

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTO EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SALUD BASADA EN
EVIDENCIA

Informe de Revisión de Vigencia de Recomendaciones 2018 Guía de Práctica Clínica Ataque cerebrovascular isquémico en personas mayores de 15 años 2013

La División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) en conjunto con la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, realiza periódicamente el proceso de actualización de Guías de Práctica Clínica (GPC).

Para la actualización de la Guía de Práctica Clínica de Ataque cerebro vascular en personas mayores de 15 años 2018, se realizó la revisión de vigencia de recomendaciones claves de la GPC Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más 2013, con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía (grupo de profesionales convocados), son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso.

El proceso de revisión de vigencia, se divide en dos etapas:

Etapla 1. Evaluación Metodológica de las Recomendaciones: Profesionales del Ministerio de Salud de Chile, familiarizados con la metodología de actualización de Guías de Práctica Clínica, evaluaron independientemente cada una de las recomendaciones claves de la GPC Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más 2013, distinguiendo si cumplían o no los siguientes criterios:

- La recomendación propone realizar UNA acción concreta.
- La acción (que propone la recomendación) es factibles de implementar y de evaluar.

Luego se seleccionaron todas aquellas recomendaciones donde el 60% o más de los evaluadores consideraron que la recomendación clave cumplía ambos criterios. En el caso de esta guía, se definió que 6 recomendaciones estaban adecuadamente formuladas, ver detalle en Anexo 01.

Etapla 2. Evaluación de Vigencia Clínica: Las recomendaciones seleccionadas en la etapa 1, fueron evaluadas por los profesionales del equipo elaborador de la guía que ejercen la práctica clínica, a través de una encuesta online. Cada evaluador que se consideró con competencias para evaluar la recomendación, respondió las siguientes preguntas, asignando un puntaje entre 1 a 6, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo:

- ¿La recomendación propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población?
- ¿La recomendación propone una acción que se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso)?

Las respuestas fueron analizadas para cada criterio y recomendación. Cuando la mediana del total de evaluador obtuvo puntaje 4 o más en ambos criterios, la recomendación se consideró VIGENTE. Si la mediana del puntaje fue menor a 4 en al menos un criterio, la recomendación se definió como NO VIGENTE, ver detalle en Anexo 02.

Tras realizar la evaluación metodológica y la evaluación de vigencia clínica de las recomendaciones claves evaluadas, se definieron las siguientes como vigentes:

Recomendaciones vigentes al 2018, de la GPC Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más 2013.	
1.	Realizar una TC de encéfalo sin contraste a todo paciente con sospecha de ACV para discriminar entre infarto y hemorragia intracerebral.
2.	Realizar trombólisis intravenosa con r-TPA de acuerdo a un protocolo institucional, a toda persona con ACV isquémico agudo con menos de 4,5 horas de evolución.
3.	Toda persona con diagnóstico de ACV agudo confirmado debe ser hospitalizada de inmediato.
4.	La persona con ACV agudo debe ser hospitalizada en una unidad especializada en el cuidado y rehabilitación de estos pacientes (UTAC).
5.	No se debe alimentar ningún paciente sin una evaluación estandarizada previa de la deglución con una prueba de tamizaje. Se recomienda la Prueba del Vaso de Agua.
6.	Iniciar la rehabilitación durante las primeras 24 hrs. de la hospitalización. En los primeros 7 días debe ser a lo menos diaria.
7.	Todo paciente con ACV isquémico o AIT debe recibir aspirina en dosis bajas más dipiridamol o clopidogrel, durante al menos 14 días después del inicio del evento.
8.	En todo paciente con ACV isquémico o AIT, iniciar tratamiento hipotensor antes de alta, diurético más IECA, independientemente si es o no hipertenso.
9.	En todo paciente con ACV isquémico o AIT, iniciar tratamiento con estatinas antes de alta para alcanzar niveles de Col LDL <100 mg/dl; o <70 mg/dl.
10.	La terapia antiagregante plaquetaria recomendada es AAS en dosis de 100-325 mg/día.
11.	Desarrollar un programa de ejercicios y cuidados para la prevención de caídas, concordado con la persona, su familia o cuidador.
12.	Previo al alta, la persona con ACV o su familiar responsable debe ser educada respecto a sus factores de riesgo (tabaquismo, alimentación, actividad física, alcohol), la prevención secundaria y rehabilitación.

ANEXO 01. Resultados de evaluación metodológica de las recomendaciones de la GPC Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más, 2013.

Recomendaciones	Nivel de certeza	Resultado de la evaluación metodológica ¹
Se debe sospechar ACV agudo en toda persona con síntomas neurológicos focales de inicio súbito		Formulación inadecuada
Realizar una TC de encéfalo sin contraste a todo paciente con sospecha de ACV para discriminar entre infarto y hemorragia intracerebral	A	Formulación adecuada
Realizar trombólisis intravenosa con r-TPA de acuerdo a un protocolo institucional, a toda persona con ACV isquémico agudo con menos de 4,5 horas de evolución	A	Formulación adecuada
Toda persona con diagnóstico de ACV agudo confirmado debe ser hospitalizada de inmediato		Formulación adecuada
La persona con ACV agudo debe ser hospitalizada en una unidad especializada en el cuidado y rehabilitación de estos pacientes (UTAC)	A	Formulación adecuada
No se debe alimentar ningún paciente sin una evaluación estandarizada previa de la deglución con una prueba de tamizaje. Se recomienda la Prueba del Vaso de Agua	A	Formulación adecuada
Iniciar la rehabilitación durante las primeras 24 hrs de la hospitalización. En los primeros 7 días debe ser a lo menos diaria	A	Formulación adecuada
Todo paciente con ACV isquémico o AIT debe recibir aspirina en dosis bajas más dipiridamol o clopidogrel, durante al menos 14 días después del inicio del evento	A	Formulación adecuada
El uso solo de aspirina es también efectivo, particularmente en aquellos pacientes que no toleran la combinación de aspirina más dipiridamol o el clopidogrel	A	Formulación inadecuada
En todo paciente con ACV isquémico o AIT, iniciar tratamiento hipotensor antes de alta, diurético más IECA, independientemente si es o no hipertenso.	A	Formulación adecuada
En todo paciente con ACV isquémico o AIT, iniciar tratamiento con estatinas antes de alta para alcanzar niveles de Col LDL <100 mg/dl; o <70 mg/dl.	A	Formulación adecuada
la terapia antiagregante plaquetaria recomendada es AAS en dosis de 100-325 mg/día	A	Formulación adecuada
Se recomienda que la primera fase del plan de rehabilitación sea la más intensa y larga posible para obtener un mejor desenlace. En los primeros	A	Formulación inadecuada

7 días debe ser, a lo menos, diaria, con una duración mínima de 45 minutos		
La implementación de un programa sistémico de diagnóstico y manejo de la disfagia en la etapa aguda reduce la ocurrencia de neumonía	A	Formulación inadecuada
La rehabilitación cognitiva mejora la alerta y la atención en pacientes en la fase post aguda del ACV	A	Formulación adecuada
Desarrollar un programa de ejercicios y cuidados para la prevención de caídas, concordado con la persona, su familia o cuidador	A	Formulación adecuada
Previo al alta, la persona con ACV o su familiar responsable debe ser educada respecto a sus factores de riesgo (tabaquismo, alimentación, actividad física, alcohol), la prevención secundaria y rehabilitación	A	Formulación adecuada

¹ **Formulación adecuada:** la formulación recomendaciones está estructurada de modo que propone una acción y es factible de implementa y evaluar. / **Formulación inadecuada:** la formulación de la recomendación no propone una acción concreta o no es factible de implementar o evaluar.

ANEXO 02. Resultado de la evaluación de vigencia clínica GPC Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más, 2013.

Recomendaciones*	Estado de Vigencia Clínica ¹
1. Realizar una TC de encéfalo sin contraste a todo paciente con sospecha de ACV para discriminar entre infarto y hemorragia intracerebral.	Vigente
2. Realizar trombólisis intravenosa con r-TPA de acuerdo a un protocolo institucional, a toda persona con ACV isquémico agudo con menos de 4,5 horas de evolución.	Vigente
3. Toda persona con diagnóstico de ACV agudo confirmado debe ser hospitalizada de inmediato.	Vigente
4. La persona con ACV agudo debe ser hospitalizada en una unidad especializada en el cuidado y rehabilitación de estos pacientes (UTAC).	Vigente
5. No se debe alimentar ningún paciente sin una evaluación estandarizada previa de la deglución con una prueba de tamizaje. Se recomienda la Prueba del Vaso de Agua.	Vigente
6. Iniciar la rehabilitación durante las primeras 24 hrs de la hospitalización. En los primeros 7 días debe ser a lo menos diaria.	Vigente
7. Todo paciente con ACV isquémico o AIT debe recibir aspirina en dosis bajas más dipiridamol o clopidogrel, durante al menos 14 días después del inicio del evento.	Vigente
8. En todo paciente con ACV isquémico o AIT, iniciar tratamiento hipotensor antes de alta, diurético más IECA, independientemente si es o no hipertenso.	Vigente
9. En todo paciente con ACV isquémico o AIT, iniciar tratamiento con estatinas antes de alta para alcanzar niveles de Col LDL <100 mg/dl; o <70 mg/dl.	Vigente
10. La terapia antiagregante plaquetaria recomendada es AAS en dosis de 100-325 mg/día.	Vigente
11. Desarrollar un programa de ejercicios y cuidados para la prevención de caídas, concordado con la persona, su familia o cuidador.	Vigente
12. Previo al alta, la persona con ACV o su familiar responsable debe ser educada respecto a sus factores de riesgo (tabaquismo, alimentación, actividad física, alcohol), la prevención secundaria y rehabilitación.	Vigente

* Se evaluó la vigencia clínica sólo de las recomendaciones que fueron definidas como adecuadamente formuladas en la fase 1 - evaluación metodológicamente (Anexo 01).

1. **Vigente:** La recomendación aparte de estar adecuadamente formulada, propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población y se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso). / **No vigente:** La recomendación a pesar de estar adecuadamente formulada, no propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población o no se realiza en el contexto actual (es una práctica en desuso).

Miembros del equipo elaborador que evaluaron la vigencia clínica de la GPC:

Nombre	Profesión	Instituciones
Andrea Pizarro Virreira	Kinesióloga	Hospital Padre Hurtado.
Cristian Amudio Leiva	Neurólogo	Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo.
Cristóbal Bastidas Moscoso	Terapeuta Ocupacional	Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.
Eloy Mansilla Lucero	Neurólogo	Servicio de Salud Metropolitano Sur. Clínica Alemana.
Fernando Molt Cancino	Neurólogo	Hospital San Pablo de Coquimbo. Universidad Católica del Norte.
Francisco Castilla Pérez	Neurólogo	Hospital Carlos Van Buren. Universidad de Valparaíso.
Ignacio Gutiérrez Corvalán	Neurólogo	Hospital El Carmen. Nueva Clínica Cordillera.
Irving Santos Carquin	Neurólogo	Departamento de Enfermedades No Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Ivonne Espinoza Pozo	Enfermera	Subdepartamento Plan de Beneficios. Fonasa.
Karla Bahamonde Dettoni	Fonoaudióloga	Hospital Padre Hurtado.
Marcela Cortes Suazo	Asistente Social	Asistente Social. Unidad de Telemedicina, DIGERA. Ministerio de Salud.
Maria Teresa San Martín Inostroza	Enfermera	Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas, DIGERA. Ministerio de Salud.
Mauricio Bizama Fuentealba	Enfermero	Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas, DIGERA. Ministerio de Salud.
Pablo Cubillos Riveros	Médico cirujano	División de Atención Primaria. Ministerio de Salud.
Pablo Lavados Germain	Neurólogo	Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Universidad de Chile.

Sebastián Vergara Ruiz	Terapeuta Ocupacional	Departamento de Rehabilitación y Discapacidad. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Walter Feuerhake Molina	Neurólogo	Universidad de Chile. Universidad de los Andes.