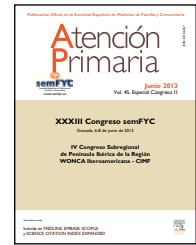




# Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



## ITINERARIO 5. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

### Mesa: Atención integral al paciente con ictus

#### Moderador:

**Pedro José Moreno Álvarez**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS San José de la Rinconada-Los Carteros, Sevilla. Doctor en Medicina, Director y Tutor de Residentes de MFyC en la UGC La Rinconada, Distrito Sanitario Sevilla Norte, Sevilla, España. Miembro del GdT Neurología de la semFYC*

#### Ponentes y contenido:

**Francisco Javier León López**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, UGC Zaidín Sur, Granada, España. Miembro del GdT Urgencias de la SAMFyC y del GdT Neurología de la semFYC*

**Andrés Pineda Martínez**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España. Grupo de Trabajo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para el Plan Integral de Atención al Ictus en Andalucía*

**José Maestre Moreno**

*Neurólogo, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España. Miembro del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares y del Grupo de Neurologías Crítica e Intensivista de la Sociedad Española de Neurología. Miembro del Grupo de Neurología Vasculard de la Sociedad Andaluza de Neurología*

#### Resumen

El ictus en sus 2 variedades, tanto hemorrágico como trombótico, además de ser una tragedia para quien lo padece y para su entorno, es una carga social y económica de gran magnitud; cabe recordar solamente que la incidencia del ictus se estima en 150-250 casos/año por cada 100.000 habitantes.

Discutiremos sobre la atención urgente, coordinada y multidisciplinar, tanto en la fase aguda como en el proceso de recuperación posterior que puede modificar el pronóstico de los pacientes. Insistiremos en que disponer de un plan de atención organizada del ictus es tan importante o más que el desarrollo de tratamientos específicos. Surge aquí el concepto del "código ictus" como una cadena asistencial, entendida como un proceso de atención urgente al ictus, ya desde la aparición de los primeros síntomas por parte de los servicios de urgencias extrahospitalarias y de los médicos de atención primaria, pasando por los servicios de urgencias hospitalarias hasta llegar a las unidades de ictus, donde los pacientes son atendidos por neurólogos que valorarán los criterios para fibrinólisis.

Finalmente contestaremos a la pregunta, tras el alta: "Doctor, ¿y ahora qué?". Hay que recordar que de un 30 a un 40% de pacientes recaen en los 5 años siguientes, por lo que el médico de familia debe conocer todas las buenas prácticas de prevención secundaria.

## Presentación de la Mesa. Magnitud del problema

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) recogidos en el documento “Estrategia de Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud” del Ministerio de Sanidad y Consumo, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población española.

El ictus es en España la primera causa de muerte en la mujer y la segunda en el varón. Supone la primera causa de discapacidad y la segunda de demencia en los adultos. La incidencia de la EVC es variable entre los diferentes países y entornos. Está en relación con la carga genética, factores ambientales, edad de la población y la prevalencia de los factores de riesgo asociados.

El 80% de los que sobreviven presenta secuelas físicas y mentales. El 77% del coste se debe a cuidados, estimándose en 350.000 personas los discapacitados en España. Ocupa el segundo lugar en cuanto a carga de enfermedad en Europa, representando el 6,8% de los años de vida perdidos ajustados a calidad.

El ictus es la causa más frecuente de ingreso en los servicios de neurología y de prolongación de la estancia hospitalaria y consume del 3 al 5% del presupuesto sanitario.

## Prevención secundaria, el riesgo de la recidiva

### Francisco Javier León López

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, UGC Zaidín Sur, Granada, España. Miembro del GdT Urgencias de la SAMFYC y del GdT Neurología de la semFYC*

Tras el ictus hay un riesgo vascular máximo para la recurrencia, pero también para la enfermedad coronaria y muerte cardiovascular. La recurrencia en el primer año es del 6-12%, llegando a un 30-40% a los 5 años. Con una probabilidad anual de muerte vascular del 15%. La mortalidad vascular a los 10 años en pacientes con AIT es del 47,7%. Estos datos muestran la necesidad de un correcto manejo de los distintos factores de riesgo tras el ictus, basándonos en las evidencias disponibles para la prevención secundaria.

La hipertensión arterial, el tabaco, el índice cintura-cadera, la dieta, la actividad física, los lípidos, la diabetes mellitus, el consumo de alcohol, el estrés y las alteraciones cardíacas “explican” el riesgo poblacional atribuible del 90% de los ictus. Abordaremos las últimas evidencias en su control.

La incidencia de cardiopatía embólica en la población podría estar en torno a 30 casos por 100.000 habitantes-año, y su prevalencia entre 5-10 casos por 1.000 personas de 65 o más años de edad. En más del 50% del ictus cardioembólico está presente la fibrilación auricular. Por tanto, el manejo de la anticoagulación es fundamental en atención primaria.

## Bibliografía recomendada

Abellán, et al. Estudio ICTUSCARE. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:32.  
Arias-Rivas S, Vivancos-Mora J, Castillo J. Epidemiología de los subtipos de ictus en pacientes hospitalizados atendidos por neurólogos: resultados del registro EPICES (I). *Rev Neurol*. 2012;54:385-93.  
Fuentes B, Fernández-Pérez C, Abilleira S; Grupo de trabajo EVC de la SEN. Proyecto IBERICTUS. *Rev Neurol*. 2008;47:617-23.  
Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2008;359:1317-29.  
PLACA, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

## Código ictus, escalas de valoración del paciente con ictus

### Andrés Pineda Martínez

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España. Grupo de Trabajo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para el Plan Integral de Atención al Ictus en Andalucía*

Hoy ya nadie discute que en el manejo del paciente con ictus, nuestro principal enemigo es el transcurrir del tiempo. El código ictus es la herramienta organizativa que coordina las estructuras prehospitalarias y hospitalarias con un objetivo claro: identificar a los potenciales pacientes que se beneficiarían con la trombolisis, y acortar los tiempos de traslado y diagnósticos prehospitalarios y hospitalarios movilizándolo los recursos adecuados para trasladar al hospital útil.

Abordaremos dónde se pierden esos minutos tan preciados, además del transporte, las medidas iniciales: ABCD y el manejo de la presión arterial, glucemia, PpO<sub>2</sub>, T, son fundamentales en los inicios, asimismo utilizar una escala de evaluación del ACV clase I, nivel C (CINCINNATI en el reconocimiento prehospitalario de un ictus, NIHSS valora las lesiones y gravedad, RANKIIN escala funcional de valoración global que valora el grado de discapacidad).

Finalmente se determinara si el paciente es fibrinolizable o no, tomando diferentes caminos dentro de la urgencia hospitalaria.

## Trombólisis y estudio diagnóstico del ictus isquémico

### José Maestre Moreno

*Neurólogo, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España. Miembro del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares y del Grupo de Neurologías Crítica e Intensivista de la Sociedad Española de Neurología. Miembro del Grupo de Neurología Vasculosa de la Sociedad Andaluza de Neurología*

El estudio inicial urgente de un ictus isquémico debe orientarse a la posibilidad de recanalización del vaso ocluido, sea por vía sistémica o bien endovascular, antes de que se produzca un infarto establecido extenso, valorando las indicaciones y contraindicaciones de cada una de las técnicas disponibles. Con o sin tratamiento recanalizador, el manejo y tratamiento durante el período inicial inestable debería llevarse a cabo en unidades de ictus, que son más eficientes que las salas generales. Los AIT, por su alto riesgo de infarto en los días siguientes, deben ingresarse

o estudiarse con criterios de “alta resolución” cuando sea posible.

Los objetivos de la hospitalización del ictus son, además de la prevención y tratamiento de las complicaciones precoces, llevar adelante un diagnóstico del mecanismo que permita establecer la mejor estrategia de prevención secundaria (control de factores de riesgo, tratamientos farmacológicos antitrombóticos, antiagregantes o anticoagulantes –¡atención a la FA oculta!–, o “invasivos” [endarterectomía, angioplastia, etc.]) e iniciar la rehabilitación cuando proceda.

## Actualización: Cefaleas

### Moderadora:

**Marta González Touya**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias, Hospital Medina del Campo, Valladolid, España. Miembro del GdT de Neurología de la semFYC*

### Ponente:

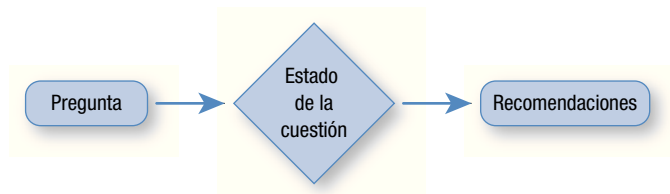
**Salvador Tranche Iparraguirre**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS El Cristo, Oviedo. Profesor Asociado de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo, Oviedo, España. Miembro del GdT de Neurología de la semFYC*

### Resumen

La cefalea es el motivo neurológico más frecuente en las consultas del médico de familia, pero también del neurólogo. Publicaciones recientes ponen de manifiesto importantes áreas de mejora en el diagnóstico de las cefaleas, en general, y en el manejo clínico y terapéutico de las cefaleas primarias, en particular, así como en la detección y abordaje de la cefalea crónica diaria.

Queremos proponer una actualización de contenidos eminentemente clínicos que se abordarán con un enfoque práctico dirigido a facilitar a los médicos de familia la toma de decisiones en las consultas por cefaleas, y todo esto con un diseño de Mesa “a la carta”. Se seleccionarán 5 temas, cada uno de los cuales se desarrollará en 8 min, dejando unos minutos para preguntas, siguiendo el siguiente formato:



### Ejemplo:

- Pregunta: ¿qué hago cuándo fracasa un triptán en el tratamiento sintomático de la migraña?
- Situación actual: descripción de la eficacia general y específica de los diferentes triptanes.
- Recomendación: seleccionar triptanes en función de las características clínicas de la migraña o del paciente, etc. (más eficacia aunque con más efectos adversos, o en caso de migraña menstrual...).

## Cefaleas

### Salvador Tranche Iparraguirre

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS El Cristo, Oviedo. Profesor Asociado de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo, Oviedo, España. Miembro del GdT de Neurología de la semFYC*

La cefalea es el motivo neurológico más frecuente en las consultas del médico de familia, pero también del neurólogo. En atención primaria, el 2-7% de las consultas totales son de tipo neurológico, de las que el 25% corresponden al dolor de cabeza, mientras que en los servicios de neurología las solicitudes de consulta por cefalea pueden oscilar entre el 18 y el 30%.

Publicaciones recientes ponen de manifiesto que en nuestro ámbito hay importantes áreas de mejora en el diagnóstico de las cefaleas, en general, y en el manejo clínico y terapéutico de las cefaleas primarias, en particular. En la ponencia se pretende abordar diferentes temas con el propósito de hacer una exposición práctica orientada a potenciar la capacidad diagnóstica y resolutoria de los médicos de familia en la atención a esta patología. Exponemos a continuación 4 temas que se actualizarán (se incorporarán otros más):

1. ¿Qué exploración neurológica mínima debe realizarse en una consulta de atención primaria en un paciente que consulta por primera vez por cefalea? Distintas guías indican que la exploración general a realizar en un paciente que consulta por primera vez por cefalea debería incluir, al menos, toma de presión arterial, exploración cardíaca, senos nasales, articulación temporomandibular y musculatura paraespinal (evidencia III, grado de recomendación A). Y para la exploración neurológica, dirigida a detectar la presencia de signos derivados de procesos intracraneales o sistémicos, se aconseja explorar signos meníngeos, soplos craneales en orbitas o cuello, fondo de ojo y campo visual, reacción pupilar, motilidad ocular externa, reflejo corneal y exploración sensitiva del V par, VII par, fuerza, reflejos y marcha (evidencia III, grado de recomendación A-D). El hallazgo de cualquier anomalía obliga a una exploración más rigurosa. La cefalea con aura o la que empeora con el ejercicio o con Valsalva, la presencia de vómitos, la que no es posible etiquetar como cefalea primaria ni secundaria aun cuando la exploración sea negativa y, muy especialmente, los hallazgos patológicos en la exploración neurológica, son signos y síntomas que incrementan notablemente la probabilidad de presentar patología neurológica intra-

craneal. En atención primaria, ante una historia clínica sugestiva de cefalea primaria con exploración general y neurológica negativas, el diagnóstico a considerar es la migraña, salvo evidencia en sentido contrario.

2. ¿Cuándo solicitar pruebas complementarias en una cefalea? El diagnóstico de la gran mayoría de cefaleas es un diagnóstico clínico, puesto que en su mayor parte corresponde a cefaleas primarias, por lo que, en ningún caso la indicación de estudios complementarios sustituye a una historia clínica rigurosa y una exploración estructurada. La probabilidad de presentar patología intracraneal se incrementa en las siguientes situaciones: cefalea en racimos, cefalea con aura no bien definida, cefalea con vómitos, la que se agrava por el ejercicio o por maniobras de Valsalva y cuando la exploración neurológica es anormal. Probablemente, la presencia de anomalías en la exploración neurológica es el predictor más importante de padecer un proceso intracraneal (razón de probabilidad positiva de 42; intervalo de confianza del 95%, 11-113)<sup>1</sup>.
3. ¿Qué es lo último en el tratamiento de las crisis de migraña? Recientemente, el National Institute for Health and Clinical Excellence (septiembre, 2012) ha publicado la guía Headaches<sup>2</sup>, donde propone ofrecer terapia combinada de un triptán con un antiinflamatorio no esteroideo o bien un triptán con paracetamol, de acuerdo con las preferencias de los pacientes, la comorbilidad y el riesgo de efectos adversos. En personas jóvenes (2-17 años) aconseja considerar un triptán nasal antes que un triptán oral.
4. ¿Qué fármaco elijo para pautar tratamiento preventivo de la migraña en adultos? Se reconoce que tiene eficacia ya establecida el valoproato sódico y el topiramato dentro de los antiepilépticos, el metoprolol y timolol como bloqueadores beta y el frovatriptán en la migraña menstrual. Numerosos fármacos de los mismos y otros grupos (antidepresivos) también son, probablemente, efectivos<sup>3</sup>.

### Bibliografía

1. Tranche Iparraguirre S. Mi paciente consulta por... cefalea. En: Casado VF, Cordón F, García G, editores. Manual de exploración física. Barcelona: semFYC Ediciones; 2012. p. 260-4.
2. Headaches. Diagnosis and management of headaches in young people and adults September 2012. NICE clinical guideline 150. Disponible en: [guidance.nice.org.uk/cg150](http://guidance.nice.org.uk/cg150)
3. Holland S, Silberstein SD, Freitag F, Dodick DW, Argoff C, Ashman E; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Evidence-based guideline update: NSAIDs and other complementary treatments for episodic migraine prevention in adults: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2012;78:1346-53.

## Talleres de habilidades

### T 10. La enfermedad de Alzheimer: sospecha y abordaje inicial en atención primaria

#### Docentes:

##### M. Jesús Gómez Salado

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Loreto-Puntales, Cádiz. Tutora en la Unidad Docente Multiprofesional de MFyC, Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda, Cádiz, España. Miembro del GdT Demencias de la semFYC y miembro del Programa Comunicación y Salud*

##### Luisa Rosano Duarte

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Loreto-Puntales, Cádiz. Tutora en la Unidad Docente Multiprofesional de MFyC del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda, Cádiz, España. Miembro del GdT Demencias de la semFYC*

#### Contenido

El objetivo de este taller es adquirir los conocimientos y las habilidades prácticas necesarias para la detección y abordaje de la enfermedad de Alzheimer en su fase inicial en el ámbito de la atención primaria.

### T 11. Taller de exploración neurológica

#### Docentes:

##### Jesús Castillo Obeso

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Camargo-Costa, Maliaño, Cantabria. Tutor de MIR de MFyC. Profesor Asociado, Departamento de Medicina y Psiquiatría de la Universidad de Cantabria, Cantabria, España. Coordinador del GdT Neurología de la semFYC*

##### Antoni Plana Blanco

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, ABS Balàfia-Pardnyes Secà, EAP Lleida 4, Dirección de Atención Primaria Segrià-Garrigues, Lleida. Tutor de Residentes en la UD de MFyC de Lleida, Lleida, España. Profesor Asociado, Departamento de Medicina, Facultat de Medicina, Universitat de Lleida, Lleida, España. Miembro del GdT Neurología de la semFYC*

##### Marta González Touya

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias, Hospital Medina del Campo, Valladolid, España. Miembro del GdT de Neurología de la semFYC*

#### Contenido

Los objetivos generales de este taller son:

- Conocer de forma práctica cómo explorar neurológicamente a un paciente en atención primaria.
- Saber detectar anomalías en la exploración neurológica que nos permitan conocer la etiología de estas para poder tratar adecuadamente al paciente o, en su caso, derivarlo al neurólogo con la prioridad adecuada.
- Conseguir que los alumnos sean capaces de realizar una exploración neurológica básica de un paciente.