

**GUIAS PARA EL MANEJO POR INTERNISTA DEL
“ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO” (AVE)
EN EL SERVICIO DE MEDICINA-HUAP (marzo de 2008)**

Dr. Jorge González Hernández
Neurólogo HUAP

Estas recomendaciones son sólo referenciales, requiriendo su aplicación la evaluación caso a caso de acuerdo al criterio del médico tratante. Se sugiere una actualización anual de las guías. Están diseñadas de acuerdo a los recursos disponibles en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

SOSPECHA DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO

En todo déficit neurológico focalizado o compromiso agudo de conciencia, sin otra causa evidente. Tener presente que un cuadro similar también puede estar dado por trastornos metabólicos (Ej. hipoglicemia, hipopotasemia, hiponatremia, etc.), parálisis postconvulsiva (Todd), migraña acompañada, hematomas subdurales y otros. El diagnóstico diferencial entre AVE isquémico y hemorrágico sólo puede establecerse con certeza mediante el estudio con neuroimágenes.

DEFINICION AVE ISQUEMICO

Es la ocurrencia de un déficit neurológico focal, y en ocasiones global, de inicio brusco, causado por la obstrucción de un vaso sanguíneo de la circulación cerebral.

El AVE isquémico constituye una patología AUGE, con garantías de TAC cerebral dentro de las primeras 72 hrs de la sospecha, hospitalización dentro de las primeras 24 hrs. de la confirmación y control con especialista dentro de 10 días del alta. También considera prevención secundaria y rehabilitación.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE INGRESO

- Hemogluco test inmediato.
- SANGRE: Glicemia, BUN, creatinina, Hemograma con plaquetas, VHS, Electrolitos, TTPA, Tiempo de protrombina, albúmina.
- TAC Cerebral sin contraste.
- Electrocardiograma.

INDICACIONES DE INGRESO AVE ISQUEMICO

- Semisentado 30°.
- Régimen cero.
- Suero fisiológico = 1500 a 2000 cc/24 hrs.
- Administrar tiamina (vit. B1) (1 amp. cada 500 cc de suero).
- Antiácidos (prevención de úlceras de estrés) en caso de lesiones extensas o antecedente de enfermedad péptica .
- Sólo administrar anihipertensivos si la presión arterial sistólica supera los 220 mmHg o diastólica los 120 mmHg (preferir inhibidores de la enzima convertidora como captopril sublingual). Después de la primera semana, se llevará gradualmente las cifras tensionales a lo normal.
- Si la presión sistólica es menor a 120 mmHg o la diastólica a 60 mmHg, deberá elevarse con soluciones salinas o sustancias vasoactivas si estas no fueran suficientes.
- Aspirina 250 mg/día en AVE oclusivo.
- Heparina 5000 USC cada 12 hrs, sólo en pacientes inmovilizados o de alto riesgo de trombosis venosa profunda.
- Mantener glicemias bajo 200 mg%
- Mantener saturación arterial de oxígeno sobre 92%.
- Evitar temperatura axilar mayor a 37,5 ° C (Ej. paracetamol) y buscar la causa.
- Anticonvulsivantes sólo en caso de crisis (no profiláctico). Carga oral o por SNG: Fenitoína 20 mg/Kg. Mantención = 300 mg/día. En caso de estado epiléptico el paciente deberá ser trasladado a UTI para manejo EV.
- Control seriado con la Escala de Coma de Glasgow.
- Cambios de posición frecuentes y colchón antiescaras en pacientes postrados. Rehabilitación kinésica precoz.
- Evaluación por neurólogo o neurocirujano según disponibilidad, quién determinará el estudio etiológico a seguir.

INDICACIONES PARA DESPUES DE 24 HRS DE ESTABILIZACION DEL DEFICIT NEUROLOGICO

- Si el paciente presenta cualquier grado de compromiso cuantitativo de conciencia, intalar sonda de alimentación digestiva. Si el paciente está vigil, el “médico tratante” realizará prueba de deglución con 100 ml de agua en paciente sentado (90 grados). Sólo si esta prueba resulta normal, se procederá a evaluar tolerancia a papilla con control de ingesta. En caso contrario, instalar sonda de alimentación.
- Continuar movilización y rehabilitación kinésica.
- La indicación de tratamiento anticoagulante, sólo recomendado para casos excepcionales, debería ser discutida con el neurólogo.
- Sólo a partir del 10º día se recomienda ir llevando gradualmente las cifras tensionales a rangos normales (habitualmente después del alta).
- La duración de la hospitalización será variable de acuerdo a las características de cada paciente y el tipo de AVE. No deberá ser menor a 24 hrs. en las crisis

isquémicas transitorias o a 5 días en los AVE constituidos. Al momento del alta el paciente debe estar afebril, con cifras tensionales estabilizadas, función digestiva y urinaria resuelta, problema de vía de alimentación solucionado, mecanismo AUGE activado si corresponde, e interconsulta para control ambulatorio.

HEMORRAGIAS INTRACEREBRALES

Las indicaciones son similares con excepción del uso de aspirina que está contraindicado. La presión arterial media deberá mantenerse bajo 130 mmHg. En caso de requerirse heparina profiláctica de trombosis venosa profunda (5000 USC cada 12 hrs), deberá iniciarse después de 72 hrs. de la estabilización de los síntomas neurológicos.

Sólo se aplica el AUGE al proceso diagnóstico.

La hemorragia subaracnoidea sí corresponde a una patología AUGE. Estos pacientes deben derivarse urgente a un centro de mayor complejidad (Ej. Instituto de Neurocirugía) para el manejo precoz de la causa (habitualmente ruptura de aneurisma sacular) . Mientras esto sucede deberá trasladarse a una Unidad de Cuidados Especiales, mantenerse la presión arterial sistólica bajo 150 mmHg y utilizarse nimodipino 60 mg cada 4 hrs. oral o por SNG.

Debe tenerse la precaución de pesquisar y corregir trastornos de coagulación.

RECOMENDACIONES A IMPLEMENTAR POR EL SERVICIO

- Implementación de una Unidad de Stroke.
- Contar con al menos dos neurólogos.
- Implementar el ecodoppler carotídeo en rayos.
- Implementar la realización de perfil lipídico y niveles plasmáticos de fenitoína y fenobarbital por parte del laboratorio.
- Mejorar el acceso a kinesioterapia.
- Contar con al menos un sillón en cada sala, que permita sentar a los pacientes que lo requieran.
- Contar con medias elásticas (prevención de TVP) y más colchones antiescaras para pacientes postrados.

BIBLIOGRAFIA

- REPUBLICA DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Ataque Cerebrovascular Isquémico del Adulto. Septiembre 2007.
- Decreto N°44 (9/ene/2007), del Ministerio de Salud, que aprueba Garantías Explícitas en Salud.

- Joseph Broderick, Sander Connolly, Edward Feldmann, Daniel Hanley, Carlos Kase, et al. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage in Adults. *Stroke*. 2007;38:2001-2023.

Correspondencia: Dr. Jorge González-Hernández jorgegonzalez@memoriza.com