará a centro de referencia).



## **2. TRATAMIENTO:**

### **A) ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA:**

#### **1. En fase aguda:**

##### **- Tratamiento de soporte:**

###### **\*Sueroterapia:**

- Suero fisiológico isotónico, con excepción de pacientes diabéticos que precisan aporte de insulina, a quienes se podrá pautar glucosado.
- Volumen total global, en general: 2000-2500 ml/d.
- Si insuficiencia cardiaca: 1000-1500 ml/d.
- Si interviene un mecanismo hemodinámico: 2500-3000 ml/d (salvo que exista insuficiencia cardiaca de base).
- Si recibe tratamiento con manitol: 2500-3000 ml/d.

###### **\*Tratamiento de la hipertermia:**

- Temperatura igual o mayor de 37.5º: Paracetamol 1 gr IV o Metamizol 2 gr. IV en 100 ml de suero fisiológico cada 8 h.
- Temperatura mayor o igual a 38º: Además, solicitar pruebas complementarias según sospecha (urocultivos, hemocultivos, Rx tórax...) e iniciar tratamiento antibiótico empírico, según Sospecha o si no hay foco infeccioso conocido:
  - Amoxicilina-Clavulánico 2gr/8h IV, 7-10 días.
  - Cefotaxima: 2 gr/8 h IV, 7-10 días.
  - Ceftriaxona 2 gr/24 h IV, 7-10 días.
  - Levofloxacino 500 mg/24h VO ó IV 7-10 días, en alérgicos a betalactámicos.

###### **\*Vía aérea y oxigenación:**

- Pulsioximetría. En líneas generales, sobre todo si el paciente es candidato a fibrinólisis, NO se realizará gasometría.
- Mantener saturación por encima de 92%. Si fuera necesario con gafas a 2-4 l/min., o bien con mascarilla. Si hay bajo nivel de conciencia puede ser necesaria intubación orotraqueal.

###### **\*Profilaxis de trombosis venosa profunda:**

HBPM: por ejemplo Enoxaparina (Clexane), 40 mg/d sc. En las primeras 24 h después de trombolisis, se evitará (preferible compresión neumática).

###### **\*Nutrición:**

Se evaluará función deglutoria en todos los pacientes:

- Deglución normal: Dieta de textura estándar
- Disfagia leve: Dieta pastosa. Posición de sentado a 45º durante la alimentación. Flexión de cuello o rotarlo para facilitar deglución.
- Dar un tamaño del bolo similar a 1 cucharada de café. Evitar líquidos claros (emplear líquidos gelificados).
- Disfagia moderada/grave: Dieta absoluta las primeras 24 h. Si persiste después, colocar SNG. Si existe disminución del nivel de conciencia, dejar a dieta absoluta los 3 primeros días, e iniciar el 4º día alimentación por SNG.
- Si el paciente presenta vómitos y disminución del nivel de conciencia, colocar SNG con aspiración.

###### **\*Tratamiento de la tensión arterial:**

Debe evitarse el tratamiento agresivo de la HTA en la fase aguda del Ictus porque podría comportar un aumento del tejido infartado. Si está indicado el tratamiento urgente, la disminución debe hacerse de forma progresiva y lenta. Está indicado tratamiento urgente:

- TA sistólica por encima de 210 y/o TA diastólica por encima de 120 mm Hg, en casos generales.
- TA sistólica mayor o igual a 185 y/o TA diastólica mayor o igual a 105 mm Hg en los siguientes casos:
  - Tratamiento trombolítico
  - Tratamiento con heparina sódica endovenosa
  - Infarto agudo de miocardio



- o Edema agudo de pulmón
- o Insuficiencia cardiaca
- o Dissección aórtica
- o Insuficiencia renal aguda

**Fármacos:**

- Labetalol (amp de 100 mg/20 ml): 190-20 mg en bolo IV. Repetir dosis, si es preciso cada 15 minutos hasta un máximo de 150-200 mg. Si se precisan más de 3 bolos repetidos, pasar a perfusión IV con bomba: 15-160 mg/h. Dosis máxima acumulativa: 2.4 gr/d.
- Urapidil (amp de 50 mg en 10 ml): 25 mg en bolo. Repetir en 5 minutos si precisa. Si precisa más de 3 bolos, iniciar perfusión IV: 10-30 mg/h. Se usará de primera elección en caso de que los beta bloqueantes estén contraindicados (bradicardia severa, bloqueo AV, asma, shock cardiogénico, EPOC).
- Nitroprusiato sódico: en casos de TA diastólica > 140 en 2 lecturas separadas 15 minutos o en caso de falta de respuesta a los anteriores tratamientos. En nuestro medio, se hará en UCI.

**\*Tratamiento de la glucemia:**

La hiperglucemia tiene un efecto negativo en el infarto cerebral, aumentando el tamaño del infarto y asociándose a peor pronóstico en los ictus tratados con fibrinolisis. El objetivo es mantener cifras de glucemia entre 80-140. En la fase aguda del ictus el tratamiento debe hacerse con insulina (insulina regular) sc:

- Si 150-200: 4 UI
- Si 201-250: 6 UI
- Si 251-300: 8 UI
- Si 301-350: 10 UI
- Si > 350: 12 UI
- Si glucemia menor de 50 mg/dl, administrar suero glucosado al 5-10 ó 20% ó 1 mg de glucagón IM o subcutáneo.

**- Tratamiento de la hipercolesterolemia:**

Aunque normalmente forma parte de la prevención secundaria, las estatinas parecen tener utilidad en el tratamiento agudo, en 2 situaciones:

- \* En estenosis ateromatosas sintomáticas de arterias extra o intracraneales con placa complicada, por su potencial papel estabilizador de placa, estaría indicada la Atorvastatina 80 mg/d.
- \* En pacientes con ictus, que ya estaban tomando estatinas, deben mantenerse, ya que su retirada empeora el pronóstico (síndrome de retirada de estatinas).

**- Tratamiento Antiagregante plaquetario** (si no está indicada fibrinolisis, en cuyo caso se retrasaría 24 horas). Está indicado en:

- \* AIT sin evidencia de cardiopatía embolígena.
- \* Infarto cerebral isquémico estable sin evidencia de cardiopatía embolígena.
- \* Infartos isquémicos de origen cardioembólico durante la fase aguda y hasta el comienzo del tratamiento anticoagulante.

Los fármacos antiagregantes plaquetarios disponibles son:

- \* Ácido acetilsalicílico: en ausencia de contraindicación se considera el fármaco de elección en la mayoría de los pacientes. La dosis óptima aún es motivo de controversia aunque la tendencia mayoritaria oscila entre 100 y 300 mg/d.
- \* Clopidogrel: Se considera de elección en pacientes con enfermedad aterotrombótica de alto riesgo (diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica o ateroesclerosis carotídea e intracraneal). Si se quiere iniciar antiagregación urgente, se dará una dosis de carga de 300 mg seguido de dosis estándar de 75 mg/d.
- \* Triflusal: Eficacia similar a la aspirina en prevención secundaria, con menor riesgo de hemorragia digestiva. Dosis: 300 mg/12h.
- \* Ticlopidina: Similar a clopidogrel, hoy en desuso por la potencial neutropenia, que requiere controles hematológicos.
- \* Doble antiagregación: AAS+Clopidogrel. Indicada en pacientes que presentan estenosis arteriales ateroescleróticas sintomáticas con alto riesgo de recurrencia, y en aquellos que van a ser sometidos a stent/angioplastia carotídea o intracraneal.



**- Tratamiento anticoagulante:**

En la fase aguda, solo está indicado en las siguientes situaciones:

- \* AIT o infarto cerebral no extenso con una fuente cardiaca conocida de émbolos.
- \* Infarto cerebral isquémico progresivo en territorio vértebro-basilar.
- \* Infartos cerebrales secundarios a disecciones arteriales extracraneales en carótida o vertebral.
- \* Infarto cerebral isquémico por trombosis de los senos venosos intracraneales.
- \* Estenosis críticas sintomáticas de arteria carótida interna cervical o de arterias de gran calibre intracraneal, si se sospecha la participación de un mecanismo hemodinámico, o si recurre si se optó por doble antiagregación.

En los infartos moderados y graves (NIHSS>8), NO se recomienda iniciar el tratamiento anticoagulante al menos durante las primeras 48 horas por el riesgo de trasformación hemorrágica, siendo preferible diferirlo 7 días. Excepcionalmente, en el contexto de una cardiopatía de muy alto riesgo embolígeno (prótesis valvular mecánica), se podría adelantar a las 48 horas el inicio de la anticoagulación. Debe evitarse el tratamiento anticoagulante en las 24 horas siguientes al tratamiento fibrinolítico.

Modo de realizar la anticoagulación urgente:

- \* Heparina sódica IV en perfusión continua con bomba: 400 UI/Kg/d. La solución para perfusión se obtiene diluyendo 25.000 UI de heparina en 250 cc de suero fisiológico. Si se desea conseguir la anticoagulación más rápidamente, se puede administrar un bolo IV inicial de 5.000 UI. Control de hemostasia a las 6 h para un objetivo terapéutico de TTPA. De 1.8-3.2 veces el tiempo de control.
- \* Heparina de bajo peso molecular (HBPM): en caso de pacientes con AIT o infartos poco extensos de causa cardioembólica.

**- Tratamiento fibrinolítico:**

Persigue la recanalización precoz de la arteria ocluida, para salvar el tejido cerebral lesionado por la isquemia, pero que aún puede ser salvable si se restablece el flujo (zona de penumbra isquémica). El activador de plasminógeno tisular recombinante (rt-PA) IV es el único autorizado, si se administra en las 4.5 primeras horas del inicio de los síntomas con unos criterios de inclusión y exclusión estrictos (ver anexo):

- \* Ventana terapéutica de 0-3 horas: Edad mayor de 18 años sin límite superior de edad.
- \* Ventana terapéutica de 0-4.5 horas: edad mayor de 18 años y menor de 80.

Dosis: 0.9 mg/Kg (dosis máxima 90 mg); el 10% de la dosis se administra en bolo y el resto en infusión IV mediante bomba durante 1 hora.

**- Tratamiento Neurointervencionista:**

En la actualidad, excepcional. Sólo posible en lugares donde existan recursos humanos y técnicos.

- \* Trombolisis intraarterial
- \* Trombolisis combinada (IV y arterial)
- \* Trombectomía mecánica

**- Tratamiento quirúrgico:**

En casos excepcionales, ante un infarto extenso de la cerebral media que evoluciona con edema masivo, efecto de masa y produce herniación cerebral (infarto maligno), en pacientes seleccionados puede estar indicada la craniectomía descompresiva:

- \* Sujetos menores de 60 años, con buena calidad de vida previa, sin enfermedades médicas que acorten la expectativa de vida.
- \* Disminución del nivel de conciencia, asociado a efecto de masa en la Neuroimagen y descartando causas médicas de deterioro precoz.
- \* Signos de infarto extenso de la cerebral media en la neuroimagen con desviación de línea media>5 mm en TAC o RM.
- \* Ausencia de infarto cerebral contralateral u otra lesión que pueda afectar El pronóstico neurológico.
- \* Tiempo de evolución menor de 48 horas.

**- Tratamiento neuroprotector:**

Ningún tratamiento, tiene por el momento aprobada la indicación, aunque hay evidencias de que la citicolina podría asociarse a una mejoría del pronóstico a largo plazo. Su eficacia está siendo evaluada en un ensayo clínico. Mientras tanto se podría asociar al tratamiento: citicolina (Somazina) 1 gr/12 h IV o VO iniciado durante las primeras 24 h de un ictus moderado o grave y después continuar por vía oral durante 3 meses.



**- Tratamiento Rehabilitador:**

Movilización precoz e inicio de rehabilitación una vez conseguida la estabilidad clínica.

**2. Tratamiento a largo plazo** (Prevención secundaria):

**-Tratamiento antiagregante plaquetario:**

Describo en el anterior apartado; se continuará de forma indefinida el antiagregante utilizado en la fase aguda con 2 excepciones:

- \* La doble antiagregación en los supuestos descritos, no debe más allá de 3 meses, ya que su uso crónico en el ictus no ha demostrado eficacia y si un exceso de complicaciones hemorrágicas.
- \* Cuando esté indicada la anticoagulación pero se haya diferido durante los primeros días por el riesgo de transformación hemorrágica.

**-Tratamiento anticoagulante:**

Fuera de los casos en los que está indicada anticoagulación urgente (apartado anterior), se recomienda diferir el inicio hasta la estabilización del paciente, y al menos 7 días cuando se trate de infartos extensos. Se aconseja mantener un buen control de las cifras tensionales. Se iniciará de forma simultánea con HBPM (o heparina sódica IV) acenocumarol oral. Cuando se alcance INR terapéutico, se suspenderá la heparina.

Indicaciones:

- \* Cardiopatías embolígenas de alto riesgo:
  - Fibrilación auricular
  - Prótesis valvulares mecánicas
  - Enfermedad valvular reumática mitral o aórtica.
  - Trombo auricular o ventricular izquierdo
  - Infarto de miocardio reciente (sobre todo anterior) con disquinesia, aneurisma o trombo ventricular izdo.
- \* Miocardiopatía dilatada, con disminución de la fracción de eyección.
- \* Cardiopatías de bajo riesgo o de riesgo incierto (menor grado de evidencia):
  - \* Cardiopatía isquémica con dilatación y disfunción del ventrículo izdo.
  - \* Prolapso mitral, calcificación del anillo mitral: si recurre ictus a pesar de tratamiento antiagregante.
  - \* Foramen oval permeable, sobre todo si asocia aneurisma del septo y no es candidato a cierre quirúrgico o endovascular.
  - \* Ateromatosis complicada de arco aórtico. Placas de ateroma en cayado superiores a 4 mm móviles o ulceradas.
  - \* Aneurisma fusiforme de la arteria basilar.
  - \* Estados de trombofilia: Déficit de proteína C, de proteína S y de antitrombina III. Mutación del factor V Leyden. Mutación del gen de la protrombina.
  - \* Síndrome antifosolípido: de entrada se tratará con antiagregantes plaquetarios y si no es eficaz, con anticoagulación.

En general, se mantendrá un INR entre 2-3, salvo en prótesis valvulares mecánicas que se mantendrá entre 2.5-3.5.

En los casos de anticoagulación por trombosis venosa cerebral o disección arterial, no se mantendrá el tratamiento anticoagulante de forma indefinida pero sí un mínimo de entre 3- 6 meses.

**- Tratamiento quirúrgico (Endarterectomía carotídea):**

- \* Pacientes sintomáticos:
  - Estenosis del 70-99%. Pacientes con AIT o ictus menor, con expectativa de vida de al menos 5 años, realizada por equipos quirúrgicos con morbi-mortalidad <6%. NNT:6.3. Nivel de evidencia A.
  - Estenosis del 50-69%: La mujer no se beneficia. Podría plantearse en hombres siempre que se realice en las 2 semanas siguientes. Mayor beneficio si se realiza en las 2 semanas siguientes al ictus. (En estenosis del 50-69%, NO existe beneficio si se realiza después)
- \* Pacientes asintomáticos (60-99% de estenosis):
  - En la mujer, no está indicada.
  - En hombres, podría valorarse, entre 40-75 años, con expectativa de vida de más de 5 años y riesgo perioperatorio < 3%. Grado de beneficio menor. NNT: 33.



**- Tratamiento Neurointervencionista (Angioplastia/stenting):**

\* Carotídeo:

- Reestenosis carotídea trás endarterectomía.
- Estenosis por radioterapia.
- Pacientes de alto riesgo quirúrgico.
- Estenosis carotídea interna de localización alta.

\* Vertebral: En estenosis sintomáticas de la arteria vertebral extracraneal cuando los pacientes continúen teniendo síntomas a pesar del mejor tratamiento médico.

**B) ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICA:**

**1. Tratamiento médico:**

- Protocolo general de manejo agudo del ictus.
- La HTA, debe tratarse de forma urgente si: TA sistólica mayor de 185 y/o TA diastólica mayor de 105. El tratamiento es el mismo que el descrito en el ictus isquémico.
- Control de la posibilidad de hipertensión intracranal que debe sospecharse si existe disminución del nivel de conciencia, vómitos o signos de herniación cerebral:
  - \* Evitar soluciones hipoosmolares.
  - \* Cabeza elevada a 30º en la línea media, evitando la rotación del cuello.
  - \* Evitar aumento de temperatura, hipoxia.
  - \* Disminuir estímulos externos: sedantes (Haloperidol IM o IV) y analgésicos.
  - \* Si se considera indicado el ingreso en UCI, proteger la vía aérea con intubación orotraqueal y soporte ventilatorio cuando la puntuación de la escala de coma de Glasgow sea de 9 puntos.
  - \* Osmoterapia: Manitol (en solución al 20%): 125 ml a pasar en 30 minutos, cada 4-6 horas. Puede completarse con la administración de 10-20 mg de furosemida IV 30 minutos después de cada dosis de manitol. La duración total del tratamiento no debe superar los 4 días por la posibilidad de necrosis tubular aguda y edema cerebral por efecto rebote por lo que se debe suspender paulatinamente: Manitol cada 6 h los 2 primeros días, cada 8 horas el tercer día, cada 12 horas el cuarto día y suspender el quinto, trás una dosis. Debe colocarse sonda urinaria. Calcular osmolaridad plasmática, que no debe superar los 320 mOsm.
- Tratamiento de los trastornos de coagulación:
  - \* Sobredosificación de dicumarínicos:
    - Vitamina K: 2 ampollas en 100 cc suero fisiológico en 30 minutos. Su efecto no comienza hasta 3-4 horas.
    - Complejo protrombínico en dosis única ajustada.
  - \* Sobredosificación de Heparina:
    - Sulfato de Protamina: 1mg por cada 100 UI de heparina, a un ritmo de infusión de 50 mg en 10 minutos. Con heparina sódica se considera como dosis administrada la trasfundida en las últimas 4 h.
  - \* Hemorragia por fibrinólisis con rtPA:
    - Trasfusión de 2-3 gr de concentrado de fibrinógeno.
    - Ácido tranexámico (Amchafibrin) 1 amp/8 h.

**2. Tratamiento quirúrgico:**

**- Hemorragia intraparenquimatosa:**

No existen criterios estrictos para el drenaje quirúrgico de las hemorragias intraparenquimatosas, debiendo indicarse en colaboración con el servicio de neurocirugía. Como norma general se consideran quirúrgicos:

- \* Hematomas cerebelosos: cuando producen hidrocefalia o ante la progresión del déficit con disminución del nivel de conciencia y compresión del tronco cerebral. En general >4 cm, son quirúrgicos, <3 cm, manejo conservador. Entre 3-4 cm, según la clínica.
- \* Hematomas lobares: (situados a menos de 1 cm de la superficie cortical, sin alcanzar el nivel de los ganglios de la base en profundidad) cuando producen deterioro neurológico progresivo.
- \* Las hemorragias profundas, cuando produzcan hidrocefalia secundaria, bien obstructiva o por apertura de sangre al ventrículo asociada a deterioro neurológico, se valorará colocación de drenaje ventricular y/o cirugía evacuadora. La edad avanzada o un Rankin previo >2 contraindica la cirugía.

**- Hemorragia subaracnoidea, subdural y epidural:**

Son patologías quirúrgicas que deben ser llevadas en un servicio de neurocirugía.



**ANEXO: 2**

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN PARA TTO. FIBRINOLÍTICO EN HOSPITAL**

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes con diagnóstico de infarto cerebral y duración de los síntomas menor de 4'5 horas si edad inferior a 80 años.
- Pacientes con diagnóstico de infarto cerebral y duración de los síntomas menor de 3 horas si edad mayor de 80 años con buena calidad de vida (Rankin ≤ 2) y sin deterioro cognitivo.
- Edad mayor de 18 años.
- Déficit neurológico claramente objetivable presente durante al menos 30 minutos y que no hayan mejorado antes del tratamiento.
- Ausencia de hemorragia intracranial en la TAC de cráneo.
- Aceptación del tratamiento y firma del Consentimiento Informado.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Duración de los síntomas imprecisa o mayor de 4'5 horas.
- Clínica de infarto cerebral con déficit grave >25 puntos en escala NIHSS.
- Clínica de infarto cerebral con déficit leve NIHSS menor de 4 (excepto cuando se trate de hemianopsia o afasia aislada) o rápida mejoría clínica.
- Crisis comiciales al inicio del Ictus.
- Sospecha clínica de hemorragia subaracnoidea a pesar de TAC craneal normal.
- Antecedente de hemorragia intracranial.
- Ictus en el mes previo.
- Plaquetas < de 100.000/ mm<sup>3</sup>.
- Cifras de TA elevadas en el momento del tratamiento. TAS>180 mmHg o TAD>110 mmHg (en 3 ocasiones separadas por 10 minutos o que requiera tratamiento IV continuo).
- Cifras de glucemia < de 50 mg/dl o > de 400 mg/dl.
- Antecedente de alteración en coagulación.
- Tratamiento con heparina en las últimas 48 horas con TTPa alargado en análisis de urgencia, o con anticoagulación con INR > 1'6.
- Cirugía mayor, Intervención neuroquirúrgica intracranial o medular, o TCE en los últimos 3 meses.
- Hemorragia digestiva o urinaria en los últimos 21 días.
- Evidencia de sangrado activo o fractura traumática en la exploración.
- Antecedente de malformación arteriovenosa, tumor, o aneurisma cerebral o medular.
- Retinopatía hemorrágica.
- Masaje cardíaco o parto reciente (en los 10 días previos).
- Punción reciente de vaso sanguíneo en lugar no accesible a la compresión (en los 10 días previos).
- Punción lumbar en los últimos 7 días.
- Endocarditis bacteriana o pericarditis.
- Pancreatitis aguda.
- Enfermedad gastrointestinal ulcerosa en los últimos 3 meses.
- Hepatopatía grave incluyendo insuf. hepática, cirrosis, hipertensión portal, varices esofágicas y hepatitis activa.
- Neoplasia con riesgo hemorrágico elevado
- Signos de infarto cerebral extenso establecido en TAC de cráneo en mas de 1/3 del territorio de la ACM (hipodensidad extensa o efecto de masa), ASPECT ≤ 7.



	<p><b>Rehabilitación en paciente con ICTUS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se recomienda un programa de rehabilitación llevado a cabo por un equipo profesional multidisciplinar que cuente con la participación activa de pacientes y familiares e incluya al especialista en Rehabilitación y Medicina Física como coordinador del proceso rehabilitador en la fase posterior al alta hospitalaria y durante el año siguiente al episodio octal.</li></ul>
	<p><b>Planificación del alta hospitalaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se programaran las visitas requeridas en función de la situación clínica del paciente, y en coordinación con el resto de especialistas implicados, para asegurar las ganancias obtenidas</li><li>- En el informe de alta constara:<ul style="list-style-type: none"><li>• Informe médico clínico, tratamientos al alta y fechas de las siguientes.</li><li>• Informe de enfermería en el que conste cuidados realizados, observaciones de enfermería, resultados Índice de Katz, y Norton así como el que proceda para conocer la situación funcional del paciente al alta.</li></ul></li></ul>
<b>A</b>	<p><b>Seguimiento en AP</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- El médico, la enfermera y la trabajadora social realizarán una valoración integral del paciente dado de alta y de sus cuidadores.</li><li>- La frecuencia de vivistas se programará de acuerdo a las necesidades clínicas individuales.</li><li>- Se realizará despistaje y/o seguimiento de las secuelas y complicaciones comunes tras un ICTUS:<ul style="list-style-type: none"><li>• Secuelas y complicaciones físicas: déficits motores, sensitivos, visuales y del lenguaje, hombro doloroso, espasticidad, dolor central post-ictus, disfagia, caídas.</li><li>• Problemas psicológicos: depresión, ansiedad, labilidad emocional.</li><li>• Afectación cognitiva: demencia, déficits de atención, alteración de la memoria.</li><li>• Problemática social o familiar, valoración de las AVD, valoración del entorno.</li></ul></li><li>- Se asegurará que se realice el tratamiento rehabilitador pertinente según los déficits que el paciente presente.</li><li>- Se debe valorar la limitación funcional post-ictus tras el alta hospitalaria y tras finalizar la rehabilitación, para así determinar el estado funcional conseguido.</li><li>- Se pautarán las medidas de prevención secundaria apropiadas a cada paciente.</li><li>- Se establecerá un Plan de cuidados según diagnósticos enfermeros.</li></ul>



### **Plan de cuidados de enfermería**

#### **Pautas y actividades a realizar en cada intervención:**

##### **Manejo inefectivo del régimen terapéutico:**

- Aplicar la medicación según la Hoja de toma de medicación de
- En qué posición darle la medicación.
- Posibles riesgos durante la toma de la misma y cómo evitarlos.

##### **Deterioro de la comunicación verbal:**

- Escucharle con atención sin prisas ni gritarle para que le entienda.
- Utilizar gestos con las manos si procede.
- Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.

##### **Deterioro de la deglución:**

- Tipo de alimentación que va a llevar.
- Cómo se le va a dar la comida.
- Precauciones para evitar atragantarse.

##### **Deterioro de la eliminación:**

- Hábitos actuales, si hay que corregirlos, qué hay que hacer.
- Cada cuánto hay que darle líquido o semisólidos.

##### **Deterioro de la movilidad física:**

- Fomentar ejercicios activos o pasivos.
- Dónde va a realizar el ejercicio (en cama, en silla, andando).
- Necesita Ayuda en la deambulación y si es así anotarle cuál.

##### **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea:**

- Vigilancia de zonas enrojecidas.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración de la incontinencia fecal y urinaria en caso de que la hubiere.
- Controlar la movilidad y la actividad del paciente con cambios posturales y prevenir enrojecimientos o úlceras.

##### **Déficit de autocuidados. Uso del baño/higiene**

- Facilitar la autorresponsabilidad si se puede, realizando algunas actividades como comer, pasear.
- Prevención de caídas evitando **¿???**

##### **ANOTACIONES PARA EL CUIDADOR:**

Postura correcta para movilizar al paciente.

Ejercicio físico que puede realizar.

Otras actuaciones que les podamos aconsejar y que sean viables realizarlas.



### **Prevención Secundaria en AP**

Debe implementarse una estrategia individualizada de prevención secundaria en los siete días siguientes al inicio del ictus/AIT

#### **1- Modificación estilos de vida**

En el informe de alta hospitalaria deben constar las medidas adoptadas sobre las modificaciones de los estilos de vida:

- Debe evitarse el consumo de alcohol superior a 2 unidades al día. En pacientes no bebedores se recomienda no promover el consumo de alcohol. En pacientes que han sufrido un ictus hemorrágico debe evitarse cualquier consumo de alcohol.
- Debe promoverse el abandono del hábito tabáquico.
- Se recomienda realizar ejercicio físico de manera regular dentro de sus posibilidades y reducir el peso corporal o la obesidad abdominal hasta los niveles dentro de la normalidad.

#### **2- Control de la TA**

- Se recomienda el tratamiento antihipertensivo en la mayoría de pacientes que han sufrido un ictus/AIT, excepto si padecen hipotensión sintomática.
- Se recomienda reducir la PA, independientemente de las cifras basales, con un diurético tiazídico o IECA, siempre y cuando el paciente lo tolere.
- Una vez estabilizado, se deben disminuir progresivamente las cifras de presión arterial con el objetivo de mantener cifras por debajo de 130/80 mmHg, siendo óptimo por debajo de 120/80 mmHg.

#### **3- Dislipemia**

- Estos pacientes deben mantenerse, preferentemente, con unas cifras de colesterol LDL por debajo de 100 mg/dl.
- Se recomienda el uso de simvastatina 40mg o atorvastatina 80mg en a los pacientes con un ictus isquémico o ataque isquémico transitorio previo de etiología aterotrombótica, independientemente de sus niveles de colesterol LDL basales.

#### **4- Seguimiento de la adherencia terapéutica al tratamiento a largo plazo con anticoagulantes y/o antiagregantes indicados al alta hospitalaria.**



## **Criterios de interconsulta**

### **Remisión a Urgencias**

- En una unidad de Soporte Vital Avanzado
  - o Pacientes con alteración de la conciencia.
  - o Ictus con síntomas en progresión
  - o Paciente que se encuentra inestable o ha presentado inestabilidad.
  - o Pacientes con sospecha de Ictus hemorrágico.
  - o Pacientes con criterios de inclusión en protocolo de tratamiento trombolítico.
- En una unidad de Soporte Vital Básico:
  - o Primer episodio de AIT, para estudio
  - o AITs de repetición que no responden a antiagregantes
  - o Pacientes con Ictus > 12 h. de evolución, estables tanto del punto de vista neurológico como hemodinámico.

### **Remisión rehabilitación**

- Cuando el paciente experimente un deterioro funcional por depresión, fracturas, caídas, espasticidad, dolor o cualquier otra causa, se recomienda derivar de nuevo a rehabilitación con el fin de intentar recuperar el nivel funcional previo además de tratar las posibles causas desencadenantes.

## **Referencias (Fuentes, Bibliografía de referencia)**

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-2.
2. Grupo de trabajo de la Guía de prevención del ictus. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica sobre la prevención primaria y secundaria del ictus. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de práctica clínica: AATRM N.º 2006/15.
3. Plan Director de la Enfermedad Vascular Cerebral del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Ictus: Guía de Práctica Clínica. 2ª edición. Barcelona: Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas, 2007.
4. Guías de actuación clínica en las UMES. Actuación en el ICTUS. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Protocolo consensuado por la UME Soria con Gerencia de AE.



**Organización**

**Responsable del proceso**

- Médicos y profesionales de enfermería de Atención Primaria
- Servicio de Neurología
- Servicio de Rehabilitación
- Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria
- Gerencia de Emergencias Sanitarias

**Adecuaciones organizativas**

Código ICTUS.

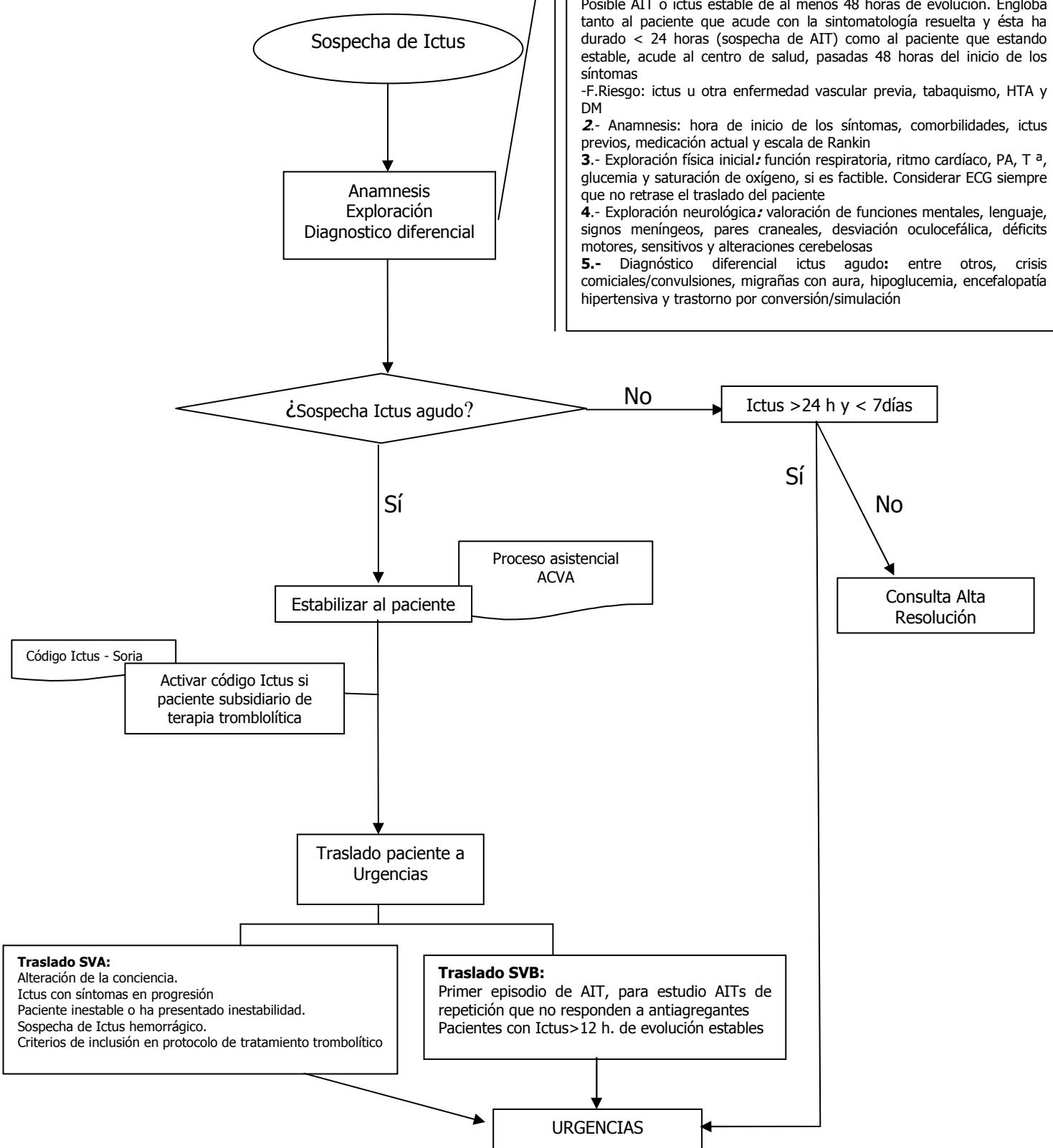
**Procesos de soporte relacionados**

**Anexos:**

**ACTUACIÓN EN EL ICTUS AGUDO** (Adaptación protocolo Gerencia de Emergencias y UME Soria a Atención Primaria).



**Diagramas de flujo: Atención ICTUS AGUDO AP**





<b>Criterios de Calidad e indicadores para la evaluación</b>	
<b>CRITERIO DE CALIDAD:</b>  <b>Control factores de riesgo HTA</b>	<b>Indicador 1.</b> Control de TA en Pacientes Hipertensos <b>Fórmula:</b> % de pacientes hipertensos con cifras de TA controladas/Total de pacientes hipertensos. <b>Fuente de información:</b> Medora <b>Estándar de calidad de referencia:</b> 50% <b>Periodicidad:</b> Anual <b>Responsable:</b>
<b>CRITERIO DE CALIDAD:</b>  <b>Manejo prehospitalario del ictus agudo</b>	<b>Indicador 2.</b> Diagnóstico clínico (sospecha): Porcentaje de pacientes con sospecha diagnóstica de ictus que siguen los criterios clínicos de la guía <b>Fórmula :</b> Pacientes remitidos a URG con sospecha diagnóstica de ictus segun los criterios clínicos de la guía /total pacientes con ICTUS <b>Fuente de información:</b> <b>Estándar de calidad de referencia:</b> 85% <b>Periodicidad:</b> Anual <b>Responsable:</b>
<b>CRITERIO DE CALIDAD:</b>  <b>Manejo prehospitalario del ictus agudo</b>	<b>Indicador 3.</b> Porcentaje de pacientes con sospecha de ictus agudo y con criterios de "código ictus" en los que se activó dicho "código" <b>Fórmula :</b> Pacientes con sospecha de ictus agudo y con criterios de "código ictus" en los que se activó dicho "código"/ Pacientes con sospecha de ictus agudo y con criterios de "código ictus" <b>Fuente de información:</b> <b>Estándar de calidad de referencia:</b> 100% <b>Periodicidad:</b> Anual <b>Responsable:</b>
<b>CRITERIO DE CALIDAD:</b>  <b>Asistencia al ICTUS en el hospital</b>	<b>Indicador 4</b> Porcentaje de pacientes con ictus que se les hace TAC craneal en urgencias (en las primeras 24 horas) <b>Fórmula:</b> Pacientes con ictus y TAC craneal en las primeras 24 h/ pacientes con sospecha de ictus agudo. <b>Fuente de información:</b> Jimena <b>Estándar de calidad de referencia:</b> 100% <b>Periodicidad:</b> Anual <b>Responsable:</b>



<b>CRITERIO DE CALIDAD:</b>  <b>Asistencia al ICTUS en el hospital</b>	<p><b>Indicador 5.</b> Porcentaje de pacientes con FA que están anticoagulados al alta</p> <p><b>Fórmula :</b> Pacientes con FA anticoagulados/Pacientes con FA e Ictus</p> <p><b>Fuente de información:</b> Jimena</p> <p><b>Estándar de calidad de referencia:</b> 90%</p> <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Responsable:</b></p>
<b>CRITERIO DE CALIDAD:</b>  <b>Rehabilitación en paciente con ICTUS</b>	<p><b>Indicador 6.</b></p> <p><b>Fórmula :</b></p> <p><b>Fuente de información:</b></p> <p><b>Estándar de calidad de referencia:</b></p> <p><b>Periodicidad:</b></p> <p><b>Responsable:</b></p>
<b>CRITERIO DE CALIDAD:</b>  <b>Seguimiento (pacientes con ictus en seguimiento en AP)</b>	<p><b>Indicador 7.</b> Porcentaje de pacientes con valoración integral del paciente dado de alta y de sus cuidadores registrada en la Historia clínica</p> <p><b>Fórmula :</b> Pacientes con valoración integral registrada en la Historia clínica/total pacientes dados de alta</p> <p><b>Fuente de información:</b> Medora</p> <p><b>Estándar de calidad de referencia:</b> 90%</p> <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Responsable:</b></p>
<b>CRITERIO DE CALIDAD:</b>  <b>Seguimiento (pacientes con ictus en seguimiento en AP)</b>	<p><b>Indicador 8.</b> Control de TA en Pacientes que han sufrido un ICTUS</p> <p><b>Fórmula :</b> % de pacientes con Ictus con cifras de TA controladas/Total de pacientes con AP de ICTUS</p> <p><b>Fuente de información:</b> Medora</p> <p><b>Estándar de calidad de referencia:</b> 50%</p> <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Responsable:</b></p>

## **GLOSARIO. ACLARACIONES**

### **Fichas de procesos clínicos**

El objetivo de la ficha es presentar los datos más relevantes de cada proceso, evitando las redundancias y resaltando la parte clínica de forma que puedan servir de base a las actuaciones más adecuadas en el trabajo de los centros de salud.

#### **Proceso**

Nombre del proceso y Fecha de última revisión.

#### **Objetivo**

Objetivos clínicos o de salud principales de las actuaciones sobre el proceso.

#### **Población diana**

Población a la que van dirigidas las actuaciones.

#### **Criterio de inclusión**

Criterios diagnósticos u otros que determinan la entrada en el proceso.

Se especificarán los criterios de salida del proceso si procede.

#### **Apartado**

Parte del proceso en que se incluyen las actuaciones propuestas.

#### **Actuaciones**

Formuladas como recomendaciones de actuaciones sobre el proceso. Se ordenarán con lógica clínica de consulta (SOAP).

Se especificará el grado de recomendación y los profesionales que pueden/deben llevarlas a cabo si procede.

#### **Grado de Recomendación (GR)/ Nivel de Evidencia (NE).**

Se indicará el GR, que corresponde a cada criterio de calidad y el nivel de evidencia, así como la fuente que lo sustenta (según la numeración de la relación de referencias del apartado posterior). Si no se conoce, se consignará como “?”

La existencia de diferentes clasificaciones para evaluar y clasificar la evidencia y las diferentes interpretaciones de los grados de evidencia hace que deba indicarse el sistema utilizado para la clasificación.

#### **Criterios de interconsulta**

Especialidades a consultar y motivos de consulta concretos

#### **Referencias/Fuentes**

Relación ordenada de referencias y fuentes que sustentan la evidencia, siguiendo normas de Vancouver u otro sistema de normalización, que deberá apuntarse.

### **Parte organizativa**

#### **Responsable del proceso**

Puesto de la persona responsable del proceso. Si es oportuno se nombrará un responsable en cada nivel de atención.

Se responsabiliza de la gestión del proceso, obteniendo información de este, detectando áreas de mejora y planteando medidas de mejora y actualizaciones de los contenidos de la ficha de proceso.

#### **Adecuaciones organizativas**

Se detallarán cuando sea preciso realizar un tratamiento organizativo especial, o sean precisos cambios en la organización habitual para llevar a cabo las actuaciones.

#### **Procesos de soporte relacionados**

Enumeración de procesos organizativos que afecten al proceso, subprocesos, procedimientos administrativos, diagnósticos y terapéuticos.

### **Evaluación**

#### **Indicador/es**

Nombre del indicador. Es necesario que el nombre del indicador aclare el contenido de éste.

#### **Fórmula/s**

Expresión matemática para el cálculo.

#### **Estándar/es de calidad de referencia**

Se especificará si existe un estándar en la literatura. Si no existe, se puede establecer de forma empírica (media más una desviación...). Constituye el objetivo final a alcanzar.

#### **Fuente de información/medio recogida**

Los indicadores deben tener establecido tanto la fuente de información como el medio de recogida.

#### **Periodicidad**

Tiempo establecido para el cálculo del indicador: mensual, trimestral, anual...

#### **Responsable**

Persona encargada de la evaluación y análisis del/ los indicador/es.

#### **Anexo**

Se añadirán si aclaran el flujo del proceso.