

## PROTOCOLO DE MANEJO DEL ATAQUE CEREBROVASCULAR (ACV) ISQUEMICO AGUDO

### Indice

- 1- Evaluación y manejo inicial
  - 1-1- Reconocimiento de los síntomas
  - 1-2- Servicios de emergencias
  - 1-3- Traslado del paciente
- 2- Manejo hiperagudo
  - 2-1- ABC
  - 2-2- Examen neurológico
    - 2-2-1- Escala NIH
  - 2-3- Monitoreo de:
    - 2-3-1- Frecuencia y ritmo cardíacos
    - 2-3-2- Presión arterial
    - 2-3-3- Glucemia
    - 2-3-4- Temperatura corporal
    - 2-3-5- O<sub>2</sub>
    - 2-3-6- Hidratación
    - 2-3-7- Deglución
    - 2-3-8- Actividad epiléptica
- 3- Drogas
  - 3-1- Trombolisis
  - 3-2- Antiagregantes plaquetarios
  - 3-3- Anticoagulantes
  - 3-4- Estatinas
  - 3-5- Neuroprotectores
  - 3-6- Corticoides
  - 3-7- Anticonvulsivantes
  - 3-8- Drogas no recomendadas
  - 3-9- Craniectomía descompresiva
- 4- Estudios complementarios
  - 4-1- Laboratorio
  - 4-2- Neuroimágenes
  - 4-3- Examen vascular no invasivo
  - 4-4- EKG
  - 4-5- EKG seriados
  - 4-6- Ecocardiograma

## 5- Prevención de complicaciones

- 5-1- TVP y TEP
- 5- 2- Neumopatía espirativa
- 5-3- Infección urinaria
- 5-4- Hemorragia digestiva
- 5-5- Escaras y contracturas anormales

## 6- Bibliografía

### **PROTOCOLO DE MANEJO DEL ACV ISQUEMICO AGUDO**

El ataque cerebrovascular (ACV) o Stroke, se define como un síndrome clínico de origen vascular, caracterizado por la aparición de signos y síntomas rápidamente progresivos, debidos a una pérdida de una función focal y que dura más de 24 hs. De acuerdo a datos de la World Health Organization, 15 millones de personas sufren un ACV por año. De éstos, mueren 5 millones y otros 5 millones quedan con una discapacidad permanente. Cada año ocurren 795.000 ACVs en EEUU, de los cuales 185.000 son recurrentes. Es la tercera causa de muerte y la primera de discapacidad. Por cada ACV sintomático, se estima que hay 9 “infartos silentes” que impactan en el nivel cognitivo de los pacientes. Si bien los ACVs pueden ocurrir a cualquier edad, aproximadamente tres cuartos de los ocurren en mayores de 65 años y el riesgo se duplica en cada década a partir de los 55 años. En Canadá se invierten aproximadamente se gastan 3.6 billones de dólares por año en esta enfermedad, teniendo en cuenta no solo los gastos inherentes a la misma sino también, el lucro cesante. Además, el costo humano de un ACV no se puede medir en números.

Entre 80 y 85% de los ACV son isquémicos, mientras que del 10 al 15% restante son hemorrágicos: hematomas intracerebrales y hemorragias subaracnoideas. El riesgo de stroke recurrente es del 26% en los primeros 5 años y del 39% dentro de los 10 años (Mohan et al 2011).

#### **Propósito y objetivo general del Protocolo:**

Sistematizar el tratamiento agudo del ACV isquémico agudo: dentro de las 48 hs de evolución. La finalidad del mismo es mejorar el manejo clínico, y así, contribuir a reducir las complicaciones y la mortalidad de esta entidad clínica.

Su **objetivo general** es generar recomendaciones y prácticas basadas en evidencia de alta calidad y que son consideradas el “gold standard” de acuerdo al conocimiento actual, orientadas a lograr el propósito antes mencionado. Se

pretende lograr servicios de atención de pacientes con ACV integrados, eficientes y de alta calidad médica.

Otro objetivo sería homogeneizar el tratamiento del ACV en los diferentes Centros del país y mejorar el conocimiento sobre esta patología altamente prevalente mediante el entrenamiento y supervisión de profesionales de la salud.

Mediante la evaluación continua de los centros, se pretende tomar acciones tendientes a mejorar el tratamiento de esta patología, estableciendo prioridades.

### **Población destinataria**

Este Protocolo se dirige a la población atendida en el segundo y tercer nivel de atención, así como en el sistema de atención prehospitalario (ambulancias). La población destinataria está constituida por personas mayores de 18 años de ambos sexos, con diagnóstico presuntivo de ACVI.

### **Población de usuarios**

Esta Guía está dirigida a los profesionales médicos con actividad asistencial en el segundo o tercer nivel de atención o en el sistema prehospitalario, cuya ubicación en el sistema de salud los lleve a situación de atención de emergencias o cuidado crítico, incluyendo de este modo a distintas especialidades, en particular: emergentólogos, neurólogos, clínicos, cardiólogos, especialistas en terapia intensiva, cardiólogos intervencionistas y otras.

## **OBJETIVOS DE UN SISTEMA DE TRATAMIENTO AGUDO DEL STROKE :**

- Evaluación, estabilización y tratamiento en las primeras horas del ACV: manejo prehospitalario y manejo en la emergencia

### **1- EVALUACION Y MANEJO INICIAL**

Optimización de las estrategias de diagnóstico y sistemas de cuidado de emergencia con el fin de acortar el tiempo entre el comienzo de los síntomas y la atención médica.

**1-1- Reconocimiento de los síntomas:** El paciente o sus familiares deben llamar en forma inmediata a un Servicio de emergencias.

**1-2- Servicio de Emergencia:** los médicos de emergencias deben

1-2-1- tratar a los pacientes con síntomas sugestivos de ACV como una emergencia médica.

1-2-2- Deben utilizar una escala de evaluación de los pacientes estandarizada.

1-2-2-1- FAST scale

1-2-2-2- Los Angeles Prehospital Stroke Screen

1-2-2-3- **Cincinatti Prehospital Stroke Scale (Ver Anexo 1)**

Gran parte de los pacientes con ACV se presentan con otros déficits neurológicos, por lo que el personal debe estar entrenado para trasladarlos igualmente, ante esta sospecha clínica.

1-2-3-deben indagar sobre:

- el tiempo de evolución o la última vez que el paciente estuvo bien
- signos de HTE
- enfermedad subyacente o comorbilidades

**1-3-Traslado:** Los pacientes con signos y síntomas de ACV agudo deben ser trasladados inmediatamente al centro más cercano que cuente con un Servicio de imágenes para sistema nervioso central y profesionales con experiencia en el manejo de ACV, quienes evaluarán la posibilidad de tratamiento con fibrinolíticos u otras intervenciones urgentes.

Mientras se traslada al paciente, se debería avisar al Servicio de Emergencias del lugar a donde se lleva al paciente para activar los “protocolos de ACV agudo”

### **2- MANEJO HIPERAGUDO :**

El principal objetivo es diagnosticar el tipo de ACV y su mecanismo fisiopatológico y coordinar y ejecutar el tratamiento lo más rápido posible, prevenir complicaciones, promover la recuperación rápida o, en el caso de ACV severos, proveer de tratamiento paliativo.

Todos los pacientes con sospecha de ACV agudo deben ser evaluados en forma inmediata, se les debe realizar los estudios necesarios para establecer el

diagnóstico, descartar otras causas de déficit neurológico agudo, determinar la elegibilidad para tratamiento fibrinolítico y establecer un plan de manejo y tratamiento.

**2-1-Evaluación rápida inicial de:**

- 2-1-1- vía aérea
- 2-1-2- respiración
- 2-1-3- circulación

**2-2- Examen neurológico:** establecer la severidad del ACV.

**2-2-1- Escala de NIH (ver Anexo 2)**

**2-3- Monitoreo de:**

- 2-3-1- frecuencia y ritmo cardíacos
- 2-3-2- presión arterial

2-3-2-1- Tratamiento antihipertensivo se recomienda en emergencias hipertensivas o ante: encefalopatía HTA, nefropatía HTA, ICC HTA, IAM, disección Aórtica. Preclampsia/eclampsia

2-3-2-2- HTA en pacientes no elegibles para tratamiento con trombolíticos: no se debe tratar de rutina

2-3-2-3- HTA en pacientes elegibles para tratamiento con trombolíticos TA muy elevada ( $> 185/110$  mmHg) debe ser tratada para disminuir el riesgo de hemorragia intracerebral secundaria

2-3-2-4- Valores extremos de PA (PAS  $> 220$  o PAD  $> 120$  mmHg) puede ser tratada para disminuir la PA en 15 %, y no más de 25% en las primeras 24 hs, con una reducción gradual posterior

2-3-2-5- Se debe evitar un excesivo descenso de la PA ya que esto puede aumentar el área de isquemia

2-3-3- Manejo de glucemia

2-3-3-1- Todo paciente con sospecha de ACV isquémico debe hacerse una glucemia en forma inmediata

2-3-3-2- La glucemia se debe repetir si la primera determinación fue mayor a 11.0 mmol/L. Esta nueva determinación debe incluir HbA1c

2-3-3-3- La hipoglucemia se debe corregir inmediatamente

2-3-3-4- Tratamiento de hiperglucemia cuando los valores de glucemia y HbA1c son elevados. Insulina para mantener glucemia entre 80 y 140 mg/dL

### 2-3-3-5- Tratamiento de hipoglucemia (<70 mg/dL)

#### 2-3-4- temperatura corporal

2-3-3-1: mantener temperatura axilar <37,5º C.

2-3-3-2- tratar con antipiréticos si >38º. Se pueden utilizar drogas antipiréticas tales como paracetamol o dipirona

5-6-2- En caso de hipertermia, descartar infección

#### 2-3-5- O2

2-3-4-1- no se recomienda su uso de rutina

2-3-4-2- tratar si saturación <94%

2-3-6- hidratación: PHP con solución salina isotónica (9%), vía en el miembro superior no patético, evitar sobrecarga de líquido

2-3-7- capacidad de deglución

2-3-8- descartar actividad epiléptica

### 3- Drogas

#### 3-1-Trombolisis

3-1-1- Todo paciente con síntomas y signos de menos de 3 hs de evolución, y al que se le haya descartado una hemorragia intracerebral u otras contraindicaciones, debe ser evaluado para tratamiento con rt-PA

3-1-2- - Todo paciente con síntomas y signos entre 3 y 4.5 hs de evolución, menores de 80 años, y al que se le haya descartado una hemorragia intracerebral u otras contraindicaciones, debe ser evaluado para tratamiento con rt-PA

3-1-3- rt-PA solo debe ser administrado bajo un protocolo estricto y con personal medico entrenado.

#### Protocolo de tratamiento con rt-Pa IV: Anexo 3

3-1-4- Trombolisis intraarterial solo debe ser realizado bajo un protocolo de investigación clínica

#### 3-2- Antiagregantes plaquetarios

3-2-1-Todos los pacientes con ACV agudo que no recibían algún antiagregante plaquetario, deben recibir un antiagregante plaquetario

inmediatamente después de haber descartado hemorragia intracerebral por medio de una neuroimagen.

La dosis de carga de AAS debe ser de, 160 a 325 mg. Luego se debe continuar con AAS (80 a 325 mg / día).

3-2-2-En aquéllos pacientes que recibían AAS previo al ACV se puede considerar rotar a clopidogrel. Si se quiere un comienzo de acción rápido, se puede considerar una dosis de carga de 300 mg y luego dosis de mantenimiento de 75 mg / día.

3-2-3- Los datos para recomendar doble antiagregación son limitados

3-3- Anticoagulantes:

3-3-1-La indicación de anticoagulación temprana con el fin de prevenir un ACV recurrente temprano, prevenir el empeoramiento neurológico o mejorar la recuperación, no se recomienda.

3-3-2- En pacientes con válvulas protésicas, con ACV discapacitante y con riesgo de transformación hemorrágica, se debe suspender la anticoagulación durante por lo menos una semana e indicar AAS

3-3-3- En pacientes con isquemia y FA crónica o paroxística (valvular o no valvular), la anticoagulación es el tratamiento de elección

3-3-3-1- Con TAC que descarte hemorragia intracerebral

3-3-3-2- Con PA controlada

3-3-3-3- en pacientes con ACV discapacitante se debe demorar el inicio del tratamiento por lo menos 14 días, mientras tanto, se le indica AAS

3-3-3-4- en pacientes con ACV no discapacitante, la indicación depende del médico tratante pero no debe ser mayor a 14 días de evolución

3-4- Estatinas: no se recomienda el uso inmediato de estatinas. En pacientes que recibían estatinas hasta el momento del stroke, se recomienda su mantenimiento

3-5- Neuroprotectores: No se recomienda la utilización de otras drogas neuroprotectoras

3-6- Corticoides: No se recomienda el uso de corticoides debido a la falta de evidencia en efectividad y el aumento de complicaciones infecciosas

3-7- No se recomienda el uso de anticonvulsivantes en forma profiláctica

3-8- Drogas no recomendadas: antagonistas cárnicos (nifedipina SL), gangliósidos, glicerol, hemodilución con Dextran 40, cinarizina, flunarizina, inositol, ácido nicotínico, pentofilina, teofilina, papaverina, piritinol

3- 9- Craniectomía descompresiva: Pacientes con isquemias de la Arteria cerebral media (ACM) con las siguientes características, deben ser considerados para hemicraniectomía descompresiva: <24 hs de evolución y tratados en 48 hs como máximo, <60 años, isquemia de la ACM, NIHSS >15, TAC con isquemia de por lo menos 50% del territorio de la ACM, sin isquemia de los territorios de la Arteria Cerebral Anterior (ACA) ni Arteria Cerebral Posterior (ACP) o isquemia > 145 cm<sup>3</sup> en RM por difusión.

#### 4- Estudios complementarios

Todos los pacientes con sospecha de ACV isquémico agudo deben ser evaluados con:

4-1- Laboratorio: hemograma, ionograma, coagulograma (KPTT, RIN), glucemia, HbA1c, urea y creatinina, hepatograma, troponina.

4-2- Neuroimagen: TAC sin contraste o RM con difusión y mapa de ADC, GRE para diagnosticar hemorragias y FLAIR para evaluar la extensión del infarto

4-3-Examen vascular no invasivo: Doppler de vasos del cuello, angioTAC o ARM

#### 4-4-EKG

4-5.- EKGs seriados en las primeras 72 hs: si el EKG inicial no mostró

4-6-Ecocardiograma: cuando se sospecha causa cardíaca del ACV para definir e mecanismo del ACV

#### 5- Prevención de complicaciones

5-1- TVP y TEP : en pacientes con movilidad disminuida, se recomienda dosis profiláctica de heparina no fraccionada o de bajo peso molecular o compresión neumática intermitente (SC)

[

5-2- Neumopatía aspirativa :

5-2-1- evaluación de deglución antes de recibir alimentos por vía oral.

5-2-2- Los pacientes con trastornos en la deglución deben:

5-2-2-1- ser considerados para sonda nasoduodenal dentro de las primeras 24 hs

5-2-2-2- Considerados para gastrostomía si no toleran la SND

5-3- Infección urinaria:

5-3-1- No se debe colocar sonda vesical excepto por retención urinaria o control de balance hídrico-electrolítico

5-3-2-catéteres urinarios deben ser evaluados diariamente y retirados lo más pronto posible

5-4- Hemorragia digestiva: uso profiláctico de antiácidos y antagonistas H2

5-5- Escaras y contracturas anormales:

5-5-1- Todo paciente con movilidad reducida debe ser evaluado por profesionales para movilización temprana y transferencia

5-5-2-. Todo paciente con ACV agudo debe ser movilizado dentro de las 24 hs o cuando el cuadro neurológico se hubiera estabilizado.

5-5-3- Todo paciente con ACV debe realizar actividades funcionales: sentarse, pararse, salir de la cama

## Anexo 1: Cincinnati Prehospital Stroke Scale

**Asimetría facial** (haga que el paciente sonría o muestre los dientes)

- Normal: ambos lados de la cara se mueven de forma simétrica
- Anormal: Un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro

**Fuerza en los brazos** (haga que el paciente cierre los ojos y mantenga ambos brazos extendidos durante 10 segundos)

- Normal: ambos brazos se mueven igual o no se mueven
- Anormal: Un brazo no se mueve o cae respecto al otro

**Lenguaje** (pedir al paciente que repita una frase)

- Normal: el paciente utiliza palabras correctas, sin farfullar
- Anormal: el paciente arrastra las palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar

## Anexo 2: ESCALA NIH

1- Nivel de conciencia	0: alerta 1: no alerta pero responde al menor estímulo 2: sin rta. o sólo refleja
1a- Preguntas (mes y edad)	0: responde todas correctas 1: una rta. correcta 2: ninguna correcta
1b- Ordenes simples	0: efectúa todas 1: efectúa una sola 3: no efectúa ninguna
2- Movimientos oculares (horizontales)	0: normal 1: parálisis parcial 2: parálisis total
3- Campo visual	0: sin pérdida visual 1: hemianopsia parcial 2: hemianopsia completa 3: hemianopsia bilateral (ceguera)
4- Parálisis facial	0: normal 1: parálisis menor 2: parálisis parcial 3: parálisis total
5- Motor: Braquio-crural DERECHO	0: no cae 1: oscila antes de los 10 segundos 2: cae antes de los 5 segundos 3: no mueve contra gravedad

	4: sin movimiento
6- Motor: Braquio-crural IZQUIERDO	0: no cae 1: oscila antes de los 10 segundos 2: cae antes de los 5 segundos 3: no mueve contra gravedad 4: sin movimiento
7- Ataxia de miembros	0: ausente 1: un miembro 2: dos miembros
8- Sensibilidad	0: normal 1: pérdida leve a moderada 2: pérdida severa
9- Lenguaje	0: normal 1: leva a moderada afasia 2: afasia severa 3: afasia global o mudo
10- Disartria	0: normal 1: leve 2: severa
11- Distracción/Extinción	0: ausente 1: alteración en una sola modalidad 2: profunda alteración en más de una modalidad.

### Anexo 3: Protocolo con rt-PA IV

#### Criterios de inclusión 3 horas

- Pacientes con signos de Ataque Cerebral de menos de 3 horas de evolución.
- Edad mayor a 18 años.
- TC de cerebro normal o con signos de isquemia aguda que no supere el 33 % del territorio de ACM.
- NIHSS de 4 a 25.
- Consentimiento informado.

#### Criterios de inclusión 4,5 horas

- Pacientes con signos de Ataque Cerebral de menos de 4,5 horas de evolución.
- Edad de 18 a 80 años.
- TC de cerebro normal o con signos de isquemia aguda que no supere el 33 % del territorio de ACM.
- NIHSS de 4 a 25.
- Paciente sin historia de uso de anticoagulantes orales o heparina.
- Consentimiento informado.

## Criterios de exclusión

### Absolutos

- Hemorragia intracraneal en TC.
- Evolución de los síntomas con hora de inicio desconocida.
- Síntomas menores o en mejoría franca antes del inicio de la infusión
- NIHSS > 25.
- Síntomas indicativos de hemorragia subaracnoidea aunque la TC sea normal.
- Tratamiento con heparina en las 48 horas previas o KPTT elevado.
- Ataque cerebral en los 3 meses previos.
- Recuento de plaquetas por debajo de 100.000.
- Glucemia por debajo de 50 mg/dl o por encima de 400 mg/dl.
- PAS > 185 mmHg, PAD > 110 mmHg.
- Diátesis hemorrágica conocida.
- Tratamiento con anticoagulantes orales. Podría considerarse tratamiento con rtPA si INR < 1,7.
- Hemorragia grave reciente o manifiesta.
- Historia de hemorragia intracraneal.
- Antecedentes de hemorragia subaracnoidea por rotura aneurismática.
- Historia de lesión del sistema nervioso central (aneurismas, neoplasias, cirugía intracraneal espinal).
- Punción en arterial en sitio no compresible en los 10 días previos.
- Endocarditis bacteriana y pericarditis.
- Cirugía mayor o traumatismo significativo en los 3 meses previos.

### Relativos

- IAM solo si fue tratado con rt-PA durante el año previo.
- Embarazo (primer trimestre).
- Crisis convulsivas al inicio del evento.
- Diabetes.
- Historia de anafilaxia por rt-PA.

Estudios generales que se deben realizar en la urgencia:

- TC craneal sin contraste.
- Electrocardiograma de 12 derivaciones.
- Radiografía de tórax.
- Estudio hematológico:
  - ✓ Recuento celular
  - ✓ Plaquetas
  - ✓ Actividad de protrombina
  - ✓ Tiempo parcial de tromboplastina activada
  - ✓ Bioquímica
- Otras, en función de la sintomatología (gasometría arterial etc.).

Estudios específicos dirigidos a concretar la etiología:

- Estudio neurovascular no invasivo (ultrasonografía).
- Estudio cardiológico: ecocardiografía (transtorácica/transesofágica); Holter.
- Angiografía digital de cuatro vasos de cuello y cerebro.
- Estudio inmunológico, serológico (sangre, líquido cefalorraquídeo)
- Estados procoagulantes.
- Otros.

### **Cuidados Generales del paciente con Ataque Cerebral**

- Control de signos vitales. (PA, saturometría y registro cardíaco).
- Mantener saturación > del 95 %, si es necesario administrar oxigenoterapia.
- Evitar la hipotensión arterial.
- En caso de mala mecánica ventilatoria o riesgo importante de broncoaspiración, evaluar intubación orotraqueal.
- Mantener niveles de glucemia de 100 a 150 mg/dl.
- Usar solución fisiológica para hidratación o soluciones de dextrosa con Cl Na para ser isotónicas.
- En caso de temperatura axilar > de 37,5 usar paracetamol.
- TA menor de 185/110 mm de hg si esta en plan de trombolisis.

### **Pauta de administración de rt-PA**

- Se administrarán 0,9 mg/kg, siendo la dosis máxima 90 mg.
- El 10% de la dosis total se administra en bolo durante un minuto.
- El resto de la dosis se administra en infusión continua durante una hora.
- Recomendaciones sobre tratamiento general y tratamientos concomitantes.
- No se administrará heparina o anticoagulantes orales en las siguientes 24 horas porque pueden aumentar el riesgo de hemorragia cerebral.
- El paciente debe ser monitorizado, preferiblemente en una unidad de cuidados intensivos.
- Se realizará una escala de NIHSS cada 15 minutos durante la infusión, a las 2 horas y a las 24 horas, y el aumento de 4 puntos o más en la escala de NIHSS sugiere deterioro neurológico y se debe realizar una tomografía de urgencia.
- La infusión debe ser interrumpida si existe sospecha clínica de hemorragia (cefalea intensa, vómitos, disminución del nivel de conciencia, empeoramiento del déficit) y se realizará TC craneal urgente.
- Colocar sondas urinarias o nasogástricas previo a la infusión.
- Colocar 2 vías periféricas de alto flujo.
- Evitar punciones arteriales.

- Si se produce una reacción anafiláctica (infrecuente), suspender la infusión e iniciar las medidas oportunas (corticoides, adrenalina e intubación).
- Se monitorizará la PA cada 15 minutos durante la infusión y la primera hora siguiente, cada 30 minutos durante las siguientes 6 horas y cada hora hasta completar 24 horas.

## Control de la PA

- La PA debe ser inferior a 185/110 mmHg antes de iniciar la infusión.
- Si la PA es mayor a > 185/110 mmHg en dos determinaciones separadas entre 5 a 10 minutos, se debe administrar uno o dos bolos de 10 a 20 mg de labetalol intravenoso separados entre 10 a 20 minutos.
- Si con estas medidas no baja la PA, no debe administrarse el trombolítico.
- Si la elevación se produce una vez iniciada la infusión: administrar labetalol 10 a 20 mg repetir cada 2 a 5 minutos hasta un máximo de 300 mg o labetalol en goteo en dosis de 2 a 8 mg minuto.
- En caso de usar nitroprusíato la dosis es de 0,25 a 10 microgramos /kg/minuto.

## Cuadros:

### Criterios de sospecha clínica

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Debe sospecharse un ictus en aquellos pacientes con déficits neurológicos focales, con instauración abrupta de los síntomas, especialmente si el paciente presenta paresia facial aguda, alteración del lenguaje o caída o pérdida brusca de fuerza en el brazo, y no refiere antecedentes de traumatismo de cráneo previo<br>Se debe sospechar AIT solamente cuando la sintomatología descripta en la anterior recomendación no está presente en el momento de la consulta y la duración de los síntomas ha sido menor a 24 horas (habitualmente menos de una hora) |
| 2 | No debe considerarse el AIT en primer lugar cuando aparezcan los siguientes síntomas de manera aislada: confusión, vértigo, mareos, amnesia, disfagia, disartria, escotoma centelleante, incontinencia urinaria o anal, pérdida de visión más alteración de conciencia, síntomas focales asociados a migraña, pérdida de conciencia incluyendo síncope, actividad tónica y/o clónica, progresión paulatina de síntomas (particularmente sensoriales) afectando a varias partes del cuerpo  |
| 3 | Se deben tener en cuenta la presencia de factores de riesgo vascular en el diagnóstico de sospecha del ACV, sobre todo si  |
| 4 |  |

hubo ACV u otra enfermedad vascular previa, tabaquismo, HTA y DM

### **Anamnesis**

1

La anamnesis de un paciente con sospecha de ACV debe incluir la hora de inicio de los síntomas, comorbilidades, ictus previos, medicación actual y escala de Rankin  
En el caso de disponer de tiempo suficiente y siempre que no retrase el traslado, la anamnesis puede completarse recogiendo duración de los síntomas, factores de riesgo vascular, circunstancias desencadenantes, episodios previos de migrañas, convulsiones, infecciones, trauma, consumo de anovulatorios/terapia hormonal, embarazo/puerperio y abuso de drogas

### **Exploración**

1

El examen físico inicial ante un paciente con sospecha de ACV debe incluir la valoración de la función respiratoria, ritmo cardíaco, PA, temperatura, glucemia y saturación de oxígeno, si es factible

2

Se recomienda que la exploración neurológica de un paciente con sospecha de ACV incluya la valoración de funciones mentales, lenguaje, signos meníngeos, pares craneales, desviación oculocefálica, déficits motores, sensitivos y alteraciones cerebelosas

3

Se considerará la realización de un ECG siempre que no retrase el traslado del paciente

### **Diagnóstico diferencial**

1

El diagnóstico diferencial del ACV agudo debe incluir, entre otros, crisis comiciales/convulsiones, migrañas con aura, hipoglucemias, encefalopatía hipertensiva y trastorno por conversión/simulación

2

En el caso de no tener claro si la causa de los síntomas es un ictus, se debe proceder como si así fuese, para no demorar el tratamiento

### **Medidas prioritarias/traslado de pacientes/ código ictus**

1

Ante un paciente con sospecha de ACV agudo inicialmente se debe asegurar las funciones cardiorrespiratorias, tomar

- medidas para evitar broncoaspiraciones, colocar una vía periférica en el brazo no parético. No se administrarán alimentos o líquidos por vía oral excepto en el caso de que sea necesario administrar fármacos por esta vía
- 2 El ACV es una emergencia médica que necesita atención neurológica urgente por lo que debe procurarse que los pacientes lleguen al hospital en el menor tiempo posible
- 3 Se recomienda activar los servicios de emergencia ante la sospecha de ACV agudo y priorizar el traslado de los pacientes
- 4 Se recomienda activar un código de " ACV extrahospitalario" cuando se detecte un paciente con sospecha de ACV que cumpla los criterios previstos
- 5 Se recomienda derivar a los pacientes a hospitales que dispongan de servicios de ACV

### **Manejo de la Presión Arterial**

- 1 En pacientes con sospecha de ACV agudo, en el manejo extrahospitalario no se recomienda el tratamiento de la presión arterial elevada, si se mantiene  $<220$  (PAS) ó  $<120$  mmHg (PAD), salvo determinadas situaciones urgentes (sospecha clínica fundada de insuficiencia cardiaca izquierda, síndrome coronario agudo o disección aórtica)
- 2 En el caso en el que se decida tratar, se evitarán descensos bruscos e intensos de la PA (más del 20% en  $<$  de 24 horas)
- 3 Se evitarán los fármacos sublinguales de acción rápida
- 4 En caso de ser necesario disminuir la PA se utilizará preferentemente la vía intravenosa y si no es posible, la vía oral
- 5 En los casos en los que exista hipotensión se descartará la presencia de otra enfermedad concomitante grave y se tratará según la etiología

Bibliografía:

Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care, Fourth Edition, update: May 2013

AHA/ASA Guideline: Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke, 2013

Antithrombotic and Thrombolytic Therapy for Ischemic Stroke  
CHEST 2012; 141(2)(Suppl):e601S–e636S

Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Edición: 2009. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS  
Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid, España

Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke, 4th edition. London:  
Royal College of Physicians, 2012.

Guidelines for acute ischemic stroke treatment. **Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.70 no.11 São Paulo Nov. 2012**

Harold P. Adams , Gregory del Zoppo , Mark J. Alberts. Guidelines for Early Management of Adults with Ischemic Stroke: A Guideline From American Heart Association / American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcome in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirm the value of this guideline as an educational tool for neurologist. Stroke 2007; 38 ;1655-1711.

Gregory J. del Zoppo, Jeffrey L. Server, Edward C. Jauch. Expansion of the Time Window for Treatment of Acute Ischemic Stroke with Intravenous Tissue Plasminogen Activator: A Science Advisory from the American Heart Association/ American Stroke Association. Stroke 2009; 2945-2948.

Guías de Práctica Clínica para el Tratamiento Trombolítico en el ACV Isquemico. Revista Neurológica Argentina, 2006 ; 31: 74-79.