Subdirección de Gestión Clínica y de Calidad

Protocolo para el registro de actividades en el

Accidente Cerebrovascular

Elaborado por
Área de Calidad
Subdirección de Gestión Clínica y Calidad
SESPA

El presente documento es una guía destinada a ayudar a los profesionales a utilizar correctamente el protocolo destinado al registro de actividades en caso de un paciente con sospecha de ACV.

Deben considerarse como recomendaciones, no como instrucciones. Desde el equipo de elaboración de este documento abogamos por seguir el mayor numero de recomendaciones posibles, pues ello implicará una mejor cumplimentación y registro de las actividades realizadas.

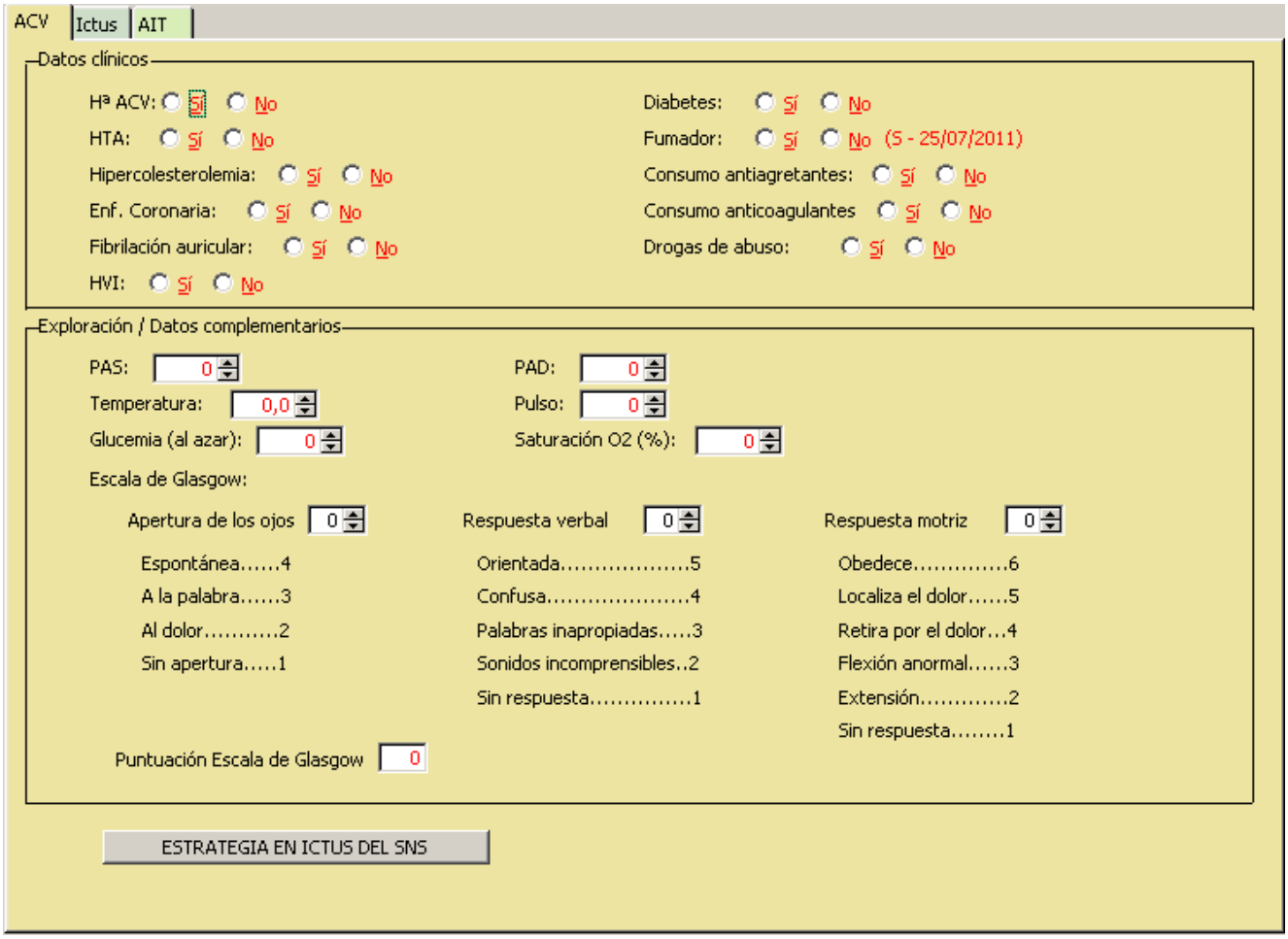
Debe entenderse que los protocolos de OMIap pueden sufrir modificaciones de mayor o menor calado en función de la evolución de la evidencia científica y de las necesidades de los profesionales. Por tanto deberá tenerse en cuenta la posibilidad de que existan actualizaciones que puedan anular el presente documento.

El protocolo de atención a pacientes con ACV es un protocolo “a posteriori”, es decir, se cumplimenta tras la atención al paciente y no durante la misma.

Cuando se recibe aviso para atender a una persona cuyos síntomas son compatibles con la posibilidad de un accidente isquémico, la principal preocupación del profesional no será la cumplimentación de un protocolo específico.

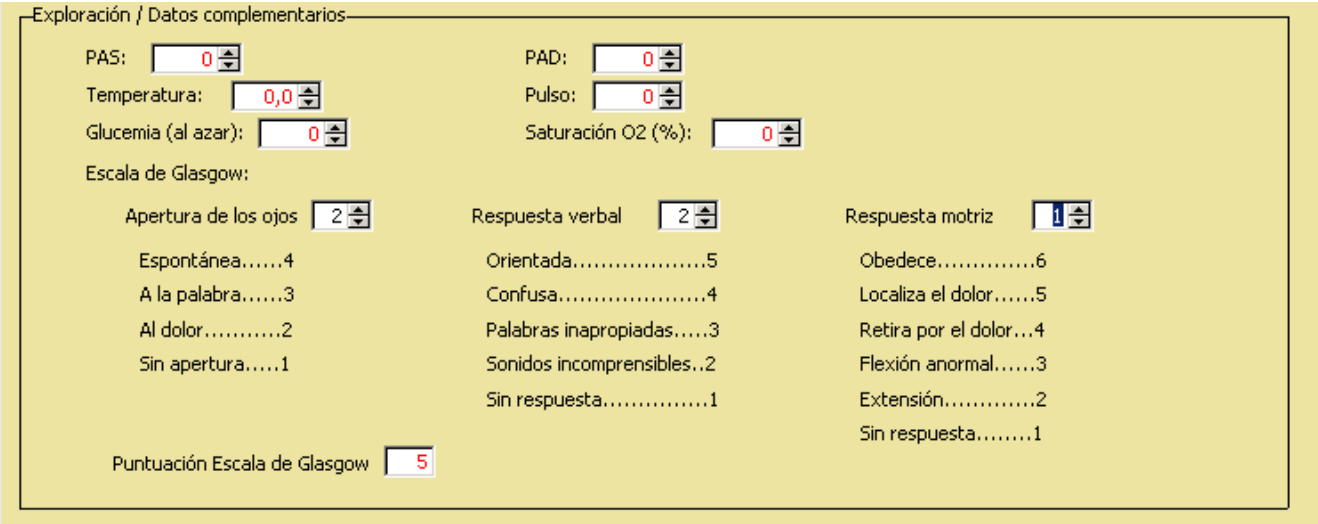
Sin embargo, si es posible que le interese contar con esos datos una vez realizada la asistencia para que quede constancia de las actuaciones realizadas y de la impresión diagnóstica.

Se trata de un protocolo sencillo que consta de 3 únicas pestañas: en la **primera pestaña**, se recogen los datos básicos de interés para el caso de sospecha de accidente cerebrovascular



En la segunda parte de la pestaña, en el apartado de exploración y datos complementarios, se ha restringido al máximo el número de campos para registrar.

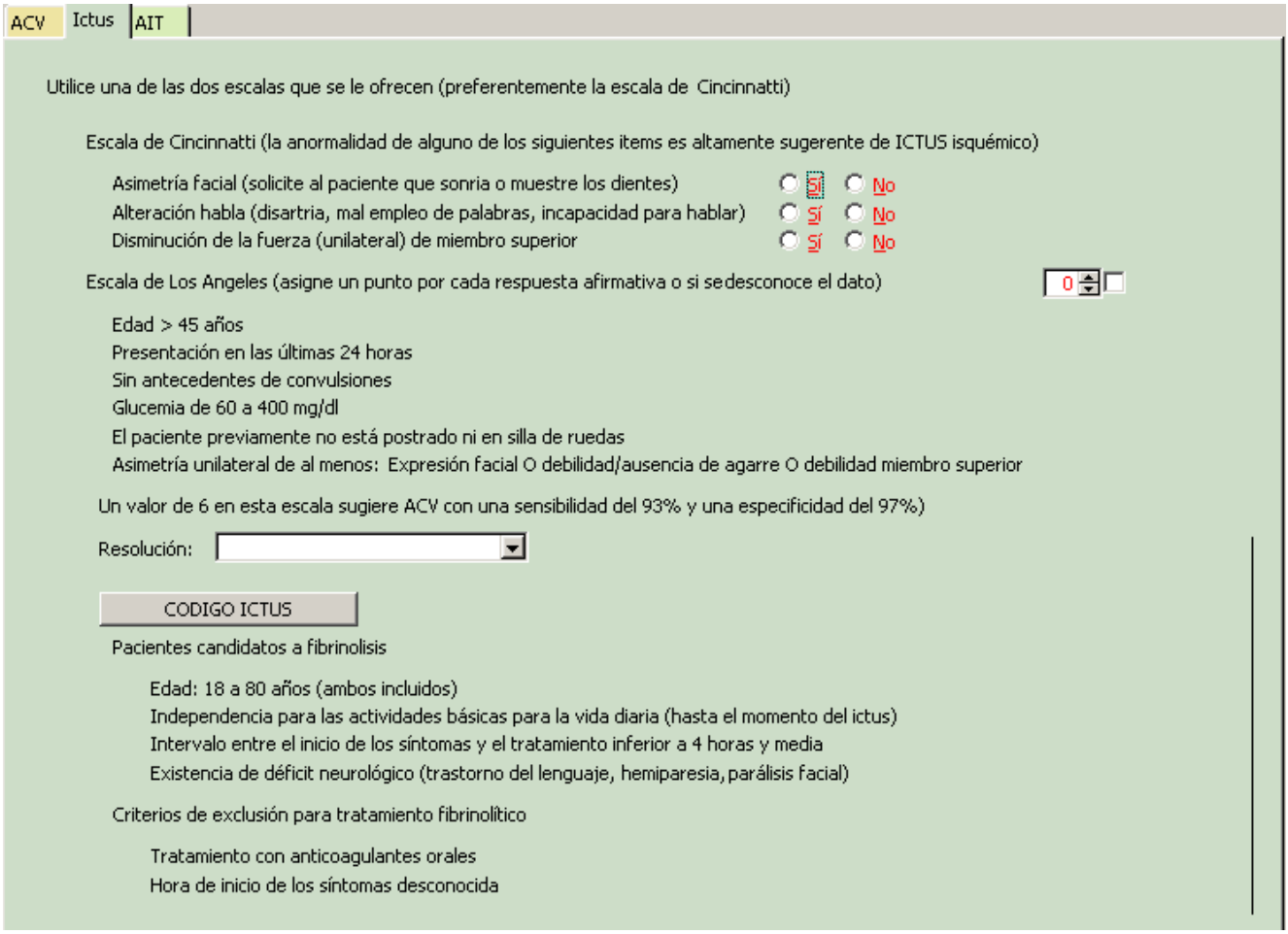
Señalar que la puntuación de la Escala de Glasgow se calcula automáticamente a partir de sus ítems.



A partir de este punto, se pide al profesional que elija una de las dos pestañas que vienen a continuación ya que en la segunda pestaña se registran los datos en caso de tratarse de un ICTUS mientras que en la tercera en el caso de un AIT.

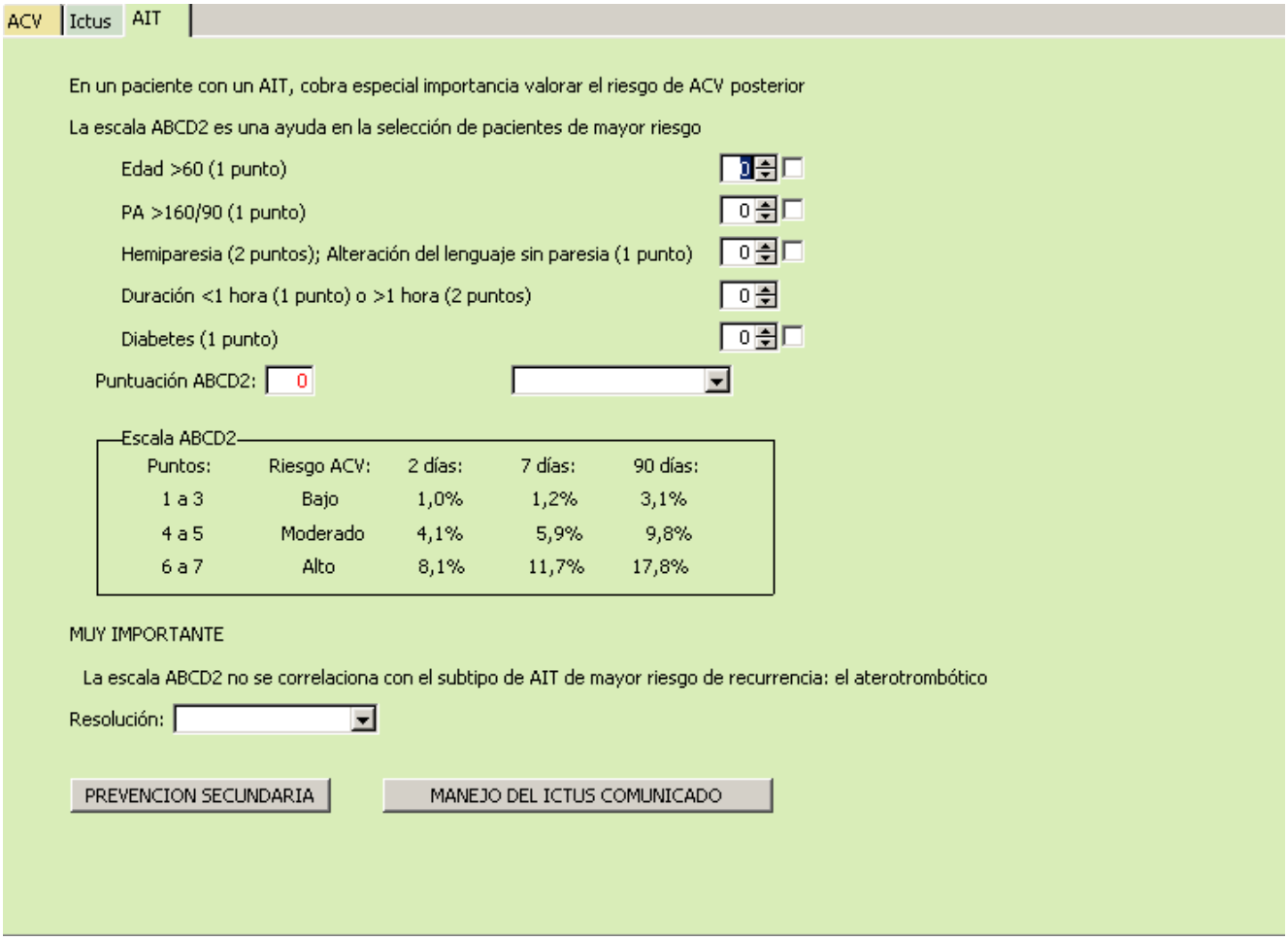
En ocasiones, será difícil tener la certeza de si se trata de un AIT o un ICTUS establecido y en estos casos será adecuado cubrir los datos de la segunda pestaña ya que se relaciona mejor con la actitud de urgencia y es en la que determinamos la activación del “Codigo Ictus”.

En la **segunda pestaña** se ofrecen dos escalas para la valoración clínica del paciente: la escala de Cincinnatti y la escala de Los Ángeles.



El profesional deberá, en todo caso, marcar la actitud (Resolución) tomada con la información disponible en ese momento.

La tercera pestaña tiene un valor predictivo mayor ya que permite, en casos de AIT, conocer el riesgo de recurrencia en función de los datos del paciente mediante la aplicación de la escala ABCD2 teniendo en cuenta que no se correlaciona correctamente con el subtipo de AIT con mayor riesgo de recurrencia que es el de tipo Aterotrombótico.



En esta pestaña, cumplimentaremos la escala ABCD2 y la actitud (Resolución) tomada con este paciente.