Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria

NOTA:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y **su vigencia no ha sido revisada.**

Por este motivo, **se desconoce si sus recomendaciones continúan vigentes**, por lo que deben ser consideradas con precaución y aplicadas teniendo en cuenta **el juicio clínico y las circunstancias individuales de cada paciente.**

Guía Rápida

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud
SaludMadrid
Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios
Comunidad de Madrid

Pasado un plazo de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Esta Guía Rápida forma parte de la *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria,* en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Guía de Práctica Clínica: Nº 2007/5-2

Ha sido desarrollada por un grupo de trabajo formado por profesionales sanitarios del SNS y la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid.

Existe también una versión resumida en edición impresa y en las páginas web de GuíaSalud y de la UETS. En estas páginas web puede consultarse también la versión completa de la GPC, la versión para pacientes, el documento metodológico y el Manual Metodológico de elaboración de GPC que recoge la metodología general empleada.

Edita: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
ISBN: 978-84-451-3304-0
Depósito legal: M-18197-2010
Imprime: Estilo Estugraf Impresores, S.L. www.estugraf.es

Índice

1.	**Recomendaciones**	**4**
	Diagnóstico clínico del ictus	4
	Manejo prehospitalario del ictus agudo	6
	Manejo del ictus "comunicado"	8
	Manejo del ictus tras el alta hospitalaria	9
	Información y comunicación al paciente	16
2.	**Niveles de evidencia y grados de recomendación**	**17**
3.	**Algoritmo de manejo de sospecha de ictus agudo/ comunicado en AP**	**20**
4.	**Hoja de recogida de datos en el ictus agudo**	**22**
5.	**Escalas prehospitalarias de ayuda diagnóstica**	**23**
	Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)	23
	Melbourne Ambulance Stroke Screen (MASS)	24
6.	**Escalas de valoración funcional**	**25**
	Escala de Rankin Modificada	25
	Índice de Barthel	26
	Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)	28

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

1. Recomendaciones

Diagnóstico clínico del ictus

A	B	C	D	GRADO DE RECOMENDACIÓN	✔	RECOMENDACIÓN POR CONSENSO DEL GRUPO DE TRABAJO

Criterios de sospecha

C	Debe sospecharse un ictus en aquellos pacientes con déficits neurológicos focales, con instauración abrupta de los síntomas, especialmente si el paciente presenta paresia facial aguda, alteración del lenguaje o caída o pérdida brusca de fuerza en el brazo, y no refiere antecedentes de traumatismo craneal previo
✔	Se debe sospechar AIT solamente cuando la sintomatología descrita en la anterior recomendación no está presente en el momento de la consulta y la duración de los síntomas ha sido inferior a 24 horas (habitualmente menos de una hora)
D	No debe considerarse el AIT en primer lugar cuando aparezcan los siguientes síntomas de manera aislada: confusión, vértigo, mareos, amnesia, disfagia, disartria, escotoma centelleante, incontinencia urinaria o anal, pérdida de visión más alteración de consciencia, síntomas focales asociados a migraña, pérdida de consciencia incluyendo síncope, actividad tónica y/o clónica, progresión paulatina de síntomas (particularmente sensoriales) afectando a varias partes del cuerpo
✔	Se deben tener en cuenta la presencia de factores de riesgo vascular en el diagnóstico de sospecha de ictus, sobre todo ictus u otra enfermedad vascular previa, tabaquismo, HTA y DM

Anamnesis

✔	La anamnesis de un paciente con sospecha de ictus debe incluir la hora de inicio de los síntomas, comorbilidades, ictus previos, medicación actual y escala de Rankin

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✔	En el caso de disponer de tiempo suficiente y siempre que no retrase el traslado, la anamnesis puede completarse recogiendo duración de los síntomas, factores de riesgo vascular, circunstancias desencadenantes, episodios previos de migrañas, convulsiones, infecciones, trauma, consumo de anovulatorios/terapia hormonal, embarazo/puerperio y abuso de drogas
✔	Los datos clínicos del paciente con sospecha de ictus en AP deben remitirse a atención especializada (consultar "hoja de recogida de datos en el ictus agudo", página 22)

Exploración

✔	El examen físico inicial ante un paciente con sospecha de ictus debe incluir la valoración de la función respiratoria, ritmo cardíaco, PA, temperatura, glucemia y saturación de oxígeno, si es factible
✔	Se recomienda que la exploración neurológica de un paciente con sospecha de ictus incluya la valoración de funciones mentales, lenguaje, signos meníngeos, pares craneales, desviación oculocefálica, déficits motores, sensitivos y alteraciones cerebelosas
✔	Se considerará la realización de un ECG siempre que no retrase el traslado del paciente

Diagnóstico diferencial

D	El diagnóstico diferencial de ictus agudo debe incluir, entre otros, crisis comiciales/ convulsiones, migrañas con aura, hipoglucemia, encefalopatía hipertensiva y trastorno por conversión/simulación
✔	En el caso de no tener claro si la causa de los síntomas es un ictus , se debe proceder como si así fuese, para no demorar el tratamiento

Uso de escalas prehospitalarias como ayuda diagnóstica

C	Se recomienda utilizar escalas, a ser posible validadas, para ayudar al diagnóstico del ictus a nivel prehospitalario, en aquellas personas con síntomas neurológicos de instauración aguda
D	En personas que consultan a través del teléfono por síntomas neurológicos de instauración aguda se recomienda realizar una valoración de los síntomas mediante la escala CPSS
✔	En la consulta de atención primaria se recomienda utilizar la escala MASS como ayuda de orientación diagnóstica en pacientes con sospecha de ictus

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido evaluada

Manejo prehospitalario del ictus agudo

A	B	C	D	GRADO DE RECOMENDACIÓN	✔	RECOMENDACIÓN POR CONSENSO DEL GRUPO DE TRABAJO

Medidas prioritarias/traslado de pacientes/ código ictus

✔	Ante un paciente con sospecha de ictus agudo inicialmente se debe asegurar las funciones cardiorrespiratorias, tomar medidas para evitar broncoaspiraciones y si es necesario, coger una vía periférica en el brazo no parético. No se administrarán alimentos o líquidos por vía oral excepto en el caso de que sea necesario administrar fármacos por esta vía
C	El ictus es una emergencia médica que precisa de atención neurológica urgente por lo que debe procurarse que los pacientes con sospecha de ictus agudo lleguen al hospital en el menor tiempo posible
B	Se recomienda activar los servicios de emergencia ante la sospecha de ictus agudo y priorizar el traslado de los pacientes
C	Se recomienda activar el código ictus extrahospitalario cuando se detecte un paciente con sospecha de ictus que cumpla los criterios previstos
A	Se recomienda derivar a los pacientes a hospitales que dispongan de unidades de ictus preferentemente

Manejo de la Presión Arterial

✔	En pacientes con sospecha de ictus agudo, en el ámbito extrahospitalario no se recomienda el tratamiento de la presión arterial elevada, si se mantiene <220 (PAS) ó <120 mmHg (PAD), salvo determinadas situaciones urgentes (sospecha clínica fundada de insuficiencia cardiaca izquierda, síndrome coronario agudo o disección aórtica)
B	En el caso en el que se decida tratar, se evitarán descensos bruscos e intensos de la PA (más del 20% en < de 24 horas)
B	Se evitarán los fármacos sublinguales de acción rápida
✔	En caso de ser necesario disminuir la PA se utilizará preferentemente la vía intravenosa y si no es posible, la vía oral
D	En los casos en los que exista hipotensión se descartará la presencia de otra enfermedad concomitante grave y se tratará según la etiología

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Manejo de la glucemia

D	Los pacientes con Diabetes Mellitus y sospecha de ictus agudo que presentan hiperglucemia deben ser tratados de acuerdo con protocolos de manejo de pacientes diabéticos
✔	Se debe corregir la glucemia en aquellos pacientes con sospecha de ictus agudo cuando se detecten cifras de glucosa superiores a 200 mg/dL
D	Se debe descartar la hipoglucemia como causa de los síntomas y corregir el nivel de glucemia si ésta estuviese presente

Oxígeno suplementario

B	De manera rutinaria, no se recomienda administrar oxígeno suplementario a aquellos pacientes con sospecha de ictus agudo
D	Los pacientes con sospecha de ictus agudo deben recibir oxígeno suplementario si presentan signos clínicos de hipoxia o para mantener una saturación de oxígeno del 94-98%, excepto en aquellos pacientes con riesgo de fallo respiratorio hipercápnico, en los que se mantendrá una saturación entre el 88-92%

Antiagregantes

✔	No se recomienda iniciar tratamiento con antiagregantes en el ámbito extrahospitalario en aquellos pacientes en los que se sospeche ictus, antes de realizar una TC o RM

Fluidos intravenosos

C	Se evitará la administración de fluidos intravenosos que contengan glucosa en pacientes con sospecha de ictus agudo no hipoglucémicos
✔	Se recomienda utilizar suero salino isotónico, evitando la sobrecarga de volumen, en el caso de que sea necesario administrar fluidos

Han transcurrido más de cuatro años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Manejo del ictus “comunicado”

A	B	C	D	GRADO DE RECOMENDACIÓN	✔	RECOMENDACIÓN POR CONSENSO DEL GRUPO DE TRABAJO

Manejo del AIT o ictus estable de más de 48 horas de evolución

✔	Los pacientes con sospecha de ictus estable de más de 48h de evolución deben ser trasladados a un hospital de manera urgente si los síntomas se iniciaron hace 7 días o menos
B	Los pacientes con sospecha de AIT ocurrido hace 7 días o menos, deben ser evaluados por el especialista de manera urgente (en menos de 24 horas)
D	Los pacientes con sospecha de AIT o ictus estable de al menos 48 horas de evolución, y con antecedentes de episodios recurrentes de AIT (2 o más AIT en una semana) o con tratamiento anticoagulante, deben ser evaluados por un especialista de manera urgente (en menos de 24 horas)
✔	Los pacientes con sospecha de AIT o ictus estable de al menos 48 horas de evolución que se presentan tras los 7 días posteriores al inicio de los síntomas, deben ser evaluados por un especialista en menos de una semana

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Manejo del ictus tras el alta hospitalaria

A	B	C	D	GRADO DE RECOMENDACIÓN	✔	RECOMENDACIÓN POR CONSENSO DEL GRUPO DE TRABAJO

Programación del seguimiento

✔	Al alta hospitalaria se deberá asegurar la continuidad asistencial por los equipos de AP, programándose las visitas requeridas en función de la situación clínica del paciente, y en coordinación con el resto de especialistas implicados, para asegurar las ganancias obtenidas
✔	Se debe valorar la limitación funcional post-ictus tras el alta hospitalaria y tras finalizar la rehabilitación, para así determinar el estado funcional conseguido. Para ello pueden utilizarse escalas como el índice de Barthel, Escala de Rankin o la subescala motora del FIM (página 25)
✔	Se recomienda una evaluación neurológica antes de los tres meses tras el alta hospitalaria por un especialista
✔	Se recomienda consultar la *Guía de Prevención Primaria y Secundaria del Ictus* para pautar las medidas de prevención secundaria apropiadas en cada caso

Medidas generales en rehabilitación

B	Se recomienda un programa de rehabilitación llevado a cabo por un equipo profesional multidisciplinar que cuente con la participación activa de pacientes y familiares e incluya al especialista en Rehabilitación y Medicina Física como coordinador del proceso rehabilitador en la fase posterior al alta hospitalaria y durante el año siguiente al episodio ictal
A	Tras el alta hospitalaria, se recomienda que el médico de familia compruebe que los pacientes estén cumpliendo o hayan cumplido el tratamiento rehabilitador indicado en cada caso. Hay que asegurar que se realice el tratamiento rehabilitador pertinente según los déficits que el paciente presente
D	Se recomienda instruir a los cuidadores o familiares de pacientes con gran deterioro funcional y no candidatos a rehabilitación en los cuidados necesarios para estos pacientes
✔	Cuando el paciente 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

Han consultado en Sanidad/Guía de Práctica Clínica, su vigencia no ha sido revisada.
Usuario: Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Fecha: 2009-10-19

Déficits y alteraciones a valorar

D	Se recomienda examinar las capacidades motoras, sensoriales, visuales y del lenguaje en todos los pacientes que hayan sufrido un ictus, utilizando escalas validadas, siempre que estén disponibles
✔	En el caso de que se detecte un nuevo déficit o alteración no reconocido previamente se derivará al paciente al especialista correspondiente

Tratamiento de la espasticidad mediante fármacos orales

D	No se recomienda tratar la espasticidad ligera con fármacos orales si ésta no interfiere con la recuperación del paciente
✔	Aquellos pacientes que presenten espasticidad que interfiera con su vida diaria deben ser enviados al neurólogo y/o rehabilitador para que se valore el tratamiento más apropiado
B	Se pueden emplear fármacos orales como el baclofeno para tratar la espasticidad generalizada

Manejo del hombro doloroso

D	Se recomienda la monitorización del hombro pléjico durante el primer año tras haber sufrido un ictus, con el fin de detectar la presencia de episodios de hombro doloroso
D	Durante los episodios agudos de dolor se recomienda ofrecer al paciente analgésicos simples como paracetamol o AINES
A	No se recomiendan las infiltraciones intraarticulares de esteroides para tratar los episodios agudos de dolor de hombro en pacientes hemipléjicos
✔	Se recomienda derivar al paciente con dolor de hombro persistente a un especialista en rehabilitación

Tratamiento farmacológico del dolor central post-ictus

D	Se debe valorar la etiología del dolor y describir su localización, duración, intensidad y circunstancias en las que se agrava o alivia. Se recomienda utilizar escalas de 0 a 10 para determinar el grado de dolor

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, su vigencia no ha sido revisada.

B	Se recomienda 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
B	Pueden considerarse también fármacos anticonvulsivantes (lamotrigina) como alternativa a los antidepresivos (amitriptilina), si bien se debe tener en cuenta la posible aparición de efectos secundarios
✔	Se recomienda derivar al paciente con dolor central post-ictus no controlado en Atención Primaria a atención especializada en manejo del dolor

Manejo de la disfagia

D	Se debe comprobar si la presencia de disfagia ha sido valorada antes del alta hospitalaria, comprobándose también si existen problemas nutricionales asociados
D	Se recomienda descartar la presencia de disfagia lo antes posible y en cualquier caso antes de iniciar la ingesta por vía oral
D	Aquellos pacientes en los que se detecten por primera vez dificultades en la deglución (generales, durante o tras la deglución) deben ser evaluados por el especialista correspondiente
D	Se recomienda que los pacientes en los que persistan las dificultades al tragar y/o sus cuidadores sean entrenados en la identificación y manejo de los problemas en la deglución
D	Los pacientes con disfagia persistente tras un ictus deben ser monitorizados una vez dados de alta, de manera regular, pesándoles regularmente, asegurando que no estén desnutridos, para valorar la necesidad de cambios en la dieta y/o en la vía de alimentación
Alimentación por vía oral	
D	Se recomienda que aquellos pacientes con disfagia alimentados por vía oral reciban una dieta adecuada a su estado (dieta hipercalórica basada en líquidos espesos y alimentos semisólidos con textura homogénea, bolo alimenticio con temperatura, sabor y densidad proporcionados, evitando alimentos fríos en aquellos pacientes con reflejos hipertónicos)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

Alimentación por vía enteral	
A	Se recomienda utilizar una sonda nasogástrica en pacientes con disfagia que requieran nutrición enteral durante el primer mes tras un ictus
B	Se recomienda valorar la alimentación mediante Gastrostomía Endoscópica Percutánea en aquellos pacientes con disfagia que necesiten alimentación enteral a largo plazo (más de 4 semanas)

Prevención de caídas

✔	Se recomienda valorar el riesgo de caídas en todos aquellos pacientes que hayan sufrido un ictus
B	Se recomiendan las siguientes estrategias para reducir las caídas en los pacientes mayores en la comunidad: ejercicios de componente múltiple (grupales, Tai Chi, domiciliarios individualizados), ejercicios de componente individual (marcha, equilibrio o función), retiro gradual de fármacos psicotrópicos, programa educativo sobre modificación de la prescripción para los médicos de AP, estimulación cardiaca con marcapasos en personas con hipersensibilidad del seno carotídeo, cirugía de cataratas del primer ojo, dispositivo antideslizante para calzado en suelos helados, intervenciones múltiples y multifactoriales
B	No se recomienda la vitamina D en personas mayores en la comunidad para reducir el riesgo de caídas, salvo en personas con déficit de vitamina D
B	No se recomiendan intervenciones de seguridad en el hogar para reducir las caídas en los mayores en la comunidad, salvo en aquellos con deterioro visual grave o alto riesgo de caídas
B	No se recomienda la fisioterapia un año después del ictus como medida para prevenir caídas en pacientes en los que persisten los problemas de movilidad
B	No se recomiendan los protectores de cadera para prevenir fracturas asociadas a caídas en personas mayores que viven en la comunidad

Manejo de las alteraciones del humor

Depresión	
B	A falta de evidencia consistente acerca de la eficacia de los antidepresivos o psicoterapia para prevenir la depresión post-ictus, no se recomienda su utilización con fines preventivos
D	Se recomienda la realización de un cribado para depresión en aquellos pacientes que han sufrido un ictus, utilizando test sencillos
B	Se recomienda el uso de antidepresivos para el tratamiento de la depresión post-ictus, pero valorando individualmente el riesgo de efectos adversos

Han transcurrido como de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Ansiedad	
D	Se recomienda valorar la presencia de ansiedad en aquellos pacientes que presenten alguna otra forma de alteración del humor
D	En pacientes que han sufrido un ictus, se recomienda tratar la ansiedad de la manera habitual (psicoterapia, farmacoterapia)
Labilidad emocional	
B	Se recomienda considerar el tratamiento con antidepresivos en aquellos pacientes 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

Manejo del deterioro cognitivo

D	Se recomienda realizar una valoración de las funciones cognitivas a todos los pacientes que han sufrido un ictus
✔	Se recomienda la valoración por un especialista cuando se detecte un deterioro cognitivo que interfiera con la rehabilitación o la vida diaria del paciente

Actividades de la vida diaria/retorno al trabajo/conducción/ sexualidad

Actividades de la vida diaria/terapia ocupacional	
D	Se recomienda hacer una valoración de las AVD (personales e instrumentales) utilizando instrumentos validados como el índice de Barthel (página 26)
A	En el caso en el que se detecten dificultades para las AVD se recomienda que el paciente sea tratado por un terapeuta ocupacional
Retorno al trabajo	
✔	Se recomienda valorar la posible incorporación laboral o la posible solicitud de una incapacidad permanente
D	Se recomienda animar a aquellos pacientes que trabajaban previamente a retomar su trabajo, si las condiciones lo permiten

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

Conducción	
✔	Se recomendará a aquellos pacientes que tras un ictus presenten secuelas que puedan interferir con la conducción, que eviten conducir y comuniquen su estado a la Dirección General de Tráfico
✔	Se recomienda que aquellos pacientes que quieran retomar la conducción sean evaluados en un centro psicotécnico acreditado
✔	Se informará a aquellos pacientes que deseen obtener o prorrogar el permiso de conducción acerca de la normativa, que exige demostrar al menos seis meses libres de sintomatología neurológica y la necesidad de presentar informe favorable del especialista en el caso de que presente secuelas. Se informará además de que se limitará el periodo de vigencia a un año máximo. Los pacientes que hayan sufrido AITs recurrentes serán informados de que no podrán obtener o prorrogar su permiso de conducción según la legislación vigente
Sexualidad	
✔	Se recomienda mantener una actitud de disponibilidad para poder discutir con el paciente y su pareja los problemas y preocupaciones relacionados con la sexualidad, en el momento que se considere apropiado, proporcionando la información y apoyo necesarios
D	En presencia de disfunción sexual se debe valorar la existencia de causas tratables
D	No se recomienda el uso de sildenafilo ni otros inhibidores de la fosfodiesterasa (vardenafilo, tadalafilo) para pacientes que presenten disfunción eréctil y hayan sufrido un ictus isquémico reciente

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Diagnósticos enfermeros relacionados con el ictus

✔	Los diagnósticos de enfermería (NANDA) que, como mínimo, deben ser valorados en AP en todos los pacientes tras un ictus son: - Deterioro de la movilidad física - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea - Desatención unilateral (habitualmente en pacientes con lesiones en hemisferio derecho) - Deterioro de la comunicación verbal (habitualmente en pacientes con lesiones en el hemisferio izquierdo) - Deterioro de la deglución - Riesgo de lesión (habitualmente en pacientes con lesiones en el hemisferio derecho y desatención unilateral) - Incontinencia urinaria funcional - Baja autoestima situacional - Ansiedad - Déficit para el autocuidado: Alimentación/Baño/Higiene/Vestido y Acicalamiento - Afrontamiento inefectivo - Disfunción sexual - Manejo efectivo/inefectivo del régimen terapéutico - Disposición para mejorar el afrontamiento familiar

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Información y comunicación al paciente

A	B	C	D	GRADO DE RECOMENDACIÓN	✔	RECOMENDACIÓN POR CONSENSO DEL GRUPO DE TRABAJO

Información básica: características y contenido*

A	Para proporcionar información a los pacientes/cuidadores tras un ictus se recomiendan estrategias en las que éstos participen activamente y que incluyan un seguimiento planificado para la aclaración y refuerzo
D	La información debe ser adecuada al nivel educativo de los pacientes/cuidadores, e incluir aspectos relativos a la prevención de nuevos episodios, recursos donde obtener más información y efectos cognitivos del ictus

* La información para pacientes puede consultarse en la siguiente dirección web: http://www.guiasalud.es/egpc/ictus_ap/pacientes/01_población_objetivo.html.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

2. Niveles de evidencia y grados de recomendación

Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN

	Niveles de evidencia científica
1++	Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica: su vigencia no ha sido revisada.

	Grados de recomendación
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4 ; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

✔ [1]	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

[1] En ocasiones el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Han transcurrido más de seis años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

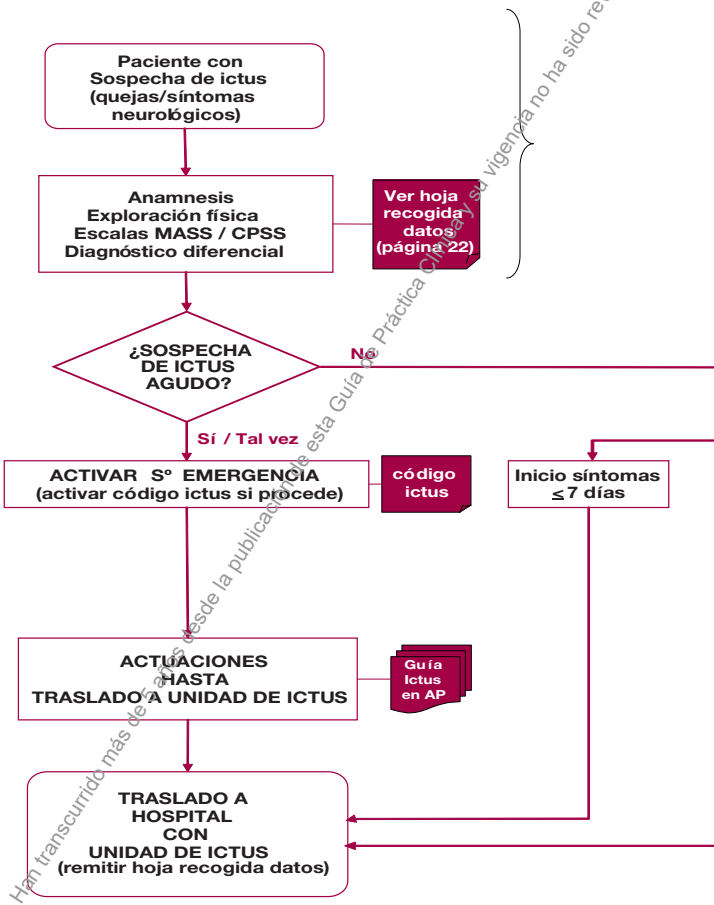
Niveles de evidencia y formulación de recomendaciones de preguntas sobre diagnóstico (Se utiliza la adaptación del NICE de los niveles de evidencia del Oxford Centre for Evidence-based Medicine y del Centre for Reviews and Dissemination)

Niveles de evidencia científica	Tipo de evidencia científica
Ia	Revisión sistemática con homogeneidad de estudios de **nivel 1.**
Ib	Estudios de **nivel 1.**
II	Estudios de **nivel 2.** Revisión sistemática de estudios de **nivel 2.**
III	Estudios de **nivel 3.** Revisión sistemática de estudios de **nivel 3.**
IV	Consenso, opiniones de expertos sin valoración crítica explícita.
Estudios de Nivel 1	Cumplen : • Comparación enmascarada con una prueba de referencia ("patrón oro") válida. • Espectro adecuado de pacientes.
Estudios de Nivel 2	Presentan sólo uno de estos sesgos: • Población no representativa (la muestra no refleja la población donde se aplicará la prueba). • Comparación con el patrón de referencia ("patrón oro") inadecuado (la prueba que se evaluará forma parte del patrón oro o el resultado de la prueba influye en la realización del patrón oro). • Comparación no enmascarada. • Estudios casos-control.
Estudios de Nivel 3	Presentan dos o más de los criterios descritos en los estudios de nivel 2

Recomendación	Evidencia
A	Ia o Ib
B	II
C	III
D	IV

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

3. Algoritmo de manejo de sospecha de ictus



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

agudo/comunicado en AP

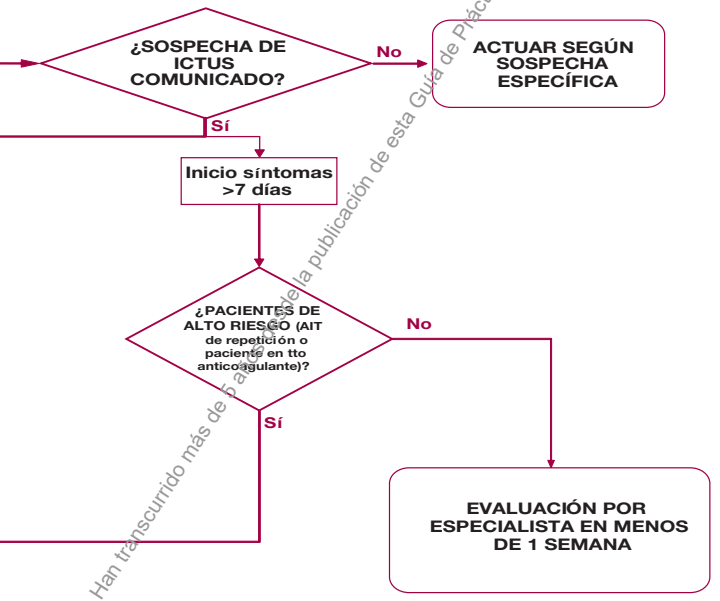
1. - ***Sospecha :***
- **Ictus : déficit neurológico focal con instauración abrupta, especialmente si presenta paresia facial aguda, alteración del lenguaje o pérdida de fuerza del brazo, y no refiere antecedentes de traumatismo craneal**
- **AIT: el déficit neurológico focal ha remitido en el momento de la consulta y habitualmente no ha tenido una duración >1 hora**
- **Ictus Comunicado: posible AIT o ictus estable de al menos 48 horas de evolución. Engloba tanto al paciente que acude con la sintomatología resuelta y ésta ha durado < 24 horas (sospecha de AIT) como al paciente que estando estable, acude al centro de salud, pasadas 48 horas del inicio de los síntomas**
- **F.Riesgo: ictus u otra enfermedad vascular previa, tabaquismo, HTA y DM**

2.- ***Anamnesis:*** **hora de inicio de los síntomas, comorbilidades, ictus previos, medicación actual y escala de Rankin**

3.- ***Exploración física inicial:*** **función respiratoria, ritmo cardíaco, PA, T ª, glucemia y saturación de oxígeno, si es factible. Considerar ECG siempre que no retrase el traslado del paciente**

4.- ***Exploración neurológica:*** **valoración de funciones mentales, lenguaje, signos meníngeos, pares craneales, desviación oculocefálica, déficits motores, sensitivos y alteraciones cerebelosas**

5.- ***Diagnóstico diferencial ictus agudo:*** **entre otros, crisis comiciales/convulsiones, migrañas con aura, hipoglucemia, encefalopatía hipertensiva y trastorno por conversión/simulación**



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su contenido no ha sido revisada.

4. Hoja de recogida de datos en el ictus agudo

SOSPECHA DE ICTUS : HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PACIENTE

NOMBRE: APELLIDOS:

DNI:

DATOS DEL CENTRO QUE REMITE AL PACIENTE

NOMBRE: DIRECCION:

ANAMNESIS:

- Fecha y hora de inicio de los síntomas: _____
- Ictus/AIT previos ☐
- Episodios recientes: IAM ☐ Traumatismo ☐ Cirugía ☐ Sangrado ☐
- Comorbilidades/factores de riesgo: HTA ☐ DM ☐ Arritmias ☐ Tabaquismo ☐ Alcoholismo ☐ Dislipemia ☐ Antecedentes de demencia o deterioro cognitivo ☐
- Medicación actual: Insulina ☐ Antihipertensivos ☐ Antiagregantes ☐ Anticoagulantes ☐
- Escala Rankin:

0 - Sin síntomas ☐ 4 - Incapacidad moderadamente severa ☐

1 - Sin incapacidad importante ☐ 5 - Incapacidad severa ☐

2 - Incapacidad leve ☐ 6 – Muerte ☐

3 - Incapacidad moderada ☐

- Otros datos de interés (en caso de disponer de tiempo):

- Números de teléfono de testigos o familiares: _____
- Duración de los síntomas: _____
- Síntomas acompañantes: _____
- Circunstancias desencadenantes: _____
- Factores de riesgo para ECV/arterioesclerosis: _____
- Abuso de drogas: _____ - Patología cardiaca: _____
- Episodios de migraña, convulsiones, infecciones: _____
- Embarazo ☐ Puerperio ☐ Consumo de anovulatorios ☐ Terapia hormonal ☐

EXPLORACIÓN INICIAL

- Función respiratoria : _____ - Ritmo cardíaco: _____
- Presión Arterial: _____ - Temperatura: _____
- Si es factible: glucemia _____ Saturación de oxígeno: _____

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA *(valorar funciones mentales, lenguaje, signos meníngeos, pares craneales, desviación oculocefálica, déficits motores, sensitivos y alteraciones cerebelosas)*
(Describir la exploración neurológica si no retrasa el traslado del paciente)

Las recomendaciones de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no han sido revisadas a los 5 años desde la publicación

5. Escalas prehospitalarias de ayuda diagnóstica

Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)*

Asimetría facial (haga que el paciente sonría o muestre los dientes)

- Normal: ambos lados de la cara se mueven de forma simétrica
- Anormal: Un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro

Fuerza en los brazos (haga que el paciente cierre los ojos y mantenga ambos brazos extendidos durante 10 segundos)

- Normal: ambos brazos se mueven igual o no se mueven
- Anormal: Un brazo no se mueve o cae respecto al otro

Lenguaje (pedir al paciente que repita una frase)

- Normal: el paciente utiliza palabras correctas, sin farfullar
- Anormal: el paciente arrastra las palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar

Criterios para identificar ictus
Presencia de cualquiera de los elementos anormales en la exploración física

* Fuente:
Kothari RU, Pancioli A, Liu T, Brott T, Broderick J. Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity. Ann Emerg Med. 1999; 33:378-8.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Melbourne Ambulance Stroke Screen (MASS)*

Elementos de la historia clínica
Edad > 45 años
Ausencia de antecedentes de convulsiones o epilepsia
Paciente no encamado ni en silla de ruedas
Glucemia entre 50 y 400 mg/dL
Elementos de la exploración física
Comisura facial
Hacer que el paciente sonría o muestre los dientes
Normal: ambos lados se mueven igual
Anormal: uno de los lados no se mueve
Fuerza en los brazos
Pedir al paciente que con los ojos cerrados extienda ambos brazos durante 10 segundos
Normal: ambos brazos se mueven/no se mueven por igual
Anormal: uno de los brazos no se mueve o cae con respecto al otro
Apretón de manos
Coger ambas manos del paciente y pedirle que apriete
Normal: apretón de manos igual en ambas manos/no apretón en ninguna de las manos
Anormal: debilidad o no apretón en una de las manos
Lenguaje
Hacer que el paciente repita una frase
Normal
Anormal: farfulla, incapaz de hablar, palabras incorrectas
Criterios para identificar ictus
Presencia de cualquiera de los elementos en la exploración física y Respuesta afirmativa en todos los elementos de la historia clínica

* Fuente:
Bray JE, Martin J, Cooper G, Barger B, Bernard S, Bladin C. Paramedic identification of stroke: community validation of the melbourne ambulance stroke screen. Cerebrovasc Dis. 2005; 20:28-33.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

6. Escalas de valoración funcional

Escala de Rankin Modificada*

0	**Sin síntomas**	
1	**Sin incapacidad importante**	Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.
2	**Incapacidad leve**	Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.
3	**Incapacidad moderada**	Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida o impiden su subsistencia totalmente autónoma (p. ej. necesitando alguna ayuda).
4	**Incapacidad moderadamente severa**	Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente aunque sin necesidad de atención continua (p. ej. incapaz para atender sus necesidades personales sin asistencia).
5	**Incapacidad severa**	Totalmente dependiente, necesitando asistencia constante día y noche.
6	**Muerte**	

* Fuente:
Van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke. 1988; 19:604-7.
Bonita R, Beaglehole R. Modification of Rankin Scale: Recovery of motor function after stroke. Stroke. 1988; 19:1497-500.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Índice de Barthel*

Actividades básicas de la vida diaria		
Parámetro	**Situación del paciente**	**Puntuación**
Total:		
Alimentación	- Totalmente independiente - Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. - Dependiente	10 5 0
Baño	- Independiente: entra y sale solo del baño - Dependiente	5 0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos - Necesita ayuda - Dependiente	10 5 0
Parámetro	**Situación del paciente**	**Puntuación**
Aseo personal	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. - Dependiente	5 0
Control anal (Valórese la semana previa)	- Continencia normal - Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas - Incontinencia	10 5 0
Control vesical (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidar de la sonda si tiene una puesta - Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda - Incontinencia	10 5 0
Manejo en el inodoro	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa... - Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo - Dependiente	10 5 0
Desplazamiento silla/cama	- Independiente para ir del sillón a la cama - Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo - Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo - Dependiente	15 10 5 0

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros - Independiente en silla de ruedas sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0
Subir escaleras	- Independiente para bajar y subir escaleras - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo - Dependiente	10 5 0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

* Fuente:
Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Md State Med J. 1965; 14:61-5.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)*

CATEGORIAS	DOMINIO	FIM TOTAL
Autocuidado	**Motor**	***126 puntos***
1. Alimentación	***91 puntos***	
2. Arreglo personal		
3. Baño		
4. Vestido hemicuerpo superior		
5. Vestido hemicuerpo inferior		
6. Aseo perineal		
Control de esfínteres		
7. Control de la vejiga		
8. Control del intestino		
Movilidad		
9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas		
10. Traslado en baño		
11. Traslado en bañera o ducha		
Ambulación		
12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas		
13. Subir y bajar escaleras		
Comunicación	**Cognitivo**	
14. Comprensión	***35 puntos***	
15. Expresión		
Conocimiento social		
16. Interacción social		
17. Solución de problemas		
18. Memoria		

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido valorada.

Cada ítem es puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7 Independencia completa
	6 Independencia modificada
Dependencia modificada	5 Supervisión
	4 Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia)
	3 Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2 Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia)
	1 Asistencia total (menor del 25% de independencia)

* Fuente:
Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation (Adult FIM), Version 4.0. Buffalo, NY 14214: State University of New York at Buffalo. 1993.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y la evidencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.



P.V.P.: 10 euros

www.msps.es
www.madrid.org/lainentralgo