

## Àmbit

Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT).

Hospitals de referència per a l'atenció a la persona pacient amb ictus isquèmic agut.

Hospitals amb servei d'urgències hospitalari.

Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM).

Altres sistemes d'emergències que traslladin pacients a centres del SISCAT.

Servei Català de la Salut (CatSalut).

## Assumpte

Ordenació i configuració del model organitzatiu i dispositius per a l'atenció inicial a la persona pacient amb ictus isquèmic agut.

## Índex

1. Exposició de motius
2. Àmbit d'aplicació
3. Objecte
4. Marc organitzatiu. Nivells assistencials i model de sectorització
  - 4.1. Agents principals
  - 4.2. Codi d'activació per a l'atenció de la persona pacient amb ictus agut. Codi ictus
  - 4.3. Nivells assistencials. Hospitals de referència (CRI) per a l'atenció de la persona pacient amb ictus agut
  - 4.4. Nivells assistencials. Hospitals terciaris per a l'atenció d'ictus (CTI)
  - 4.5. Sectorització
5. Procediment
  - 5.1. Activació del Codi ictus
  - 5.2. Criteris de classificació de pacients (triatge)
  - 5.3. Comunicació
6. Implantació
7. Formació en atenció inicial a l'ictus agut
8. Seguiment i avaluació
  - 8.1. Registre de pacients amb ictus agut
  - 8.2. Avaluació

9. Verificació dels requisits d'assegurament, de residència i de cobertura del CatSalut

10. Disposició addicional

11. Disposició transitòria

12. Entrada en vigor

## Annexos

**Annex I.** Algoritme de decisió per a l'activació del Codi ictus

**Annex II.** Informació codificada per a la transferència de la persona malalta amb ictus agut

**Annex III.** Hospitals de referència per a l'atenció de la persona pacient amb ictus agut i la seva sectorització

**Annex IV.** Relació de centres o agrupació de centres terciaris d'ictus i els centres o hospitals de referència que els són assignats



## 1. Exposició de motius

I. La planificació sanitària del Departament de Salut és un dels eixos fonamentals de la política del Govern i té com a objectiu marcar les directrius estratègiques per continuar avançant en la millora de l'estat de salut, la disminució de les desigualtats i l'eficàcia dels serveis de salut.

L'article 62 de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, va crear el Pla de salut de Catalunya com a instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques en la matèria en l'àmbit de la Generalitat de Catalunya. El Pla de salut de Catalunya és l'eina amb què es dota el Govern per establir prioritats en matèria de salut. El Govern de la Generalitat, fomentant el rol directiu del Pla de salut, el reforça creant instruments com el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya, que estableix criteris de planificació de serveis per a les polítiques marcades en el Pla de salut.

Així mateix, es té en compte el Pla director de malalties de l'aparell circulatori (Decret 28/2006, de 28 de febrer, de creació del Pla director de malalties de l'aparell circulatori i el seu Consell Assessor, modificat pel Decret 140/2012, de 30 d'octubre, que preveu la doble vessant de les malalties cardiovasculars i les malalties vasculars cerebrals, els respectius directors i consells assessors).

El Departament de Salut incorpora en el marc de la planificació estratègica i operativa l'atenció a la persona pacient amb ictus agut, per desenvolupar juntament amb el CatSalut i les regions sanitàries en el conjunt de Catalunya.

L'ictus es la primera causa de mortalitat entre les dones catalanes, la tercera en els homes, i la principal causa de discapacitat mèdica o adquirida en l'adult. El Pla de salut de Catalunya<sup>1</sup> assenyalava l'experiència dels codis com un gran avenç en la resposta ràpida i adequada a les emergències, amb una millora de resultats contrastables.

II. S'entén com a Codi ictus un sistema d'emergència dirigit a la identificació i trasllat ràpid i urgent de pacients amb ictus agut a hospitals designats com a hospitals de referència (CRI), amb l'objectiu fonamental de reduir el temps entre l'inici dels símptomes i

l'avaluació experta del pacient afavorint, d'aquesta forma, el tractament de reperfusió en els pacients candidats. La reducció del temps fins al tractament és vital, ja que determina en gran mesura el benefici potencial que se n'obté.

L'atenció inicial del pacient amb ictus agut comporta una assistència urgent que requereix el treball multidisciplinari i integrat per part de professionals sanitaris de l'àmbit extrahospitalari i hospitalari per tal d'oferir una atenció ràpida, efectiva i precisa en cada punt de la cadena assistencial que s'ha de configurar en forma de xarxa, amb hospitals classificats segons la seva capacitat de resolució, en funció de la cartera de serveis i els criteris de qualitat que s'estableixin, cosa que determina els perfils dels pacients que poden atendre.

El Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) actua en la xarxa d'atenció a la persona pacient amb ictus mitjançant el Centre de Coordinació Sanitària (CECOS), entès com a instrument del Departament de Salut i del Servei Català de la Salut per portar a terme la coordinació, la gestió, el control de fluxos i la canalització de la demanda d'assistència sanitària, en cas d'urgència o emergència, dins el territori de Catalunya.

El SEM té la capacitat de classificar la gravetat dels pacients i assignar el recurs més adient per a la seva atenció prehospitalària, així com la destinació hospitalària en funció de la gravetat, d'acord amb l'organització i ordenació de fluxos que es deriven d'aquesta Instrucció. Aquests criteris són igualment aplicables al trasllat en les primeres hores del procés des d'un centre hospitalari emissor, que no pot assumir la resolució de la patologia, cap a un hospital receptor o de referència amb capacitat per fer un diagnòstic clínic, realitzar procediments específics urgents (per exemple: angiografiologia) o tractaments de reperfusió.

En determinats casos l'atenció requerida és d'alta especialització, tecnològica i d'expertesa clínica. Per raons de qualitat s'ha de donar de forma concentrada en pocs centres i els malalts hi han d'arribar al més aviat possible. El Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya<sup>2</sup> recull els criteris de planificació de l'atenció d'alta especialització i

<sup>1</sup>Pla de salut de Catalunya 2011-2015.  
[http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Document/plasalut\\_vfinal.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Document/plasalut_vfinal.pdf)

<sup>2</sup> Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya.  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.bb9b1888fd34827be23ffed3b0c0e1a0/?vgnextoid=4156cec690643310VgnVCM200009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=4156cec690643310VgnVCM200009b0c1e0aRCRD&vgnnextfm=default>



concentració d'acord amb les propostes de la Comissió de Serveis d'Alta Especialització del CatSalut. Concretament, inclou els criteris de planificació dels centres de màxima especialització en l'atenció a la persona pacient amb ictus agut.

El CatSalut té plenes competències en relació amb l'organització dels serveis per portar a terme les prestacions incloses en la cartera de serveis. En aquest sentit, l'annex IV de la cartera de serveis comuns de prestació d'atenció d'urgència del Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seva actualització, preveu que el procediment i el model organitzatiu per a l'atenció d'urgència, els han d'establir les administracions sanitàries competents.

Així mateix, mitjançant el Decret 140/2012, de 30 d'octubre, es crea el Consell Assessor de Malalties Cerebrovasculars, format per professionals sanitaris experts referents en la seva especialitat i avalats per les respectives societats científiques. En el si d'aquest Consell s'han determinat actuacions i propostes consensuades amb referència a la configuració del model organitzatiu i dispositius per a l'atenció a la persona pacient amb ictus agut.

III. L'objectiu d'aquesta Instrucció és ordenar l'atenció inicial a les persones amb ictus agut d'acord amb la distribució territorial, les comunicacions i els serveis disponibles adequats per atendre els pacients segons la seva gravetat.

La finalitat és donar una resposta òptima, en termes de resolució i qualitat, tant en l'àmbit prehospitalari com hospitalari, tenint en compte els criteris de proximitat territorial i complexitat assistencial de cada cas, de forma que s'aconsegueixi una equitat en els resultats, per tant, independentment de l'origen i de la regió sanitària.

Els aspectes organitzatius i d'ordenació que estableix aquesta Instrucció volen millorar l'accessibilitat i efectivitat dels serveis sanitaris prestats moltes vegades en situació temps-depenent pels pacients afectats. També inclou àmbits específics del model organitzatiu com l'atenció en unitats especialitzades.

Per tant, atès que l'atenció requerida és especialitzada i necessita ser facilitada amb la màxima accessibilitat possible de serveis a la

població afectada, cal definir en el territori els hospitals d'atenció a la persona amb ictus agut segons el nivell i tipus d'atenció que poden prestar per així establir una sectorització que orienti els fluxos de preferència en el trasllat dels pacients.

Vista la proposta del director general de Planificació i Recerca en salut, en virtut de les competències que li són conferides per l'article 6 del Decret 56/2013, de 22 de gener, de reestructuració del Departament de Salut.

D'acord amb l'article 9 del Decret 66/2010, de 25 de maig, pel qual es regula l'establiment dels convenis i contractes de gestió de serveis assistencials en l'àmbit del Servei Català de la Salut, que preveu les instruccions del Servei Català de la Salut i que estableix que les entitats proveïdores de serveis sanitaris han de complir les instruccions que el Servei Català de la Salut dicti en el marc de les seves competències.

D'acord amb el conseller de Salut i en exercici de les funcions que m'atorguen els articles 16 i 17 de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, dicto aquesta Instrucció.

## **2. Àmbit d'aplicació**

Sistema integral sanitari d'utilització pública de Catalunya (SISCAT).

Hospitals de referència per a l'atenció a la persona pacient amb ictus agut.

Hospitals amb serveis d'urgències.

Dispositius d'urgències no hospitalaris.

Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM).

Altres sistemes d'emergències que traslladin pacients a centres del SISCAT.

Servei Català de la Salut (CatSalut).

## **3. Objecte**

L'objecte d'aquesta Instrucció és establir els nivells assistencials i l'ordenació de l'atenció inicial als pacients amb ictus agut d'acord amb les seves necessitats assistencials, amb la finalitat de donar la resposta més adequada a la seva patologia.



Aquesta Instrucció no inclou el pacient amb ictus agut degut a hemorràgia subaracnoïdal (HSA).

Així mateix, també ha de garantir una atenció contínua, adequada i de qualitat en el transcurs de tot el procés assistencial des del punt on es produeix la urgència fins a l'atenció hospitalària inicial.

#### **4. Marc organitzatiu. Nivells assistencials i model de sectorització**

##### **4.1. Agents principals**

Els agents principals són el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), els serveis d'urgències hospitalàries i els hospitals de referència per a l'atenció a la persona pacient amb ictus agut.

D'acord amb les directrius i els criteris del Departament de Salut i del CatSalut, el SEM ha de fer la valoració inicial de la persona pacient i, si escau, activar el codi per a l'atenció a la persona pacient amb ictus agut i ordenar tot el procés amb el mínim temps possible.

Els diferents serveis d'urgències i emergències que atenen pacients amb ictus agut es regiran pels criteris especificats en aquesta Instrucció a l'hora d'activar el codi d'atenció a l'ictus agut i traslladar la persona pacient. Per aquest motiu, hauran de posar-se en contacte amb el CECOS per coordinar els fluxos de pacients. En el cas dels hospitals comarcals amb connexió teleictus, en la pràctica actuaran com a CRI i l'avaluació experta la farà un neuròleg vascular de guàrdia a distància amb suport de les TIC.

##### **4.2. Codi d'activació per a l'atenció de la persona pacient amb ictus agut. Codi ictus**

El Codi ictus<sup>3</sup> és l'instrument de coordinació entre dispositius assistencials, que s'utilitzarà per activar un seguit d'accions que cerquen la màxima qualitat i eficiència en l'atenció a la persona malalta amb ictus agut, coordinant l'actuació prehospitalària i hospitalària.

El Codi ictus s'ha d'activar atenent fonamentalment als símptomes (sospita

diagnòstica –eina RAPID–), antecedents mèdics/funcionals (eina RANCOM) i temps d'evolució de l'ictus. El SEM o dispositiu sanitari que faci la primera assistència (centres d'atenció primària, CUAP, serveis d'urgències hospitalàries) ha de procedir a l'alerta o activació del Codi d'acord amb l'algorisme que es basa en 4 ítems: RAPID positiu, RANCOM negatiu, sense límit d'edat i menys de 8 hores d'evolució (annex 1).

No es consideren tributaris d'activació del Codi ictus els pacients que no es troben en fase inicial de l'atenció aguda (inici dels símptomes més enllà de les primeres 8 hores), ni aquells amb comorbiditat significativa preictus. Tampoc es consideren pacients candidats a l'activació del Codi ictus aquells amb sospita d'hemorràgia subaracnoïdal, que tenen uns fluxos i circuits específics.

##### **4.3. Nivells assistencials. Hospitals de referència (CRI) per a l'atenció de la persona pacient amb ictus agut**

Els hospitals receptors de pacients amb Codi ictus o de referència (CRI) per a l'atenció a la persona amb ictus agut han de complir uns requeriments lligats al nivell assistencial segons complexitat.

Els requeriments s'estableixen en la *Guia de pràctica clínica de l'ictus*.<sup>4</sup> Qualsevol canvi en el compliment dels requeriments que pugui afectar el nivell i la capacitat assistencial de l'hospital haurà de ser comunicat al gerent de la regió sanitària corresponent.

Els hospitals de referència han d'acceptar els pacients traslladats mitjançant l'activació del Codi ictus agut pel CECOS. Només en casos suficientment justificats que puguin posar en qüestió la correcta atenció, i d'acord amb el CECOS, es traslladarà la persona pacient a un altre dispositiu assistencial.

##### **4.4. Nivells assistencials. Hospitals terciaris per a l'atenció d'ictus (CTI)**

Hi ha un grup de pacients amb ictus agut que es pot beneficiar de tractaments d'alta complexitat (aquest grup inclou els tractaments neurointervencionistes o endovasculars, hemicraniectomies descompressives, etc.) o de

<sup>3</sup> Canal Salut. Codi ictus.

[http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem\\_af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vqnextoid=296af7d06f436310VqNVCm100008d0c1e0aRCRD&vqnextchannel=296af7d06f436310VqNVCm100008d0c1e0aRCRD&vqnextfmt=default](http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem_af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vqnextoid=296af7d06f436310VqNVCm100008d0c1e0aRCRD&vqnextchannel=296af7d06f436310VqNVCm100008d0c1e0aRCRD&vqnextfmt=default)

<sup>4</sup> Guia de pràctica clínica de l'ictus, pàg. 42.

[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Malalties\\_cerebrovasculars/documents/Arxius/gp07ictusca.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Malalties_cerebrovasculars/documents/Arxius/gp07ictusca.pdf)



l'ingrés en àrees d'alta especialització (unitats d'ictus aguts).

La derivació de pacients amb Codi ictus des d'un CRI a un CTI es farà a consideració dels centres receptors de referència i/o del neuròleg vascular de guàrdia al teleictus. En qualsevol cas, el trasllat d'aquests pacients es farà a través del SEM.

En cas de detectar-se un pacient amb ictus agut (Codi ictus) candidat al trasllat a un CTI, el principi general que regirà l'assignació de recursos per al trasllat serà el mateix que en el cas del trasllat al CRI del pacient amb Codi ictus; és a dir, que es prioritzarà el temps. A tal efecte, el recurs per al trasllat d'aquests pacients serà el de menor complexitat que garanteixi un trasllat segur del pacient al CTI, i en tots els casos la decisió es prendrà al CECOS amb la participació del clínic responsable al CRI. En línies generals, per a trasllats entre centres dins de l'àrea metropolitana s'empraran unitats de suport vital bàsic si la condició clínica del pacient no indica el contrari. En trasllats des de fora de l'àrea metropolitana, caldrà prendre decisions individualitzades segons les circumstàncies.

#### 4.5. Sectorització

L'atenció adequada s'ha de donar en el nivell assistencial que correspongui a les necessitats de la persona pacient i en el temps més ràpid possible. La sectorització ha de facilitar l'ordenació dels fluxos seguint els criteris de complexitat de l'atenció a la persona pacient i el nivell assistencial adequat.

Així doncs, s'estableix una sectorització territorial, en funció del lloc d'activació del procés que orienta els fluxos de preferència en el trasllat i atenció dels pacients amb ictus agut.

A l'annex III, hi consten els hospitals de referència per a l'atenció de la persona pacient i la corresponent sectorització. En aquest model, l'hospital de referència és aquell amb capacitat per avaluar clínicament el pacient amb ictus agut i realitzar tractament trombolític intravenós. Aquesta designació inclou els hospitals de referència d'ictus (CRI) pròpiament dits i hospitals terciaris d'ictus (CTI), que també actuen com a centres de referència. Addicionalment, s'hi afegixen els hospitals comarcals amb connexió teleictus (HC-TI), que també poden avaluar i fer trombolisi intravenosa mitjançant l'ús d'aquesta tecnologia.

A l'annex IV, hi ha una relació de centres o agrupació de centres terciaris d'ictus i els centres o hospitals de referència que els hi són assignats.

## 5. Procediment

### 5.1. Activació del Codi ictus

Després de ser alertat, el SEM ha de fer-se càrrec de la persona pacient en els diversos escenaris —via pública, lloc de treball, domicili, centre assistencial i altres—, l'ha d'avaluar i, si és el cas, ha d'activar el Codi ictus.

Tenint en compte les circumstàncies de la urgència (intervenció dels cossos de rescat i salvament, llunyania de centres hospitalaris, dificultat d'accés dels recursos del SEM, etc.), la persona pacient pot ser atesa inicialment per altres dispositius. En tot cas, aquests recursos sanitaris han d'activar el Codi ictus a través de la comunicació amb el CECOS i seguir les seves indicacions pel que fa al destí de la persona pacient.

En el cas d'una persona pacient amb criteris d'activació del Codi ictus, la unitat assistencial l'ha de traslladar a l'hospital que determini el CECOS segons criteris de capacitat de resolució dels centres, proximitat geogràfica i disponibilitat de recursos.

Immediatament després d'haver rebut l'activació d'un Codi ictus des d'una unitat assistencial, el CECOS alertarà l'hospital designat com a receptor de la persona pacient.

Aquesta alerta implicarà una informació clínica mínima concreta que el CECOS haurà de fer comunicar i fer a mans dels professionals sanitaris responsables de l'hospital de referència. Aquesta informació mínima és la següent: RAPID, RANCOM, hora d'inici dels símptomes, presa o no d'anticoagulants, temps estimat fins a l'arribada, glicèmia capil·lar i pressió arterial en la primera assistència.

En el cas que durant l'atenció inicial per alguna de les raons ja exposades en l'Exposició de motius sigui necessari un trasllat interhospitalari, el CECOS ho gestionarà com un trasllat prioritari i es farà responsable del dispositiu logístic.

En funció de l'estat clínic i/o de la valoració individualitzada realitzada per un especialista de l'hospital de referència o via teleictus, la persona pacient pot necessitar en un curt



termini de temps ser traslladada a un hospital d'alta complexitat (CTI) o de més nivell assistencial que on ha estat atesa inicialment. En aquestes circumstàncies, i sempre en funció de les necessitats mèdiques de la persona pacient, el desplaçament es realitzarà atenent a criteris de temps; és a dir, la prioritat serà situar el pacient en un CTI al més aviat possible. A tal efecte, el recurs assistencial SEM serà el de menor complexitat que pugui donar resposta a la prioritat temps. En alguns casos, sobretot quan es tracti de desplaçaments llargs des d'hospitals comarcals molt allunyats dels CTI o en pacients amb inestabilitat hemodinàmica, pot ser necessari valorar trasllats amb recursos de major complexitat.

Quan els especialistes responsables als hospitals de referència desestimïn el tractament de reperfusió i/o l'ingrés en una unitat especialitzada del centre, el pacient haurà de ser retornat a l'hospital comarcal d'origen. Aquest retorn es realitzarà com un trasllat no urgent i es gestionarà des del centre emissor de la persona pacient, i s'assignarà el recurs més adient en cada cas.

## **5.2. Criteris de classificació de pacients (triatge)**

Els criteris de triatge estan directament relacionats amb els criteris d'activació del Codi ictus.

Aquests criteris permeten la identificació de pacients amb Codi ictus i una ordre de derivació universal: trasllat a l'hospital de referència més proper, que s'assignarà en funció del model de sectorització.

## **5.3. Comunicació**

Una adequada comunicació és clau per a l'èxit del procés tant des dels equips d'atenció prehospitalària cap al CECOS com des del CECOS cap als hospitals receptors.

La informació serà estructurada, concisa i codificada (annex II).

Els hospitals receptors o de referència han de garantir que els seus serveis d'urgències permetin rebre l'activació (el pacient amb Codi ictus) feta des del CECOS.

## **6. Implantació**

L'organització del CatSalut en regions sanitàries facilita la gestió de serveis de la xarxa sanitària pública. Així mateix, l'ordenació i configuració del model d'atenció a la persona pacient amb ictus agut necessita una implantació territorial per aconseguir els seus objectius.

Les regions sanitàries, amb el suport del PDMAC, exerciran funcions de direcció, coordinació i seguiment per implantar aquest model, i es dotaran d'un pla de regió que permeti, entre d'altres, valorar i acreditar els nivells dels centres d'atenció a l'ictus agut, implantar el Codi ictus com a instrument de coordinació assistencial i triatge de pacients, implantar el registre de pacients amb ictus i disposar d'un pla de formació que asseguri la millor atenció possible als pacients.

## **7. Formació en atenció inicial a l'ictus agut**

La formació és un dels elements claus per al sosteniment d'un sistema d'atenció adequat. La finalitat és millorar els coneixements i les habilitats dels professionals necessaris per a l'atenció inicial dels pacients amb ictus agut en la seva assistència prehospitalària i hospitalària. Periòdicament, els agents implicats rebran formació i informació sobre el funcionament del sistema de Codi ictus.

## **8. Seguiment i avaluació**

### **8.1. Registre de pacients amb ictus agut**

L'activitat prehospitalària relacionada amb el Codi ictus serà recollida de manera sistemàtica pel SEM per tal de poder-ne fer el seguiment. Addicionalment, els hospitals de referència hauran de recollir les dades dels pacients Codi ictus avaluats en el centre.

Tots els ens i centres que porten a terme aquestes actuacions han de registrar i facilitar la informació relativa als pacients amb ictus agut atesos d'acord amb el que estableixin el Departament de Salut i el CatSalut.

### **8.2. Avaluació**

S'estableix un sistema d'avaluació i seguiment del procés assistencial dels pacients en les fases prehospitalària i hospitalària i la seva qualitat, a l'efecte de detectar possibles millores



i proposar les corresponents mesures correctores.

L'avaluació es portarà a terme mitjançant l'anàlisi periòdica de les dades registrades i els corresponents indicadors que s'estableixin, a més a més dels prèviament acordats.

Es crearà una Comissió Avaluadora del Registre que compti amb la presència d'una representació de les societats científiques implicades, Pla director, SEM i CatSalut.

D'altra banda, l'activitat relacionada amb el Codi ictus també s'avalua a partir del registre anomenat "sistema en línia d'informació de l'ictus agut", que va posar en marxa el PDMVC al gener de 2011 per tal de fer un monitoratge en temps real de la qualitat i efectivitat dels tractaments de reperfusió que s'administren als hospitals de referència catalans. La declaració/inclusió de casos al registre és obligatòria i hi ha un control extern de la seva qualitat.

### **9. Verificació dels requisits d'assegurament, de residència i de cobertura del CatSalut**

Cal que es verifiqui el compliment dels requisits d'assegurament, de residència i de cobertura del CatSalut.

En tot cas, caldrà documentar la situació o contingència així com l'entitat responsable de l'atenció, de forma que el CatSalut només sigui responsable de l'atenció que li correspongui.

### **10. Disposició addicional**

En cas que altres sistemes d'emergències traslladin pacients a centres del SISCAT, els protocols d'actuació, d'atenció i trasllat s'ajustaran al que preveu aquesta Instrucció, així com al que prevegin els protocols d'actuació establerts pel CECOS en els àmbits de la coordinació, gestió, control de fluxos i canalització de la demanda d'assistència sanitària, en cas d'urgència o emergència, dins del territori de Catalunya.

### **11. Disposició transitòria**

El procés d'implantació de la connexió teleictus en els diferents centres hospitalaris es farà de forma progressiva des del gener fins al juliol de 2013. L'annex III s'actualitzarà d'acord amb el calendari d'implantació de l'esmentada connexió.

### **12. Entrada en vigor**

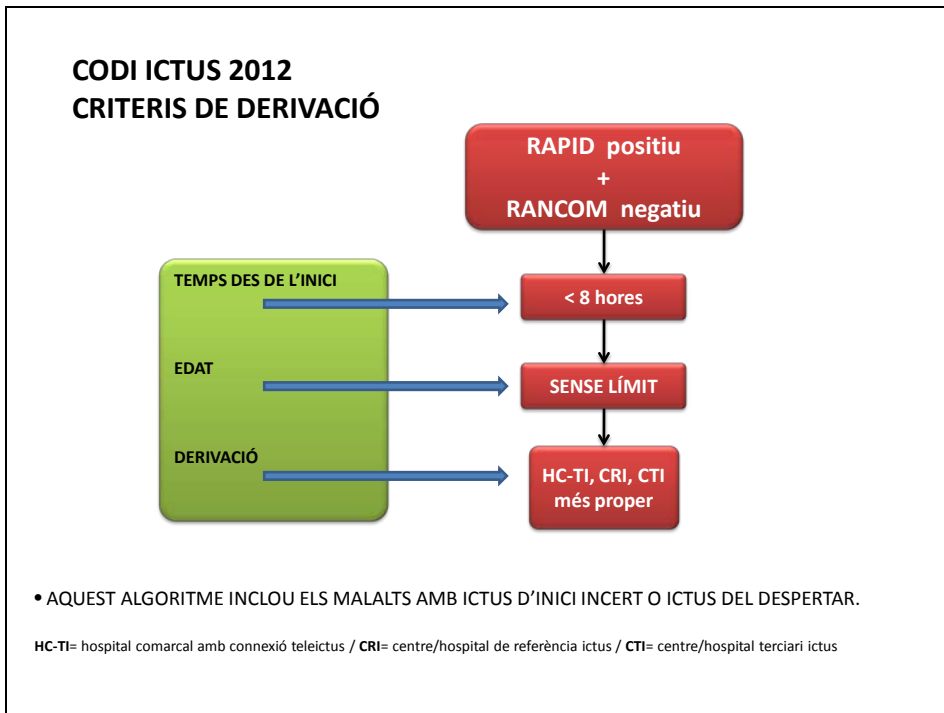
Aquesta Instrucció entra en vigor el 25 de febrer de 2013.

Barcelona, 14 de febrer de 2013

El director

Josep Maria Padrosa i Macias

**Annex I. Algorisme de decisió per a l'activació del Codi ictus**



**RANCOM: RAN** (de Rankin que és una escala per valorar la situació funcional) + **COM** (de comorbiditat). L'acrònim RANCOM és una escala molt senzilla (part groga de la figura 2) amb què es valora la situació funcional, mèdica, cognitiva, etc., prèvia a l'ictus.





## **Annex II. Informació codificada per a la transferència de la persona malalta amb ictus agut**

### **Criteris de comunicació en el Codi ictus agut**

El pacient amb criteris d'activació del Codi ictus agut és per definició complex. La seva atenció és un contínuum assistencial, s'inicia amb l'alerta prehospitalària i continua fins al desplaçament hospitalari.

Per tal de millorar la coordinació entre nivells assistencials, es considera òptim que l'hospital receptor disposi d'un nivell d'informació que li permeti organitzar els recursos propis per tal d'oferir la millor atenció al pacient des del mateix moment en què aquest arriba a l'hospital.

#### Llista de control

- ✓ Identificació de la persona pacient (CIP)
- ✓ RAPID positiu
- ✓ RANCOM negatiu
- ✓ Dia/hora d'inici de l'ictus
- ✓ Presa d'anticoagulants
- ✓ Glucèmia capil·lar
- ✓ Pressió arterial
- ✓ Hora estimada d'arribada al CRI

**Annex III. Hospitals de referència per a l'atenció de la persona pacient amb ictus agut i la seva sectorització**

(Nota: tal com estableix la disposició transitòria, aquest annex III serà actualitzat en funció del procés d'implantació del sistema de teleictus en el territori). A efectes assistencials, per a la recepció de casos, només serà d'aplicació als centres amb connexió teleictus operativa.

	CODI ICTUS 2012 (RAPID +, RANCOM -, < 8 h EVOLUCIÓ)
<b>Regió Sanitària Barcelona</b>	
<b>Consorci Sanitari de Barcelona</b>	
AIS BARCELONA LITORAL-MAR	Hospital del Mar
AIS BARCELONA BARCELONA DRETA	Hospital de Sant Pau
AIS BARCELONA ESQUERRA	Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
AIS BARCELONA NORD	Hospital de la Vall d'Hebron
<b>Sector Sanitari Vallès Oriental</b>	
AT BAIX VALLÈS	Hospital de la Vall d'Hebron
AT VALLÈS ORIENTAL SECTOR CENTRAL	Hospital de Granollers*
AT BAIX MONTSENY	Hospital de Granollers*
<b>Sector Sanitari Vallès Occidental Oest</b>	Hospital Mútua de Terrassa
<b>Sector Sanitari Vallès Occidental Est (1)</b>	Hospital Parc Taulí
<b>Sector Sanitari Barcelonès Nord i Maresme</b>	
AT BARCELONÈS NORD - BAIX MARESME	Hospital Germans Trias i Pujol
AT MARESME CENTRAL (2)	Hospital Germans Trias i Pujol Hospital de Mataró**
<b>Sector Sanitari Baix Llobregat Nord</b>	Hospital Universitari de Bellvitge
<b>Sector Sanitari Baix Llobregat Centre-Litoral i l'Hospitalet de Llobregat</b>	
AT BAIX LLOBREGAT CENTRE FONTSANTA	Hospital Moisès Broggi
AT BAIX LLOBREGAT LITORAL	Hospital Universitari de Bellvitge
AT L'HOSPITALET I EL PRAT DE LLOBREGAT	Hospital Universitari de Bellvitge
<b>Sector Sanitari Alt Penedès - Garraf</b>	
AT GARRAF	Hospital Universitari de Bellvitge Hospital Residència Sant Camil**
AT ALT PENEDEÈS	Hospital Universitari de Bellvitge Hospital Comarcal de l'Alt Penedès**

(1) Excepte ABS Montcada i Reixac que és l'Hospital de la Vall d'Hebron.

(2) Excepte les ABS de Premià de Mar, Vilassar de Mar, Argentona i Vilassar de Dalt que és l'Hospital Germans Trias i Pujol .

\* Hospital amb connexió teleictus (HC-TI) operativa.

\*\* Hospital amb connexió teleictus (HC-TI) no operativa.



	<b>CODI ICTUS 2012 (RAPID +, RANCOM -, &lt; 8 h EVOLUCIÓ)</b>
<b>Regió Sanitària Lleida</b>	Hospital Arnau de Vilanova

<b>Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran</b>	
<b>Sector Sanitari Alt Pirineu</b>	
ABS LA CERDANYA	Fundació Althaia
ABS ALT URGELL-SUD I LA SEU D'URGELL	Hospital Arnau de Vilanova
ABS LA POBLA DE SEGUR, TREMP, PALLARS SOBIRÀ i ALTA RIBAGORÇA	Hospital Comarcal del Pallars*
<b>Sector Sanitari Aran</b>	Hospital Arnau de Vilanova

<b>Regió Sanitària Girona</b>	
<b>Sector Sanitari Girona Nord</b>	
ALT EMPORDÀ	Hospital Dr. Josep Trueta Hospital de Figueres**
BAIX EMPORDÀ	Hospital Dr. Josep Trueta Hospital de Palamós**
GARROTXA I RIPOLLÈS	Hospital Dr. Josep Trueta
<b>Sector Sanitari Girona Sud (3)</b>	Hospital Dr. Josep Trueta

<b>Regió Sanitària Camp de Tarragona</b>	Hospital Joan XXIII
--	---------------------

<b>Regió Sanitària Terres de l'Ebre (4)</b>	Hospital Verge de la Cinta Hospital de Móra d'Ebre**
---	---

<b>Regió Sanitària Catalunya Central</b>	
<b>Sector Sanitari Solsonès-Bages-Berguedà</b>	Fundació Althaia
<b>Sector Sanitari Osona</b>	Hospital de Vic*
<b>Sector Sanitari Anoia (5)</b>	Hospital Universitari de Bellvitge Consorti Sanitari de l'Anoia**

(3) Excepte les ABS Calella, Canet de Mar, Malgrat de Mar, Pineda i Tordera que és l'Hospital Germans Trias i Pujol.

(4) Excepte les ABS de Flix, Móra la Nova - Móra d'Ebre i Terra Alta, que aniran a l'Hospital de Móra quan el teleictus estigui implementat.

(5) Excepte ABS de Calaf que és la Fundació Althaia.

\* Hospital amb connexió teleictus (HC-TI) operativa.

\*\* Hospital amb connexió teleictus (HC-TI) no operativa.



## **Annex IV. Relació de centres o agrupació de centres terciaris d'ictus i els centres o hospitals de referència que els són assignats**

I) Grup CTI ICS integrat pels CTI següents:

- Hospital Germans Trias i Pujol
- Hospital Vall d'Hebron
- Hospital Universitari de Bellvitge

Queden assignats a aquest grup els CRI següents:

1. Hospital Doctor Josep Trueta (Girona)
2. Hospital Joan XXIII (Tarragona)
3. Hospital Arnau de Vilanova (Lleida)
4. Hospital Moisès Broggi (Sant Joan Despí)
5. Hospital Verge de la Cinta (Tortosa)
6. Centres amb teleictus (HC-TI)

II) Grup CTI H. Clínic-Mar integrat pels CTI següents:

- Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
- Hospital del Mar

Queden assignats a aquest grup els CRI següents:

1. Hospital de Sant Pau
2. Hospital de Sabadell (Parc Taulí)
3. Hospital Mútua de Terrassa
4. Hospital Fundació Althaia