

# ***Atención Integral del Ictus en Atención Primaria***

---

## **Unidad 11. Objetivos de control del Riesgo Cardiovascular**

### ***Autor***

Castilla Guerra, Luis

*Facultativo Especialista en Medicina Interna. Unidad de Investigación y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

Ocampo De La Peña, Piedad

*Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Algaba. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.*

### **Introducción**

El ictus supone un problema de salud de primera magnitud, no solo por su frecuencia, sino por su gran letalidad y la carga socio-sanitaria que origina. En España supone la segunda causa de muerte en la mujer, la tercera en el hombre y la primera causa de discapacidad del adulto. Además, cada año aproximadamente 140.000 pacientes con ictus son dados de alta en los hospitales españoles.

El problema de los pacientes que sobreviven a un ictus isquémico no es sólo que un tercio va a convivir con secuelas, sino que además estas personas van a presentar un riesgo elevado de sufrir nuevos eventos vasculares, principalmente de un nuevo ictus.

El riesgo de ictus recurrente es de aproximadamente del 10% dentro de la primera semana, el 18% en 3 meses, y, aunque disminuye posteriormente, alcanza un 40% a los cinco años. Variando el riesgo de acuerdo a la prevalencia de factores de riesgo vascular y la historia de los eventos vasculares anteriores de cada paciente, siendo especialmente elevado, hasta tres veces más alto, después de un accidente isquémico transitorio (AIT) o ictus isquémico causado por enfermedad de las arterias de gran tamaño.

Pero lo más importante es que hoy día se sabe que gran parte de ese riesgo se puede revertir. Con medidas higiénico-dietéticas, uso de fármacos y con control estricto de los factores de riesgo vascular podemos disminuir el riesgo de ictus en más del ochenta por ciento.

### **Medidas de prevención secundaria**

A continuación se presentan las principales medidas de prevención secundaria en pacientes que han presentado un ictus.

#### **1. DIETA**

Es razonable aconsejar a los pacientes con antecedentes de ictus o AIT que sigan una dieta de tipo mediterráneo en lugar de una dieta baja en grasas. La de tipo mediterráneo

## ***Atención Integral del Ictus en Atención Primaria***

---

hace hincapié en la dieta con verduras, frutas y granos enteros e incluye productos lácteos bajos en grasas, aves, pescado, legumbres, aceite de oliva y frutos secos. Limita la ingesta de dulces y carnes rojas (clase IIA; nivel de evidencia C).

### **2. SAL**

Es razonable recomendar en los pacientes con antecedentes de ictus o AIT reducir la ingesta de sodio a menos de  $\approx 2,4\text{g/d}$ , una reducción adicional a  $<1,5\text{g/d}$  es también razonable y se asocia con una mayor reducción de la presión arterial (Clase IIA; Nivel de evidencia C).

### **3. TABACO**

Los proveedores de salud deben aconsejar claramente dejar de fumar a los pacientes con ictus o AIT que han fumado en el último año (Clase I; Nivel de Evidencia C)

Es aconsejable a los pacientes después de un ictus o AIT evitar ambientes con tabaco (fumador pasivo). (Clase IIA; Nivel de evidencia B).

La asesoría sobre productos con nicotina y fármacos para dejar de fumar son eficaces para ayudar a los fumadores a dejar de fumar (Clase IA; nivel de evidencia A).

### **4. ALCOHOL**

Los pacientes con ictus isquémico, AIT o ictus hemorrágico que son grandes bebedores deben eliminar o reducir su consumo de alcohol (Clase I; Nivel de evidencia C).

El consumo ligero o moderado de alcohol (2 bebidas al día para los hombres y hasta una bebida al día para las mujeres no embarazadas) pueden ser razonables aunque no se debe aconsejar empezar a beber en los no bebedores (Clase IIB: Nivel de evidencia B).

### **5. HIPERTENSIÓN**

En pacientes con AIT o ictus isquémico, no tratados previamente, iniciar tratamiento pasados unos días, por lo general 2 semanas después del evento si mantienen cifras  $\geq 140$  mmHg de PA sistólica (PAS) o  $\geq 90$  mmHg para la PA diastólica (PAD) (clase I, nivel de evidencia B).

En pacientes o ictus isquémico, con HTA conocida y tratada previamente, deben reanudar la terapia antihipertensiva pasados unos días, por lo general 2 semanas después del evento (clase I, nivel de evidencia A)

Iniciar tratamiento en pacientes con PAS $<140$  mmHg y PAD $<90$  mmHg es un beneficio incierto (clase IIb, nivel de evidencia C)

La reducción del valor basal pre tratamiento y el objetivos del nivel de presión arterial deseada a alcanzar son inciertas y deben ser individualizados, pero es razonable lograr una PAS  $<140$  mmHg y una PAD  $<90$  mmHg (Clase IIA nivel de evidencia B)

## ***Atención Integral del Ictus en Atención Primaria***

---

Para pacientes con un reciente ictus lacunar, podría ser razonable un objetivo para la PAS < 130 mmHg (Clase IIb, nivel de evidencia B) .

En estenosis carotídea bilateral sintomática grave (estenosis >70%) no se debe reducir la PAS por debajo de 150 mmHg ni la PAD por debajo de 85 mmHg, a excepción de que esté acompañado de deterioro cognitivo.

En estenosis carotídea unilateral sintomática grave (estenosis >70%) se debe reducir la PAS a cifras entre 130 y 150 mmHg.

### **6. COLESTEROL**

Se recomienda el tratamiento con estatinas de alta potencia para reducir el riesgo de ictus y eventos cardiovasculares en los pacientes con ictus isquémico o AIT que se presume de origen aterosclerótico y un nivel de LDL-C  $\geq 100$  mg / dl con o sin evidencia por otra enfermedad cardiovascular clínica (Clase I; nivel de evidencia B). (Recomendación revisada)

Se recomienda el tratamiento con estatinas de alta potencia para reducir el riesgo de ictus y eventos cardiovasculares en los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico o AIT que se presume sea de origen aterosclerótico y una nivel de LDL-C <100 mg / dl, y no hay evidencia de otra enfermedad cardiovascular clínica (Clase I; nivel de evidencia C). (Nueva recomendación)

Los pacientes con ictus isquémico o AIT y otra comorbilidad cardiovascular se debe tratar de acuerdo a las directrices de colesterol de la AHA/ ACC 2013, las cuales incluyen la modificación del estilo de vida, las recomendaciones dietéticas, y recomendaciones de medicación (Clase I; Nivel de evidencia A). (Recomendación revisada)

### **7. GLUCEMIAS**

Después del AIT o del ictus isquémico, a todos los pacientes diabéticos se le debe solicitar una glucosa plasmática en ayunas y una hemoglobina glicosilada (HbA1c) teniendo presente que la HbA1c es el test más seguro en el periodo inmediato postevento (clase IIa, nivel de evidencia C).

En pacientes con diabetes que han tenido un ictus isquémico o AIT, se sugiere que el control glucémico debe estar próximo a niveles de normogluceemia (clase II, nivel de evidencia C)

Se utilizarán las guías de la American Diabetes Association (ADA) para el control glucémico en los pacientes con ictus isquémico o AIT que tengan diabetes o prediabetes (clase I, nivel de evidencia B)

### ***Bibliografía***

- Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45:2160-236
- Sierra C, Castilla-Guerra L, Masjuan J, et al en representación del Grupo de Estudio sobre Hipertensión y Cerebro (GEHYC) de la Sociedad Española de Hipertensión Arterial (SEHLELHA). Recomendaciones sobre el tratamiento de la hipertensión arterial en la prevención secundaria del ictus isquémico. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2018 Jul 2. pii: S1889-1837(18)30064-3.
- Castilla-Guerra L, Fernandez-Moreno MDC, Leon-Jimenez D, Carmona-Nimo E. Antidiabetic drugs and stroke risk. Current evidence. *Eur J Intern Med*. 2018 Feb;48:1-5.
- Castilla-Guerra L, Fernández-Moreno MC, Rico-Corral MA. Colesterol e ictus. Papel de los inhibidores de la PCSK9. *Neurología*. 2017 May 23. pii: S0213-4853(17)30173-1.
- Castilla-Guerra L, Del Carmen Fernandez-Moreno M, Colmenero-Camacho MA. Statins in Stroke Prevention: Present and Future. *Curr Pharm Des*. 2016;22(30):4638-4644
- Castilla-Guerra L, Fernandez-Moreno Mdel C. Chronic Management of Hypertension after Stroke: The Role of Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *J Stroke*. 2016;18(1):31-7.