

Guía de Práctica Clínica

Manejo Agudo del Accidente Cerebrovascular Isquémico en población adulta (Versión resumen)

La presente guía de práctica clínica es para uso exclusivo en todas las sedes asistenciales de la Red AUNA

Copyright

Se autoriza la reproducción total o parcial, la transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro o cualquier otro; en publicaciones científicas y médicas siempre que se citen expresamente los autores y a AUNA como institución con su logotipo adecuadamente.

Código	Revisión	Fecha de Aprobación
GA.DC.G.15	00	25 – 06 - 19
GA.DC.G.15	00	05 – 07 – 19

VERSIÓN COMPLETA de la GPC Manejo Agudo del Accidente Cerebrovascular
Isquémico en población adulta 2019 en:

<https://drive.google.com/file/d/1ExUeEAKevP1jQhMnLg-R3CKs12wck9vX/view?usp=sharing>

AUNA. GUIA RESUMEN. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA MANEJO AGUDO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN POBLACIÓN ADULTA. LIMA-PERU.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta. Fecha de publicación: Junio,2019

METODOLOGÍA SISTEMA GRADE

Fuerza y dirección de las recomendaciones según GRADE.

Fuerza y dirección de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. Se recomienda hacerlo.
Condicional (Débil) a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. Se sugiere hacerlo.
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. Se recomienda no hacerlo.
Condicional (Débil) en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. Se sugiere no hacerlo
Punto de buena práctica clínica (BPC)	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica del GEG y/o artículos no sistematizados.

Certeza de la Evidencia

Calidad	Definición
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Moderada (⊕⊕⊕⊖)	Existe una confianza moderada en el estimador de efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Baja (⊕⊕⊖⊖)	La confianza en el estimador de efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Muy baja (⊕⊖⊖⊖)	Existe muy poca confianza en el estimador de efecto. Es altamente probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

RECOMENDACIONES DE LA GUIA

N°	Recomendaciones Clave	Fuerza y Dirección de recomendación	Certeza en la evidencia
1	<p>Se recomienda el uso de la escala FAST para establecer la sospecha diagnóstica de ACVi en pacientes adultos con déficit neurológico focal.</p> <p>* FAST:Facial, Arm,Speech and Time Score</p>	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
2	Colocar un cuadro con la escala FAST en las emergencias, estaciones de enfermería y estaciones o counter de recepción de emergencias y otras áreas administrativas.	BPC	
3	<p>Se recomienda el uso de la escala NIHSS para el diagnóstico probable de ACVi severo y monitorizar su severidad en pacientes adultos (>18 años) con déficit neurológico focal.</p> <p>* NIHSS: National Institutes of Health Stroke Scale</p>	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
4	El personal de salud tiene que recibir capacitaciones constantes en el uso de la escala NIHSS	BPC	
5	Canalizar dos vías periféricas (18" o 20") que faciliten las intervenciones de diagnóstico y tratamiento.	BPC	
6	En pacientes con sospecha clínica de ACVi, se realizará una TC s/c más la Angiotomografía computarizada c/c para determinar el tipo de evento, su localización y el manejo.	BPC	
7	Se recomienda la trombolisis endovenosa en los pacientes con ACVi agudo, desde el inicio de síntomas hasta las 4.5h, con el objetivo de disminuir la dependencia y obtener un buen desenlace funcional	Fuerte a favor	Evidencia Moderada (⊕⊕⊕⊖)
8	El uso del activador del plasminógeno tisular recombinante (alteplasa) a dosis de 0.9 mg/kg (dosis máxima de 90 mg durante 60 minutos con un 10% inicial de la dosis administrada en bolo durante 1 minuto) en ACVi se debe utilizar como parte de la terapia de trombolisis endovenosa (Tomar en cuenta los criterios modificados de AHA para elegibilidad del paciente – Anexo 07 de la versión extensa)	BPC	
9	Se recomienda las intervenciones quirúrgicas (craniectomía o hemicraniectomía descompresiva) frente al tratamiento clínico estándar en pacientes	Fuerte a favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)

	con ACVi extenso o maligno.		
10	Los valores de NIHSS > 20, leucocitosis, extensión del 50% del territorio de la Arteria Cerebral Media en la TC o un volumen > 145 cm ³ en la RM, zonas isquémicas adicionales que involucren los territorios de la arteria cerebral anterior y/o posterior ayudarían a identificar a los pacientes con riesgo elevado y determinar quiénes se benefician con la intervención quirúrgica.	BPC	
11	En el caso de infarto cerebeloso, la ventriculotomía permite tratar la hidrocefalia obstructiva. Además, la craniectomía descompresiva concomitante o posterior puede o no ser necesaria en función de factores como el tamaño del infarto, el estado neurológico, el grado de compresión del tronco cerebral y la eficacia del tratamiento médico.	BPC	
12	Los pacientes con ACVi extenso o maligno tienen un alto riesgo de sufrir complicaciones asociadas a edema cerebral o incremento de la presión intracraneana; por lo cual, es razonable informar y mantener una comunicación constante con la familia acerca de las opciones de cuidado y posibles desenlaces incluyendo las estrategias de preferencias centradas en el paciente y la toma de decisiones compartidas.	BPC	
13	Realizar la hemicraniectomía o craniectomía descompresiva dentro de las 48 horas de ocurrido el ACVi extenso o maligno.	BPC	
14	Se recomienda la terapia con antiagregantes plaquetarios (ya sea por vía oral, vía sonda nasogástrica) en pacientes con ACVi probable o confirmado.	Fuerte a Favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
15	En pacientes con ACVi probable o confirmado que cumple criterios para terapia trombolítica (Alteplase EV), la terapia con antiagregante plaquetario generalmente se retrasa hasta 24 horas después de realizada la terapia trombolítica.	BPC	
16	En pacientes con ACVi probable o confirmado que no cumplan criterios para terapia trombolítica iniciar tratamiento con aspirina durante las primeras 24 horas de ocurrido el evento a dosis de inicio de 100 mg a 300 mg y luego continuar con 100 mg diariamente.	BPC	
17	En aquellos pacientes que no puedan recibir aspirina, se puede usar clopidogrel a dosis de	BPC	

	inicio de 75 mg a 300 mg y luego continuar con 75 mg diariamente.		
18	No se sugiere la terapia de anticoagulación inmediata en pacientes con ACVi probable o confirmado.	Condiciona en contra	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
19	En pacientes con ACVi etiología cardioembólica u otras con indicación de anticoagulación considerar el inicio de acuerdo al tiempo de enfermedad, severidad y extensión del infarto cerebral, que suele hacerse entre los 3 y 14 días del inicio de síntomas.	BPC	
20	Se recomienda en los pacientes con ACVi con disfagia realizar terapias conductuales lo más precozmente (dentro de las primeras 48 horas) de ocurrido el evento.	Fuerte a Favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
21	Las intervenciones conductuales a realizar serán ejercicios de deglución, modificaciones ambientales tales como posicionamiento vertical para alimentación, consejos para deglutir de forma segura, modificaciones dietéticas, kinesiotaping (vendajes adhesivos aplicados sobre la piel), y entrenamiento de la fuerza muscular espiratoria, higiene oral.	BPC	
22	Aplicar el test de Toronto dentro de las primeras 24 horas para la elección de pacientes a los cuales se les realizará intervenciones conductuales.	BPC	
23	Se recomienda garantizar la alimentación a través del uso de SNG, en pacientes con ACVi que no pueden deglutir de forma segura	Fuerte a Favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
24	En pacientes con ACVi que no pueden deglutir de forma segura utilizar la alimentación por SNG para el soporte nutricional a corto plazo (2-3 semanas).	BPC	
25	Aplicar el test de Toronto dentro de las primeras 24 horas para la elección de pacientes a los cuales se colocará sonda nasogástrica.	BPC	
26	Se sugiere que los pacientes con ACVi probable o confirmado sean atendidos en una Unidad Especializada con equipo multidisciplinario coordinado (Unidad ACVi).	Condiciona a favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
27	La Unidad ACVi implica el espacio disponible y además un médico neurólogo, un médico	BPC	

	intensivista y/o internista, un médico emergenciólogo con entrenamiento en ACV); además, contar como mínimo con un neurocirujano (disponible al llamado durante las 24 horas), médico especialista en medicina física y rehabilitación, en radiología, profesionales de enfermería (capacitados en la atención y monitoreo de ACV), tecnólogos médicos (capacitados en terapia ocupacional, del lenguaje).		
28	El equipo multidisciplinario se reunirá periódicamente para evaluar el progreso de pacientes hospitalizados y alcance de metas.	BPC	
29	Implementar estrategias de retención de talento humano dirigidas al equipo multidisciplinario para dar mayor sostenibilidad a la unidad de atención especialidad de ACV isquémico.	BPC	
30	Se sugiere la implementación de algún sistema de pre-notificación (radio, teléfono) para avisar a la Unidad ACVi antes de la llegada de un paciente con ACVi probable	Condicional a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
31	Se recomienda como parte del código ACVi la reorganización del proceso para la atención del paciente con ACVi probable, en la cual participe el equipo de la Unidad ACVi	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
32	Implementar mecanismos de comunicación (llamadas telefónicas, comunicaciones a través de mensajes) al personal que conforma el equipo multidisciplinario de la Unidad ACVi cuando se activa el código ACVi	BPC	

VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN DE PACIENTE CON ACVI PROBABLE Y/O CONFIRMADO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

