

PROCESO ASISTENCIAL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

DEFINICION GLOBAL:

- **Definición funcional:** Proceso de asistencia a pacientes con Ictus que son atendidos en la planta de hospitalización de la UGC Medicina Interna
- **Limite de entrada:** Paciente con ictus agudo derivados al servicio de urgencias de nuestro hospital y que cumplen criterios de ingreso en nuestra UGC
- **Limite final:** Paciente que tras diagnóstico etiológico y tratamiento específico en nuestra UGC es dado de alta hospitalaria
- **Limites marginales:** pacientes menores de 51 años, con hemorragia cerebral o con un ictus isquémico que pueda ser quirúrgico, y que por tanto deban derivarse a H. Torrecárdenas (neurología o neurocirugía). Pacientes con enfermedad neoplásica terminal o con deterioro cognitivo y/o funcional que por su situación clínica no se beneficiarían de un ingreso hospitalario, por lo que deben derivarse a su domicilio. AIT sin criterios de riesgo (no soplos carotídeos ni sospecha de origen cardioembólico), que deben derivarse a consultas externas (si <51 años a Neurología; resto a Medicina Interna)

TIPO I- HOSPITALIZACION

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA LA UGC MEDICINA INTERNA		
Profesionales	Actividades	Características de calidad
Médico de urgencias/ Atención Primaria	1. Atención Sanitaria.	1.1. Médico de familia: derivará a urgencias si criterios de hospitalización urgente 1.2. Médico de urgencias: realizará anamnesis y exploración y solicitará pruebas complementarias ajustadas al PAI (anexo I) y transmitirá la información al especialista y/o médico de guardia de la UGC Medicina Interna, si cumple criterios de ingreso en la UGC según PAI (anexo I). Si discrepancia, el especialista decidirá tras valoración en urgencias 1.2. Δ3 Se deberá tener especial precaución en la comunicación de información durante el traspaso del paciente (transferencia del paciente) a la UGC de Medicina Interna.



Personal administrativo	2. Recepción de la persona.	2.1 Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante la utilización de tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA. Δ2-OMS 12-ESP. 2.2 I Se informará de forma clara y precisa a la persona y/o familiar, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas.
	3. Trámites	3.1. Se facilitará justificante de ingreso hospitalario si así lo demandase el paciente y/o familiar. 3.2. Realizará los trámites administrativos necesarios durante el ingreso del paciente 3.3. Una vez dado de alta el paciente, ordenará la HC y la enviará al archivo

Enfermería UGC Medicina Interna	4. Atención Inicial y seguimiento	4. 1. Recepción: - Asignación de enfermera referente. - Plan de acogida: ¡Información a la persona enferma y familiar: explicarles el funcionamiento de planta (hoja de información general de hospitalización o Guía del Usuario) y aclarar las posibles dudas. - Comunicación del nombre de enfermera y auxiliar referente, mediante tarjeta informativa. 4. 2 Se verificara la identificación inequívoca del paciente Δ2-OMS 12-ESP. - Verificación de brazalete identificativo, que incluye Nombre y Apellidos, NUHSA, y NHC. - Se asegurará que antes de realizar pruebas diagnósticas o administrar medicamentos o componentes sanguíneos, se dispone del brazalete. - Comprobación de los datos y preparación de la historia clínica. 4.3. Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 9 OMS 17ESP 4.4. Δ2 Se aplicarán medidas de seguridad tras Valoración de riesgos del paciente: - Valoración del estado cognitivo, riesgo de caídas, riesgo de aspiración. Entrega de recomendaciones de disfagia. Se define objetivo de cuidados para esta fase: "El paciente antes del alta será capaz de gestionar sus cuidados": (cod NOC 1813): al alta el paciente comprenderá el régimen terapéutico específico. 4.5. Valoración del paciente en el Módulo de Cuidados Azahar: - Registro en la historia clínica de la valoración inicial, según las 14 necesidades de Virginia Henderson. - Valoración de los índices de Barthel y Braden, y de Escala de Esfuerzo del Cuidador si procede. - Definición del Plan de Cuidados individualizado del paciente: ejecución del Plan, registro de evolución en historia clínica y aplicación del plan terapéutico: Δ1 Se deberá tener precaución en la administración de medicamentos de aspecto o nombre parecido. Aplicación de intervenciones definidas en el Plan de Cuidados individualizados. Aplicación NIC específico del proceso. Δ7 Aplicación de "evitar errores en la conexión de catéteres y tubos".
--	--	--

Medico UGC Medicina Interna	5. Atención inicial y seguimiento	5.1 Se verificara la identificación inequívoca de la persona Δ2. - se comprobarán los datos de la historia clínica - se identificará claramente en cada hoja de la historia clínica, los datos del paciente.  5.2. Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 9 OMS 17ESP 5.3. Se aplicarán medidas que garanticen la administración segura de fármacos y la conciliación farmacoterapéutica. Δ16 ESP - se realizará prescripción electrónica para evitar errores - en caso de no poder hacerse, se escribirá con letra legible, en lugar destinado para ello y con identificación plena del paciente. 5.4 El médico de guardia de la UGC recibirá al paciente y realizará anamnesis y exploración física, con registro en historia clínica. Además verificará pruebas complementarias realizadas, solicitará la precisas según PAI y ajustará el tratamiento (Anexo II). Facilitará información concisa y clara al paciente y/o familiares. 5.5. El médico responsable: A) Presentación: - Identificación personal. Comunicación del nombre del personal facultativo responsable, I información de procedimientos a realizar. B) Revisión de historia clínica completa: - Se verificará la información para evitar errores, especialmente en las hojas de procedimientos diagnósticos y de tratamiento, con la comprobación de los datos de identificación. - Δ6 En todos los casos se escribirá con letra legible. Se fechará y firmará cada uno de los documentos. C) Visita médica diaria con horario reglado: - Se realizará anamnesis y exploración física. - Valoración conjunta con la enfermera referente D) Criterios de calidad específicos del PAI: Anexo II E) I información a paciente y familia: - Se informará puntualmente sobre la estrategia diagnóstico-terapéutica y sobre las posibles alternativas y se registrará en la historia clínica. - Con carácter diario, se informará sobre la situación clínica. - Se entregará Consentimiento Informado para los estudios que lo precisen, con explicación verbal de acuerdo a la capacidad de comprensión del paciente - La información será clara y comprensible
--	--	---



Médico / Enfermera AH	6. Planificación del alta	6.1. El médico y enfermera referente planificarán el alta del paciente: - Se elaborará un informe clínico que garantice la continuidad asistencial con información completa sobre los procedimientos efectuados, actitudes terapéuticas y situación clínica y de cuidados del paciente y recomendaciones de pautas de autocuidados para paciente y, en su caso familia, en el domicilio. - Fomento de la autonomía personal - Se dispensarán las primeras recetas y visado de las mismas en caso necesario - Se le entregará el Cuestionario de satisfacción al Alta Hospitalaria. - Se facilitará la cita de revisión para consultas externas cuando sea necesaria. - Se confirmará la comprensión por parte del paciente y familia, de la información del plan terapéutico a seguir en domicilio. - Se gestionará la intervención temprana con la Enfermera Gestora de Casos (ECG) , en caso necesario Δ3OMS 24ESP 6.2. En el momento del alta del paciente se le entregará el Informe, dejando constancia del mismo en la historia clínica y enviando copia al EBAP para información y facilitar continuidad asistencial.
--------------------------	------------------------------	---

Fdo. Dr. Pedro L. Carrillo Alascio.
Especialista en Medicina Interna.
Director UGC Medicina Interna.

PROCESO ASISTENCIAL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO ANEXO I. CRITERIOS DE INGRESO Y DOCUMENTACION ESPECIFICA

En los Procesos Asistenciales Integrados se garantizará la transmisión de la información clínica entre los profesionales de diferentes ámbitos de actuación (Urgencias-Hospitalización), para asegurar la continuidad asistencial **Δ24-ESP**. Todo paciente debe ser ingresado con Criterios de Ingreso específicos y Documentación clínica específica

CRITERIOS DE INGRESO
Paciente mayor de 50 años con criterios de inclusión en el PAI
Ictus agudo isquémico sin criterios quirúrgicos
AIT con clínica de inicio < 48h, ó > 48h con soplo carotídeo o sospecha de origen cardioembólico
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN I (se remiten a H. Torrecardenas: Neurología o Neurocirugía):
• Menores de 50 años con ictus isquémico, se remiten a neurología
• Hemorragia cerebral, se remiten a Neurocirugía
• Ictus isquémico con posibles criterios quirúrgicos (infarto cerebral maligno e infarto cerebeloso ocupante de espacio), se remiten a neurocirugía
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN II (no se benefician de ingreso hospitalario ni estudio ambulatorio):
• Situación clínica previa de gran deterioro (neoplasias muy evolucionadas, deterioro motor o cognitivo grave, marcada incapacidad por infartos múltiples previos), salvo incremento de dependencia no asumible por cuidador principal.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN III (ingreso en UCI)
• Realización de fibrinolisis: ingreso en UCI al menos 24 horas. Posteriormente si < 50 años se derivará a H. Torrecárdenas

DOCUMENTACION CLINICA ESPECIFICA
Anamnesis y exploración general y neurológica.
Analítica general
Rx de Torax
ECG
TAC craneal

Dr. Pedro L. Carrillo Alascio
Director UGC Medicina Interna.

**PROCESO ASISTENCIAL ICTUS
ANEXO II. CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD EN PACIENTES
INGRESADOS**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD EVALUACION INICIAL	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Evaluación	Se realizará anamnesis, exploración física general y neurológica

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DIAGNOSTICO	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Analíticas	Hemograma, VSG, Bioquímica en sangre y orina, estudio de lípidos, hbA1c si diabético
Ecodoppler TSA	Realización de doppler cervical durante el ingreso
Por condiciones clínicas o terapéuticas	ECG y RX torax, si es necesario
Otras pruebas según sospecha diagnóstica	- Nuevo TAC craneal si primero normal o cambios clínicoa; - RMN craneal : si discordancia entre clínica y TAC; estudio específico de lesión observada en TAC; posibles lesiones en fosa posterior; etc - AngioRMN de TSA si alteraciones en Ecodoppler - Estudios cardiológicos: ecocardio si sospecha de origen cardioembólico; Holter si sospecha de origen cardioembólico y no arritmia ni otra causa que lo justifique - Otros estudios de laboratorios: autoanticuerpos, serologías, LCR, si otra sospecha diagnóstica

CRITERIOS DE CALIDAD TRATAMIENTO	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Medidas generales	O ₂ solo si Sat<92%; pronta reducción de TA solo si > 220/120 en isquémico o 180/110 en hemorrágico; antipiréticos si t ^a > 37,5%; sueroterapia si preciso 2000-2500 salvo contraindicación (fallo ventricular o HTIC) que será menor a 2500, siempre con soluciones isotónicas, no hipotónicas ni glucosazas; medidas antiedemas con manitol y diuréticos del asa; nunca con corticoides; control estricto de iones y glucosa; HBPM como profilaxis de ETV; no se recomienda hemodilución salvo hto >55%
Dieta	Seleccionada en función de condiciones del paciente y comorbilidad. Recomendable iniciar alimentación o enteral lo antes posible. No prolongar más de lo necesario la dieta absoluta ni el sondaje nasogástrica para la alimentación.
Identificación y control de FRV	Se identificarán FRV y se iniciarán las medidas terapéuticas para su control
Tratamiento antiagregante	Inicio de tratamiento antiagregantes en las 1 ^a 48 horas, salvo contraindicación
Tratamiento anticoagulante	Se indica anticoagulación durante el ingreso si AIT o infarto cardioembólico; alteraciones específicas de la coagulación o estados protrombóticos; disección carotídea o trombosis venosa central
Tratamiento rehabilitador	Se solicita tratamiento rehabilitador, cuando esta indicado, en las primeras 48 horas
Tratamiento quirúrgico	Endarterectomía carotídea si AIT o ictus isquémico en los últimos 6 meses y estenosis carotídea ipsilateral (al hemisferio cerebral sintomático) superior al 70%. Alternativa: angioplastia transluminal percutánea carotídea

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD AL ALTA	
Informe de alta médico	Se recoge además la situación neurológica al alta

Dr. Pedro L. Carrillo Alascio
Director UGC Medicina Interna.