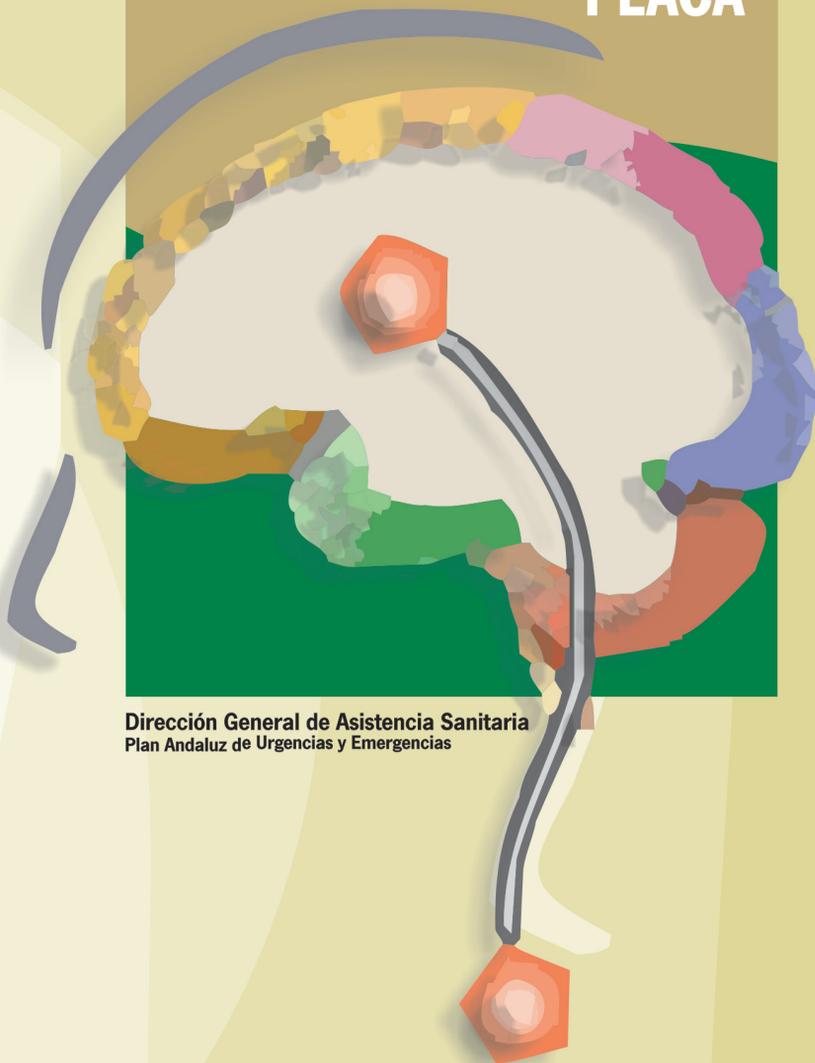


Plan Andaluz de Ataque Cerebral Agudo PLACA



Dirección General de Asistencia Sanitaria
Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



PLAN ANDALUZ DE ATAQUE CEREBRAL AGUDO (PLACA)

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Dirección General de Asistencia Sanitaria
Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

Con el aval de las Sociedades Científicas

- SAMFYC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria).
- SAMIUC (Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva, Urgencias y Coronarias).
- SAN (Sociedad Andaluza de Neurología).
- SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias).
- EPES (Empresa Pública de Emergencias Sanitarias).

Año de edición, 2008

REDACTORES

Francisco Murillo Cabezas
Dolores Jiménez Hernández
Ignacio Pérez Torres
Antonio Rodríguez Zarallo
Antonio Caballero Oliver
Luis Olavarría Govantes

AUTORES (Por orden alfabético)

Vigil Martín, Eduardo
Serrano Castro, Pedro
Santos Gurriarán, Jorge
Rodríguez Zarallo, Antonio
Rodríguez Elvira, Manuel
Pérez Torres, Ignacio
Olavarría Govantes, Luis
Navarrete Navarro, Pedro
Murillo Cabezas, Francisco
Molina Díaz, Rafael
Maestre Moreno, José Francisco
Lubián López, Manuel
López Chozas, José Manuel
Jiménez Hernández, Dolores
Guerrero López, Francisco
García Montes, José Luis
Ferreiro Madueño, Manuel
Calderón de la Barca Gázquez, José María
Caballero Oliver, Antonio
Aguilera Navarro, José María

Colaboración en la Publicación: **Lorenzo Gutiérrez Martínez**
Aurelio Martínez Zambrano

Diseño de portada: **Juan José Pérez Rivas**

Agradecimiento a: **María de la Soledad Díaz Rodríguez**, Secretaria del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

© 2008 Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud

Edita: Servicio Andaluz de Salud.

Avd. de la Constitución, 18 - 41071 Sevilla. Telf.: 955 01 80 00 - Fax: 955 01 80 25

web: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

D.L. SE-1.203-08

ISBN: 978-84-691-1246-5

Diseño maquetación e impresión: Tecnographic, s.l. Sevilla



I. INTRODUCCIÓN	
II. OBJETIVOS	7
III. PLAN DE ACTUACIÓN	11
III a. Protocolo de Atención Telefónica al Accidente Cerebral Agudo	13
III b. Criterios para la activación del Código ICTUS	13
III c. Protocolo de Actuación y Traslado Urgente	16
III d. Grupos de implantación del PLACA	19
III e. Estudio de implantación de un registro de Accidente Vascular Cerebral en Andalucía	20
IV. DIVULGACIÓN SOBRE EL ICTUS A LA POBLACIÓN	22
	23

I. INTRODUCCIÓN

La patología vascular cerebral, ataque cerebral o ictus es la tercera causa de muerte en los países occidentales y la primera global en España por entidades específicas. La tasa de mortalidad anual por ictus es del 27 por 100.000 habitantes. Se admite una cifra media de incidencia entre 150-200 casos por 100.000 habitantes/año y una prevalencia de 500-600 casos por 100.000.

En Andalucía, los ictus constituyen una de las causas más frecuentes de ingreso en los Servicios de Neurología de los hospitales. En relación con su etiopatogenia, el 20% corresponden a procesos hemorrágicos y el 80%, a etiología isquémica (trombosis y embolismo).

Siendo estos datos suficientemente importantes, debemos añadir que, en estudios recientes de ictus, usando la escala de Rankin modificada, se encuentran otros significativos: solo en un 25% de los pacientes la recuperación después del ictus es total (score de 0 ó 1), mientras

un 50% presentan en los tres meses siguientes al ictus distintos grados de minusvalía o discapacidad, con Rankin score de 2, 3 ó 4. Las cifras globales de discapacidad se mantienen de forma similar en el periodo de un año después del accidente agudo.

Los datos anteriores nos informan de una realidad sobre la atención de esta patología: la limitada eficacia de las terapéuticas disponibles en el momento actual. Si bien es cierto que se ha conseguido una disminución en la mortalidad intrahospitalaria, los efectos han sido mucho más limitados en la prevención del daño cerebral y en la reducción de las secuelas incapacitantes.

Nos encontramos, por tanto, con una patología de alta incidencia y con un alto índice de mortalidad. Por consiguiente, representa, en el mundo occidental, un problema socio-sanitario de primer nivel, dados los costes sanitarios y sociales derivados de su atención. Actualmente la trombolisis cerebral intravenosa ha abierto una nueva opción terapéutica cuyo principal determinante, al igual que en la patología vascular cardíaca, es el tiempo el factor clave en la eficacia terapéutica.

No obstante, existen, dentro de la similitud de estas patologías, algunas diferencias significativas: los pacientes con patología vascular cerebral susceptibles de trombolisis son muchos menos que los afectados por infarto agudo de miocardio, debido a que en gran número de aquéllos el tiempo transcurrido en establecer el diagnóstico supera el intervalo de 3 horas considerado límite y conocido como "ventana terapéutica". El escaso número de pacientes susceptibles de trombolisis con estos criterios ha hecho que, en algunos protocolos, el límite para la trombolisis se sitúe en las 6 horas, aunque la eficacia sea más relativa.

Las causas por las que estos pacientes llegan "tarde" a la oferta terapéutica es multifactorial. Los pacientes y el entorno familiar desconocen

la sintomatología, muy variable, de esta patología, lo que se traduce en un aviso tardío a los Servicios de Emergencias y Urgencias del área o en trasladar al paciente al centro hospitalario por sus propios medios, sobrepasando el tiempo límite.

De otra parte, el diagnóstico diferencial en pacientes comatosos o con cuadro confusional exige aprendizaje y experiencia. El diagnóstico de ICTUS es clínico, pero el TC es imprescindible para excluir un ICTUS hemorrágico u otro proceso que pueda remedar un ICTUS. La confirmación diagnóstica necesaria para establecer una terapéutica de riesgo, como es la trombolisis, es el TC de cráneo, lo que exige un nivel de Centro Sanitario superior, un buen nivel de cribaje en la urgencia hospitalaria y una respuesta muy eficiente del Servicio de Radiodiagnóstico.

Podríamos decir, pues, que la eficacia en la atención a esta patología depende de una organización que empiece por dar conocimientos a la población de la sintomatología más característica (educación sanitaria), por formar y sensibilizar al personal que atiende los teléfonos de emergencia, y por protocolizar los cuidados hasta la confirmación diagnóstica y organizar un dispositivo asistencial en el hospital capaz de dar una atención de calidad a estos pacientes.

En la revisión bibliográfica es muy significativo el gran número de referencias a investigaciones clínicas sobre esta patología basadas en los datos contenidos en los Registros de patología vascular cerebral. Es asimismo una constante en la bibliografía la puesta en evidencia de la falta de información suficiente y fiable que permita conocer con mayor exactitud las cifras de incidencia y prevalencia, los resultados a medio y largo plazo, la calidad asistencial expresada en indicadores medibles y su relación con las siguientes variables: quién, cómo, cuándo, dónde... se realiza la atención a los pacientes.



II.

El principal objetivo del PLACA es mejorar la atención a la patología vascular cerebral y paliar en la medida de lo posible las graves consecuencias que padecen los pacientes que sufren un Ataque Cerebral Agudo. Se pretende disponer además de una tecnología que nos permita analizar la calidad de la atención que se presta a los pacientes con ataque cerebral agudo e incrementar la eficacia de las medidas terapéuticas y la eficiencia de los recursos disponibles. Para ello, es necesario:

- Informar a la población sobre la sintomatología más característica (educación sanitaria).
- Formar al personal que atiende los teléfonos de emergencia.
- Protocolizar los cuidados de los pacientes hasta la confirmación diagnóstica.

- Organizar dispositivos asistenciales en los hospitales capaces de dar una atención de calidad a estos pacientes.
- Disponer de información epidemiológica fiable de la patología vascular cerebral para evaluar la eficacia del proceso.

Con el fin de abordar estos objetivos, se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar dentro del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias y, junto a las sociedades científicas –SEMES, SAMIUC, SAMFYC, SAN y EPES–, se establecen las bases para mejorar la atención a esta patología. Asimismo, se define el protocolo de atención telefónica al Accidente Cerebral Agudo para los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias, los criterios de activación del Código Ictus y el Protocolo de Atención y Traslado Urgente en el Ataque Cerebral Agudo, al tiempo que se constituye un equipo investigador para elaborar un Registro de ictus en Andalucía.

III A. PROTOCOLO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA AL ACCIDENTE CEREBRAL AGUDO

1. ¿Cómo habla?	a) Habla normal. b) Habla raro/no se le entiende. c) No habla.
2. Si no habla, zarandéelo o pellízquelo	a) Abre los ojos. b) Se mueve. c) No hace nada.
3. ¿De qué se queja o qué le nota?	a) Boca torcida. b) Parálisis / pérdida de fuerza. c) Hormigúeo.
4. ¿Cómo respira?	a) Normal. b) Con dificultad / ronquidos.
5. ¿Está pálido y/o sudoroso?	a) No. b) Sí.
6. ¿Está convulsionando? (“dando botes”, “bregando”...)	a) No. b) Sí.
7. ¿Ha vomitado?	a) No. b) Sí.
8. ¿Es la primera vez que le ocurre?	a) No. b) Sí.
9. ¿Cuánto tiempo lleva así?	a) Menos de 4 horas. b) Entre 4 y 48 horas. c) Más de 48 horas.
10. ¿Padece de alguna enfermedad? (Antecedentes)	a) Del corazón / arritmias. b) Tensión arterial alta. c) Azúcar en la sangre (diabetes). d) Toma de anticoagulantes (aspirina, acenocumarol) o problemas de coagulación. e) Trombosis o hemorragias cerebrales múltiples. f) Neoplasia (cáncer) evolucionada. g) Otros (especificar).
11. ¿Qué tipo de vida hace?	a) Normal. b) Limitada dentro de casa. c) Come y se asea solo. d) Encamado. e) Necesita pañales.

La correcta asistencia del accidente cerebrovascular empieza por reconocer que se trata de una emergencia médica, al igual que el síndrome coronario agudo. Existe un amplio consenso en la literatura internacional de que la mejor forma de proporcionar una asistencia rápida al accidente cerebrovascular es la llamada inmediata al sistema médico de emergencias.

A pesar de la elevada mortalidad y morbilidad del accidente cerebrovascular, muchas veces los pacientes y los familiares no reconocen sus síntomas o no se dan cuenta de que necesitan un tratamiento urgente. Existen varios factores responsables del retraso del traslado del paciente al hospital, como la escasa concienciación sobre el accidente cerebrovascular por parte del paciente o de la familia, la reticencia a solicitar ayuda médica urgente, un diagnóstico incorrecto y no considerar el accidente cerebrovascular como un problema urgente por parte del personal médico o del médico de atención primaria.

Identificar los síntomas y los signos del accidente cerebrovascular son una de las prioridades del triage telefónico. Los síntomas que más frecuentemente se asocian al accidente cerebrovascular y por los que puede producirse la llamada incluyen:



Adormecimiento o debilidad repentina de la cara (incluye desviación de la boca a un lado), del brazo o de la pierna, sobre todo, si afecta a una mitad del cuerpo.



Confusión repentina; dificultad para hablar, pronunciar o entender palabras.



Dificultad de visión repentina en uno o ambos ojos (incluye tanto pérdida de visión como aparición de “visión doble”).



Dificultad repentina para caminar, inestabilidad, pérdida de balance o de coordinación (al estar de pie, al caminar o del uso de las extremidades).

El accidente cerebrovascular puede presentarse bajo cualquiera de los síntomas descritos en el cuadro (tanto de forma aislada como combinados), con diferente grado de intensidad (leve, moderado o muy intenso). Otras formas de presentación pueden incluir:

- Aparición de dolor de cabeza de forma brusca de causa desconocida (aplicar protocolo de triage de dolor de cabeza).
- Disminución brusca del nivel de conciencia/pérdida de conciencia (aplicar protocolo específico de triage).

Asignación del Tipo de Recursos en función a las respuestas:

- La demanda ha alcanzado Prioridad I y se aconseja asignación inmediata de recurso “R1” (O6I,...) en:
 - 4 (b)
 - 5 (b)
 - 6 (b)
 - 7 (b) + 1 (c)
 - 7 (b) + 2 (c)

- La siguiente combinación de respuestas al protocolo implican ingreso urgente e inmediato en AMBULANCIA (RTU):
 - 8 (a) + 9 (a) + 11 (a)

- La demanda ha alcanzado Prioridad II y se aconseja asignación inmediata de recurso “R2” (DCCU, ...) en:
 - 10 (e) + 4 (b)
 - 10 (e) + 5 (b)
 - 10 (e) + 6 (b)

 - 10 (f) + 4 (b)
 - 10 (f) + 5 (b)
 - 10 (f) + 6 (b)

 - 11 (e) + 4 (b)
 - 11 (e) + 5 (b)
 - 11 (e) + 6 (b)

III B. CRITERIOS PARA LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS

1. EDAD.

< 80 años.

2. SITUACIÓN PREVIA AL EPISODIO

Autosuficiente para las labores de comida, aseo propio y control de esfínteres.

Ausencia de demencia. Ausencia de ictus isquémicos o hemorrágicos previos, pero serán valorados los cuadros de ataques isquémicos transitorios, infartos lacunares sin déficits residuales evolutivos.

Enfermedades hepáticas crónicas en estado activo (hepatitis, cirrosis).

Ausencia de otras enfermedades terminales de cualquier origen.

3. TRATAMIENTO Y MEDICACIÓN PREVIOS

Se debe confirmar la toma de anticoagulantes orales, AAS y otros antiagregantes plaquetarios, aunque este apartado no invalida la activación del Código ICTUS.

4. TIEMPO DE EVOLUCIÓN

< 4 horas, documentado por testigos.

5. DÉFICIT MOTOR

Paciente con algún grado de paresia, que se mantiene durante la fase extrahospitalaria, incluyendo parálisis facial, trastornos del lenguaje y trastornos visuales (hemianopsia).

6. NIVEL DE CONCIENCIA

La situación de coma no invalida el Código ICTUS. Estos enfermos, a través de la prioridad 2, deben trasladarse al Hospital con los medios de soporte vital necesarios. La situación de coma (ausencia de respuesta a estí-

mulos verbales) en el ictus agudo isquémico desaconseja, según la bibliografía existente, la indicación de fibrinólisis por ser el subgrupo con mayor riesgo de sangrado y con el menor beneficio sobre el déficit motor.

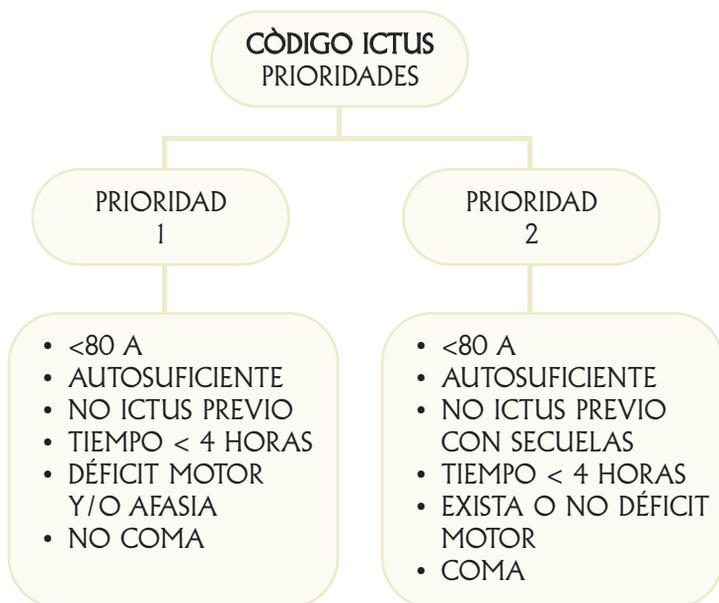
7. OTROS CRITERIOS

El embarazo contraindica la fibrinólisis.

8. ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS EN EL ATAQUE CEREBRAL

La activación del Código ICTUS en el medio extrahospitalario se realizará por medio de la llamada al Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias O61.

Los pacientes en prioridad 1 deben trasladarse a hospitales con equipos de ictus y TAC las 24 horas del día. La prioridad 2 se trasladará a su hospital de referencia y, posteriormente, de acuerdo a los criterios médicos y radiológicos, a un centro de referencia neuroquirúrgico.



9. MEDIOS DE TRASLADOS AL HOSPITAL DE REFERENCIA

PRIORIDAD 1. Traslado en ambulancia de la Red de Transporte Urgente. Ingreso hospital <45'. Informe al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de su ingreso. Notificación del tiempo de comienzo de los síntomas y de llegada. Activación del equipo ictus.

PRIORIDAD 2. Traslado en UCI móvil, ingreso hospital <45'. Notificación del tiempo de comienzo de los síntomas y de llegada al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias y al hospital de referencia, si procede su traslado secundario. Activación del equipo ictus.

En cualquiera de las prioridades anteriores, si el paciente presenta criterios de gravedad (*), se trasladará en UCI móvil o en ambulancia medicalizada de Red de Transporte Urgente con personal sanitario.

(*) [coma, inestabilidad hemodinámica, alteraciones ventilatorias, vómitos y crisis convulsiva].

10. ATENCIÓN EN EL ÁREA DE URGENCIAS

PRIORIDAD 1.

Valoración por equipo de ictus en <15', analítica y coagulación <10'. TC <30 minutos de ingreso. Valoración de fibrinólisis iv y/o tratamiento específico por el equipo de ictus <10' tras TC.

PRIORIDAD 2.

Valoración por el S.C.C.U. en <15', analítica y coagulación <10'. TC realizado <30' del ingreso. Valoración del tratamiento específico <10' tras TC y activación del Equipo Ictus, si procede.

III C. PROTOCOLO DE TRASLADO Y ATENCIÓN URGENTE

PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y TRASLADO URGENTE EN EL ATAQUE CEREBRAL AGUDO (ICTUS AGUDO)

CONDICIONES PARA EL TRASLADO INMEDIATO

¿QUÉ VIGILAR?

- ▶ Determinar PA, FC, Sat O2 y glucemia capilar
- ◆ No administrar ASPIRINA ni HIPOTENSORES
- ▶ Via venosa periférica - Suero Fisiológico (en brazo no parético)

¿QUÉ HACER?

- ▶ Glucemia > 180 mg/dl → 10 UI de Insulina rápida
- ▶ PAS > 220 o PAD > 120 → Captopril 25 mg. v.o.
- ▶ Saturación O2 < 92% → Oxigenoterapia
- ▶ Temperatura > 37.5°C → Paracetamol v.o./e.v.

ICTUS < 4 horas

Traslado inmediato
(Emergencia - Prioridad 1)

ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS

061

DERIVACIÓN HOSPITAL

¿CUÁNDO ACTIVAR EL CÓDIGO ICTUS?

- Paciente < 80 años, independiente en AVD
- Síntomas focales (Escala Cincinati)*
- Confirmar hora de inicio de los síntomas
- Identificar signos de ICTUS y criterios de trombosis
- Transporte con prioridad absoluta (Emergencias/Prioridad 1)
- Alerta equipo de ICTUS (Tif.: 061)
- Protocolo de traslado

¿CUÁNDO NO ACTIVAR?

- ICTUS < 4 horas con criterios de exclusión
- ICTUS 6 - 24 horas

¿CÓMO SOSPECHAR EL DIAGNÓSTICO EXTRAHOSPITALARIO DEL ATAQUE CEREBRAL? *(Escala de Cincinati)

Debilidad facial: Un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro lado al sonreír o enseñar los dientes
Caída del brazo: Un brazo no se mueve o cae en comparación con el otro brazo, al colocar ambos brazos elevados
Trastorno del lenguaje: El paciente emite palabras no bien pronunciadas, utiliza palabras inapropiadas o no puede hablar

Debe constatarse uno o más de estos tres signos para activar el Código ICTUS

¿POR QUÉ HACERLO?: OBJETIVOS DEL CÓDIGO ICTUS

- ▶ Disminuir el tiempo entre el inicio del ICTUS y el acceso a un diagnóstico y tratamiento especializado
- ▶ Incrementar el número de pacientes con infarto cerebral tratados con trombólisis
- ▶ Incrementar el número de pacientes que accedan a cuidados específicos de ICTUS

EL TIEMPO ES CEREBRO



Servicio Andalúz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



III D. GRUPOS DE IMPLANTACIÓN DEL PLACA

Estructura funcional multidisciplinaria que agrupa al conjunto de profesionales sanitarios implicados en la atención del ictus.

Se designará un responsable de la implantación del proceso. Su función será coordinar las actuaciones, desarrollar los protocolos y vías clínicas del ictus agudo y realizar el seguimiento de los mismos.

FUNDAMENTO.

La existencia de estos grupos mejora la atención del ictus agudo.

COMPONENTES FUNDAMENTALES.

- Comité de Ataque Cerebral, formado por neurólogos, médicos de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria, Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias, OóI –EPES–, radiólogos, rehabilitación y personal de enfermería.
- Equipo Inmediato de Atención al Ataque Cerebral, que estará formado por facultativos del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, radiólogos, personal de enfermería y un neurólogo en aquellos casos en que se disponga de esa especialidad. Para la actuación inmediata al Ataque Cerebral el equipo asistencial tendrá como composición mínima a los médicos del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, médico radiólogo, personal de enfermería y un neurólogo accesible, de presencia física o localizada en ese hospital o en el de referencia.

La constitución de los equipos anteriormente citados se realizará con el personal disponible que actualmente existe, tras recibir una formación adecuada.

- Grupo Técnico Regional del PLACA formado por representantes de sociedades científicas, EPES y SAS (PAUE).

ACTIVIDADES.

1. Comité de Ataque Cerebral

- Mantener actualizados los protocolos de actuación y guías de práctica clínica (GPC) del ictus agudo para su aplicación en los Dispositivos y Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias.
- Seguimiento de los grados de cumplimiento de las GPC, vías clínicas y planes de cuidados en esta patología.
- Detectar y corregir las desviaciones en los procesos de atención al ictus agudo.
- Asegurar la continuidad asistencial con las demás estructuras del Área de Salud.
- Planificar reuniones entre los distintos niveles asistenciales para revisar procedimientos.
- Revisar la documentación informativa sobre diagnósticos y aspectos terapéuticos. Diseñar y revisar asimismo los consentimientos informados cuando se precise.
- Promover la docencia e investigación epidemiológica. Realización de Cursos y Talleres para la formación continuada del personal. Participación en congresos y publicaciones científicas.
- Seguimiento de los indicadores asistenciales del Proceso Ataque Cerebral.
- Evaluar la Calidad Asistencial del Proceso.

2. Grupo Técnico Regional del PLACA

Se mantiene la continuidad con un grupo de expertos, formados por representantes de los organismos centrales del SAS a través del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE) y de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), además de las siguientes sociedades científicas: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Sociedad Española de Medicina Rural y Generalistas (SEMERGEN), Sociedad Española de Neurología (SEN) y Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva, Urgencias y Coronarias (SAMIUC), con las siguientes actuaciones: Diseño funcional, difusión, planificación, implantación, análisis de registros y evaluación continua del Plan Andaluz de Ataque Cerebral, dentro del proceso de ataque cerebral.

III E. REGISTRO DE ACCIDENTE CEREBRAL VASCULAR

IMPLANTACION DE UN REGISTRO EN SOPORTE ELECTRÓNICO DE PATOLOGÍA VASCULAR CEREBRAL.

Se plantea un Registro de ictus en un soporte electrónico que permita disponer de información válida y fiable de los pacientes, tanto del ámbito hospitalario como del extrahospitalario, y evaluar los pacientes con ictus en su periodo agudo y de atención sanitaria en cuidados durante el ingreso hospitalario, así como los pacientes durante al menos el primer año siguiente al episodio agudo.

Estos Registros estarán en consonancia y compatibilidad con la historia digital del ciudadano “DIRAYA”.

El Registro por tanto no se constituye sólo como una herramienta para medir los índices de incidencia y prevalencia de esta patología en

Andalucía. Pretendemos disponer de una tecnología que nos permita además analizar la calidad de la atención asistencial a los pacientes con ictus e incrementar la eficacia de las medidas terapéuticas y la eficiencia de los recursos disponibles.

IV.

DIVULGACIÓN SOBRE EL ICTUS A LA POBLACIÓN

TRÍPTICOS PARA LA DIVULGACIÓN
A LA POBLACIÓN DE INFORMACIÓN,
PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN EN CASO DE
PRESENTACIÓN DE UN ICTUS.



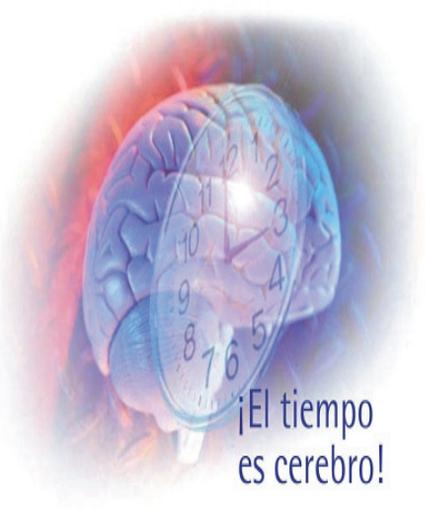
Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
CONSEJERÍA DE SALUD



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



PLACA
Plan Andaluz de
Ataque Cerebral Agudo



¡El tiempo
es cerebro!

Para solicitud de asistencia 

Otra información:
Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias
Avda. de la Constitución, 18. 41071. Sevilla
Tfno: 955 01 83 26

Elaborado y avalado por:



<http://www.senesandalucia.org>



http://neurologia.mdm.es/iber/IBERICA_andalucia/SAN.htm



<http://www.samuc.es>



<http://www.samfyc.es>



Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
CONSEJERÍA DE SALUD

<http://www.epes.es>

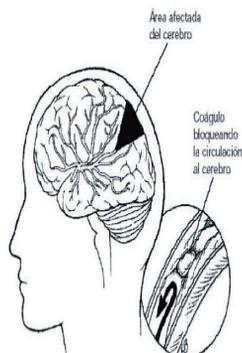


Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

¿ Qué es un ATAQUE CEREBRAL O ICTUS ?

En expresiones coloquiales un ictus sería una “trombosis al cerebro”, “embolia cerebral”, “hemorragia cerebral”, “congestión” o un “infarto cerebral”. Todas ellas definen una grave enfermedad que representa la segunda causa de muerte y primera de invalidez en España. Su riesgo aumenta a medida que envejecemos, sobre todo a partir de los 65 años. Las personas con diabetes, hipertensión, o enfermedades del corazón, son las que corren más riesgo de este ataque cerebral.



En definitiva, un ictus es una lesión cerebral, causada por una serie de acontecimientos facilitados por diferentes factores de riesgo, muchos de los cuales pueden ser evitados previamente, y que cuando se produce puede dejar lesiones permanentes o transitorias en forma de parálisis, trastornos al andar, trastornos del pensamiento, del habla y de la conducta entre otros. En ocasiones el ictus provoca la muerte. Frecuentemente estas lesiones precisan de largos periodos de rehabilitación y de ayuda familiar.

¿ Por qué se produce un ictus ?

Un ataque cerebral ocurre cuando uno de los vasos sanguíneos del cerebro se obstruye por un coágulo (embolia o trombo) o se rompe (hemorragia) no llegando así la sangre a las células del cerebro, las cuales mueren en mayor o menor cantidad al no recibir el oxígeno y los nutrientes necesarios.

Si no se actúa rápidamente, una zona del cerebro puede dejar de funcionar produciéndose graves consecuencias.

Cuanto antes se resuelva esta situación y mejore la circulación, más células nerviosas salvamos y menos invalidez se produce:

El tiempo es cerebro... ante el ictus, ¡actúa a tiempo!

¿Podemos evitar la aparición de un ICTUS?

Existen en nuestro organismo una serie de factores de riesgo que nos predisponen para tener un ictus. Unos factores no pueden ser modificables, como son la edad y la herencia genética, pero para otros existen unas estrategias que disminuyen de forma muy importante su aparición. Estos factores de riesgo sobre los que tenemos que preocuparnos personalmente para controlarlos o evitarlos son: La hipertensión, la diabetes, el tabaquismo, el aumento de peso, el aumento del colesterol y la falta de ejercicio. También son importantes las arritmias y otras enfermedades del corazón.

¿Cómo podemos prevenirlo?

Prevenir es siempre mejor que curar y es la forma más eficaz de cuantas se conocen para la lucha contra el ictus. Son consejos de salud reconocidos a nivel mundial dirigidos a mejorar la circulación y el corazón. Son los siguientes:

1. Controle su tensión arterial La tensión arterial alta provoca más ictus que infartos de miocardio.

Siga las indicaciones de su médico. No tome sal ni comidas abundantes. Evite el alcohol.



2. Vigile sus niveles de colesterol

El colesterol alto produce placas que se depositan en las paredes de las arterias y las estrechan, dificultando el paso de la sangre y por tanto de oxígeno para las células.

Haga una dieta mediterránea. Evite comer grasas animales y tome más vegetales y fruta.



3. No fume. Además de afectar gravemente al pulmón y a la laringe, el tabaco es uno de los grandes enemigos de la circulación en general y especialmente de las arterias del cerebro y del corazón.

Existen muchas formas para dejar el hábito de fumar. Solicite ayuda médica si lo necesita.

4. Realice ejercicio. Está demostrado que el sedentarismo aumenta la tensión arterial, además del peso y del aumento de colesterol. Haga ejercicio de forma mantenida de tres a cinco veces por semana durante treinta minutos. Al menos, pasear ligero media hora diaria. Se aconseja realizar ejercicio a todas las personas y su intensidad depende de su situación.



5. Controle su peso. El sobrepeso y la obesidad son perjudiciales para la salud, y predisponen a enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, infarto de miocardio, ictus). El exceso de peso acorta la esperanza de vida.

Evite las comidas entre hora. Coma con moderación. Haga ejercicio.

6. Cuide su diabetes. La diabetes conlleva un alto riesgo de problemas circulatorios. Si tiene familiares con diabetes infórmele a su médico de este antecedente.

Evite alimentos con azúcar (pastelería, bebidas azucaradas, azúcar refinado). Mantenga el peso adecuado y si tiene sobrepeso, adelgace. Acuda a su médico para un adecuado control de su azúcar en sangre.

¿Cómo reconocemos un ictus o ataque cerebral ?

Su familia y usted deberían conocer las señales de aviso para actuar rápidamente. Los síntomas o signos del ictus son:



Debilidad de la cara:

Un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro al sonreír, hablar o enseñar los dientes; la boca se tuerce.

Caída de extremidad:

Un brazo no se mueve o cae al intentar mantener elevados ambos brazos, parálisis o debilidad de un brazo o una pierna.

Trastorno del lenguaje:

El paciente no pronuncia bien las palabras o no puede hablar.

¿Qué debemos hacer ?

Para que puedan ser evaluados y sometidos al tratamiento más conveniente, los pacientes deben llegar al hospital lo antes posible.



Actualmente, en determinados casos y siempre que esté indicado, existen tratamientos médicos que mejoran significativamente la evolución de esta enfermedad si se actúa con rapidez.

ANTE LA PRESENCIA DE UNO O MÁS DE ESTOS SÍNTOMAS LLAME AL 061 O ACUDA INMEDIATAMENTE AL HOSPITAL.





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Plan Andaluz de
Ataque Cerebral Agudo
PLACA