

# PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL MANEJO DEL ICTUS EN ATENCIÓN PRIMARIA

## Diagnóstico inicial del ictus

### PREGUNTA

¿Son útiles las escalas prehospitalarias en el entorno de la AP (consulta presencial y telefónica)?

### RECOMENDACIONES

#### Inicio del tratamiento de hipertensión arterial en la AP

##### FUERTE A FAVOR

Se recomienda utilizar escalas, a ser posible validadas, para ayudar al diagnóstico del ictus en AP, en aquellas personas con síntomas neurológicos de instauración aguda.

##### DÉBIL A FAVOR

Se sugiere realizar una valoración de los síntomas mediante la escala CPSS a aquellas personas que consultan a través del teléfono por síntomas neurológicos de instauración aguda ([ver Anexo 1](#)).

##### DÉBIL A FAVOR

En la consulta de AP, se sugiere la utilización de la escala MASS o de la escala ROSIER como ayuda de orientación diagnóstica en personas con sospecha de ictus ([ver Anexo 1](#)).

##### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Ante una persona con sospecha de ictus, no solo hay que tener en cuenta el tiempo y síntomas de inicio, sino también su situación funcional y cognitiva que marcará también la necesidad o no de activar el código ictus.

# Manejo prehospitalario del ictus agudo

## Hipertensión arterial

### PREGUNTA

- ¿Se debe comenzar tratamiento en personas con sospecha de ictus agudo que acuden a AP y presentan presión arterial (PA) elevada?
- ¿A partir de qué cifras debe tratarse la hipertensión arterial?
- En caso de decidir tratar, ¿qué fármacos deben emplearse?

### RECOMENDACIONES

#### Inicio del tratamiento de hipertensión arterial en la AP

##### DÉBIL EN CONTRA

En personas con sospecha de ictus agudo se sugiere no tratar la PA elevada en el ámbito extrahospitalario, siempre que se mantenga una PAS < 220 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) < 120 mmHg, salvo en determinadas situaciones urgentes, como sospecha clínica fundada de insuficiencia cardiaca izquierda, síndrome coronario agudo, disección aórtica o preeclampsia/ eclampsia.

##### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

- En el caso en que se decida tratar, evitar descensos bruscos e intensos de la PA (más del 20 % en menos de 24 horas).
- Evitar los fármacos sublinguales de acción rápida y utilizar preferentemente la vía intravenosa, y si no es posible, la vía oral (tras valoración de disfagia).
- Cuando exista hipotensión, descartar la presencia de otra enfermedad concomitante grave y tratar según la etiología.

#### Cifras a partir de las cuales iniciar tratamiento

##### DÉBIL EN CONTRA

Se sugiere no tratar la hipertensión en personas con ictus isquémico agudo cuando su PA es < 220/120 mmHg y no van a recibir trombólisis intravenosa o trombectomía mecánica.

##### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

En personas con ictus isquémico agudo no tratados con trombólisis intravenosa o trombectomía mecánica y con una PA > 220/120 mmHg, es razonable el tratamiento farmacológico (reducción menor al 15 % de la PAS en 24 horas).

##### DÉBIL A FAVOR

En personas con hemorragia intracerebral aguda (menos de 6 horas desde el inicio de los síntomas), se sugiere la disminución de la PA hasta 140 mmHg para reducir la expansión del hematoma.

#### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

En personas con hemorragia intracerebral aguda, iniciar el tratamiento antihipertensivo tan pronto como sea posible.

## Hiperglucemia

### PREGUNTAS

- En personas con sospecha de ictus agudo, ¿se debe iniciar tratamiento de la hiperglucemia desde la AP/prehospitalaria?
- ¿A partir de qué cifras debe tratarse la hiperglucemia?

### RECOMENDACIONES

#### DÉBIL EN CONTRA

Se sugiere no tratar de forma prehospitalaria la hiperglucemia en personas con sospecha de ictus agudo.

#### FUERTE EN CONTRA

Se recomienda no tratar de forma intensiva la hiperglucemia en personas con ictus agudo.

#### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Tratar la hiperglucemia en aquellos casos que se superen los 155 mg/mL, manteniendo el nivel entre los 140-180 mg/dL.

#### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Descartar la hipoglucemia como causa de los síntomas y corregir el nivel de glucemia si ésta estuviese presente.

## Tratamiento antiagregante

### PREGUNTA

¿Se debe iniciar tratamiento antiagregante de forma inmediata desde AP en personas con sospecha de ictus agudo?

### RECOMENDACIONES

#### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

No iniciar tratamiento antiagregante en personas con ictus antes de descartar hemorragia mediante una tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM).

#### FUERTE A FAVOR

Se recomienda iniciar tratamiento antiagregante en personas con ictus isquémico agudo tan pronto se descarte hemorragia intracraneal por técnicas de imagen.

## Manejo del ictus comunicado

### PREGUNTA

¿Debe ser derivado de manera urgente a Atención Hospitalaria una persona con sospecha de AIT o ictus estable que refiere el inicio de los síntomas hace más de 48 horas?

### RECOMENDACIONES

#### FUERTE A FAVOR

Se recomienda la derivación urgente de la persona con sospecha de ictus o de AIT que acude al centro de AP en la ventana temporal entre las 48 horas hasta los primeros siete días desde el inicio de los síntomas.

# Manejo del ictus tras el alta hospitalaria

## Espasticidad

### PREGUNTA

¿Los fármacos orales han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la espasticidad post-ictus?

### RECOMENDACIONES

#### DÉBIL EN CONTRA

Se sugiere no utilizar fármacos orales como el baclofeno o la tizanidina para tratar la espasticidad focal post-ictus

#### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Aquellas personas que presenten espasticidad que interfiera con su vida diaria deben ser enviados a consulta de neurología, rehabilitación y/o fisioterapia para que se valore el tratamiento más apropiado.

## Dolor central post-ictus

### Pregunta

¿Qué fármacos son eficaces en el tratamiento del dolor central post-ictus?

### Recomendaciones

#### DÉBIL A FAVOR

En el tratamiento del dolor central post-ictus se sugiere la utilización de amitriptilina como fármaco de primera línea, teniendo siempre en cuenta los efectos secundarios asociados a su uso y estableciendo el balance riesgo/ beneficio en cada caso.

#### DÉBIL A FAVOR

Como alternativa a amitriptilina en el tratamiento del dolor central post-ictus se sugiere el uso de lamotrigina, si bien se debe tener en cuenta la posible aparición de efectos secundarios.

#### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Se recomienda derivar a la persona con dolor central post-ictus no controlado en AP a unidades especializadas en el manejo del dolor.

## Disfagia

### Evaluación de la disfagia en AP

#### PREGUNTA

¿Cómo debe realizarse la evaluación de la disfagia desde AP?

#### RECOMENDACIONES

##### Cribado de la disfagia post-ictus

###### FUERTE A FAVOR

Se recomienda descartar la presencia de disfagia lo antes posible y detectar si existen problemas nutricionales asociados.

###### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Reevaluar la presencia de disfagia tras el alta hospitalaria y realizar un seguimiento periódico por el equipo de AP.

###### DÉBIL A FAVOR

Se sugiere la prueba de deglución de agua para el cribado de aspiración en AP, teniendo en cuenta ante todo las características de la persona que ha sufrido el ictus y su disponibilidad.

La realización de esta prueba debería acompañarse de una valoración clínica previa observando la calidad de la voz, si la persona puede sacar la lengua y moverla de un lado al otro o si siente la parte posterior de la pared de la garganta si se le toca. Esta valoración puede mejorar la capacidad de detección de los casos.

###### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Aquellas personas con ictus en las que se detecten por primera vez dificultades en la deglución (generales, durante o tras la deglución) deben ser evaluadas por el especialista correspondiente.

###### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Entrenar a las personas en las que persistan las dificultades al tragar y a sus cuidadores en la identificación y manejo de los problemas en la deglución.

###### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Las personas con disfagia persistente tras un ictus deben ser monitorizadas una vez dadas de alta, de manera regular, pesándolas regularmente, asegurando que no estén desnutridas, para valorar la necesidad de cambios en la dieta y/o en la vía de alimentación.

## Plan terapéutico en el domicilio

### *Dieta*

#### PREGUNTA

¿Qué plan terapéutico puede realizarse en el domicilio? (Dietas (espesantes), ejercicios...)

#### RECOMENDACIONES

##### Intervenciones en la dieta

###### DÉBIL A FAVOR

Se sugiere proporcionar una dieta adecuada a aquellas personas con ictus que presentan disfagia y son alimentadas por vía oral.

###### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Revisar periódicamente su situación para ir adaptando la dieta al estado de la persona en las visitas regulares de seguimiento (tres, seis, 12 meses) o siempre que haya un cambio funcional en el mismo.

### *Ejercicios para la disfagia*

#### RECOMENDACIONES

##### Ejercicios para la disfagia en el hogar ([ver Anexo 2](#)).

###### DÉBIL A FAVOR

Se sugiere la realización de ejercicios de deglución para rehabilitar la función deglutoria en personas que han sufrido un ictus y presentan disfagia.

###### DÉBIL A FAVOR

Se sugiere ofrecer los ejercicios *Shaker* o *Chin tuck* en vez de los ejercicios de resistencia además de la terapia convencional de disfagia.

###### DÉBIL A FAVOR

Se sugiere ofrecer el ejercicio de entrenamiento de la fuerza muscular espiratoria (EMST) para el tratamiento de la disfagia en personas que han sufrido un ictus y sin traqueostomía.

## Depresión, ansiedad y labilidad emocional

### Tratamiento farmacológico de la depresión post-ictus

#### PREGUNTA

- ¿Deben tratarse farmacológicamente la depresión, ansiedad y labilidad emocional tras un ictus?
- ¿Cuáles son los antidepresivos eficaces en el tratamiento de la depresión, ansiedad y labilidad emocional en las personas que han sufrido un ictus?
- ¿Es eficaz la psicoterapia como tratamiento adicional al tratamiento farmacológico de la depresión y ansiedad post-ictus?

#### RECOMENDACIONES

##### DÉBIL A FAVOR

Se sugiere el uso de fármacos antidepresivos para el tratamiento de la depresión post-ictus, valorando individualmente el riesgo de efectos adversos.

##### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Monitorizar la persona que ha sufrido un ictus y que toma antidepresivos para valorar la aparición de efectos adversos, la adherencia al tratamiento, etc.

### Tratamiento farmacológico de la ansiedad

#### RECOMENDACIONES

##### DÉBIL A FAVOR

Se sugiere el uso de farmacoterapia para el tratamiento de la ansiedad en personas que han sufrido un ictus.

### Tratamiento farmacológico de la labilidad emocional

#### RECOMENDACIONES

##### DÉBIL A FAVOR

Se sugiere considerar el tratamiento con antidepresivos en aquellas personas que, tras un ictus, presentan labilidad emocional persistente, con episodios frecuentes y graves, valorando los efectos adversos de estos fármacos, sobre todo en personas de edad avanzada.

### Adición de la psicoterapia al tratamiento farmacológico de la depresión y la ansiedad

#### RECOMENDACIONES

##### DÉBIL A FAVOR

Se sugiere la adición de psicoterapia al tratamiento farmacológico de las personas que han sufrido un ictus, tanto las que sufren depresión como ansiedad.



## Intervenciones multidisciplinares

### PREGUNTA

¿Son eficaces las intervenciones multidisciplinares (fisioterapia junto con terapia ocupacional, logopedia, etc.) en la mejoría de la independencia para las AVD en personas que han sufrido un ictus?

### RECOMENDACIONES

#### Intervenciones multidisciplinares

##### DÉBIL A FAVOR

Se sugiere la implementación de intervenciones multidisciplinares que permitan la evaluación conjunta de la persona que ha sufrido un ictus y de sus necesidades, para que la atención que se le brinda sea lo más integral y coordinada posible.

##### DÉBIL A FAVOR

Se sugiere contar con profesionales de la enfermería, rehabilitadores, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, etc. que puedan ayudar a mejorar las diferentes secuelas y necesidades de las personas que han sufrido un ictus, hasta que no se identifiquen objetivos funcionales que mejorar.

##### FUERTE A FAVOR

La persona que ha sufrido un ictus y su cuidador/a y/o familiares deberían participar de forma activa en la definición de los objetivos de rehabilitación y familiarizarse con los ejercicios y cuidados que deberían realizarse.

##### FUERTE A FAVOR

Tras el alta hospitalaria, el equipo de AP debe comprobar que la persona que ha sufrido un ictus está cumpliendo o ha cumplido con el tratamiento rehabilitador indicado en cada caso.

##### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

El equipo de AP debería instruir a las personas cuidadoras o familiares de personas que han sufrido un ictus y con gran deterioro funcional que no son candidatas a rehabilitación en los cuidados necesarios para estas personas.

##### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Cuando la persona que ha sufrido un ictus experimente un deterioro funcional por depresión, fracturas, caídas, espasticidad, dolor o cualquier otra causa, se recomienda derivar de nuevo a rehabilitación con el fin de intentar recuperar el nivel funcional previo además de tratar las posibles causas desencadenantes.

## Terapia ocupacional

### PREGUNTA

¿Es eficaz la terapia ocupacional en la mejoría de la independencia para las AVD en personas que han sufrido un ictus?

### RECOMENDACIONES

#### DÉBIL A FAVOR

Se sugiere que, si la persona que ha sufrido un ictus tiene dificultades para realizar las actividades diarias, ésta sea tratada por un/una terapeuta ocupacional.

## Tratamiento dual antiagregante

### PREGUNTA

Aquellas personas que han sufrido un ictus isquémico leve o un AIT no cardioembólico, que no son candidatos a trombólisis y que reciben tratamiento dual antiagregante, ¿cuánto tiempo deberían estar recibiendo dicho tratamiento?

### RECOMENDACIONES

#### FUERTE A FAVOR

Se recomienda que en aquellas personas con ictus isquémico no cardioembólico leve o AIT de alto riesgo en las que se inició tratamiento dual antiagregante con AAS y clopidogrel, éste se mantenga durante las primeras tres semanas para prevenir la recurrencia de ictus.

#### DÉBIL A FAVOR

Se sugiere que en aquellas personas con ictus isquémico leve o AIT de alto riesgo no cardioembólico que iniciaron tratamiento con AAS y ticagrelor, éste se mantenga durante un máximo de 30 días para prevenir la recurrencia del ictus.

#### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Una vez finalizada la doble antiagregación, el tratamiento antiagregante con AAS o clopidogrel debería continuar de forma indefinida.