

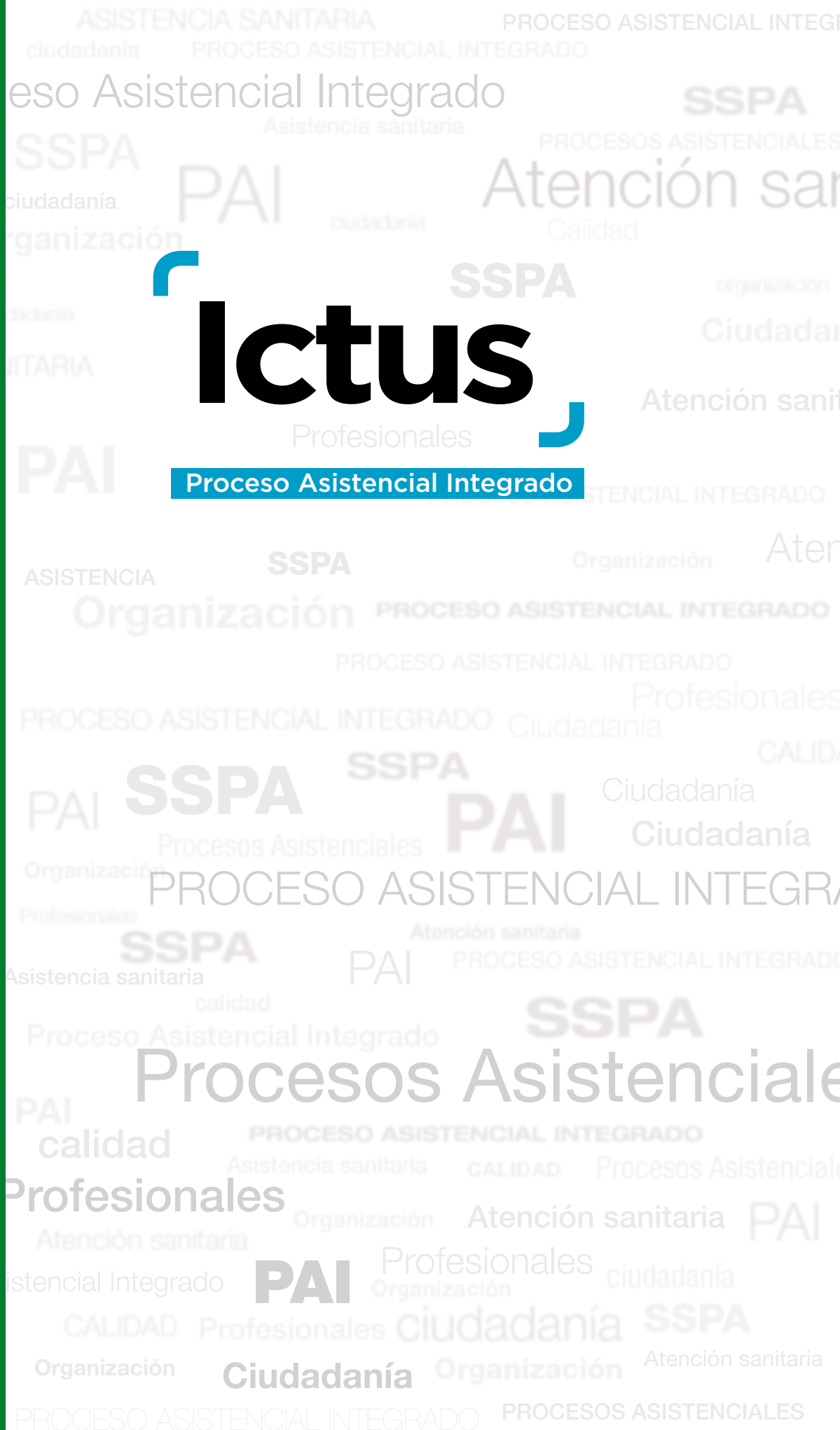
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Ictus

Proceso Asistencial Integrado



JUNTA DE ANDALUCÍA



The logo for 'Ictus' features the word 'Ictus' in a bold, black, sans-serif font. A blue L-shaped graphic element is positioned at the top left of the 'I', and another blue L-shaped graphic element is positioned at the bottom right of the 's'.

Ictus

Proceso Asistencial Integrado

ICTUS [Recurso electrónico] : proceso asistencial integrado / autores, Jiménez Hernández, María Dolores ... [et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015

Texto electrónico (pdf), 71 p.

1. Accidente cerebrovascular 2. Calidad de la atención de salud 3. Guía de práctica clínica

4. Andalucía I. Jiménez Hernández, María Dolores

II. Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y

Políticas Sociales

WL 355



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO ICTUS

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2015

Maquetación: Artefacto

Autores:**Jiménez Hernández, María Dolores**

Médica. Especialista en Neurología. Directora de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Neurociencias. Complejo Hospitalario de Sevilla. Sevilla.

Lama Herrera, Carmen María

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Subdirectora de Promoción de la Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla.

Moniche Álvarez, Francisco

Médico. Especialista en Neurología. UGC de Neurología. Complejo Hospitalario de Sevilla. Sevilla.

Morales Serna, Juan Carlos

Farmacéutico. Área de Gestión Sanitaria Jerez Costa-Sierra. Cádiz.

Ras Luna, Javier

Médico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Asesor Técnico de la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla.

Sanz Amores, Reyes

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla.

Colaboradores:**Jesús Francisco Sierra Sánchez.**

Director de la UGC de Farmacia. AGS Norte de Cádiz.

Ana María Moreno Verdugo

Enfermera. UGC Polígono Sur. Distrito Sanitario Sevilla.

Conflicto de interés:

Todos/as los/as autores/as han realizado una declaración de intereses, que consta en el Servicio de Calidad y Procesos.

Revisión externa:

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA).

Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Sociedades Científicas:

Sociedad Andaluza de Neurología (SAN).

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC).

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. AP Andalucía (SEMERGEN).

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC).

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias-Agrupación Andalucía (SEMES)

Presentación

La Gestión por Procesos es una de las estrategias puestas en marcha, en la sanidad pública andaluza en el año 2000, a partir del I Plan de Calidad.

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) se ha reafirmado, en estos años, como una herramienta de mejora continua y ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud, gracias a la importante implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua de la calidad, teniendo presente las expectativas de las personas.

En estos años también, se ha tratado de ir depurando la descripción del PAI, incorporando en las actividades, las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos que se han ido consolidando en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información, el uso adecuado de los medicamentos, la metodología enfermera basada en NOC (*Nursing Outcomes Classification*), intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o actualizadas, surgen de una priorización, del análisis de como se están realizando las cosas, de la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente, que tendemos a simplificar con el objetivo de que recoja las recomendaciones clave que realmente contribuyan a mejorar los resultados en salud.

Mi agradecimiento a todos los profesionales, porque están contribuyendo a la excelencia mediante una atención sanitaria de calidad.

Josefa Ruiz Fernández
Secretaria General de Calidad,
Innovación y Salud Pública

Recomendaciones Clave / 9

Introducción / 11

Definición / 19

Descripción general / 21

Componentes: Profesionales, actividades, características de calidad / 23

Competencias específicas del equipo profesional / 39

Representación gráfica: Representación Global / 41

Recursos y Unidades de soporte específicos / 43

Indicadores / 45

Anexos / 49

- A1. National Institutes of Health Scale (NIHSS)
- A2. Escala de Rankin Modificada
- A3. Escala Neurológica Canadiense (ENC)
- A4. Escala ABCD2
- A5. Escala EAT-10 (EATING Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia
- A6. Evaluación Riesgo Hemorrágico – HAS-BLED
- A7. Escala de Riesgo Tromboembólico CHADS₂/Chads₂-VASc

Acrónimos / 67

Bibliografía / 69

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave responden a las características de calidad que, según el grupo de trabajo aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación responde al asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida en el subapartado “Aspectos metodológicos” de la introducción.

Recomendación	Grado
<p>Se activará el Código Ictus, ante la sospecha de ictus isquémico, cuando cumpla los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio de los síntomas (tiempo de evolución < 4,5 horas). • Situación basal del paciente mediante escala Rankin ≤ 2. • Síntomas neurológicos agudos. 	AG ²²
<p>Se realizará el traslado de la/el paciente con Prioridad 1 y se recomienda que la recepción en el SCCU-H no sobrepase los 45-60 minutos desde la llamada al centro receptor.</p>	AG ^{22,23}
<p>Se recomienda la aplicación de un protocolo para la evaluación completa de los/as pacientes con sospecha de ictus en un tiempo máximo de 60 minutos (tiempo puerta-aguja) desde su llegada al SCCU-H.</p>	2a ¹
<p>Se realizará TC de cráneo que deberá estar realizado e interpretado en un tiempo máximo de 45 minutos desde su llegada al SCCU-H.</p>	IA ²
<p>Se deberán cumplir los siguientes criterios para la realización de fibrinólisis i.v.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la aplicación de la fibrinólisis i.v. sea $\leq 4,5$ horas. • El tratamiento intravenoso con rt-PA, sólo debe administrarse bajo la autoridad de un médico con experiencia. • Pacientes con edad \geq a 18 años. 	A ² B ² AG ²
<p>Deberá tenerse en cuenta que las siguientes circunstancias aumentan el riesgo de hemorragia postfibrinólisis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad > 80 años. • Tratamiento anticoagulante oral. • NIHSS > 25. • Tiempo transcurrido desde el inicio del evento. • Diabetes. 	AG ²
<p>Se garantizará la estancia de el/la paciente en una Unidad de Ictus para la monitorización durante las primeras 24-48 horas, postictus.</p>	A ²

<p>Siempre que se considere el tratamiento anticoagulante hay que valorar el riesgo hemorrágico mediante el sistema HAS-BLED.</p>	<p>AG²⁸</p>
<p>Se recomienda tratamiento con ácido acetil salicílico (AAS) a dosis inicial de 325 mg, a menos que existan contraindicaciones, dentro de las primeras 24-48 horas tras un ictus isquémico.</p>	<p>A⁷</p>
<p>Se recomienda el tratamiento con anticoagulantes ante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fibrilación auricular no valvular si la puntuación obtenida mediante la escala de riesgo para ictus isquémico CHADS₂ o CHADS₂-VASc es ≥ 2. • Cardiopatía de alto riesgo embólico: prótesis valvular metálica, IAM reciente, trombo mural o miocardiopatía dilatada con FE < 35%. 	<p>AG^{7, 28}</p>
<p>El equipo de AP realizará una evaluación tras el alta hospitalaria, en las primeras 48 horas, que incluirá reevaluación funcional y el abordaje de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.</p>	<p>AG</p>
<p>Se recomienda el control de factores de riesgo y de las complicaciones postictus.</p>	<p>AG</p>

Numerosos grupos científicos, responsables sanitarios y políticos han promovido diferentes proyectos dirigidos a los pacientes que padecen un ictus. En este sentido, ya en 2002 fue publicado el Proceso Ataque Cerebrovascular.

Esta enfermedad se incluía ya entre las priorizadas en el I Plan de Calidad de la Consejería de Salud y constituyó el punto de partida de las iniciativas llevadas a cabo en el entorno del ictus, como el Proyecto PLACA o, más recientemente, el Plan Andaluz de Ictus.

A pesar de los avances logrados en las últimas décadas, el ictus continúa siendo el problema neurológico grave más frecuente del mundo. La incidencia del ictus es de 150-200 casos/100000 habitantes/año y su prevalencia de 8 casos/1000 habitantes. Constituye la primera causa de mortalidad en las mujeres y segunda en los hombres y provoca el 10% de la mortalidad total (8% hombres y 13% mujeres). Es, además, la primera causa de invalidez permanente en el adulto, lo que la convierte en una enfermedad con un elevado coste socio-sanitario. A eso se suma el gran número de pacientes que están expuestos a padecer un nuevo episodio vascular, por lo general más grave que el primero.

Esta enfermedad, conocida desde antiguo, ha cobrado interés especial en los últimos tiempos en relación con diversos acontecimientos.

Hoy existen tratamientos revolucionarios en fase aguda de los pacientes con ictus. Por ello, el objetivo es la identificación inmediata del proceso y la atención urgente de los enfermos con ictus. Los servicios extrahospitalarios, las urgencias y las unidades de ictus convergen para la activación y aplicación del “Código Ictus”. Algunas de las terapias más conocidas en la actualidad como la aplicación de fibrinólisis intravenosa o el neurointervencionismo han demostrado franca utilidad, siempre que se actúe dentro de las indicaciones precisas. En concreto, la fibrinólisis intravenosa se ha convertido hoy en una herramienta fundamental, cuyo uso progresivamente va en aumento, manteniendo buenas condiciones de seguridad.

Por otra parte, los estudios epidemiológicos demuestran que el ictus, tanto isquémico como hemorrágico, se relaciona de forma directa con diversos factores de riesgo entre los que se incluyen hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipemia y algunas car-

diopatías embolígenas como la fibrilación auricular. Aunque el cuidado de los factores de riesgo es ya importante en la población general, queda aún más claro que el control de los mismos es esencial en un paciente que ha sufrido un ictus.

La evolución de conocimientos y evidencias sobre el ictus que ha surgido en los últimos años ha hecho necesaria la elaboración de una nueva versión del Proceso Ictus. Con ello pretendemos actualizar el conocimiento del ictus e incorporar los avances que han modificado de forma sustancial el concepto y el manejo de los pacientes que padecen esta enfermedad.

Agradecemos la participación e implicación de todos los profesionales que, de uno u otro modo han contribuido a la elaboración de este documento.

Aspectos metodológicos

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar las guías de práctica clínica (GPC) relacionadas con el abordaje de los diferentes aspectos del ictus. Para ello, se utilizaron las principales bases de datos referenciales: Medline, Embase, Guíasalud, *Science Citation Index*, *National Guideline Clearinghouse*, *New Zealand Guidelines Group*, *SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)*, *CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health)*, *CMA Infobase Clinical Practice Guidelines*, *Alberta-Toward Optimized Practice*, *British Columbia-Guidelines and Protocol Advisory Committee (GPAC)*, *Guideline Advisory Committee (GAC) (Ontario)*, *Registered Nurses' Association of Ontario-Nursing Best Practice Guidelines*, *Australia-Clinical Practice Guidelines Portaly*, *Singapore-Ministry of Health Singapore Practice Guidelines*, *UKGuidelines and Audit Implementation Network*, *UK-eGuidelines: Handbook summarising UK and European clinical guidelines for primary and shared care*, *US-Preventive Services Task Force (USPSTF)*, *US-Clinical Practice Guidelines at University of California* y *NICE (National Institute for Health and Care Excellence)* hasta junio de 2014.

Se desarrollaron estrategias de búsqueda estructuradas con términos tanto en formato libre como en lenguaje controlado (descriptores MeSH o Emtree, por ejemplo). La búsqueda se realizó de forma sensible para evitar la pérdida de algún documento relevante, sin limitaciones por idioma, limitándose por tipo de estudio a guías de práctica clínica y limitando que la fecha de publicación fuese 2009 o posterior. Se realizaron, además, búsquedas de referencias cruzadas de las guías incluidas.

Se incluyeron aquellas guías de práctica clínica que estuvieran relacionadas con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del ictus. Se excluyeron los documentos que no fueran guías de práctica clínica.

Una vez obtenida la lista de referencias, se realizó la selección de las guías de práctica clínica que serían utilizadas. Se llevó a cabo una revisión de títulos y resúmenes de todas las referencias y se obtuvieron las guías completas de las referencias que cumplían los

criterios de inclusión o de aquellas que carecían de datos suficientes en el título y en el resumen para tomar una decisión clara sobre su inclusión.

Posteriormente, las guías incluidas fueron evaluadas para establecer su calidad y se extrajeron los resultados. Para evaluar la calidad de los trabajos incluidos se utilizó la herramienta AGREE II, una herramienta diseñada principalmente para evaluar la calidad metodológica de guías de práctica clínica, disponible en el siguiente enlace <http://www.agreecollaboration.org/instrument/>. Esta herramienta consta de 23 ítems claves organizados en seis áreas y en los que se mide mediante una escala de 7 puntos el grado de cumplimiento de cada ítem.

Las guías de práctica clínica seleccionadas fueron utilizadas como fuente de evidencia que sustentara las recomendaciones recogidas en el PAI de ictus que previamente fueron identificadas como áreas de incertidumbre en este documento de revisión.

Las áreas de incertidumbre del PAI se identificaron y clasificaron conforme a los siguientes criterios:

- Recomendaciones no farmacológicas.
- Recomendaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica ambulatoria.
- Recomendaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica hospitalaria.

• Resultados

Como resultado de la búsqueda descrita, fueron obtenidas 575 referencias relacionadas con el abordaje de los diferentes aspectos del ictus. De todas ellas, en base al título, las palabras clave y el resumen se excluyeron 558, porque no se adecuaban a la población ni al diseño de documento requerido. Se seleccionaron 17 GPC potencialmente relevantes para su lectura a texto completo. Finalmente, para la elaboración de este documento se incluyeron GPC elaboradas por distintas instituciones con el fin de incorporar la evidencia disponible y dar respuestas a las áreas de incertidumbres identificadas en el PAI ictus.

Para la elaboración de las recomendaciones, se ha utilizado el sistema de gradación específica de cada guía de práctica clínica seleccionada.

Las siglas **AG** (acuerdo de grupo) corresponde a las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del PAI, en ausencia de recomendaciones graduadas en dichas guías.

GUÍA PARA EL TRATAMIENTO DEL INFARTO CEREBRAL AGUDO. NEUROLOGÍA. 2014¹ ADAPTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DEL CENTRE FOR EVIDENCE BASED MEDECINE. (CEBM)

► **Tabla 1: Niveles de evidencia y grados de recomendación**

Niveles de evidencia	Tipo de estudio en que se basa la clasificación	Recomendación de grado		
1 a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados (con homogeneidad).	A	B (extrapolación estudios nivel 1)	D (estudios no concluyentes)
1 b	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho.	A	B (extrapolación estudios nivel 1)	D (estudios no concluyentes)
2 a	Revisión sistemática de estudios de cohortes (con homogeneidad).	B	C (extrapolación)	D (estudios no concluyentes)
2 b	Estudio de cohorte individual (incluyendo ensayo clínico aleatorizado de baja calidad, por ejemplo seguimiento inferior al 80%).	B	C (extrapolación)	D (estudios no concluyentes)
3 a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles (con homogeneidad).	B	C (extrapolación)	D (estudios no concluyentes)
3 b	Estudio de casos y controles.	B	C (extrapolación)	D (estudios no concluyentes)
4	Serie de casos o estudios de cohorte o caso-control de baja calidad.		C	D (estudios no concluyentes)
5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita o basada en la fisiología o fisiopatología.			D

Fuente: Adaptación de *Centre for Evidence Based Medicine (CEBM)*².

Recomendación de grado A: avalado por estudios de nivel 1.

Recomendación de grado B: avalado por estudios de nivel 2-3 (o extrapolación de estudios de nivel 1).

Recomendación de grado C: avalado por estudios de nivel 4 (o extrapolación de estudios de nivel 2-3).

Recomendación de grado D: avalado por estudios de nivel 5 o estudios no concluyentes de cualquier nivel.

CANADIAN BEST PRACTICE RECOMMENDATIONS FOR STROKER CARE. SUMMARY OF STROKER BEST PRACTICE RECOMMENDATIONS 2012-2013 UPDATE. HEART AND STROKE FOUNDATION 2013²

A: Recomendación fuerte. Evidencia procedente de ensayos controlados aleatorios o metaanálisis de ensayos controlados aleatorios. Efectos deseables superan claramente los efectos indeseables, o viceversa.

B: Ensayo aleatorio simple o estudio observacional bien diseñado, con una fuerte evidencia controlada; o de cohortes o de casos y controles estudio analítico bien diseñado; o múltiples series de tiempo o los resultados dramáticos de experimento incontrolado. Efectos deseables estrechamente equilibrados con los efectos indeseables.

C: Por lo menos un estudio descriptivo no experimental bien diseñado (por ejemplo, estudios comparativos, estudios de correlación, estudios de casos) o informes de comités de expertos, opiniones y / o experiencia profesionales de reconocido prestigio, entre ellos el consenso de desarrollo y / o grupos de revisores.

STROKE MANAGEMENT: UPDETED RECOMMENDATIONS FOR TREATMENT ALONG THE CARE CONTINUUM. INTERNAL MEDICINE JOURNAL³ (UTILIZA GRADACIÓN DE LA NEW ZEALAND STROKE FOUNDATIONS).

NEW ZEALAND STROKE FOUNDATIONS AND NEW ZEALAND GUIDELINES GROUP. CLINICAL GUIDELINES FOR STROKE 2010⁴.

Grados de recomendación

A	El cuerpo de la evidencia es de confianza para la guía.
B	El cuerpo de la evidencia es de confianza para la guía en la mayoría de las ocasiones.
C	El cuerpo de la evidencia proporciona cierto apoyo a la recomendación pero se debe tener cuidado en su aplicación.
D	El cuerpo de la evidencia es débil, y la recomendación se debe aplicar con precaución.
Buena práctica (✓)	Recomendación basada en la experiencia clínica y opinión de expertos.

Grados de recomendación

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Buena práctica clínica

√	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.
---	---

La fuerza de la recomendación: Nivel de confianza en que si se sigue la recomendación, se hará más beneficio que daño **(GRADE)**⁶.

FUERTE A FAVOR* (se recomienda)	La mayoría de los pacientes se beneficiarán; > 90% lo elegirían si fueran informados. Poca variabilidad esperada en la práctica clínica.
DÉBIL A FAVOR* (Se sugiere)	Incierto que sea lo más adecuado para todos; > 10% elegirían una alternativa. Es necesaria ayuda para tomar la decisión. Probable variabilidad en la práctica clínica.

* Una recomendación fuerte o débil en contra de una intervención se interpreta en sentido inverso.

American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2013.⁷

Niveles de evidencia

COMPONENTE	A EXCELENTE	B BUENA	C SATISFACTORIA	D POBRE
Volumen de evidencia	Varios estudios de nivel I o II con bajo riesgo de sesgo.	Uno o dos estudios de nivel II con bajo riesgo de sesgo o un SR múltiple nivel III con bajo riesgo de sesgo.	Estudios nivel III con bajo riesgo de sesgo, o nivel I o II con riesgo moderado de sesgo.	Estudios nivel IV estudios o nivel I a III con alto riesgo de sesgo.
Consistencia	Todos son estudios consistentes.	La mayoría de estudios consistentes e inconsistencia pueden explicarse.	Cierta incoherencia que reflejan la verdadera incertidumbre alrededor de la pregunta clínica.	Evidencia inconsistente.
Impacto clínico	Muy grande.	Substancial.	Moderada.	Leve o restringido.
Generalizable	Las poblaciones estudiadas en el cuerpo de la evidencia son las mismas que la población objetivo de las directrices.	Las poblaciones estudiadas en el cuerpo de la evidencia son similares a la población objetivo de las directrices.	Poblaciones estudiaron en el cuerpo de evidencia diferente a la población objetivo de las directrices pero es clínicamente sensible a estas pruebas se aplican a la población objetivo.	Las poblaciones estudiaron en el cuerpo de evidencia diferente a la población objetivo y difícil de juzgar si es prudente generalizar a la población objetivo.
Aplicabilidad	Directamente aplicable.	Aplicable con pocas advertencias.	Probablemente aplicable con ciertas salvedades.	No es aplicable.

Grados de recomendación

A	La evidencia puede ser confiable para orientar la práctica.
B	La evidencia puede ser confiable para orientar la práctica en la mayoría de las situaciones.
C	La evidencia apoya algunas recomendaciones, pero debe tenerse cuidado en su aplicación.
D	La evidencia es débil y la recomendación debe ser aplicada con cautela.
Puntos de buena práctica (GPP)	Recomendaciones basadas en el consenso.

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 SNS⁸ (Utiliza para la gradación de recomendaciones el sistema SIGN).

Definición funcional:

Conjunto de actuaciones multidisciplinares dirigidas a la identificación, diagnóstico y abordaje terapéutico, ante la sospecha de Ictus, y orientadas a la recuperación integral de la persona y a la prevención de nuevos episodios.

Límite de entrada:

Persona con síndrome neurológico, de inicio brusco y de posible origen vascular cerebral, que contacta con el SSPA en el momento del inicio de los síntomas.

Límite final:

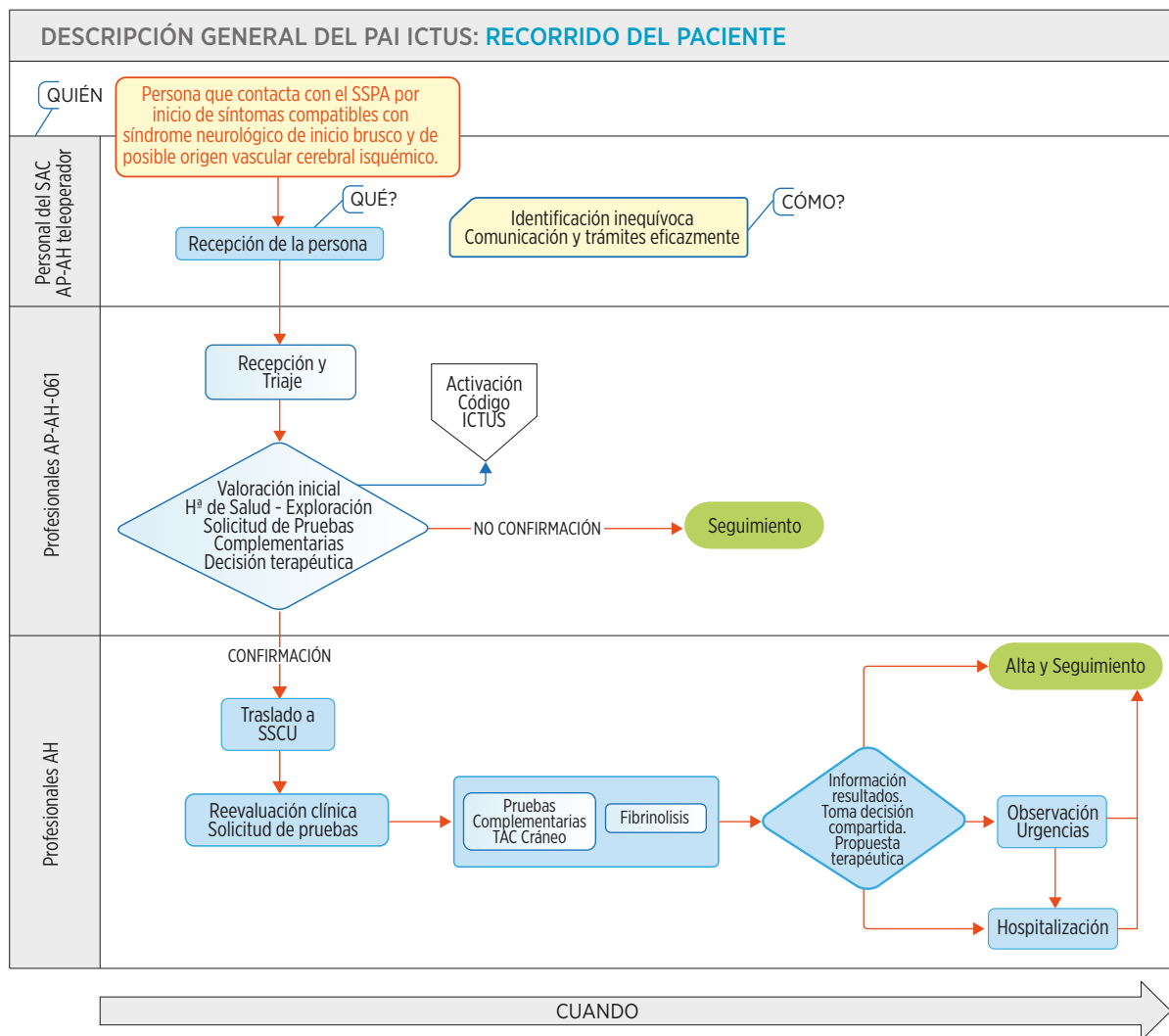
La recuperación máxima esperada, para cada paciente, de la autonomía funcional y social.

Límites marginales:

- Ictus hemorrágico.
- Ictus en la infancia.
- Hemorragia subaracnoidea.
- Abordaje de las complicaciones y/o secuelas a largo plazo.
- Procedimiento de la neuroradiología intervencionista.
- Abordaje de la multimorbilidad y/o pluripatología.

Descripción general

La descripción general del PAI ICTUS se ha realizado siguiendo el recorrido del paciente representado gráficamente: los profesionales que lo desarrollan (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), la actividad que se realiza (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO) y la secuencia lógica de la realización (CUÁNDO) reflejándose en la Hoja de Ruta del Paciente.







Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO-CUÁNDO.

Para las distintas fases que se derivan del recorrido de el/la paciente, se han identificado los profesionales que intervienen, las actividades que deben realizarse, y las principales características de calidad que han de tener estas actividades.

Se trata, de incorporar solo aquellas características que aportan valor, que son “**puntos críticos de buena práctica**”, considerando e integrando los **elementos y dimensiones** oportunas de la calidad:

- **La efectividad clínica:** Las recomendaciones basadas en guías de práctica clínica se acompañan del nivel de evidencia y/o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del PAI se identifican mediante las siglas **AG** (acuerdo de grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.
- **La seguridad del paciente:**
 - Se identifica con el triángulo  correspondiente a las buenas prácticas de la OMS⁹ y/o la ESP¹⁰.
 - Se identifica, además con , la buena práctica relacionada con la higiene de manos.
- **La información** ^(11,12):
 - Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo, que debe recibir el/la paciente, familia y/o representante legal.
 - Se identificarán con ¹³ las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía, Mapa de Competencias y Buenas Prácticas Profesionales en Bioética¹⁴ y otros documentos de la estrategia de Bioética:
 - > Uso de formulario de Consentimiento Informado (CI) escrito del Catálogo de formularios del SSPA¹⁵.
 - > Proceso de planificación anticipada de decisiones¹⁶.
 - > Consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas¹⁷.
- **El uso adecuado de medicamentos (UAM/URM):** se identifican con los mismos criterios que los especificados en la efectividad clínica.

No siempre las guías de práctica clínica que se utilizan como base en la elaboración de los PAI incluyen un análisis de evaluación económica que compare distintas opcio-



nes (coste-efectividad, coste-beneficio o coste-utilidad). Por este motivo, es importante tener en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el SSPA, tales como Informes de Posicionamiento Terapéutico, Informes de Evaluación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Guía Farmacoterapéutica del SSPA y protocolos locales.



- **Los cuidados de enfermería**, se describen mediante la identificación, principalmente, de los resultados a conseguir según (*Nursing Outcomes Classification -NOC-*)¹⁸ y principales intervenciones (*Nursing Interventions Classification -NIC-*)¹⁹.

Servicio de Atención a la Ciudadanía (SAC) de AP-AH-061-Salud Responde

Actividades	Características de calidad
1º RECEPCIÓN Y/O CONTACTO CON EL/LA PACIENTE	1.1 Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona (tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA). En el ámbito hospitalario o de urgencias, se realizará mediante pulsera identificativa con al menos dos códigos diferentes (Δ).

Médico y Enfermera de AP-061-Teleoperador

Actividades	Características de calidad
2º VALORACIÓN INICIAL	<p>2.1 En caso de que el/la paciente se halle en situación de incapacidad de hecho, en la que no puedan expresar personalmente su voluntad y le impida tomar decisiones por sí mismo/a, se consultará el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas (RVVA) y se actuará de acuerdo con lo previsto, respetando los valores e instrucciones sanitarias contenidas en la declaración de voluntad vital anticipada (VVA).  16, 17.</p> <p>2.2 Si la demanda se atiende desde:</p> <p>LLAMADA AL 061</p> <p>Ante una demanda en la que se detecta déficit neurológico se aplicará la guía específica de triaje telefónico para pacientes con sospecha de ictus.</p> <p>ATENCIÓN PRIMARIA: EBAP, DCCU-AP, 061</p> <p>Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes .</p> <p>Se realizará una evaluación orientada a (AG) 1.2.7.8 :</p> <p>1. Aspectos del episodio agudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo desde el inicio de los síntomas. • Pérdida de fuerza en la cara, miembros superiores o inferiores, especialmente si es en un solo lado del cuerpo.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Confusión. • Problemas en el habla. • No comprende lo que se le dice. • Pérdida de visión en uno o ambos ojos. • Dificultad para caminar. • Mareos. • Pérdida de equilibrio o coordinación. • Cefalea intensa, de inicio brusco. • Disfagia. • Trastornos de la sensibilidad, parestesias en la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo y de inicio brusco. <p>2. Antecedentes recientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infarto agudo de miocardio (IAM). • Traumatismo. • Cirugía. • Sangrado. <p>3. Existencia de comorbilidad, pluripatología o situación terminal.</p> <p>4. Presencia de demencia o deterioro cognitivo.</p> <p>5. Factores de riesgo vascular y/o ictus previo.</p> <p>6. Medicación actual con anticoagulantes/antiagregantes y otra medicación para conciliación terapéutica .</p> <p>Se evaluará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial (PA). • Frecuencia y ritmo cardiaco. • Saturación de O₂. • Temperatura. • Exploración neurológica aplicando la escala NIHSS ^{(AG)20} (Anexo 1). • Auscultación carotídea. • Glucemia en sangre capilar. • Electrocardiograma (ECG). • Medición de la autonomía funcional de el/la paciente, anterior al ictus, mediante la escala de Rankin modificada ^{(AG)21} (Anexo 2). <p>Se aplicarán las siguientes medidas terapéuticas generales ^{(AG)7}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la permeabilidad de la vía aérea. • Canalización y permeabilidad de la vía venosa en el brazo no parético. • No se usarán soluciones glucosadas intravenosas. 

Actividades


Características de calidad

- Posición de el/la paciente en decúbito, incorporado de 15° a 30°.
- Evaluar presencia de disfagia para prevenir aspiraciones.
- Se recomienda evitar la hipertermia superior a 37,5° C. Se utilizará paracetamol para reducir la temperatura. *(Nivel de evidencia 1b. Grado A)*¹
- Administrar O₂ en pacientes con hipoxia si saturación de O₂ < 94% e intubación y soporte ventilatorio, en los pacientes con compromiso de la vía aérea *(Clase I. Nivel de evidencia B)*⁷.
- Se recomienda evitar hiperglucemias > de 155 mg/dL *(Clase I. Nivel de evidencia B)*⁷.
- No se actuará, de manera rutinaria, sobre las cifras de PA en las primeras 24 horas tras un ictus, salvo *(AG)*^{1, 7}:
 - En los casos que las cifras superen la PA sistólica > 185 mmHg o la diastólica > 110 mmHg. *(Clase I. Nivel de evidencia B)*⁷
 - Ante disección aórtica, fallo renal agudo edema pulmonar agudo e IAM, nefropatía hipertensiva, fallo cardíaco hipertensivo.
 - Se recomienda tratar, utilizando la vía oral si es posible, y utilizando fármacos con poco efecto sobre el flujo sanguíneo cerebral regional (Bloqueantes de los receptores de la angiotensina, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina o betabloqueantes).
 - Se evitarán fármacos que produzcan descensos bruscos de la PA (antagonistas del calcio o diazóxido).
 - Si se precisa la vía intravenosa se utilizarán fármacos de acción previsible y fácilmente reversible como labetalol o nitroprusiato para evitar caídas bruscas y superiores al 20%.



Se activará el Código Ictus. Los criterios de activación son *(AG)*⁸:

- Inicio de los síntomas (tiempo de evolución < 4,5 horas).
- Situación basal de el/la paciente mediante escala Rankin ≤ 2 *(AG)*²¹.
- Focalidad neurológica:
 - Entumecimiento, debilidad o parálisis repentina en la cara, brazo o pierna de un hemicuerpo.
 - Dificultad para hablar o entender.
 - Pérdida de visión brusca de uno o ambos ojos.
 - Cefalea intensa, repentina y sin causa aparente asociada a náuseas y vómitos (no achacables a otras causas).
 - Dificultad para caminar, pérdida de equilibrio o coordinación.

2.3 Se realizará el traslado de el/la paciente con Prioridad 1 (▲) ante la presencia de criterios de activación del Código Ictus y/o sospecha de infarto cerebral isquémico *(AG)*^{22,23}. Se recomienda que la recepción en el SCCU-H no sobrepase los 45-60 minutos desde la llamada al centro receptor *(AG)*.

Actividades	Características de calidad
	<p>2.4  Se informará a el/la paciente y/o a la persona que proceda, de las actuaciones sanitarias a realizar, tanto de diagnóstico como de tratamiento y de las alternativas posibles, dejando constancia en la Historia de Salud.</p>

Médico y Enfermera del SCCU-H

Actividades	Características de calidad
<p>3º ATENCIÓN EN EL SCCU-H</p>	<p>3.1 Se recomienda la aplicación de un protocolo para la evaluación completa de los/as pacientes con sospecha de ictus en un tiempo máximo de 60 minutos (tiempo puerta-aguja) desde su llegada al SCCU-H <i>(Clase I. Nivel de evidencia B)2</i>.</p> <p>3.2 En caso de que el/la paciente se halle en situación de incapacidad de hecho, en la que no pueda expresar personalmente su voluntad y le impida tomar decisiones por si mismo/a, se podrá consultar su historia de salud para ver si tiene registrado un proceso de planificación anticipada de decisiones y/o una declaración de VVA. En caso afirmativo se consultará el RVVA y se actuará respetando los valores e instrucciones sanitarias contenidas en la declaración de voluntad vital anticipada (VVA)  <i>(AG)16,17</i>.</p> <p>3.3 Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes .</p> <p>3.4 Se aplicarán las siguientes medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canalización y permeabilidad de la vía venosa en el brazo no parético <i>(AG)7</i>. • No se usarán soluciones glucosadas intravenosas <i>(AG)7</i>. • Posición de el/la paciente en decúbito, incorporado 15º a 30º <i>(AG)7</i>. • Asegurar la permeabilidad de la vía aérea <i>(Clase I. Nivel de evidencia C)7</i>. • Toma y valoración de constantes vitales: presión arterial (en caso de estar alterada se evaluará cada 15 minutos a partir de entonces hasta su estabilización <i>(Nivel de evidencia C)2</i>, frecuencia y ritmo cardiaco, temperatura, saturación de oxígeno, hidratación, capacidad de deglutir y la presencia de episodios convulsivos <i>(Nivel de evidencia B)2</i>. • Estudio de coagulación <i>(Nivel de evidencia C)2</i>. • Determinación de la glucemia en sangre capilar. Se recomienda evitar hiperglucemias > 155 mg/dL (rango de 140-180 mg/dL) <i>(Clase IIa. Nivel de evidencia C)7</i>. <p>3.5 Se activará el Código Ictus, si cumple criterios de activación y no se ha realizado previamente <i>(AG) 8</i>.</p>




Actividades	Características de calidad
	<p>3.6 Se solicitará TC de cráneo sin contraste, que deberá estar realizada e interpretada en un tiempo máximo de 45 minutos desde su llegada al SCCU-H <i>(Clase I. Nivel de evidencia C)2</i>.</p> <p>3.7 En esta fase los cuidados irán orientados a ^{18,19}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 0802 Mantenimiento de signos vitales dentro del rango esperado. • NOC 1608 Control de síntomas. • NOC 0909 Estado neurológico. • NIC 6680 Monitorización de los signos vitales. • NIC 2120 Manejo de la hiperglucemia. • NIC 2620 Monitorización neurológica. • NIC 2380 Manejo de la medicación.

Médico y Enfermera de AH


Actividades	Características de calidad
<p>4º ATENCIÓN EN OBSERVACIÓN DE URGENCIAS</p>	<p>4.1 Se realizará <i>(AG)1</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de las medidas de neuroprotección. • Evaluación del paciente mediante Escala Canadiense <i>(AG)24</i> (Anexo 3) y Escala NIHSS <i>(AG)20</i> (Anexo 1). <p>4.2 Se deberán cumplir los siguientes criterios para la realización de fibrinólisis i.v.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la aplicación de la fibrinólisis i.v. sea \leq 4,5 horas <i>(Grado de recomendación A)2</i>. • El tratamiento intravenoso con rt-PA, sólo debe administrarse bajo la autoridad de un médico con experiencia <i>(Grado de recomendación B)2</i>. • Pacientes con edad \geq a 18 años <i>(AG)7</i>. <p>4.3 No se realizará fibrinólisis ante <i>(AG)7</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una puntuación de la escala NIHSS \geq 25 <i>(AG)20</i> (Anexo 1). • Antecedentes personales de: <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia intracraneal, ictus isquémico, lesión del Sistema Nervioso Central (SNC) o traumatismo craneoencefálico (TCE) en los tres meses previos. - Punción arterial, en zona no comprimible, en los últimos 7 días. - Uso de heparina o anticoagulantes orales, con TPTA alargado o INR > de 1,7. - PA refractaria a tratamiento, con valores > de 185/110 mmHg. • Pruebas de laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Glucemia < 50 mg/dL ó > 400 mg/dL. - TPTA elevado.


Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - INR > 1,7. - Recuento de plaquetas inferior a 100.000/mm³. • Signos radiológicos de: <ul style="list-style-type: none"> - Evidencia de hemorragia intracraneal. - Signos de infarto agudo hemisférico que afecta a más de una tercera parte del territorio de la arteria cerebral media. <p>4.4 La presencia de algunas circunstancias son criterios relativos a valorar de manera individualizada para la realización de fibrinólisis: ^{(AG)7}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoría rápida pero con síntomas presentes. • Cirugía o traumatismo grave en los últimos 14 días. • Hemorragia gastrointestinal o urinaria en los últimos 21 días. • IAM en los últimos 3 meses. <p>4.5 Deberá tenerse en cuenta que las siguientes circunstancias aumentan el riesgo de hemorragia postfibrinólisis ^{(AG)7,19}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad > 80 años. • Tratamiento anticoagulante oral. • NIHSS > 25. • Tiempo transcurrido desde el inicio del evento. • Diabetes. <p>4.6 Se valorará la realización de neuroradiología intervencionista ante ^(AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oclusión arterial persistente tras tratamiento con fibrinólisis i.v. • La existencia de contraindicaciones para la fibrinólisis i.v. • Detección de penumbra isquémica superado el periodo de realización de la fibrinólisis i.v. <p>4.7 Si no cumple criterios de fibrinólisis o neuroradiología intervencionista, se procederá a hospitalización si el/la paciente tiene un ictus establecido o un AIT de < de 72 horas de evolución, con alto riesgo de recurrencia, según resultado de la escala ABCD2 ^{(AG)8} (Anexo 4).</p> <p>4.8 (i) Se informará a la persona de los procedimientos a realizar y la decisión adoptada y se entregará formulario de Consentimiento Informado¹⁵ para los procedimientos que lo requieran, dejando constancia en la Historia de Salud.</p>

Actividades	Características de calidad
<p>5º FIBRINOLISIS</p>	<p>5.1 Se aplicarán medidas para verificar la identidad inequívoca de la persona .</p> <p>5.2 Se tendrá en cuenta en cada fase las siguientes recomendaciones:</p> <p>Prefibrinolisis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se deberá monitorizar la PA cada 15 minutos <i>(Nivel de evidencia C)2</i>. • La PA debe ser \leq 185/110 mmHg antes de iniciar la infusión de rt-PA <i>(Clase I. Nivel de evidencia B)7</i>. • En caso de cifras de PA mayores de 185/110 mmHg mantenidas en dos determinaciones tomadas cada 5-10 minutos, administrar uno o dos bolos de 10-20 mg de labetalol i.v.. Si no descienden las cifras de PA no se realizará fibrinolisis <i>(AG)1</i>. • El tiempo máximo recomendado para la aplicación del tratamiento es de menos de 60 minutos desde su llegada al hospital (tiempo puerta-aguja) <i>(Clase I. Nivel de evidencia A)7</i>. <p>Durante la fibrinolisis <i>(AG)1,2,7</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reposo en cama, elevada de 15º a 30º. • Oxigenoterapia en gafas nasales a 2 l/min, si la saturación de O2 por pulsioximetría es < 94% o es un paciente roncador/SAOS. • Monitorización del ECG. • Se administrará rt-PA en dosis de 0,9 mg/kg hasta un máximo de 90 mg <i>(Clase I. Nivel de evidencia B)7</i>. El 10% en bolo intravenoso durante un minuto, tras 3-5 minutos infundir el resto. Se purgará la vía con 20 a 50 ml de suero salino para asegurar que el fármaco se administra al completo. • Se evitará la colocación de sonda nasogástrica, vesical y catéteres si no son imprescindibles. • Ante la aparición de deterioro neurológico, cefalea, náuseas o vómitos, suspender la infusión de rt-PA y comprobar la presencia de hemorragia intracraneal. • Se realizará control de la PA cada 15 minutos y se administrará tratamiento antihipertensivo si PA > de 180/105 mmHg. <p>Postfibrinolisis</p> <p>Durante las primeras 24 horas se realizará <i>(AG)7</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de la PA cada 15 minutos las dos primeras horas, cada 30 minutos las 6 siguientes y cada hora hasta las 24 horas, si la PA sistólica es superior a 180 mmHg y/o la PA diastólica es superior a 105 mmHg se administrará tratamiento antihipertensivo, con control de PA cada 15 minutos y vigilando la aparición de hipotensión: <ul style="list-style-type: none"> - Administrar bolo de labetalol 10-20 mg i.v. en 1-2 minutos pudiéndose repetir la dosis en ausencia de control de la PA.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Alternativamente, tras el primer bolo de labetalol, puede iniciarse infusión de 2-8 mg/min hasta que la PA esté controlada. - Si no hay respuesta, administrar nitroprusiato sódico 0,5-10 µ/min. • Control de la temperatura cada 4 horas. • Glucemia capilar cada 8 horas. • Se realizará TC o RM 24 horas después de la administración de rt-PA antes de comenzar tratamiento anticoagulante o antiplaquetario. • No administrar antiagregantes, heparina o anticoagulantes en las primeras 24 horas. • Iniciar tratamiento a partir de las 24 horas con antiagregantes y medidas de profilaxis de trombosis venosa profunda (TVP). • No colocar sonda nasogástrica ni urinaria en las primeras 12 horas, salvo que sea absolutamente necesario, sobre todo durante la infusión y en los primeros 30 minutos, después de la misma. <p>5.3 En esta fase los cuidados irán orientados a ^{18,19}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 0802 Mantenimiento de signos vitales dentro del rango esperado. • NOC 1608 Control de síntomas. • NOC 0909 Estado neurológico. • NIC 6680 Monitorización de los signos vitales. • NIC 2120 Manejo de la hiperglucemia. • NIC 2620 Monitorización neurológica. • NIC 2380 Manejo de la medicación. <p>5.4 Se realizará informe de las actividades realizadas y se trasladará el/la paciente a planta de hospitalización garantizando la intimidad, el confort y la seguridad (△).</p>

Médico, Enfermera y Equipo de Rehabilitación

Actividades	Características de calidad
<p>6º HOSPITALIZACIÓN</p>	<p>6.1 Se garantizará la estancia de el/la paciente en una Unidad de Ictus que garantice la monitorización durante las primeras 24-48 horas ^{(Clase I. Nivel de evidencia A)7}.</p> <p>6.2 Se aplicarán medidas para verificar la identidad inequívoca de la persona (△).</p> <p>6.3 Se evaluará la evolución de el/la paciente mediante ^(AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala Canadiense ^{(AG)24} (Anexo 3) al ingreso, con nuevas valoraciones al menos cada 8 horas durante las primeras 48 horas o hasta que exista una situación neurológica estable. • Escala de NIHHS ^{(AG)20} (Anexo 1) cada 24 horas o en caso de empeoramiento neurológico. <p style="text-align: right;"></p>

Otras valoraciones a realizar son ^(AG) :

- Nivel de autonomía funcional: Escala de Rankin Modificada ^{(AG)21} (Anexo 2).
- Riesgo de úlceras por presión: Cuestionario de Norton ^{(AG)25}.
- Riesgo de caídas: Escala de riesgo de caídas de DOWTON ^{(AG)25}.
- Existencia de Disfagia: Escala EAT-10 ^{(AG)26} (Anexo 5).
- Se evaluará y determinará el riesgo de desnutrición aplicando la escala NRS ²⁷. En caso necesario se establecerá la necesidad de alimentación enteral durante los primeros días ^{(AG)27}.

6.4 Se establecerá un plan terapéutico individualizado que deberá contemplar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, con el objetivo de prevenir nuevos eventos ^(AG).

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS:

Siempre que se considere el tratamiento anticoagulante hay que valorar el riesgo hemorrágico mediante el sistema HAS-BLED ^{(AG)28} (Anexo 6).

En pacientes que reciban fibrinólisis i.v., el uso de cualquier antitrombótico se retrasará 24 horas ^{(Clase III. Nivel de evidencia A)7}.

• Antiagregantes plaquetarios:

- Se recomienda tratamiento con ácido acetil salicílico (AAS) a dosis inicial de 325 mg, a menos que existan contraindicaciones, dentro de las primeras 24-48 horas tras un ictus isquémico ^{(Clase I. Nivel de evidencia A)7}.
- En pacientes con intolerancia demostrada a AAS o con efectos indeseables relacionados con la propia actividad antiagregante, podrá utilizarse clopidogrel ^{(Clase III. Nivel de evidencia C)7}.

• Anticoagulación:

- No debe instaurarse sistemáticamente tratamiento anticoagulante en pacientes con un ictus isquémico ya que no hay evidencia de beneficios adicionales sobre el tratamiento antiagregante ^{(Clase I. Nivel de evidencia A)7}.
- La decisión de iniciar terapia anticoagulante puede retrasarse hasta dos semanas, pero debe iniciarse antes del alta hospitalaria ^{(Nivel de evidencia 2++. Grado de recomendación C)5}.
- Está indicada en:

• Pacientes con Fibrilación auricular no valvular:

Se utilizará para la valoración del riesgo tromboémbolico la clasificación CHADS₂ ²⁸ (Anexo 7).

Si el resultado de la valoración del riesgo tromboémbolico es:

- > CHADS₂=0-1: Se establecerá la necesidad de tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes valorándose individualmente según las características y preferencias de paciente ^{(AG) 2,28}.

- > CHADS₂ ≥ 2 se recomienda tratamiento anticoagulante siempre que no existan contraindicaciones (AG) 7, 28.
- > En pacientes con CHADS₂ < 2, existe mayor incertidumbre en cuanto a la opción terapéutica más adecuada. Para realizar la evaluación del riesgo tromboembólico, se propone la clasificación CHA₂DS₂-VASc, (AG) 28, 29, 30 (Anexo 7).

- El tratamiento recomendado con antiagregantes plaquetarios es el AAS (ácido acetil salicílico), siempre que no existan contraindicaciones (Nivel de evidencia A) 2
- El tratamiento anticoagulante de elección será un antagonista de la de la vitamina K (AVK) en dosis ajustada para conseguir un valor de INR entre 2.0-3.0 (AG) 7, 28, 29. En caso de la utilización de anticoagulantes con acción directa, se seguirán las recomendaciones recogidas en el visado “Indicaciones y criterios de uso de nuevos anticoagulantes orales” del Servicio Andaluz de Salud (AG) 31, considerando las evidencias científicas disponibles en la actualidad 32.

- **Pacientes con fibrilación auricular y cardiopatía de alto riesgo embólico (prótesis valvular metálica, Infarto agudo de miocardio reciente y trombo mural, miocardiopatía dilatada con FE < 35).**

Anticoagulación con AVK en dosis ajustada para mantener un INR dentro del rango correspondiente y siempre dependiendo de la valoración del riesgo tromboembólico (AG) 28, 29.

- **Se iniciará tratamiento farmacológico para la prevención secundaria de los factores de riesgo presentes:**

- En la PA el objetivo será conseguir cifras de PA inferiores a 140/90 mmHg (Clase I. Nivel de evidencia B) 32. Deben preferirse diuréticos con o sin IECA, siempre que se pueda (Nivel de evidencia A) 32. En las dislipemias debe mantenerse, preferentemente, unas cifras de cLDL por debajo de 100 mg/dL (Clase I. Nivel de evidencia B) 32. El tratamiento de elección son las estatinas de alta intensidad y dentro de ellas, atorvastatina (80 mg/día) (Recomendación A) 8 o simvastatina (40 mg/día) en caso de no tolerar altas dosis (Recomendación B) 8, no recomendándose su asociación con otros fármacos hipolipemiantes (Recomendación V) 8.
- En diabetes mellitus se seguirán las recomendaciones establecidas en el PAI Diabetes (AG) 33.


INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS:


- Dirigidas a la modificación del estilo de vida (Nivel de evidencia B) 32.
 - Abandono del tabaco (Nivel de evidencia A) 32. Se seguirán las recomendaciones del PAI Atención a Personas Fumadoras (AG) 34.
 - Reducción de la ingesta de sodio a menos de 2,4 gr/día, dieta mediterránea e inicio de un programa integral de ejercicio físico (Clase IIa. Nivel de evidencia C) 32.
 - En las personas obesas o con obesidad abdominal, se recomienda reducir el peso corporal hasta conseguir un peso satisfactorio (Recomendación A) 32.



Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación ^(AG): <ul style="list-style-type: none"> - Se realizará una evaluación lo más precoz posible, preferiblemente en las primeras 24-48 horas, salvo en casos de gravedad vital o complicaciones sistémicas graves y se establecerán medidas según los déficits detectados. - Prescripción de ejercicios en rango de movimiento. - Medidas posturales que incluyen técnicas de posicionamiento. • Prevención y tratamiento de las complicaciones frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> - Inmovilidad. - Trastornos de la deglución o el lenguaje. - Genitourinarios. <p>6.5 En esta fase los cuidados de enfermería irán dirigidos a ^{18,19}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad. • NOC 1813 Conocimiento: régimen terapéutico. • NOC 2200 Adaptación de el/la cuidador/a principal al ingreso del paciente en un centro sanitario. • NOC 2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional. • NIC 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad. • NIC 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. • NIC 5614 Enseñanza: dieta prescrita. • NIC 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos. • NIC 7040 Apoyo a el/la cuidador/a principal • NIC 7140 Apoyo a la familia. • NIC 7370 Planificación del alta. <p>6.6 ⁽ⁱ⁾ Se informará a el/la paciente y/o familiar de forma clara y precisa de la situación actual, plan terapéutico y seguimiento de su proceso manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas.</p> <p>6.7 Se realizará informe de alta que incluirá los procedimientos efectuados, plan terapéutico: hábitos de vida saludables, situación clínica al alta y valoración funcional (Escala de Rankin modificada)²² (Anexo 2) garantizando la transmisión de la información entre los diferentes ámbitos de atención (AP-AH) ^(Δ).</p> <p>6.8 Se remitirá a el/la paciente a Neurología antes de los tres meses tras el alta hospitalaria ^(Recomendación ✓)⁸ para finalizar el estudio etiológico.</p>

Médico y Enfermera de AP-AH

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">7º</p> <p style="text-align: center;">SEGUIMIENTO</p>	<p>7.1 El equipo de AP realizará una evaluación tras el alta hospitalaria, en las primeras 48h, que incluirá reevaluación y abordaje de las secuelas que presente el/la paciente ^(AG).</p> <p>7.2 Se valorará la limitación funcional postictus, tras el alta hospitalaria, mediante la Escala de Rankin modificada ^{(AG)22} (Anexo 2) y mediante el Índice de Barthel ^{(AG)2}, para determinar el estado funcional conseguido ^{(AG)8}. En el caso de que se detecte un nuevo déficit o alteración no reconocidos previamente se derivará al profesional correspondiente ^{(Recomendación v)8}.</p> <p>7.3 Se realizará valoración de las funciones cognitivas a todos los/as pacientes que han sufrido un ictus ^{(Recomendación D)8}, mediante la aplicación del Test de Minimental de Lobo ^{(AG)25}.</p> <p>7.4 Se comprobará si se ha realizado la valoración de la disfagia, comprobando también si existen problemas nutricionales asociados ^{(Recomendación D)8}, en este caso se seguirán las recomendaciones del Proceso de Soporte Nutrición Clínica y Dietética ^{(AG)27}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se deberá entrenar en la identificación y manejo de los problemas en la deglución a los/as pacientes y/o cuidadores/as si persisten los problemas en la deglución ^{(Recomendación D)8}. • Si existe disfagia persistente tras el ictus, se monitorizará de manera regular, realizando cribado de malnutrición mediante el MUST ^{(AG)27}. • Se utilizará sonda nasogástrica en pacientes con disfagia que requieran nutrición enteral durante el primer mes tras el ictus ^{(Recomendación A)8}, teniendo en cuenta sus valores y preferencias. • Se valorará la alimentación mediante gastrostomía endoscópica percutánea en aquellos/as pacientes con disfagia que necesiten alimentación enteral a largo plazo (más de 4 semanas) ^{(Recomendación B)8}. <p>7.5 Se valorará el riesgo de caídas mediante la Escala de riesgo de caídas de DOWTON ^{(AG)25} .</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomiendan las siguientes estrategias para reducir las caídas en los/as pacientes mayores en la comunidad: ejercicios de componente múltiple (grupales, Tai Chi, domiciliarios individualizados) ejercicios de componente individual (marcha, equilibrio o función), retiro gradual de fármacos psicotrópicos, control de las patologías concomitantes que puedan estar relacionadas con riesgo de caídas ^{(Recomendación B)8}. • No se recomienda la vitamina D en personas mayores para reducir el riesgo de caídas, salvo en personas con déficit de vitamina D ^{(Recomendación B)8}. • No se recomiendan intervenciones de seguridad en el hogar para reducir caídas en los mayores, en la comunidad, salvo en aquellos con deterioro visual grave o alto riesgo de caídas ^{(Recomendación B)8}.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • No se recomienda la fisioterapia un año después del ictus como medida para prevenir caídas en pacientes en los que persisten los problemas de movilidad (Recomendación B)8. • No se recomiendan los protectores de cadera para prevenir fracturas asociadas a caídas en personas mayores que viven en la comunidad (Recomendación B)8. <p>7.6 Se realizará valoración del riesgo de úlceras por presión en los/as pacientes con criterios de riesgo (AG)35 .</p> <p>7.7 Se comprobará que el/la paciente está realizando el tratamiento rehabilitador domiciliario (Recomendación A)8.</p> <p>7.8 Se iniciarán intervenciones dirigidas a la modificación del estilo de vida (Nivel de evidencia B)36. La intervención se hará de manera individualizada, apoyándose en la entrevista motivacional y técnicas conductuales (Nivel de evidencia B)36 y tendrá los siguientes contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandono del tabaco (Nivel de evidencia A)36 siguiendo las recomendaciones del PAI Atención a Personas Fumadoras (AG)33. • Estimular la práctica de actividad física, adaptada a las capacidades de el/la paciente (Nivel de evidencia A)36. • Fomentar una alimentación dirigida a lograr un equilibrio calórico y de nutrientes y conseguir un peso normal, con baja ingesta de grasas, sobre todo, saturadas, sal y rica en fruta y vegetales (Nivel de evidencia B)36. • Se recomienda reducir el peso corporal hasta conseguir un peso satisfactorio en las personas obesas o con obesidad abdominal (Recomendación A)32. • En personas que consumen habitualmente alcohol, la ingesta no debe superar en ningún caso las 2 UBE/día en hombres y 1 UBE/día en mujeres. No debe recomendarse ningún consumo en pacientes no bebedores (Nivel de evidencia B)32. <p>7.9 Comprobar que se ha iniciado el tratamiento farmacológico para la prevención secundaria, se hace seguimiento de su control y se garantiza la adherencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la PA el objetivo será conseguir cifras inferiores a 140/90 mmHg (Clase I. Nivel de evidencia B)32. Deben preferirse diuréticos con o sin IECA, siempre que no existan contraindicaciones (Nivel de evidencia A)32. • En las dislipemias, deben mantenerse, preferentemente, cifras de cLDL por debajo de 100 mg/dl (Clase I. Nivel de evidencia B)32. El tratamiento de elección son las estatinas y dentro de ellas, atorvastatina (80 mg/día) (Recomendación A)8 o simvastatina (40 mg/día) (Recomendación B)8, no recomendándose su asociación con otros fármacos hipolipemiantes (Recomendación ✓)8. • En diabetes mellitus se seguirán las recomendaciones establecidas en el PAI Diabetes (AG)33.

Actividades

Características de calidad

7.10 No se recomienda el tratamiento farmacológico en la espasticidad ligera, si ésta no interfiere con la recuperación del paciente [\(Recomendación D\)8](#). En caso de presentar espasticidad generalizada o espasticidad que interfiera con la vida diaria, debe ser valorado de manera individualizada por el neurólogo y/o rehabilitador [\(Recomendación V\)8](#).

7.11 Se realizará la monitorización del hombro pléjico durante el primer año tras el ictus, con el fin de detectar la presencia de episodios de hombro doloroso [\(Recomendación D\)8](#).


- Ante la presencia de episodios agudos se ofrecerá a el/la paciente analgésicos simples como paracetamol o AINEs [\(Recomendación D\)8](#) y se seguirán las pautas descritas en el PAI Dolor crónico no Oncológico [\(AG\)37](#).
- No se recomiendan infiltraciones intraarticulares de manera rutinaria para el tratamiento de los episodios agudos de dolor de hombro en pacientes hemipléjicos [\(Recomendación A\)8](#).

7.12 Si el/la paciente presenta:

- Sintomatología de depresión: se realizará cribado utilizando test sencillos [\(Recomendación D\)8](#) y recomendados en el PAI Ansiedad, depresión y somatizaciones [\(AG\)38](#). Si se confirma la depresión, se usarán antidepresivos para el tratamiento de la depresión postictus, valorando individualmente el riesgo de efectos adversos [\(Recomendación B\)8](#).
- Labilidad emocional persistente tras el ictus, con episodios frecuentes y graves: se considerará tratamiento con fármacos antidepresivos, valorando sobre todo en personas de edad avanzada, sus efectos adversos [\(Recomendación B\)8](#).

7.13 En esta fase los cuidados irán dirigidos a ^{18,19}:

- NOC 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.
- NOC 1601 Conducta de cumplimiento.
- NOC 2202 Preparación de el/la cuidador/a familiar domiciliario.
- NOC 2508 Bienestar de el/la cuidador/a principal.
- NOC 2604 Normalización de la familia.
- NIC 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
- NIC 5614 Enseñanza: dieta prescrita.
- NIC 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.
- NIC 7040 Apoyo a el/la cuidador/a principal.
- NIC 7140 Apoyo a la familia.

Actividades	Características de calidad
	<p>7.14 Se valorará realizar una intervención de planificación anticipada de las decisiones entre la persona con ictus y profesionales responsables de su atención para facilitar la toma de decisiones. Se incluirá la información sobre el derecho a formular la declaración de VVA, así como los pasos para llevarla a cabo. Se dejará constancia en la historia de salud de la información y decisiones tomadas (i)  13.14.16.</p> <p>7.15 (i) Se informará a el/la paciente y/o familiar de la situación del paciente, del plan terapéutico y las posibles alternativas en un entorno de privacidad y confidencialidad.</p>

Competencias específicas del equipo profesional

En el desarrollo de la Gestión por competencias del SSPA, a partir de 2006, se han venido incluyendo en los Procesos Asistenciales Integrados, los mapas de competencias correspondientes de los y las diferentes profesionales.

En la primera etapa se clasificaron de manera estratégica en Conocimientos, Habilidades y Actitudes, a efectos didácticos, y de exhaustividad.

En una segunda fase se identificaron competencias generales (afectan a todos los profesionales con independencia de su puesto o categoría) y transversales (que tienen que ver con los contenidos esenciales en el ámbito sanitario) y extraídas a partir de los Mapas de Competencias de los diferentes profesionales del SSPA, cuyo objetivo es la Acreditación.

En la actualidad nos centramos en las Competencias Específicas, que se ajustan a las competencias técnicas o funcionales que los profesionales tienen que garantizar al paciente en el desarrollo de su proceso asistencial, se orientarán, por tanto, a los resultados esperados y van encaminadas a la generación de un impacto en la atención que se presta a los usuarios y en el desarrollo individual de los profesionales.

Estas Competencias Específicas se establecen a partir de las competencias claves identificadas en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Unidades funcionales (UFUN) para la elaboración de mapa de competencias profesionales para el puesto de trabajo, definido en el ámbito del modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (GPDI).

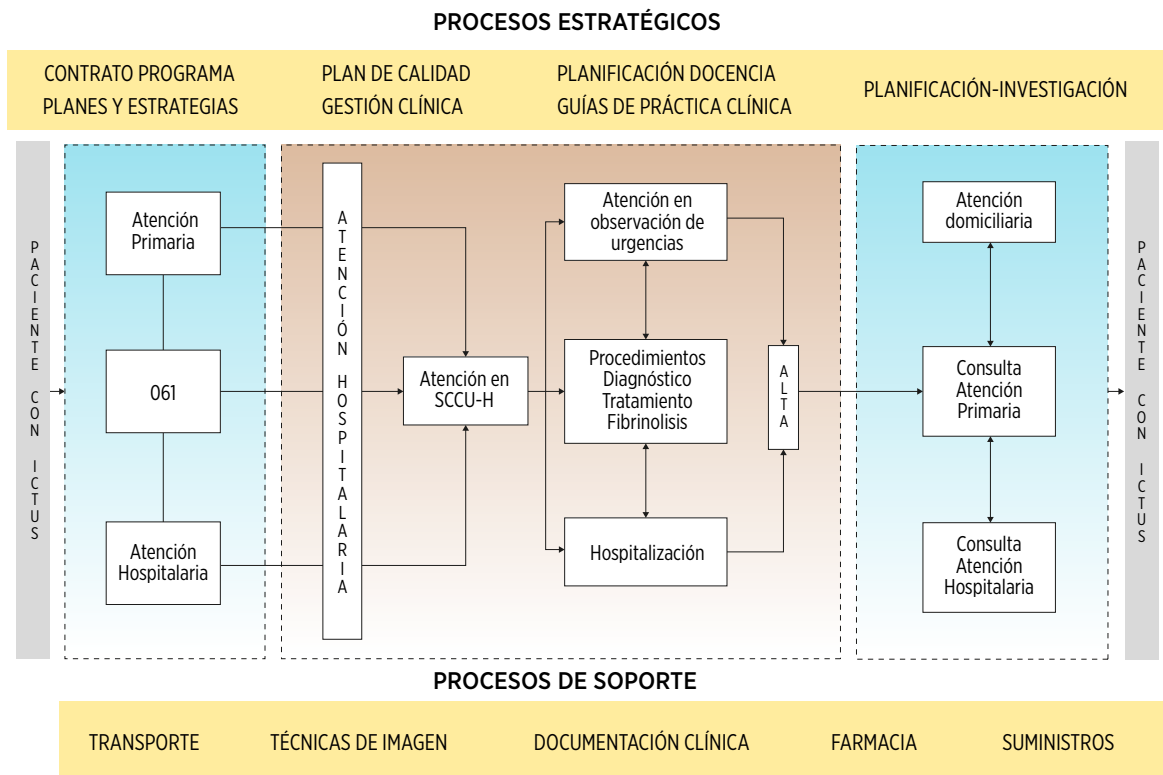
A medida que los grupos profesionales las identifiquen, estarán disponibles en:

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/gestor/es/calidadscopio/buenas_practicas

Representación Gráfica del PAI

La representación global del Proceso Asistencial Integrado permite visualizar la amplitud real del mismo, iniciándose el Proceso Operativo (clínico-asistencial) tras el contacto de la persona con el Sistema Sanitario por las diferentes entradas posibles (AP-AH), y la atención de los profesionales desde diferentes ámbitos de actuación en Atención Primaria, Atención Hospitalaria. La continuidad de la asistencia al paciente/familia y la salida del PAI, en el marco establecido por los Procesos Estratégicos y sustentados en los Procesos de Soporte.

► Representación global



Recursos y Unidades de soporte específicos

Las Unidades de Ictus son unidades hospitalarias situadas en áreas geográficas bien definidas, integradas por un equipo multidisciplinar coordinado, especializado, entrenado en el cuidado de los pacientes con ictus y que dispone de protocolos de actuación y manejo del paciente basado en la mejor evidencia científica disponible. A espera de la definición de estándares y criterios de acreditación.

DENOMINACIÓN	Aplicación de un protocolo para evaluación completa de pacientes con con activación del Código Ictus en un tiempo máximo de 60 minutos (tiempo puerta-aguja) desde su llegada al SCCU-H.
FÓRMULA	Número de pacientes con activación del Código Ictus a los que se les ha aplicado un protocolo de evaluación completa en un tiempo máximo de 60 minutos desde su llegada al SCCU-H x 100 / Número de pacientes con activación del Código Ictus que acuden al SCCU-H.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La aplicación de tratamiento en el ictus es tiempo dependiente (tiempo puerta-aguja) por lo cual es necesaria una evaluación dentro del tiempo estipulado.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con activación del Código Ictus que acuden al SCCU-H.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	95%.

DENOMINACIÓN	Realización e interpretación de TC de cráneo en un tiempo máximo de 45 minutos desde la llegada al SCCU-H de los pacientes con activación del Código Ictus.
FÓRMULA	Número de pacientes con activación del Código Ictus a los que se les ha realizado e interpretado TC en un tiempo máximo de 45 minutos desde su llegada al SCCU-H x 100 / Número de pacientes con activación del Código Ictus que acuden al SCCU-H.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	El tiempo de realización e interpretación del TC es importante en la toma de decisiones respecto al tratamiento específico de la persona.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que acuden a SCCU-H con activación del Código Ictus.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	99%.

DENOMINACIÓN	Valoración del riesgo hemorrágico en las personas que se ha considerado el tratamiento anticoagulante mediante el sistema HAS-BLED.
FÓRMULA	Número de pacientes con ictus a los que se les ha administrado tratamiento anticoagulante habiéndose valorado el riesgo hemorrágico mediante el sistema HAS-BLED x 100 / Número de pacientes diagnosticados de ictus que se les administra tratamiento anticoagulante.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Ante el tratamiento anticoagulante se ha de realizar una evaluación previa antes de instauración.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Paciente a los que se les prescribe tratamiento anticoagulante tras un ictus.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	99%.

DENOMINACIÓN	Tratamiento con ácido acetil salicílico a dosis inicial de 325 mg/día (si no existen contraindicaciones) dentro de las 24-48 horas tras un ictus.
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les administra 325 mg de ácido acetil salicílico (si no existen contraindicaciones), dentro de las primeras 24-48 horas tras un ictus isquémico X 100 / Número de pacientes diagnosticados de ictus isquémico en las últimas 24-48 horas.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Aplicación de tratamiento antiagregante.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con episodio de ictus isquémico dentro de las últimas 24-48 horas y que no presentan contraindicaciones para el tratamiento con ácido acetil salicílico.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	95%.

DENOMINACIÓN	Evaluación por el Equipo de Atención Primaria tras el alta hospitalaria de los pacientes que han sufrido un ictus.
FÓRMULA	Número de pacientes que tras el alta hospitalaria por un ictus isquémico se les ha realizado una evaluación en las primeras 48 horas desde Atención Primaria x 100 / Número de pacientes dados de alta hospitalaria con diagnóstico de ictus isquémico.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Es necesaria una evaluación del paciente tras el alta hospitalaria para reevaluar su situación funcional, y el abordaje de las intervenciones.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes dados de alta hospitalaria con diagnóstico de ictus isquémico.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	98%.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH SCALE (NIHSS)²⁰

ITEM		Punto
1a. Nivel de conciencia (LOC).	Alerta y respuesta.	0
	Respuesta al mínimo estímulo (somnoliento).	1
	Respuesta solo al dolor (estuporoso).	2
	Respuesta refleja o Coma.	3
1b. Preguntas: ¿mes y edad?	Ambas correctas.	0
	1 correcta (o disartria, IOT).	1
	Ninguna correcta (afásico o estupor).	2
1c. Órdenes: abra y cierre los ojos, apriete la mano (en M no parético).	Ambas órdenes correctas.	0
	1 correcta.	1
	Ninguna correcta.	2
2. Mirada conjugada: movimiento extraocular horizontal voluntario o ojos de muñeca.	Normal.	0
	Parálisis parcial de la mirada.	1
	Desviación forzada-parálisis completa.	2
3. Visual.	No alteración.	0
	Hemianopsia parcial.	1
	Hemianopsia completa.	2
	Hemianopsia bilateral, ceguera.	3
4. Movimiento facial/ observar simetría al dolor en estuporosos.	Normal.	0
	Debilidad-paresia menor-aspecto normal sonrisa asimétrica.	1
	Parálisis – debilidad parcial.	2
	Parálisis completa.	3
5. Motor brazos-extendidos 90 grados si sentado, 45 grados, si supino -10 segundos- iniciar por extremidad no patética – Explorar por separado.		

ITEM		Punto
5a Brazo derecho.	No claudica.	0
	Claudica pero no toca a la cama.	1
	Algún esfuerzo contra la gravedad pero no puede sostener.	2
	Sin esfuerzo gravitatorio pero algún movimiento.	3
	Ningún movimiento.	4
5b. Brazo izquierdo.	No claudica.	0
	Claudica pero no toca a la cama.	1
	Algún esfuerzo contra la gravedad pero no puede sostener.	2
	Sin esfuerzo gravitatorio pero algún movimiento.	3
	Ningún movimiento.	4
6. Motor piernas; en supino, piernas levantadas 30°, 5 segundos.		
6a. Pierna derecha.	No claudica.	0
	Claudica pero no toca a la cama.	1
	Algún esfuerzo contra la gravedad pero no puede sostener.	2
	Sin esfuerzo gravitatorio pero algún movimiento.	3
	Ningún movimiento.	4
6b. Pierna izquierda.	No claudica.	0
	Claudica pero no toca a la cama.	1
	Algún esfuerzo contra la gravedad pero no puede sostener.	2
	Sin esfuerzo gravitatorio pero algún movimiento.	3
	Ningún movimiento.	4
7 Ataxia: maniobras dedo-nariz-dedo, talón rodilla. Apuntar solo si es desproporcionada con la paresia.	No ataxia o afasia, hemiplejia.	0
	Ataxia en miembro superior o inferior.	1
	Ataxia en ambos miembros.	
8. Sensibilidad.	Normal.	0
	Hipoestesia ligera o moderada, afásico o estuporoso.	1
	Hipoestesia severa o bilateral o anestesia. Paciente en coma.	2

ITEM		Punto
9. Lenguaje.- Descripción, nominación y lectura.- En pacientes intubados: valorar escritura.	Normal.	0
	Leve moderada afasia.	1
	Severa afasia, Broca, Wernike.	2
	Mutismo, afasia global, coma.	
10. Disartria/articulación.- Repetición de Palabras de la lista.- Si afasia valorar el Grado de articulación del lenguaje espontáneo.	Normal.	0
	Leve moderada – poco claro.	1
	Severa, ininteligible, mutismo.	2
11. Extinción – Inatención, solo se puntúa si es presente y es demostrable.	Sin alteraciones.	0
	Parcial, solo una modalidad afectada, visual táctil, espacial, corporal.	1
	Completa, mas de una modalidad.	2
Puntuación máximo 42.		
Puntuación	Recomendación	
≥ 25.	No administrar fibrinolíticos (riesgo de HIC 17%).	
NIHSS pronóstico.		

ESCALA DE RANKIN MODIFICADA²²

0	Sin síntomas	
1	Sin incapacidad importante	Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.
2	Incapacidad leve	Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.
3	Incapacidad moderada	Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida o impiden su subsistencia totalmente autónoma (p.ej. necesitando alguna ayuda).
4	Incapacidad moderadamente severa	Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente aunque sin necesidad de atención continua (p.ej. Incapaz de atender sus necesidades personales sin asistencia).
5	Incapacidad severa	Totalmente dependiente, necesitando asistencia día y noche.
6	Muerte	

ESCALA NEUROLÓGICA CANADIENSE (ENC)²⁴

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
B.1 FUNCIONES MOTORAS (Sin defecto de comprensión)	
Cara	
Ninguna	
Presente	
Brazo proximal	
Ninguna	1.5
Leve	1
Significativa	0.5
Total o máxima	0
Brazo distal	
Ninguna	1.5
Leve	1
Significativa	0.5
Total o máxima	0
Pierna	
Ninguna	1.5
Leve	1
Significativa	0.5
Total o máxima	0

B.2 RESPUESTA MOTORA (Defecto de comprensión)

Cara		
Simétrica		0.5
Asimétrica		0
Brazos		
Igual		1.5
Desigual		0
Piernas		
Igual		1.5
Desigual		0

Nota: Si existe afectación del hemisferio derecho valorar extremidades izquierdas y viceversa

PUNTUACIÓN TOTAL

Categorización: ENC \geq 8 leve
ENC 5-7 moderado
ENC 1-4 grave

ESCALA ABCD²

(Estratificación del riesgo de sufrir un ICTUS tras un AIT)

PARAMETROS	CARACTERISTICAS	PUNTOS
EDAD	≥ 60 años	1
TENSIÓN ARTERIAL	≥ 140/90 mmHg	1
SÍNTOMAS CLÍNICOS	Paresia unilateral	2
	Alteraciones lenguaje sin paresia	1
DURACIÓN CLÍNICA	≥ 60 minutos	2
	10-59 minutos	1
DIABETES	Presencia de diabetes mellitus	1

Nota: La puntuación total es la suma de las puntuaciones de cada parámetro, y el riesgo es significativamente alto a partir de ≥ 3 puntos

ESCALA EAT-10 (EATING Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia²⁶

FECHA:

APELLIDOS:

NOMBRE:

SEXO:

OBJETIVO

El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.

Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

A. INSTRUCCIONES

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.

¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?

LA RESPUESTA ES “0” SI NO PERCIBE NINGUN PROBLEMA Y “4” SI ES UN PROBLEMA SERIO.

USTED GRADUARÁ LAS VALIDACIONES INTERMEDIAS.

1. Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.

0= ningún problemas.

1

2

3

4= es un problema serio.

2. Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa.

0= ningún problemas.

1

2

3

4= es un problema serio.

3. Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra.

0= ningún problemas.

1

2

3

4= es un problema serio.

4. Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.

0= ningún problemas.

1

2

3

4= es un problema serio.

5. Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra

0= ningún problemas.

1

2

3

4= es un problema serio.

6. Tragar es doloroso.

0= ningún problemas.

1

2

3

4= es un problema serio.

7. El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar.

0= ningún problemas.

1

2

3

4= es un problema.

8. Cuando trago, la comida se pega en mi garganta.

0= ningún problemas.

1

2

3

4= es un problema.

9. Toso cuando como.

0= ningún problemas.

1

2

3

4= es un problema.

10. Tragar es estresante.

0= ningún problemas.

1

2

3

4= es un problema.

B. PUNTUACIÓN

Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.

Puntuación total (máximo 40 puntos).

C. QUÉ HACER AHORA

Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.

Referencia: Belafsky et al. Validity and Reliability of Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology and Laryngology 2008;17 (12):919-24.
Burgos, R. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia. XXVI Congreso Nacional SENPE 2011.

EVALUACIÓN RIESGO HEMORRÁGICO – HAS-BLED²⁸

Sistema HAS-BLED para evaluación de riesgo hemorrágico	
Factor de riesgo	Puntuación
Hipertensión	1
Función renal y hepática alteradas (un punto cada una)	1 ó 2
Ictus	1
Sangrado	1
INR lábil	1
Edad avanzada (> 65 años)	1
Fármacos ó alcohol (un punto cada uno)	1 ó 2

ESCALA DE RIESGO TROMBOÉMBOLICO CHADS₂/CHADS₂-VASc²⁸

CLASIFICACIÓN CHADS₂

Factor de riesgo	Puntuación
Insuficiencia cardiaca congestiva	1
Hipertensión	1
Edad > 75 años	1
Diabetes mellitus	1
Ictus o accidente isquémico transitorio previo	2
Puntuación = 0: riesgo bajo; puntuación=1: riesgo moderado; puntuación > 2: riesgo alto	

Clasificación CHADS₂-VASc

Factor de riesgo	Puntuación
Insuficiencia cardiaca congestiva/disfunción ventricular izquierda	1
Hipertensión	1
Edad > 75 años	2
Diabetes mellitus	1
Ictus, accidente isquémico transitorio o ES	2
Enfermedad vascular	1
Edad 65 a 74 años	1
Sexo femenino	1
Puntuación = 0: riesgo bajo; puntuación = 1: riesgo moderado; puntuación > 2: riesgo alto	

AAS	Ácido acetil salicílico
AH	Atención hospitalaria
AINE	Antiinflamatorios no esteroideos
AIT	Accidente isquémico transitorio
AP	Atención Primaria
DCCU-AP	Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria
EBAP	Equipo Básico de Atención Primaria
ECG	Electrocardiograma
ESP	Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía
GPDI	Gestión de Planes de Desarrollo Individual del Sistema Sanitario Público de Andalucía
NIHSS	National Institutes of Health Scale
IAM	Infarto agudo de miocardio
IECA	Inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina
INR	Relación normalizada internacional
NOC	Clasificación de resultados de enfermería
OMS	Organización Mundial de la Salud
PA	Presión arterial
PAI	Proceso Asistencial Integrado
RM	Resonancia magnética
RVVA	Registro de Voluntades Vitales Anticipadas
SAOS	Síndrome apnea obstructiva del sueño
SCCU-H	Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalarias
SNC	Sistema nervioso central
SSPA	Servicio Sanitario Público de Andalucía
TC	Tomografía axial computerizada
TCE	Traumatismo craneoencefálico
TPTA	Tiempo parcial de tromboplastina activado
TVP	Trombosis venosa profunda
UAM	Uso adecuado del medicamento
UGC	Unidad de Gestión Clínica
URM	Uso racional del medicamento

1. Alonso de Leciñana M, Egido JA, Casado I, Ribó M, Dávalos A, Masjuan J et al. Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo. [Internet] Neurología. 2014; 29: 102-22 [citado 28/08/2014] URL: [http://www.elsevier.es/eop/S0213-4853\(11\)00406-3.pdf](http://www.elsevier.es/eop/S0213-4853(11)00406-3.pdf)
2. Lidsay MP, Gubitz G, Bayley M, Phillips S. Canadian Best Practice Recommendations for Stroker Care. [Internet] Summary of Stroker Best Practice Recommendations 2012-2013 Update. Heart and Stroke Foundation 2013 [citada 28/08/2014] URL: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=34090>
3. Wright L, Hill KM, Bernhardt J, Lindley R, Ada L, Bajorek BV. Stroke Management: updated recommendations for treatment along the care continuum. [Internet] Internal Medicine Journal 42 (2012) [citada 28/08/2014] URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/i.1445-5994.2012.02774.x/abstract>
4. Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010. [Internet] Wellington: Stroke Foundation of New Zealand; 2010 [citada 28/08/2014] URL: <http://www.stroke.org.nz/resources/NZClinicalGuidelinesStrokeManagement2010ActiveContents.pdf>
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention. A national clinical guideline December 2008, 108. URL: <http://goo.gl/LvSH3>
6. GRADE working group. Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations [Internet]. [s.l.]: GRADE; c2005-2013 [citado 18/02/2014]. URL: <http://goo.gl/3cH4w>
7. Jauch EC, Jeffrey L, Adams HP, Bruno A, Bart M, Khatri P. et al. American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. [Internet] A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2013 [citado 26/08/2014] URL: <http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/870.short?rss=1&source=mfr>
8. 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. [Internet] 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 Lain Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2007/5-2 [citada 28/08/2014] URL: http://www.quiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf
9. Organización Mundial de la Salud. Nueve soluciones para la seguridad del paciente. [Internet] Washington: Ginebra: OMS; 2007 [citado 20/02/2014]. URL: <http://goo.gl/CTh6Vc>
10. Barrera-Becerra C, Bejarano-Rojas MD, Cortés-Martínez C, Fernández-de la Mota E, Fernández-Santiago E, Lacida-Baro M, et al. Estrategia para la seguridad del paciente [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006 [citado 20/02/2014]. URL: <http://goo.gl/9UULNz>
11. Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Boletín Oficial del Estado n°. 274. (15-11-2002) [citado 03/03/2002]. URL: <http://goo.gl/YqaQi>
12. ORDEN de 8 de julio de 2009, por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado. [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 152, [citado 03/03/2014] URL: http://www.comcordoba.com/contenidos/adjuntos/BOJA_2009-08-06_N152_Consentimiento_informado.pdf

13. Simón-Lorda P, Esteban-López S, (Coord). Estrategia de bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014 [Internet]. [Sevilla]: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2011 [citado 24/02/2014]. URL: <http://goo.gl/7TEOrz>
14. Esteban López MS, Simón Lorda P (coordinadores). Mapa de competencias y buenas prácticas profesionales en bioética [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía - Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [citado 11/11/2014]. URL: <http://goo.gl/18XCQ7>
15. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Catálogo de formularios de consentimiento Informado escrito del SSPA [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. [citado 27/02/2014]. URL: <http://juntadeandalucia.es/temas/salud/derechos/consentimiento.html>
16. Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Esteban López MS (coordinadores). Planificación anticipada de las decisiones. Guía de apoyo para profesionales [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía - Consejería de Salud y Bienestar Social; 2013 [citado 11/11/2014]. URL: <http://goo.gl/Hg7DpZ>
17. Junta de Andalucía - Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Registro de voluntades vitales anticipadas [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía [actualizado 31/1/2014; citado 11/11/2014]. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/rva>
18. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª Ed. Madrid: Elsevier 2005
19. Bulechen GM, Butcher HKm Mc Closket Dochteman J. (eds). Clasificación de Enfermería (NIC) 5ª Ed. Madrid: Elsevier 2009.
20. Montaner J, Álvarez-Sabin J. La escala de ictus del National Institute of Health (NIHSS) y su adaptación al español. [Internet][Barcelona]. Neurología 2006;21(4):192-202 [citado 07/08/2014]. URL: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1986536>
21. Van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients [Internet] Stroke. 1988 May;19(5):604-7. [citado 27.10.2014]. URL: <http://www.ictussen.org/?q=node/44>
22. Jiménez-Hernández MD, Ales-Otón Elisa, Fernández García E, Terol-Fernández E. Plan Andaluz de Atención al Ictus 2011-2014. [Internet] 1ª Edición [Sevilla]: Consejería de Salud. Junta de Andalucía: 2011. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_ictus/plan_ictus?perfil=org&desplegar=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&idioma=es&tema=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_ictus/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_ictus/plan_ictus
23. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Traslado de enfermos críticos protocolos de de traslado secundario y primario. Servicio Andaluz de Salud. Dirección general de Asistencia Sanitaria. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010 <http://www.medynet.com/usuarios/jiraquilar/trasladodepacientescriticos.pdf>
24. Jiménez-Hernández, MD. (Coordinadora). Proceso Asistencial Integrado Ataque Cerebro Vascular. 1ª Edición [Sevilla]: Consejería de Salud: 2002 [citado 27.10.2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/ataque_cerebrovascular_v3?perfil=org
25. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Escala de riesgo de upp Norton. Sevilla: Junta de Andalucía [citado 26.08.2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT2_RiesgoUPP_NORTON.pdf
26. Burgos R, Sarto B, Seguro H, Romagosa A, Puiggros C, Vázquez C, et al. Traducción y validación de la versión española de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de disfagia. [Internet] Nutrición Hospitalaria [Internet] 2012;27(6):2048-2054 [citado 27.08.2014] URL: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6100.pdf>
27. Procesos de Soporte. Nutrición Clínica y Dietética [Internet] Junta de Andalucía. Consejería de Salud.2006

- [citada 20.03.2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/nutricion_v2?perfil=org
28. Grupo de trabajo de la guía sobre elección de tratamiento anticoagulante oral en la prevención de las complicaciones tromboembólicas asociadas a la fibrilación auricular [Internet]. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Andalucía; 2012 [citado 26/08/2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaaetsa/up/AETSA_2012-2_ACOs_def.pdf
29. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Atrial fibrillation: the management of atrial fibrillations. NICE clinical guideline 180 [Internet] Manchester. London 2014. [citada 12/02/2015] URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg180/resources/guidance-atrial-fibrillation-the-management-of-atrial-fibrillation-pdf>
30. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernts S, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation [Internet] the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2010; 31(19):2369-429. [citada 25.02.2015] URL: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/31/19/2369.full.pdf>
31. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Indicación y criterio de uso de nuevos anticoagulantes orales [Internet]. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud 2014- [citado 12/02/2015] URL: http://ugcbujalance.es/UGCBUJALANCE/VISADO_ANTICOAGULANTES_ENE_2014.pdf
32. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chomowitz MI, Ezekowitz MD, et al. American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease. [Internet] Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014;45:2160-236. [consultado 28/08/2014] URL: <http://stroke.ahajournals.org/content/45/7/2160.long>
33. Aguilar-Diosdado, M. (Coord). Proceso Asistencial Integrado Diabetes Mellitus. 1ª edición [Sevilla]: Consejería de Salud; 2011 [citado 27.10.2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp?idioma=es&perfil=org&opcion=listadoTematico&tema=/temas_es/P_5_INVESTIGACION_DESARROLLO_INNOVACION/&desplegar=/temas_es/P_5_INVESTIGACION_DESARROLLO_INNOVACION/&menu=S
34. Morales-Asensio JM (Coord). Proceso Asistencial Atención a Personas Fumadoras. 1ª edición [Sevilla]: Consejería de Salud; 2008 [citado 27.10.2014] URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/personas_fumadoras_v3?perfil=org
35. Romeo-López-Alonso,S, García-Aguilar RA, Lacida-Barro M, Pérez-Hernández RM (Coord). Guía de Práctica Clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. 1ª edición [Sevilla]: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud; 2007 [citado 27.10.2014]. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodetalle.asp?idp=283>
36. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 108: Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention [internet]. Edimburgh: A national clinical guideline; 2008 [citada 19/03/2014]. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign108.pdf>
37. Guerra de Hoyos, JA, (Coord). Proceso Asistencial Integrado Dolor Crónico no Oncológico [Internet]. 2ª Edición. [Sevilla]: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [citado 06/08/2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/dolor_cronico_v3?perfil=org
38. Díaz del Peral, D (Coord). Proceso asistencial integrado Ansiedad, Depresión, Somatización [Internet] 2ª Ed. [Sevilla]: Consejería de Salud; 2011 [citado 25/02/2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/ansiedad_depresion_v3?perfil=org

