

IDENTIFICACIÓN DEL ATAQUE CEREBROVASCULAR

Puede que tenga que ser realizado por personal no sanitario y, en algunos casos, por teléfono.

a) Síntomas y signos guía:

- Hemiparesia /monoparesia
- Paresia facial supranuclear
- Hemihipoestesia
- Afasia /disartria
- Ceguera mono o biocular
- Hemianopsia
- Alteración de las funciones cognitivas superiores
- Vértigo
- Diplopia
- Ataxia
- Cefalea y/o disminución del nivel de conciencia acompañado de alguno de los síntomas previos.

b) En el lenguaje del paciente o familiares, pueden utilizarse términos similares a los siguientes:

- Pérdida de fuerza o torpeza en la mitad del cuerpo (brazo/pierna/cara del mismo lado)
- Acorchamiento en la mitad del cuerpo (brazo/pierna/cara del mismo lado)
- Dificultad para hablar, para entender o para que le entiendan
- Pérdida de visión en uno o en ambos ojos
- Pérdida de visión en un lado del campo visual
- Desorientación o confusión
- Mareo con sensación de giro de objetos
- Visión doble
- Inestabilidad
- Dolor de cabeza y/o tendencia al sueño junto con alguno de los síntomas previos

Como información adicional, se puede realizar un test de cribado con las siguientes 4 preguntas:

- ¿Son los síntomas neurológicos fundamentalmente focales?
- ¿Son los síntomas más negativos que positivos?
- ¿Fueron los síntomas máximos al comienzo, más que progresivos?
- ¿El comienzo de los síntomas fue brusco?

Este test debe ser realizado por personal sanitario adecuadamente entrenado. Si la respuesta a las 4 preguntas es afirmativa, existe una alta probabilidad de que el paciente tenga un ACV.

ESCALAS DE VALORACIÓN

ESCALA NEUROLÓGICA CANADIENSE

A) ESTADO MENTAL

- Nivel de conciencia
 - Alerta (3)
 - Obnubilado (1,5)
- Orientación
 - Orientado (1)
 - Desorientado o no aplicable (0)
- Lenguaje
 - Normal (1)
 - Déficit de expresión (0,5)
 - Déficit de comprensión (0)

B₁) FUNCIONES MOTORAS (sin defecto de comprensión)

- Cara
 - Ninguna (0,5)
 - Presente (0)
- Extremidad superior proximal
 - Ninguna (1,5)
 - Leve (1)
 - Significativa (0,5)
 - Total o máxima (0)
- Extremidad superior distal
 - Ninguna (1,5)
 - Leve (1)
 - Significativa (0,5)
 - Total o máxima (0)
- Extremidad inferior
 - Ninguna (1,5)
 - Leve (1)
 - Significativa (0,5)
 - Total o máxima (0)

B₂) RESPUESTA MOTORA (con defecto de comprensión)

- Cara
 - Simétrica (0,5)
 - Asimétrica (0)
- Brazos
 - Igual (1,5)
 - Desigual (0)
- Piernas
 - Igual (1,5)
 - Desigual (0)

ÍNDICE DE BARTHEL

- Alimentación
 - Independiente (10)
 - Necesidad de ayuda (5)
 - Totalmente dependiente (0)
- Baño
 - Independiente (5)
 - Necesidad de ayuda (0)
- Aseo personal
 - Independiente (5)
 - Necesidad de ayuda (0)
- Vestirse
 - Independiente (10)
 - Necesita ayuda (5)
 - Totalmente dependiente (0)
- Control anal
 - Sin problemas (10)
 - Incontinencia ocasional (5)
 - Incontinencia frecuente (0)
- Control vesical
 - Sin problemas (10)
 - Incontinencia ocasional (5)
 - Incontinencia frecuente (0)
- Desenvolverse en el inodoro
 - Independiente (10)
 - Necesita ayuda (5)
 - Totalmente dependiente (0)
- Desplazamiento silla/cama
 - Independiente (10)
 - Necesidad de ayuda (5)
 - Totalmente dependiente (0)
- Desplazamientos
 - Independiente (15)
 - Necesita ayuda (10)
 - Independiente en silla de ruedas (5)
 - Incapacidad de desplazarse (0)
- Subir escaleras
 - Independiente (10)
 - Necesidad de ayuda (5)
 - Incapaz de subirlas (0)

Forma de valoración: las puntuaciones iguales o superiores a 60 indican un estado suficientemente independiente. Esta escala no es aplicable en la fase aguda del ACV.

ESCALA DE RANKIN MODIFICADA

Grado	Descripción
0	Sin síntomas
1	Síntomas menores. Funcionalmente independiente
2	Alguna limitación en el estilo de vida, pero independiente
3	Limitación importante en el estilo de vida, o necesidad de alguna ayuda
4	Dependiente, pero no requiere atención constante
5	Dependencia completa: necesita atención día y noche

Forma de valoración: distingue dos categorías de evolución: buena (independencia funcional) y mala (dependencia funcional). Esta escala no es aplicable en la fase aguda del ACV.

HOJA DE INFORMACIÓN GENERAL DE HOSPITALIZACIÓN

Debe contener información sobre:

- Situación dentro del Hospital
- Normas para el enfermo
- Normas para el familiar:
 - Horario de visitas
 - Número de acompañantes permitido
 - Horario de servicio telefónico
 - Horario de información médica
 - Horario de comidas
 - Situación del control de Enfermería
 - Situación y funcionamiento de timbres, luces, etc.
 - Funcionamiento general de la planta de hospitalización

HOJA DE VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA

Debe contener:

- Datos identificativos del enfermo (etiquetas)
- Diagnóstico de ingreso
- Antecedentes
 - Enfermedades
 - Alergias
 - Tratamientos previos
- Situación actual del enfermo
 - Constantes (presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura)
 - Función respiratoria
 - Realización de escala canadiense (ver Anexo II)
 - Aportes por vía i.v.
 - Eliminación
 - Ingesta
 - Higiene
 - Piel
 - Dolor
 - Alteraciones del sueño
 - Capacidades y limitaciones
 - Prótesis
 - Relación social
- Otros datos de interés

FUNCIONES, PROBLEMAS Y PREVENCIÓN DE ENFERMERÍA

El personal de Enfermería tiene que:

- Administrar el tratamiento médico
- Prevenir las úlceras de decúbito
- Prevenir la flebitis
- Colaborar en la rehabilitación del enfermo
- Detectar cualquier cambio en el déficit neurológico o estado general del paciente y comunicarlo al Médico responsable
- Realizar el pase de sala junto con el Médico

ACTUACIONES GENERALES EN EL PACIENTE CON ACV DURANTE EL PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN

Estas actuaciones se tendrán en cuenta durante la estancia en observación y/o en la fase de hospitalización.

1) MEDIDAS GENERALES EN LA FASE AGUDA

- No se recomienda oxigenoterapia, salvo en los pacientes con hipoxemia (nivel de evidencia IV, grado de recomendación C).
- La pronta reducción de la Presión Arterial (PA) en el ACV isquémico no ha sido adecuadamente valorada mediante ensayos clínicos aleatorios a gran escala pudiendo resultar perjudicial: por lo tanto, la PA elevada no debería ser sistemáticamente reducida en la fase aguda del ACV (Nivel de evidencia Ia, grado de recomendación A), excepto si los valores de PA sistólica son superiores a 220 mmHg y/o la PA diastólica es superior a 120 mmHg o hay síntomas de emergencia hipertensiva (Nivel de evidencia IV, grado de recomendación C).

En los pacientes con hemorragia intraparenquimatosa se recomienda descender la PA de forma progresiva si las cifras son superiores a 180/110 mmHg.

Los fármacos más recomendados (vía i.v.) son: betabloqueantes (labetalol), IECA (enalapril) y, en casos de fallo ventricular, nitritos (nitroglicerina).

- La hipertermia empeora el pronóstico del paciente. Debe administrarse un tratamiento con medidas físicas o antipiréticos sin efecto antiagregante a los pacientes con temperatura superior a 37,5°C.
- Medidas antiedema. El uso de corticoides no está indicado en la fase aguda del ACV (Nivel de evidencia Ib, grado de recomendación A). En caso de edema cerebral, podría tratarse con agentes hiperosmolares (manitol 20%) y diuréticos de asa (furosemida) con un control adecuado de las constantes y la diuresis.
- Equilibrio hidroelectrolítico. Se recomienda sueroterapia con soluciones isotónicas 2.000-2.500 ml/día, salvo contraindicación (fallo ventricular o hipertensión intracraneal); en estos casos, la cantidad diaria de solución no debe ser superior a 1.500 ml. No se recomienda la utilización de soluciones hipotónicas ni glucosadas.
- Debe realizarse un control estricto de iones y glucosa.
- Se utilizará insulina rápida y tratamiento intensivo de la hiperglucemia, si las cifras son superiores a 170 mg/dl.
- En cuanto sea posible, se iniciará la alimentación oral o enteral.
- Se recomienda el uso de heparinas de bajo peso molecular como tratamiento preventivo de episodios tromboembólicos en los pacientes con plejias o inmovilización

(Nivel de evidencia IIa, grado de recomendación B). Las medidas de compresión externa deberían emplearse cuando la heparina esté contraindicada (Nivel de evidencia III, grado de recomendación B).

- No se recomienda hemodilución, salvo en aquellos casos concretos con hematocrito superior al 55%.

2) COMPLICACIONES ESPECÍFICAS DEL ACV

- Neurológicas:
 - Hipertensión intracraneal por edema perilesional o por hidrocefalia (lesiones cerebelosas extensas o hemisféricas masivas)
 - Convulsiones
 - Agitación/confusión/delirio
 - Transformación hemorrágica del infarto cerebral
 - Recurrencia del ACV
- Cardiovasculares:
 - Coexistencia de cardiopatía isquémica
 - Arritmias (especialmente fibrilación auricular) que pueden estar relacionadas con la fase aguda del ACV
 - Insuficiencia cardíaca posiblemente relacionada con una cardiopatía previa
- Tromboembólicas:
 - Trombosis venosa profunda
 - Tromboembolismo pulmonar
- Respiratorias:
 - Broncoaspiración
 - Infección respiratoria
 - Insuficiencia respiratoria
 - Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS)
- Músculo-esqueléticas:
 - Subluxaciones de hombro. Síndrome "hombro doloroso"
 - Distrofia simpático refleja
 - Caídas y fracturas
 - Mononeuropatía por compresión o atrapamiento
- Gastrointestinales:
 - Hemorragia digestiva
 - Estreñimiento
 - Pseudo-oclusiones intestinales

- Isquemia mesentérica
- Hipo
- Urinarios:
 - Incontinencia urinaria
 - Infección urinaria
- Metabólicas e hidroelectrolíticas:
 - Alteraciones de la nutrición
 - Deshidratación
 - Hiponatremia (en ocasiones, relacionada con el síndrome de secreción inadecuada de ADH)
- Cutáneas:
 - Úlceras de decúbito
- Psicológicas:
 - Trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (síndrome depresivo)
- Complicaciones relacionadas con el tratamiento

ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS

TC craneal

Se les realizará una TC de cráneo a todos los pacientes del grupo A (Figura 1) (Nivel de evidencia III/IV, grado de recomendación C).

Si el primer estudio es normal, se repetirá con frecuencia. El primer examen pudo efectuarse en fase muy precoz y no mostrar anomalías.

Se practicará una TC craneal urgente en cualquier fase, siempre que exista un deterioro clínico o cambio de actitud terapéutica.

Por el contrario, si el primer estudio mostró imágenes compatibles con el episodio actual no será preciso repetir la TC craneal.

RM craneal

Está recomendada en las siguientes situaciones (Nivel de evidencia III/IV, grado de recomendación C):

- Siempre que exista discordancia entre la clínica y la TC craneal (por ejemplo, búsqueda de infartos lacunares no visualizados en la TC).
- Para un estudio específico de una lesión observada en la TC de cráneo.
- Para un estudio de posibles lesiones en la fosa posterior (mayores dificultades técnicas con la TC).
- Otras: sospecha de trombosis venosa cerebral, sospecha de disección carotídea, estudio de hematoma en fase de resolución para descartar lesión subyacente, etc.

Otros estudios de neuroimagen

Están en fases iniciales de utilización:

- RM de difusión-perfusión
- AngioRM
- AngioTC (TC helicoidal)

Estudio doppler

Se recomienda efectuar un estudio doppler de vasos cervicales en todos los casos de AIT o infarto cerebral. Es obligada su realización en aquellos pacientes que pudieran ser candidatos a tratamiento quirúrgico. Es importante llevarlo a cabo en la fase aguda, general-

mente durante la hospitalización. Puede aportar más información si el estudio lo realiza un componente del ECI.

- El estudio de troncos supra-aórticos (TSA) mediante el análisis de frecuencia o eco-doppler, es fundamentalmente utilizado para la búsqueda de estenosis carótideas significativas.
- El doppler transcraneal (DTC) ofrece información adicional de gran interés en este grupo de pacientes (estenosis intracraneales, pruebas funcionales, etc...)

Angiografía

Se realizará fundamentalmente durante la fase de hospitalización. Las indicaciones son las siguientes:

- Pacientes en los que el estudio doppler indica que hay que tomar una actitud quirúrgica sobre la carótida (estenosis superior al 70% del diámetro de la luz de la carótida sintomática). Se llevará a cabo siempre con el tiempo suficiente como para efectuar la intervención quirúrgica según las indicaciones establecidas (antes de que hayan transcurrido 6 meses desde el evento). Puede realizarse a cabo mediante ingreso programado.
- Causas infrecuentes de ACV, especialmente en pacientes jóvenes (menos de 45 años).
- Sospecha de malformación arteriovenosa en hemorragia cerebral.
- Otros: disección carotídea, trombosis venosa cerebral, etc.

Estudios cardiológicos

- Ecocardiograma transtorácico (ETT). Estaría indicado en los siguientes casos:
 - Sospecha de ACV de origen cardioembólico.
 - *Ictus* en jóvenes (menores de 45 años).
- Ecocardiograma transesofágico (ETE). Estaría indicado en las siguientes situaciones:
 - Limitaciones del ETT (mala ventana).
 - Aclaración de datos de ETT.
 - *Ictus* en jóvenes (menores de 45 años) sin justificación etiológica, tras haber realizado los estudios convencionales.
- Holter. Estaría indicado en los siguientes casos:
 - Pacientes con sospecha de *ictus* cardiembólico (según criterios clínico-radiológicos) en los que no se ha identificado arritmia u otra causa que lo justifique.
 - *Ictus* en jóvenes (menores de 45 años) en los que el resto del estudio no sea suficientemente informativo.

ACTUACIONES TERAPÉUTICAS

Se mencionan las actuaciones generales y específicas en el ACV independientemente de la fase en que se lleve a cabo.

- Medidas generales (Anexo VI).

- Complicaciones (Anexo VI).

- Identificación y control de factores de riesgo vascular (FRV). Durante la hospitalización se identificarán los FRV presentes en el paciente. Se iniciarán las medidas terapéuticas para su control, que se continuarán en Consultas Externas y por su Médico de Familia. En este momento existen recomendaciones generales en cuanto a los objetivos terapéuticos, que se deben alcanzar (Anexo IX). En la actualidad, se están realizando ensayos clínicos para evaluar medidas farmacológicas específicas en la prevención secundaria (estatinas, hipotensores). Por otra parte, se iniciarán programas de educación sanitaria dirigidos al paciente y sus familiares, por parte de Enfermería, que se coordinarán después con el programa de seguimiento por parte del Médico de Familia y el personal de Enfermería de Atención Primaria.

- Dieta. Seleccionada en función de las condiciones del paciente y los factores de comorbilidad. Es recomendable iniciar la alimentación oral o enteral lo antes posible, utilizando dietas específicas en función de la situación clínica del enfermo. No es recomendable prolongar más de lo necesario la dieta absoluta ni el sondaje nasogástrico para la alimentación. La dieta se ajustará a los factores de riesgo y se modificará si las condiciones del paciente así lo indican. Posteriormente, se continuará con la dieta más apropiada en cada caso.

- Tratamientos farmacológicos:

1. TRATAMIENTOS ANTITROMBÓTICOS

Antiagregantes plaquetarios

Se utilizarán como tratamiento preventivo desde que sucede el evento y de forma indefinida. Los antiagregantes plaquetarios que han demostrado eficacia en el AIT e infarto cerebral isquémico son los siguientes:

- Ácido acetilsalicílico (AAS)

Se recomienda el uso de AAS a dosis de 300 mg, incluso desde las horas siguientes al evento, siempre que no existan contraindicaciones (Nivel de evidencia Ia, grado de recomendación A). Como tratamiento prolongado en prevención secundaria se recomiendan dosis de 75-150 mg/24 h (Nivel de evidencia Ia, grado de recomendación A).

- Ticlopidina

La dosis recomendada es de 500 mg/24h. Actualmente, se utiliza sólo en los pacientes que estaban ya tratados con este fármaco con eficacia y tolerancia. Las reacciones adversas relacionadas con la ticlopidina suceden, fundamentalmente, al inicio del tratamiento (Nivel de evidencia Ib, grado de recomendación A).

- Clopidogrel

La dosis recomendada es de 75 mg/24h. Este fármaco ha demostrado ser ligeramente más eficaz que el AAS para la prevención de los eventos arterotrombóticos. Es una alternativa efectiva y segura al AAS, estando especialmente indicado en los casos de intolerancia o ineficacia al mismo (Nivel de evidencia Ib, grado de recomendación A).

Otros antiagregantes plaquetarios

- Triflusal

La dosis recomendada es de 600 mg/24h. En un ensayo clínico aún no publicado, este fármaco ha demostrado igual eficacia que el AAS y mejor perfil de tolerancia y seguridad.

- Alguna asociación de antiagregantes (clopidogrel + AAS) está en fase de estudio pudiendo suponer un beneficio adicional en determinadas situaciones clínicas (pacientes de alto riesgo vascular). La combinación AAS y dipiridamol a la dosis que ha demostrado eficacia en la prevención del ACV no está disponible en España.

Anticoagulantes

No existen evidencias en la actualidad que recomienden el uso generalizado de la anticoagulación como tratamiento en la fase aguda del ACV (nivel de evidencia Ia, grado de recomendación A). Sin embargo, se aconseja reservar el uso de la anticoagulación con heparina sódica en perfusión continua en las siguientes situaciones clínicas (Nivel de evidencia IV, grado de recomendación C):

- AIT o infarto cerebral de origen cardioembólico con un alto riesgo de recurrencia precoz (fibrilación auricular o IAM con trombo mural y prótesis valvulares metálicas). Se iniciará el tratamiento anticoagulante una vez se haya excluido la existencia de una hemorragia intracerebral tras una TC de cráneo. Se excluyen aquellos pacientes con infarto cerebral extenso (por datos clínicos o de neuroimagen), en cuyo caso se demoraría esta actuación de 3 a 10 días, en función de la evolución del paciente y previa repetición de la TC craneal.
- Infarto cerebral en pacientes con alteraciones específicas de la coagulación o estados protrombóticos.
- Episodios de AIT repetidos a pesar de la antiagregación (se incluyen pacientes que han tenido más de 3 en 24 horas o 5 en 72 horas). No existe evidencia de prevención del infarto cerebral. No obstante, se recomienda el uso de anticoagulación en los casos en los que se demuestre estenosis preoclusiva de la carótida mientras se realiza endarterectomía.
- Ictus en evolución o progresivo. Se trata de una recomendación controvertida. Necesariamente debe constatarse objetivamente la progresión y descartarse otras causas que la justifiquen.

- En determinadas etiologías de ACV infrecuentes, como la disección carotídea o la trombosis venosa cerebral, se indica la anticoagulación, aunque la eficacia de esta medida no esté completamente definida.

En aquellos pacientes que hayan iniciado la anticoagulación en fase aguda, tras 48-72 horas de iniciar el tratamiento anticoagulante en perfusión, se comienza el tratamiento con acenocumarol o warfarina por vía oral; se puede retirar heparina i.v., una vez los controles de anticoagulación (INR) sean adecuados a la patología del paciente. En algunos casos, ya pasada la fase aguda, la anticoagulación puede iniciarse directamente por vía oral.

Una vez transcurrida la fase aguda, existe indicación de anticoagulación oral en la mayor parte de los pacientes con fibrilación auricular no valvular que han sufrido un AIT o infarto de origen cardioembólico (Nivel de evidencia Ia, grado de recomendación A). El INR debe mantenerse entre 2 y 3, y asegurarse un control estricto de la anticoagulación, que continuará después del alta hospitalaria. En otras patologías de mayor riesgo embolígeno (pacientes con prótesis valvulares metálicas), el objetivo del INR debe estar entre 3 y 4 (Nivel de evidencia IV, grado de recomendación C).

En general, se mantiene la anticoagulación de forma indefinida. Sin embargo, en algunas indicaciones ya comentadas (AIT repetidos, *ictus* en progresión, disección carotídea, trombosis venosa cerebral) y, si no existe otra justificación, puede retirarse la anticoagulación después de un tiempo (3-6 meses), sustituyéndola, si es oportuno, por antiagregación plaquetaria, ya que en estos pacientes, con ritmo sinusal e *ictus* previo, no está indicada la anticoagulación con dicumarínicos (Nivel de evidencia Ia, grado de recomendación A).

Si existe contraindicación expresa de anticoagulación, o en los casos en los que no se puede asegurar un control adecuado, se utiliza la antiagregación plaquetaria como tratamiento alternativo (Nivel de evidencia Ib, grado de recomendación A).

2. TRATAMIENTO NEUROPROTECTOR.

En la actualidad no existen datos concluyentes para recomendar su uso. Ninguna de las medidas terapéuticas consideradas neuroprotectoras han de mostrado beneficio por lo que, su empleo rutinario, no está recomendado (Nivel de evidencia Ib, grado de recomendación A).

Tratamiento quirúrgico

- Endarterectomía carotídea

Está indicada en pacientes que sufrieron un AIT o *ictus* isquémico en los 6 meses previos y se ha demostrado estenosis carotídea ipsilateral (al hemisferio cerebral sintomático) superior al 70% del diámetro de la luz de la arteria carótida interna. El equipo quirúrgico debe tener una morbi-mortalidad inferior al 6-7% (Nivel de evidencia Ia, grado de recomendación A).

- Angioplastia transluminal percutánea carotídea

En la actualidad es una alternativa para aquellos pacientes a los que se indica una endarterectomía y que presentan un elevado riesgo quirúrgico, o con estenosis carotídeas no accesibles a la endarterectomía (Nivel de evidencia Ib, grado de recomendación A).

Prevención, detección y tratamiento de complicaciones

Las posibles complicaciones han sido enumeradas en el Anexo VI. El tratamiento de las mismas es general y no específico, por lo que no se menciona expresamente.

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR: INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO Y OBJETIVOS

INDICACIÓN PARA EL FACTOR DE RIESGO	TRATAMIENTO (farmacológico o no)	OBJETIVOS
Hipertensión arterial	PA \geq 140 y/o 90 mmHg Si diabetes \geq 130 y/o 85 mmHg	PA < 140/90 mmHg Si diabetes PA < 130/85 mmHg
Tabaco	Si fumador	Abandono
Diabetes mellitus	Hemoglobina glicada > 6,5 %	Hemoglobina glicada < 7 %
Lípidos plasmáticos	LDLc \geq 130 mg/dl	LDLc < 100 mg/dl
Actividad física	Si sedentarismo	Evitar el sedentarismo
Obesidad	Si índice de masa corporal \geq 30 Kg/m ²	Índice de masa corporal < 30 Kg/m ²

- Hay pocos ensayos clínicos que evalúen los efectos de la modificación de los factores de riesgo cardiovascular en la prevención secundaria del *ictus* (isquémico y hemorrágico). A partir de la inferencia de los resultados procedentes de estudios de prevención primaria, debe proponerse el adecuado control de los factores de riesgo mayores (hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y diabetes mellitus) en pacientes que han sufrido un *ictus* (Nivel de evidencia IV, grado de recomendación C); sin embargo, es necesario hacer algunas consideraciones:

– Hipertensión arterial

Existen escasas pruebas (análisis de subgrupos de ensayos clínicos aleatorios realizados con IECAs, antagonistas del calcio y ARA-II) sobre los efectos de la reducción rutinaria de la presión arterial en pacientes con *ictus* previo. Recientemente, se ha publicado el estudio PROGRESS (Lancet. 2001; 358: 1033-1041). Se trata de un ensayo clínico aleatorio realizado en 6.105 individuos, cuyo objetivo ha sido determinar los efectos de la reducción de la presión arterial en hipertensos y normotensos con antecedentes de *ictus* o AIT. Este estudio ha demostrado que la asociación de un IECA (perindopril) y un diurético (indapamida) produjo una reducción significativa del riesgo de recurrencia de *ictus*, aunque no generó un descenso significativo de la mortalidad. Existen otros estudios con análisis de subgrupos poblacionales de pacientes con *ictus* realizados con IECA y antagonistas del calcio.

– *Dislipemia*

No hay suficientes pruebas acerca de los efectos que tiene la reducción rutinaria de los niveles de colesterol en pacientes con *ictus* isquémico. Los resultados procedentes de ensayos clínicos aleatorios sugieren beneficios al reducir los niveles de colesterol empleando estatinas (simvastatina y pravastatina) en individuos con *ictus* isquémico o AIT previo que también tenían antecedentes personales de enfermedad coronaria. En la actualidad, está en marcha un ensayo clínico aleatorio con atorvastatina *versus* placebo realizado en pacientes con AIT o IC.

CUIDADOS PALIATIVOS Y MEDIDAS GENERALES PARA LA IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Incluirán, fundamentalmente, las siguientes actuaciones:

- CUIDADOS POSTURALES:
 - Con el objetivo de evitar actitudes anómalas, las articulaciones de los miembros paralizados se mantendrán en posición funcional.
 - Con el fin de evitar úlceras de decúbito, se efectuarán cambios posturales frecuentes, vigilando el estado de la piel, fundamentalmente la que recubre las prominencias óseas.
- TRATAMIENTO CINESITERÁPICO:
 - Movilizaciones pasivas de extremidades paréticas (recomendable su realización diaria).
 - A medida que se vaya recuperando la movilidad, se pasará a la realización de movimientos activos, evitando aquellos ejercicios que provoquen desequilibrios musculares.
- CONTROL DE ESFÍNTERES:
 - Reeducación esfinteriana.
 - El sondaje vesical debe ser una práctica restringida y, salvo indicación clara y expresa, ha de ser evitado.
 - Vigilar la aparición de estreñimiento y tratamiento del mismo si se produjera.
- IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES:
 - Neurológicas:
 - Alteración de la comunicación.
 - Alteración del equilibrio o de la marcha.
 - Deterioro cognitivo.
 - Crisis comiciales.
 - Cardiovasculares:
 - Coexistencia de cardiopatía isquémica.
 - Arritmias (especialmente, fibrilación auricular).
 - Insuficiencia cardíaca posiblemente relacionada con cardiopatía previa.

- Tromboembólicas:
 - Trombosis venosa profunda
 - Tromboembolismo pulmonar.
- Respiratorias:
 - Broncoaspiración.
 - Infección respiratoria.
 - Insuficiencia respiratoria.
 - Retención de secreciones.
- Músculo-esqueléticas:
 - Subluxaciones de hombro. Síndrome "hombro doloroso".
 - Distrofia simpático refleja.
 - Caídas y fracturas.
 - Mononeuropatía por compresión o atrapamiento.
 - Deformidades y anquilosis articulares.
- Gastrointestinales:
 - Disfagia.
 - Hemorragia digestiva.
 - Estreñimiento.
 - Pseudo-oclusiones intestinales.
 - Isquemia mesentérica
 - Hipo.
 - Alteraciones en la cavidad bucal.
- Génito-urinarias:
 - Retención e incontinencia urinaria.
 - Infección urinaria.
 - Disfunciones sexuales.
- Metabólicas e hidroelectrolíticas:
 - Alteraciones de la nutrición.
 - Deshidratación.
- Cutáneas:
 - Úlceras de decúbito.
- Psicológicas:
 - Trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (síndrome depresivo).
- Complicaciones relacionadas con el tratamiento.