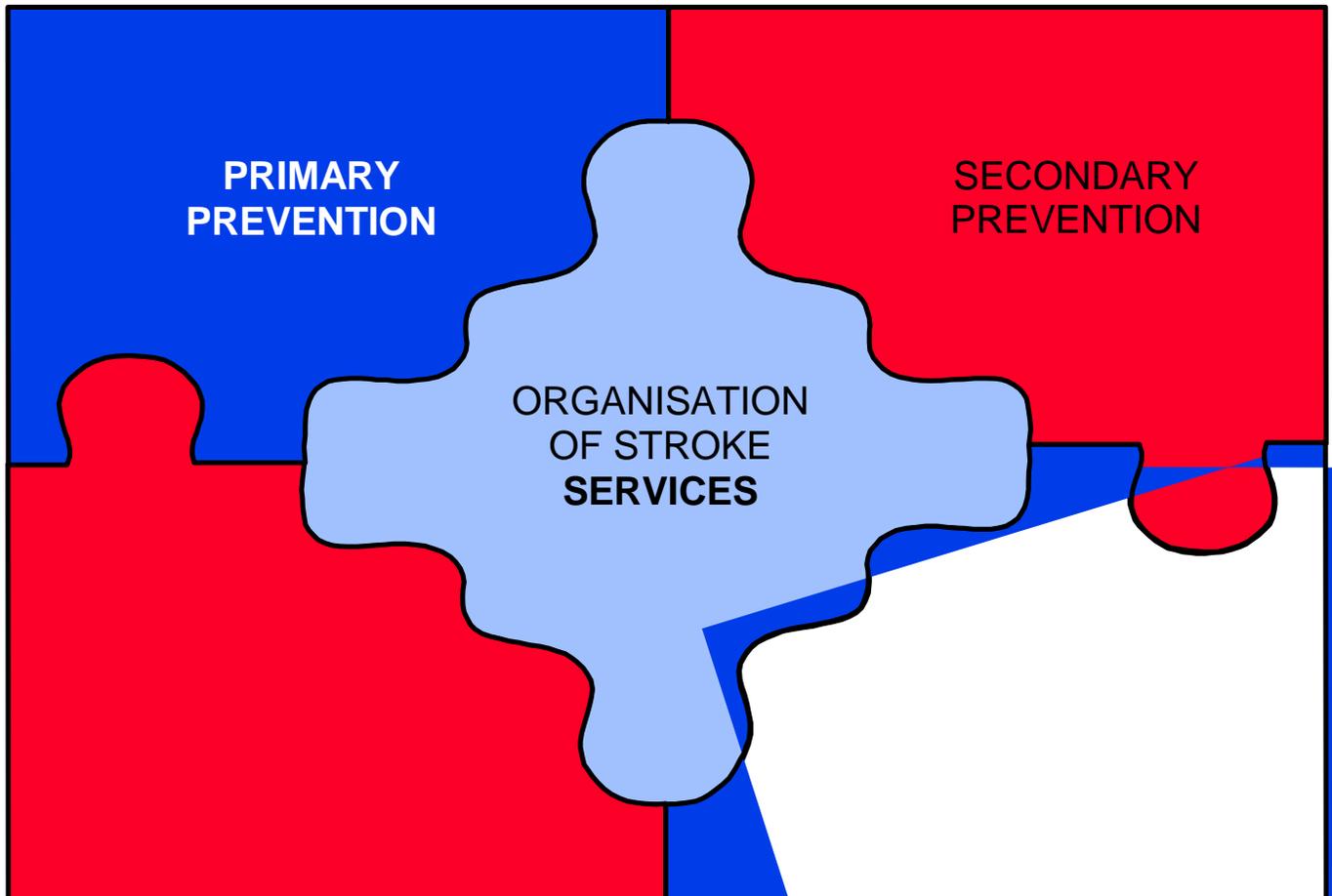


# REUNIÓN INTERNACIONAL PARA EL CONSENSO EN EL MANEJO DEL ICTUS

Helsingborg, Suecia, 8-10 de noviembre de 1995



"Para el año 2005, la mortalidad secundaria a

## **PREFACIO**

El Ictus es una de las causas principales de mortalidad en Europa. Conlleva un alto nivel de incapacidad y absorbe una proporción considerable de los presupuestos de salud. A medida que la población europea envejezca, el número de individuos afectados de enfermedades cardiovasculares se incrementará.

Reducir la carga que representa el Ictus en el individuo, la familia y la sociedad, supone un reto para los sistemas de Salud y la Comunidad Científica. Aunque la prevención primaria es crucial, y seguirá siendo la piedra angular de los esfuerzos para reducir la discapacidad global por Ictus, existe demostración acumulada de que la mejora sistemática del manejo del Ictus, incluida la rehabilitación, puede también reducir la mortalidad y la discapacidad por dicha causa.

## **ALCANCE Y PROPOSITO**

Entre el 8 y 10 de Noviembre de 1995 tuvo lugar en Helsingborg (Suecia) una reunión de consenso organizada por la OMS, en colaboración con la Federación Europea de Sociedades Neurológicas, la Sociedad Internacional del Ictus y otras donde un grupo de expertos, representantes de los departamentos de salud de los distintos gobiernos, científicos, expertos en toma de decisiones, expertos en el manejo del Ictus y pacientes y asociaciones de pacientes, examinaron los datos actuales concernientes a los conocimientos disponibles sobre el manejo del Ictus, y llegaron a un acuerdo sobre un plan de acción para mejorar estos conocimientos y reforzar la calidad de la asistencia a los pacientes que han padecido un Ictus.

Se abordaron cinco aspectos del manejo del Ictus:

1. Manejo del Ictus agudo
2. Rehabilitación
3. Prevención secundaria
4. Evaluación del resultado del Ictus y de la calidad de la asistencia
5. Organización de los servicios que atienden al Ictus.

Este documento presenta la DECLARACIÓN DE HELSINGBORG: una Declaración de Consenso sobre el Manejo del Ictus y los planes de acción sugeridos para implementar tal Declaración.

# **DECLARACIÓN DE HELSINGBORG PARA EL MANEJO DEL ICTUS EN EUROPA**

## ***PRINCIPIOS ESENCIALES***

1. Los intereses y necesidades de los pacientes con Ictus y sus familias deberían ser la principal preocupación de todos los profesionales. Deberían promoverse las asociaciones de grupos de autoayuda y voluntarios.
2. El progreso en el manejo agudo del Ictus sólo se podrá conseguir si el Ictus es considerado como una emergencia médica.
3. Los pacientes con Ictus deberían recibir una evaluación inmediata en un Hospital.
4. Los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, actuales y futuros, deberían basarse en datos científicos demostrados. Otros tratamientos deberían evaluarse científicamente. Los tratamientos de validez no demostrada no deberían usarse de forma rutinaria en los pacientes con Ictus.
5. El manejo de los aspectos relacionados con la incapacidad debería planificarse en colaboración con los propios pacientes y sus familias, y ser adecuados a las necesidades de éstos. La colaboración en la investigación, incluida la prevención, tratamiento agudo, cuidados de enfermería y rehabilitación, y la educación, deberían promoverse tanto a nivel local, nacional como internacional.

## **OBJETIVOS PARA EL AÑO 2005**

1. Todos los estados miembros deberán establecer un sistema de organización del manejo del Ictus agudo con el fin de reducir la proporción de la mortalidad en el primer mes tras el Ictus a menos de un 20%.
2. En los supervivientes a la fase aguda del Ictus, la incidencia de recurrencia fatal y no fatal de Ictus durante los dos primeros años debería reducirse a menos del 20% de casos. La mortalidad debida a enfermedad vascular debería ser menor del 40%.
3. Más del 70% de los pacientes supervivientes deberían ser independientes en la realización de las AVD tres meses después del inicio del Ictus.
4. Todos los pacientes deberían tener acceso a medidas apropiadas de prevención secundaria del Ictus.
5. Todos los pacientes que han presentado un Ictus deberían tener un acceso fácil y precoz a la valoración especializada y tratamiento en Unidades de Ictus, si están disponibles, y durante el tiempo necesario mientras ello suponga –o pueda suponer- un beneficio para el paciente y su familia.
6. Los cuidados de Rehabilitación deberían ser dispensados por un equipo multidisciplinar entrenado específicamente para el manejo del Ictus.
7. Los estados miembros deberían establecer sistemas de Control de Calidad para evaluar el manejo del Ictus.

# CONFERENCIA DE CONSENSO PARA EL MANEJO DEL ICTUS

## **INTRODUCCIÓN**

El Ictus es una de las principales causas de mortalidad en Europa. Conlleva elevados niveles de incapacidad permanente y utiliza una considerable proporción de recursos de Salud.

Aunque la prevención primaria es crucial, y permanecerá como la piedra angular de los esfuerzos para reducir la discapacidad global por Ictus, existen suficientes pruebas de que la mejora sistemática del manejo del Ictus, incluida la rehabilitación, puede también reducir la mortalidad y la discapacidad por el mismo. Este documento presenta guías para mejorar el manejo del Ictus, incluyendo cuidados de la fase aguda, prevención secundaria, rehabilitación y recomendaciones acerca de la Organización y Evaluación de los servicios destinados a tratar el Ictus, con el fin de reforzar la calidad asistencial a los pacientes con Ictus.

Las prácticas de provisión de cuidados de salud varían ampliamente en Europa. Por tanto, el conjunto de objetivos y recomendaciones propuestas en este documento son, necesariamente, amplias y generales.

## **EXCLUSIONES**

Este documento no se refiere a:

- Los aspectos relacionados con la prevención primaria del Ictus
- La hemorragia subaracnoidea.
- Causas infrecuentes de Ictus.
- El manejo específico de los pacientes con AIT es considerado solamente en el contexto del Ictus en su conjunto.

## **METODOS**

El documento se divide en cinco secciones, que representan los cinco principales componentes de la asistencia al Ictus, cada una de las cuales contiene guías específicas:

- Organización de los Servicios.
- Evaluación de los resultados y de la Calidad Asistencial.
- Manejo del Ictus Agudo.
- Rehabilitación del ictus.
- Prevención Secundaria.

Las recomendaciones están basadas, siempre que sea posible, en la evidencia demostrada en amplios estudios aleatorizados y en revisiones sistemáticas de la literatura.

## 1.- ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ICTUS

OBJETIVOS 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En Europa, <b>todos</b> los pacientes con Ictus agudo deberán tener acceso a unidades especializadas de Ictus y ser atendidos por Equipos de Ictus.</li> </ul>
REQUERIMIENTOS BÁSICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En los Hospitales y en las Comunidades deberán existir Servicios Organizados para atender a los pacientes con Ictus.</li> </ul>
MANEJO AGUDO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Ictus es una urgencia médica y todos los pacientes con Ictus deberían ser evaluados en un Hospital, y preferiblemente en las primeras 6 horas.</li> <li>• Los pacientes con alteraciones persistentes deberían recibir un diagnóstico, asistencia en fase aguda, incluyendo cuidados de enfermería, y una valoración y tratamiento de sus necesidades de rehabilitación.</li> <li>• La asistencia domiciliaria debería utilizarse sólo en las situaciones donde se haya probado que ofrece la misma calidad asistencial que en el hospital, o cuando los recursos hospitalarios sean inapropiados o inadecuados.</li> </ul>
UNIDADES DE ICTUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los resultados del manejo de los pacientes en una Unidad de Ictus o por un Equipo de Ictus son mejores que los obtenidos al asistirlos en salas generales.</li> <li>• Se recomienda que el cuidado de los pacientes con Ictus se lleve a cabo en Unidades de Ictus y por Equipos especializados de Ictus.</li> <li>• En estas Unidades deben establecerse planes sistemáticos de cuidados, e Indicadores para la evaluación del proceso y los resultados.</li> <li>• Hasta que los beneficios de las Unidades Intensivas de Ictus no se hayan demostrado, éstas no pueden recomendarse de forma general, aunque ciertos pacientes podrían beneficiarse de su uso.</li> </ul>
REHABILITACIÓN EN LOS 6 PRIMEROS MESES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La rehabilitación es más eficaz cuando se inicia muy precozmente tras el Ictus.</li> <li>• Las necesidades de Rehabilitación de los pacientes con Ictus deberían ser evaluadas por un equipo interdisciplinar que posea:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• habilidades en enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional y cuidados médicos.</li> </ul> </li> <li>• Cuando se considere apropiado, los pacientes deberían tener acceso a terapias de comunicación e intervenciones psicológicas y sociales.</li> </ul>

<p><b>REHABILITACIÓN DESDPUÉS DE LOS 6 MESES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay pocas pruebas de que la rehabilitación más allá de los 6 meses pueda mejorar las alteraciones del lenguaje o de los déficits motores o perceptivos.</li> <li>• Para alcanzar una adaptación óptima, los pacientes con secuelas permanentes deberían recibir apoyo comunitario, así como ayuda profesional para adaptarse y manejarse en las actividades de la vida diaria.</li> <li>• El cuidado de los pacientes debería organizarse de manera que: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. La depresión y cualquier deterioro en la habilidad para realizar las AVD puedan ser detectadas y tratadas.</li> <li>b. Sean tomadas las medidas adecuadas de prevención secundaria para reducir el riesgo de recurrencia del Ictus y de otros eventos vasculares.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>COLABORACION PACIENTE/ PROFESIONAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesaria una amplia colaboración entre pacientes y profesionales tanto de forma local como nacional para promover la educación en el Ictus al público general, los profesionales de la salud y los que planifican la salud.</li> <li>• Las Unidades de Ictus y los Equipos de Ictus deberían liderar la creación de asociaciones de autoayuda de pacientes y familiares.</li> <li>• Es esencial la continuidad de la rehabilitación y los cuidados médicos tras el alta hospitalaria. La responsabilidad de esta continuidad debe recaer en las Unidades de Ictus y Equipos de Ictus.</li> </ul>
<p><b>PRIORIDADES EN LA INVESTIGACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la eficiencia de las Unidades Intensivas de Ictus.</li> <li>• Evaluación de la efectividad de las Unidades o Equipos hospitalarios de Ictus frente al cuidado comunitario.</li> </ul>

## 2.- EVALUACION DE LAS CONSECUENCIAS DEL ICTUS Y VALORACIÓN DE CALIDAD

<p><b>OBJETIVO PARA EL 2005</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los estados miembros deben establecer un sistema de rutina de recogida de datos, necesario para evaluar la calidad del manejo del ictus.</li> </ul>
<p><b>PRINCIPIOS GENERALES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para una evaluación significativa, tanto el proceso como las consecuencias del ictus deben ser valoradas.</li> <li>• La variabilidad de los casos (p.e. edad, morbilidad) deben ser tenidas en cuenta cuando se hagan comparaciones entre servicios o a lo largo del tiempo.</li> <li>• No todos los campos pueden ser valorados sistemáticamente</li> </ul>
<p><b>CAMPOS A EVALUAR:</b> <i>Indicadores de valoración</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de pacientes ingresados en servicios dedicados al Ictus o valorados por un Equipo de ictus.</li> <li>• Tiempo hasta la admisión (demora hasta el ingreso)</li> <li>• Proporción de pacientes con Ictus con acceso a una valoración inicial estandarizada e interdisciplinaria (que siguen un Protocolo)</li> <li>• Tiempo hasta la valoración inicial.</li> <li>• Proporción de pacientes a los que se realiza neuroimagen</li> <li>• Tiempo hasta la realización de neuroimagen</li> </ul>
<p><i>Indicadores de cuidados agudos</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de cuidados agudos en un hospital (% de ingresos)</li> <li>• Tasa de mortalidad a los 30 días</li> </ul>
<p><i>Indicadores de complicaciones</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción con úlceras de presión, incontinencia urinaria, hombro doloroso o neumonía.</li> </ul>
<p><i>Indicadores de supervivencia tardía</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa de mortalidad a los 2 años</li> </ul>
<p><i>Indicadores de rehabilitación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de pacientes con acceso a RHB interdisciplinaria</li> <li>• Tiempo de inicio de la RHB activa o pasiva</li> <li>• Proporción de casos en los cuales el nivel de discapacidad, los objetivos alcanzados y las revisiones regulares son registradas.</li> <li>• Actividades personales e instrumentales de la vida diaria medidas a los 3 meses</li> <li>• Actividades personales e instrumentales de la vida diaria medidas a los 12 meses</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de casos con plaza de residencia a los 3 y 12 meses o número de días en cuidados institucionales de larga estancia</li> </ul>
<i>Indicadores comunitarios</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de casos que han obtenido un acceso adecuado a un centro de cuidados de larga estancia</li> <li>• Proporción de casos que han recibido unas medidas adecuadas de prevención secundaria</li> <li>• Proporción de casos que han obtenido un acceso adecuado a ayudas</li> <li>• Proporción de casos que han obtenido un acceso adecuado a la ayuda domiciliaria.</li> <li>• Proporción de casos que han obtenido un acceso adecuado a cuidados institucionales (si fuera necesario).</li> <li>• Percepción subjetiva de calidad de vida</li> </ul>
<i>Indicadores de calidad del cuidado: pacientes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de pacientes satisfechos con los cuidados recibidos.</li> <li>• Proporción de pacientes satisfechos con la información recibida</li> <li>• Proporción de pacientes con quienes los objetivos son comentados</li> <li>• Proporción de notas de pacientes en los que se recogen debilidades, discapacidades y minusvalías.</li> <li>• Número y contenido de reclamaciones recibidas</li> </ul>
<i>Indicadores de calidad del cuidado: cuidadores y familiares.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de cuidadores o familiares satisfechos con la información dada</li> <li>• Información escrita adecuada concerniente a los roles de los pacientes</li> <li>• Proporción de cuidadores o familiares satisfechos con la asistencia recibida</li> <li>• Proporción de cuidadores o familiares satisfechos con el trato recibido</li> <li>• Proporción de cuidadores o familiares que reciben consejo por los efectos emocionales debido al cuidado de los pacientes</li> </ul>
INFORMACIÓN DE RUTINA EN EL NIVEL SUPERIOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de datos poblacional que recoja la incidencia, mortalidad y discapacidad por Ictus.</li> </ul>
BUSQUEDA DE PRIORIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de índices globales de resultados</li> <li>• Desarrollo de instrumentos adecuados para medir los indicadores</li> <li>• Definición del contenido de conjunto mínimo de datos</li> </ul>

### 3.- MANEJO DEL ICTUS

<p>OBJETIVOS PARA EL 2005</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos del 20% de los pacientes con Ictus deben morir durante el primer mes tras el Ictus</li> <li>• Más del 70% de los pacientes supervivientes deben ser independientes en las AVD 3 meses después del comienzo del Ictus</li> </ul>
<p>CONOCIMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ictus debe ser considerado y tratado como una emergencia médica</li> <li>• Los Estados Miembros deben asegurarse que tanto el público general como los profesionales de la salud, conozcan los síntomas del Ictus para remitir precozmente a los pacientes</li> </ul>
<p>DIAGNÓSTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un tratamiento correcto requiere un diagnóstico adecuado</li> <li>• Siempre que sea posible, todos los pacientes que presenten síntomas sugestivos de Ictus requerirán TAC precoz para distinguir entre hemorragia intracraneal e isquemia cerebral y otros diagnósticos distintos al Ictus. <i>Si no es posible el TAC, y únicamente en ausencia de contraindicaciones, se examinará el LCR en los pacientes en los que el tratamiento anticoagulante se considere necesario (p.e. TVP o TEP)</i></li> <li>• El estudio neurosonológico y otras técnicas no invasivas son adecuadas para el diagnóstico de estenosis y oclusiones en la carótida y arterias vertebrales</li> <li>• La angiografía está indicada cuando de ella se derive una actitud terapéutica</li> </ul>
<p>CUIDADOS BÁSICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cuidados básicos específicos deberían adecuarse a las necesidades de los pacientes con Ictus y reducir el riesgo de complicaciones y de recidiva del Ictus</li> <li>• Los déficits neurológicos y el nivel de conciencia deben ser monitorizados a intervalos regulares</li> <li>• En la fase aguda tras el Ictus, la presión arterial debe reducirse únicamente en circunstancias especiales</li> <li>• La rehabilitación debe comenzarse tan pronto como las condiciones médicas lo permitan</li> </ul>

<p><b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún tratamiento farmacológico específico ha resultado efectivo en el Ictus agudo. Sin embargo nuevas terapias como la trombolisis o fármacos neuroprotectores están siendo investigados y probados para su uso.</li> <li>• La anticoagulación inmediata con heparina es utilizada a menudo en pacientes con Ictus de origen cardióembólico, AIT repetidos e Ictus progresivo. Sin embargo, no hay evidencia de ensayos controlados y randomizados que apoyen esta práctica. La evidencia sugiere que el tratamiento con esteroides, hemodilución, calcio antagonistas, teofilinas y otras drogas, no es de eficacia probada en pacientes con Ictus isquémico agudo.</li> </ul>
<p><b>TRATAMIENTO QUIRÚRGICO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El infarto o la hemorragia compresiva del cerebelo requiere cirugía urgente</li> <li>• Hay perspectivas de que debe realizarse la evacuación quirúrgica urgente de la hemorragia intracerebral en pacientes seleccionados. Esta declaración de consenso no expresa opinión en este aspecto, pero existen datos provenientes de ensayos randomizados que apoyan esta práctica</li> </ul>
<p><b>TROMBOEMBOLISMO VENOSO SISTÉMICO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes inmóviles con Ictus tienen también riesgo elevado de TVP y embolismo pulmonar</li> <li>• Para reducir este riesgo, en ausencia de contraindicaciones, los pacientes deben ser movilizados precozmente, proporcionarles medias compresivas y/o anticoagulantes (heparina a bajas dosis o heparina de bajo peso molecular)</li> </ul>
<p><b>DESORIENTACIÓN Y DEPRESIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La desorientación suele ocurrir como consecuencia directa del Ictus, o por complicaciones médicas debidas a larga inmovilización.</li> <li>• Los profesionales sanitarios deben estar alerta para reconocerla precozmente y tratarla adecuadamente</li> <li>• Todos los pacientes que sufren depresión tras el ictus, deben tener acceso a una evaluación especializada y a un tratamiento apropiado</li> </ul>
<p><b>TERAPIA BASADA EN LA EVIDENCIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún tratamiento específico médico o quirúrgico ha sido demostrado inequívocamente beneficioso para los pacientes con Ictus</li> <li>• Los principios basados en la evidencia médica deben ser aplicados para el tratamiento del Ictus agudo</li> <li>• Ninguna intervención médica o quirúrgica debe ser administrada de forma rutinaria a pacientes con Ictus, a menos que su eficacia haya sido demostrada con ensayos clínicos controlados y randomizados</li> </ul>

<p><b>ENSAYOS CLÍNICOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes que estén recibiendo cuidados básicos médicos y de enfermería, serán invitados siempre que sea posible a participar en ensayos clínicos</li> <li>• Rechazar el acceso a ensayos clínicos randomizados a pacientes con Ictus deberá considerado antiético</li> </ul>
<p><b>BÚSQUEDA DE PRIORIDADES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación científica sobre el valor de los cuidados de enfermería a los pacientes con ictus</li> <li>• Determinación del riesgo y beneficio de la evacuación precoz del hematoma cerebral supratentorial</li> <li>• Ensayos clínicos controlados con placebo sobre el riesgo y beneficio de neuroprotectores u otros tratamientos farmacológicos para la isquemia y la hemorragia cerebral</li> </ul>

## 4.- REHABILITACIÓN DESPUÉS DEL ICTUS

<p><b>OBJETIVO PARA EL 2005</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más del 70% de los pacientes supervivientes deberían ser independientes en sus actividades diarias tres meses después del ictus.</li> </ul>
<p><b>AL INICIO DE LA REHABILITACIÓN TODO PACIENTE:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debería tener acceso a los servicios de rehabilitación sin selección previa.</li> <li>• Sus discapacidades deberían ser evaluadas tan pronto como sea posible por un profesional de la salud adecuadamente entrenado.</li> <li>• Cuando estuviera consciente y médicamente estable tendría que ser evaluado por al menos dos profesionales diferentes usando listas de estándares para identificar los problemas iniciales.</li> <li>• Durante la siguiente semana, debería tomar parte en una reunión de planificación de objetivos, junto a los profesionales rehabilitadores y la familia.</li> <li>• El tratamiento rehabilitador debería ser acorde a sus necesidades, las cuales serán evaluadas periódicamente. Así mismo, cuando sea necesario, participará en una reunión de planificación de objetivos</li> </ul>
<p><b>EL PACIENTE Y LA FAMILIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La rehabilitación debería centrarse en los objetivos propios del paciente.</li> <li>• La rehabilitación debería planificarse en estrecha colaboración con el paciente y sus familiares, los cuales deberán considerarse como colaboradores importantes en el proceso de rehabilitación.</li> </ul>
<p><b>REHABILITACIÓN INTER-DISCIPLINARIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para ser más efectiva, la rehabilitación requiere la intervención de un equipo interdisciplinario compuesto, por ejemplo, de un médico, un enfermero experto en la rehabilitación del ictus, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional y un logopeda. Algunos pacientes solo requerirán la intervención de un trabajador social y un psicólogo, ambos entrenados en la rehabilitación del ictus.</li> <li>• Ocasionalmente la limitación de recursos y condiciones locales pueden requerir que la misma persona realice más de una función.</li> </ul>
<p><b>ENTRENANDO AL PACIENTE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las sesiones programadas de fisioterapia se complementarán con otras sesiones realizadas por familiares y voluntarios, dirigidos por profesionales del cuidado de la salud.</li> </ul>

<p><b>TRATAMIENTOS REHABILITADORES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier técnica utilizada en el manejo de la incapacidad debería ser especificada, dirigida por objetivos, intensiva y centrada en las necesidades del paciente.</li> <li>• Actualmente no existe ninguna técnica específica que pueda recomendarse.</li> </ul>
<p><b>AMBIENTE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de la información disponible sugiere que un ambiente positivo y estimulante, tanto física como emocionalmente, potencia los efectos beneficiosos del tratamiento.</li> <li>• El ambiente donde esté el paciente debe ser tan personalizado y acogedor como sea posible y debe permitirle realizar las tareas y funciones básicas.</li> </ul>
<p><b>CADENA CONTINUA DE CUIDADOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde que ocurre el Ictus, el paciente debe formar parte de la cadena continua de cuidados.</li> <li>• El éxito de la rehabilitación requiere la coordinación estrecha entre los servicios médicos y los servicios sociales de la comunidad.</li> <li>• Es recomendable un equipo de coordinación comunitaria.</li> <li>• El seguimiento a largo plazo de los pacientes es responsabilidad de los servicios locales, debiendo asegurarse un fácil acceso al servicio de rehabilitación, si se estima necesario.</li> </ul>
<p><b>ASOCIACIÓN DE PACIENTES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe fomentarse la constitución de asociaciones locales de pacientes con ictus y sus familiares porque: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ello proporciona soporte al paciente y a sus familiares</li> <li>- Ello contribuye a la coordinación local, regional y nacional de esfuerzos para promover la mejora de la rehabilitación y el soporte social a las personas con ictus.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>PRIORIDADES INVESTIGADORAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dado que pocas intervenciones rehabilitadoras específicas han sido evaluadas en ensayos clínicos, la mayoría de las guías clínicas son provisionales y la efectividad de las técnicas de rehabilitación y los requerimientos de recursos deberán ser evaluados.</li> <li>• Debería desarrollarse una metodología de investigación y adjudicarse los recursos necesarios para que se realicen ensayos clínicos aleatorizados de los distintos componentes de la rehabilitación, los cuales pueden ser fácilmente aislados.</li> <li>• Deberían mejorarse las medidas del resultado de la asistencia dirigidas a la adaptación social, satisfacción con los servicios de rehabilitación y calidad de vida.</li> <li>• Debe evaluarse la eficiencia del uso de voluntarios y familiares en la rehabilitación de los pacientes.</li> </ul>

## 5.- PREVENCIÓN SECUNDARIA

<p><b>OBJETIVO PARA EL 2005</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poner en práctica medidas por las cuales, los pacientes supervivientes de la fase aguda, reduzcan la tasa de muerte por eventos vasculares, incluyendo el infarto de miocardio, por debajo del 40% en los dos años siguientes al ictus.</li> <li>• Identificar los pacientes con riesgo de un segundo ictus y reducir mediante intervenciones específicas, la recidiva de ictus por debajo del 20% durante los primeros dos años.</li> <li>• Asegurar que las medidas de prevención secundaria son eficientes</li> </ul>
<p><b>MODIFICACIONES DEL ESTILO DE VIDA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La modificación de los factores de riesgo ha sido poco estudiada en pacientes con ictus y las recomendaciones se basan en la experiencia de los estudios de prevención primaria y de otros grupos de pacientes con enfermedad vascular.</li> <li>• Se recomiendan los cambios en el estilo de vida susceptibles de disminuir la incidencia de ictus. Tales cambios deberían incluir el abandono del hábito tabáquico y moderación en la ingesta de alcohol, dieta y actividad física.</li> </ul>
<p><b>INTERVENCIONES MÉDICAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La intervención médica debería incluir la monitorización y el control de la Tensión Arterial, lípidos y diabetes.</li> </ul>
<p><b>INTERVENCIONES ESPECÍFICAS:</b> <i>TRATAMIENTO ANTI-PLAQUETARIO</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para prevenir la recurrencia del ictus y otros eventos vasculares, los pacientes deben recibir un tratamiento antiplaquetario.</li> <li>• La aspirina a baja dosis es el tratamiento de elección. Otros tratamientos antiplaquetarios han demostrado ser superiores en estudios directos, randomizados y comparativos.</li> </ul>
<p><b>PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los anticoagulantes han demostrado que reducen el riesgo de ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular, aunque su utilidad en otras enfermedades cardíacas está menos establecida.</li> <li>• Los pacientes con fibrilación auricular presentan riesgo de ictus y deberían utilizarse anticoagulantes durante largo tiempo a menos que estén contraindicados.</li> <li>• Los programas de educación deberían encaminarse a tomar mayor conciencia de ésto y a aumentar la confianza en la efectividad de la anticoagulación oral en pacientes con Fibrilación auricular</li> <li>• El uso de anticoagulantes requiere un riguroso control de calidad. El rango terapéutico del tiempo de protrombina debería ser equivalente a un INR de 2 a 3.5.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes en los que los anticoagulantes no están indicados deberían tomar aspirina</li> <li>• El balance de riesgo vs beneficio en el uso de anticoagulantes inmediatamente tras un ictus en pacientes con FA no ha sido establecido.</li> </ul>
<b>PACIENTES CON ESTENOSIS CAROTÍDEA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La endarterectomía carotídea es efectiva y recomendada para pacientes con AIT e ictus isquémicos no deficitarios (<i>Escala de Rankin</i> <math>\leq 3</math>) en los cuales el diámetro de la arteria carótida ipsilateral sea menor del 70% teniendo en cuenta que: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La cirugía se ha de realizar de forma temprana tras la fase aguda</li> <li>○ La tasa combinada de muerte y de ictus con la angiografía y la cirugía no ha de ser mayor del 5%</li> <li>○ Además, todos los pacientes deben recibir el mejor tratamiento médico, incluyendo tratamiento antiplaquetario.</li> </ul> </li> </ul>
<b>PRIORIDADES DEL INVESTIGADOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación entre el estado nutricional y segundos eventos vasculares</li> <li>• La ganancia de salud asociada con la modificación de los factores de riesgo.</li> <li>• El efecto a largo plazo de la disminución de los niveles de TA y lípidos en pacientes con ictus</li> <li>• La efectividad de tratamientos antiplaquetarios alternativos en comparación con la aspirina en pacientes con ictus establecido.</li> <li>• La duración del tratamiento con anticoagulantes en pacientes sintomáticos con fibrilación auricular no valvular</li> <li>• El tiempo óptimo tras el ictus para la cirugía carotídea</li> </ul>

---

***La Conferencia continua con el plan de divulgación e implantación de este documento. Nosotros lo dejamos aquí.***

---