

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Definición funcional: El Proceso Ataque Cerebrovascular (ACV o *ictus*) se define como aquél en el que, tras la detección e identificación inmediata del episodio, se procede al diagnóstico de confirmación, investigación etiológica y tratamiento del mismo, se produce la conexión y coordinación con los centros de Atención Primaria y se aborda la prevención secundaria y la rehabilitación.

Límite de entrada: Primer contacto del paciente con el Sistema Sanitario en el momento de inicio de síntomas compatibles: síndrome neurológico de inicio brusco y de posible origen vascular cerebral isquémico o hemorrágico no traumático. El primer contacto con los servicios sanitarios puede ser telefónico, en el domicilio, en las urgencias hospitalarias, extrahospitalarias o en la consulta del Médico de Familia o del Especialista.

Límite final: Se considera finalizado el proceso cuando:

- Se produce el inicio y seguimiento de las adecuadas actividades de prevención secundaria.
- Se consigue el nivel máximo esperado para cada paciente en la recuperación de la autonomía funcional y social.
- Se establecen las pautas de apoyo a cuidadores.

Límites marginales: Hemorragia cerebral intraparenquimatosa, fibrinólisis y hemorragia subaracnoidea. Reinserción sociolaboral y apoyo a familiares y cuidadores.

– *Hemorragia intraparenquimatosa*

No existen evidencias de que la evacuación del hematoma intraparenquimatoso aporte un beneficio clínico respecto al tratamiento médico. En determinadas circunstancias, se debe plantear el seguimiento por una unidad de neurocirugía ante la posibilidad de un tratamiento neuroquirúrgico:

- Hematoma de fosa posterior con diámetro superior a 3 cm.
- Hematoma con hidrocefalia aguda

Nivel de evidencia III/IV, grado de recomendación C

– *Fibrinólisis en ACV*

Actualmente no está autorizado el uso de agentes fibrinolíticos en la fase aguda del ACV, excepto en centros autorizados y mediante uso compasivo. Es necesario seguir estrictamente las recomendaciones del National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS), siendo candidatos aquellos pacientes con ACV isquémico agudo que puedan iniciar el tratamiento antes de las 3 primeras horas desde su inicio y cuando no existan contraindicaciones expresas. Se estima que serían candidatos a este tratamiento alrededor del 3 % de la población con ACV isquémicos. Una revisión sistemática de la literatura muestra que los fibrinolíticos reducen la dependencia y la mortalidad global a largo plazo, pero aumentan el riesgo de muerte a corto plazo (a expensas de una hemorragia intracraneal fatal).

– *Hemorragia subaracnoidea (HSA)*

Hay que recordar que más del 25 % de las HSA no se diagnostican en la primera consulta. En este sentido, es importante considerar como síntoma de alarma la aparición de una cefalea de inicio brusco, de gran intensidad ("la peor que el paciente ha tenido en su vida") que puede haberse desencadenado tras un esfuerzo y acompañarse de otros síntomas neurológicos. Ante ello, se recomienda la realización inmediata de una TC craneal y, si es preciso, un estudio del LCR.

Los pacientes a los que se ha detectado HSA deben ser controlados inmediatamente en un centro convenientemente dotado (incluyendo neurocirugía) para completar el diagnóstico y tratamiento. Por lo tanto, deben ser derivados a dichos centros aportando todos los estudios realizados