GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO (ACVi)

I. Lista de recomendaciones y puntos de buenas prácticas clínicas

Pregunta N°	Enunciado	Tipo *	Fuerza y dirección **	Calidad de la evidencia **
DIAGNÓSTICO				
Sospecha del diagnóstico de ACVi				
1	En pacientes que presenten déficit neurológico focal agudo se recomienda usar alguna escala de atención prehospitalaria (como FAST*, LAPSS**, CPSS*** u otras) para establecer la sospecha del diagnóstico de ACVi. * **FAST:** Facial, Arm, Speech and Time Score ** **LAPSS:** Los Angeles Prehospital Stroke Scale *** **CPSS:** Cincinati Prehospital Stroke Scale	R	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	En pacientes que presenten déficit neurológico focal agudo se sugiere usar la escala FAST como prueba de cribado del diagnóstico de ACVi.	R	Condicional a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	La escala FAST-ED (mayor o igual a 4 puntos) es una alternativa para la detección de ACVi por oclusión de vaso grande proximal y decisión de referencia directa a centro especializado con trombectomía mecánica.	BPC		
	Para el grupo de pacientes que inician con vértigo persistente, alteración del nivel de conciencia, alteración súbita de la visión, inestabilidad para la marcha u otros signos/síntomas que hagan que se mantenga la sospecha clínica de ACVi a pesar de que no fueron detectados por estas escalas derivar a centros especializados.	BPC		
Diagnóstico definitivo				
2	En pacientes con sospecha de ACVi, se recomienda realizar de forma prioritaria una imagen cerebral, tomografía o resonancia magnética (TC o RM). En la mayoria de casos la TC sin contraste será útil para determinar el tipo de evento, su localización y decidir el manejo.	R	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	En pacientes con sospecha de ACVi realizar la imagen cerebral antes de 25 min e interpretarla antes de 45 min desde la llegada al hospital.	BPC		
	En pacientes con sospecha de ACVi, la angiotomografía (ATC) de arterias cerebrales, carotídeas y vertebrales también podría incluirse para determinar el tipo de evento, su localización y decidir el manejo. Realizar esta imagen no debería retrasar el inicio de trombólisis IV.	BPC		

	En pacientes con sospecha de ACVi con inicio de síntomas entre 6 y 24 horas de duración, se sugiere usar TC o RM con protocolo de perfusión (según disponibilidad) para identificar tejido potencialmente recuperable con terapias mecánicas de reperfusión arterial.	R	Condicional a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	En pacientes con ACVi y sospecha clínica de oclusión de vaso grande para evaluación de elegibilidad de trombectomía mecánica (ya sea dentro de las 6 horas de inicio de los síntomas o entre las 6 a 24 horas) solicitar una ATC o ARM, cervical y cerebral, incluso sin tener el valor de creatinina en pacientes sin antecedentes de ERC y/o valorar la TC con la escala ASPECTS (Tabla Nº 15), según disponibilidad y capacidad resolutiva.	BPC		
Evaluación de la severidad				
3	En pacientes con ACVi se recomienda aplicar la escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) para evaluar su severidad.	R	Condicional a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	En centros donde se brinda atención especializada a pacientes con ACVi, se debe procurar que los profesionales de la salud involucrados en su atención cuenten con capacitación y/o certificación para la correcta aplicación de la escala NIHSS.	BPC		
	La valoración clínica de los pacientes con ACVi debe integrar además del puntaje en la escala NIHSS, el territorio vascular comprometido (circulación anterior o posterior) y la ubicación del infarto (izquierda-derecha).	BPC		
	Los pacientes con puntajes de NIHSS mayores o iguales a 25 puntos deben ser considerados como pacientes con ACVi severos, donde los resultados de terapias de reperfusión por trombolisis permanecen inciertos.	BPC		
TRATAMIENTO				
Tratamiento de reperfusión				
4	En pacientes con ACVi que cumplan criterios de elegibilidad, se recomienda usar rTPA endovenoso inmediatamente dentro de las 4.5 horas del inicio de síntomas.	R	Fuerte a favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
	En pacientes con ACVi por oclusión de vaso grande proximal que cumplan con los criterios de elegibilidad se sugiere realizar trombectomía mecánica dentro de las 6 horas de inicio de los síntomas, según disponibilidad y capacidad resolutiva	R	Condicional a favor	Alta (⊕⊕⊕⊕)

	En pacientes con ACVi por oclusión de vaso grande proximal, que cumplan criterios de elegibilidad de los ensayos clínicos de referencia de 6 a 24 horas de inicio de los síntomas, se sugiere realizar trombectomía mecánica, según disponibilidad y capacidad resolutiva	R	Condicional a favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
	En pacientes con ACVi elegibles para trombolisis IV la dosis de rTPA es 0,9 mg/kg, con dosis máxima de 90 mg; dosis inicial del 10% en bolo durante 1 minuto y el resto de la dosis en infusión durante 60 minutos	BPC		
	En pacientes con ACVi los criterios de elegibilidad para trombólisis endovenosa son los propuestos por la AHA/ASA 2018 (Tabla Nº 14).	BPC		
	En pacientes con ACVi los criterios de elegibilidad para trombectomía mecánica son: (1) SRm previo de 0 a 1; (2) oclusión causal de la carótida interna o arteria cerebral media (segmento M1); (3) edad ≥18 años; (4) puntaje NIHSS de ≥6; (5) puntaje ASPECTS ≥6. (según AHA-ASA 2018).	BPC		
	Los pacientes con ACVi con oclusión del segmento M2 y M3 de la ACM, arteria cerebral anterior o posterior, arteria vertebral y basilar se podrían considerar como de elección para el manejo con trombectomía mecánica dentro de las 6 horas de inicio de los síntomas, según valoración individual del caso.	BPC		
	En pacientes con ACVi y síntomas dentro de las 6 a 24 horas para decidir realizar trombectomía mecánica seguir los criterios de elegibilidad de ensayos clínicos de referencia (Tabla Nº 16).	BPC		
	En pacientes con ACVi elegibles para rTPA IV, deberían recibir dicho tratamiento incluso si están siendo considerados para trombectomía mecánica y esta decisión no debería retrasar el inicio de la trombólisis IV.	BPC		
Prevención secundaria y tratamientos diferentes a la reperfusión				
5	**Enfoque general**			
	Los pacientes con ACVi se beneficiarían de recibir una atención integral, multidisciplinaria y especializada.	RI		
	Monitoreo continuo			
	En pacientes con ACVi se recomienda la monitorización continua no invasiva.	R	condicional a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)

	En pacientes con ACVi el monitoreo continuo no invasivo incluye las funciones vitales: presión arterial, frecuencia y ritmo cardiaco, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura y glicemia. Este monitoreo estaría indicado para todos los pacientes hasta definir la extensión y severidad del ACVi, generalmente entre a 48 a 72 horas del inicio de los síntomas del paciente.	BPC		
	Modificar la presión arterial			
	En pacientes con ACVi no se sugiere modificar, reducir o elevar, deliberadamente la presión arterial.	R	Condicional en contra	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	En pacientes con ACVi que no sean candidatos a terapias de reperfusión y que cursan con cifras de presión arterial iguales o mayores a 220/120 mmHg, estas deberían disminuirse en un 15% en las primeras 24 horas de inicio de los síntomas.	BPC		
	En pacientes con ACVi candidatos a terapias de reperfusión, deberían mantener una presión arterial menor a 185/110 mmHg. Asimismo, en aquellos que han recibido terapia de reperfusión, se debe mantener una presión arterial menor a 180/105 mmHg durante las primeras 24 horas.	BPC		
	En pacientes con ACVi valorar el inicio de antihipertensivos orales o habituales luego de las 24 horas del inicio del evento.	BPC		
	En pacientes con ACVi la hipotensión y la hipovolemia deberían corregirse para mantener niveles de perfusión tisular adecuados.	BPC		
	Control glicémico estricto			
	En pacientes con ACVi es aceptable mantener niveles de glicemia entre 140 y 180 mg/dl en las primeras 24 h. No se sugiere usar insulina para mantener la glicemia en niveles entre 72 a 135 mg/dL.	R	Condional en contra	Baja (⊕⊕⊖⊖)
	En pacientes con ACVi es razonable el monitoreo estrecho de los niveles de glicemia para prevenir la hipoglicemia y en caso de hipoglicemia (< 60 mg/dL) tratarla.	BPC		
	Hipotermia terapéutica			
	En pacientes con ACVi no se recomienda la hipotermia terapéutica.	R	Fuerte en contra	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	En pacientes con ACVi mantener la normotermia. Si la temperatura fuera mayor a 38°C iniciar tratamiento antipirético con medidas farmacológicas, no farmacológicas y buscar etiología.	BPC		

	Antiagregación simple			
	En pacientes con ACVi se recomienda el uso de antiagregantes plaquetarios.	R	Fuerte a favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
	En pacientes con ACVi que no recibieron terapia trombolítica, iniciar la terapia antiagregante plaquetaria dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas.	BPC		
	En pacientes con ACVi que recibieron terapia trombolítica, iniciar el tratamiento antiagregante posterior a 24 horas de la administración de la terapia trombolítica y luego de realizar un control con TAC.	BPC		
	En pacientes con ACVi usar Acido Acetil Salicílico (AAS) a dosis de carga de 160 a 300 mg por vía oral, luego administrar 100 mg cada 24 horas. Como alternativa en aquellos que no puedan recibir AAS considerar el uso de Clopidogrel, a dosis de carga de 300 mg vía oral, luego administrar 75 mg cada 24 horas.	BPC		
	Antiagregación dual			
	En pacientes con ACVi no se sugiere el uso de antiagregación dual como parte del tratamiento a largo plazo.	R	Condicional en contra	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	En pacientes con ACVi considerar el uso de doble antiagregación como tratamiento de corto plazo (21 días a 3 meses) en casos de pacientes con: • ACVi menor (NIHSS ≤ 3) o AIT de alto riesgo de recurrencia (ABCD2 ≥ 4) por 21 días. • ACVi o AIT con estenosis de ≥ 50% de arteria carótida interna, cerebral media y posterior, vertebral y basilar por 3 meses.	BPC		
	Anticoagulación inmediata			
	En pacientes con ACVi no se recomienda la anticoagulación inmediata.	R	Fuerte en contra	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
	En pacientes con ACVi de 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 4 y 14 días del inicio de síntomas.	BPC		
	Estatinas			
	En pacientes con ACVi con sospecha de ateroesclerosis se sugiere el uso de estatinas de intensidad moderada a alta, como atorvastatina de 40 a 80 mg u otras, independientemente de los niveles de lípidos basales según disponibilidad. Para decidir la dosis se debe valorar la tolerancia, edad y comorbilidades del paciente.	R	Condicional a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)

Tratamiento de neuroprotección				
6	**Citicolina**			
	En pacientes con ACVi, no se sugiere el uso de citicolina.	R	Condicional en contra	Baja (⊕⊕⊖⊖)
	Sulfato de magnesio			
	En pacientes con ACVi, no se recomienda el uso de sulfato de magnesio.	R	Fuerte en contra	Alta (⊕⊕⊕⊕)
	Manitol			
	En pacientes con ACVi sin hipertensión endocraneana, no se sugiere el uso de manitol como neuroprotector.	R	Condicional en contra	Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)
	Hemodilución			
	En pacientes con ACVi, no se sugiere el uso de hemodilución.	R	Condicional en contra	Baja (⊕⊕⊖⊖)
	Células madre			
	En pacientes con ACVi, no se sugiere el uso de células madre.	R	Condicional en contra	Baja (⊕⊕⊖⊖)
Tratamiento quirúrgico				
7	En pacientes con ACVi extenso o maligno se recomienda la intervención quirúrgica (craniectomía o hemicraniectomia descompresiva) frente al tratamiento médico.	R	Fuerte a favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
	A pacientes con ACVi extenso o maligno brindar evaluación neuroquirúrgica urgente.	BPC		
	A pacientes con ACVi extenso o maligno realizar craniectomía descompresiva preferentemente dentro de las 48 horas y en no más de 96 horas del inicio del ACVi.	BPC		
	A pacientes mayores de 60 años con ACVi extenso o maligno decidir la craniectomía descompresiva después de una cuidadosa consideración del estado funcional premórbido y las preferencias del paciente y/o familiares responsables.	BPC		
	En pacientes con ACVi extenso o maligno infratentorial que amenaza el tronco cerebral y el 4ª ventrículo, se podría ofrecer craniectomía descompresiva.	BPC		
Tratamiento de soporte y rehabilitación				
8	**Alimentación y uso de sonda nasogástrica**			
	En pacientes con ACVi que no pueden deglutir de forma segura, se sugiere garantizar la alimentación a través del uso de SNG.	R	Condicional a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)
	En pacientes con ACVi no se sugiere el uso sistemático (en todos los pacientes) de sonda nasogástrica para garantizar la alimentación**.**	R	Condicional en contra	Baja (⊕⊕⊖⊖)

	En pacientes con ACVi se debe realizar una evaluación de la deglución antes de iniciar dieta por vía oral. La evaluación debe incluir la valoración del nivel de conciencia, la comprensión y ejecución de órdenes motoras, la ausencia de impedimentos motores orales, y la capacidad de deglutir líquidos de forma segura. Podria usarse algún protocolo de tamizaje como el test del vaso de agua, la auscultación cervical u otros validados para este propósito.	BPC		
	En pacientes con ACVi iniciar la alimentación enteral temprana con el objetivo de mantener un adecuado aporte calórico.	BPC		
	En pacientes con ACVi donde persista la sospecha de una inadecuada deglución, se puede solicitar evaluaciones instrumentales como evaluación endoscópica, videofluoroscopía, u otro que se encuentre disponible.	BPC		
	En pacientes con ACVi la valoración de la seguridad de la deglución no debe retrasar el inicio de la dieta por otros medios.	BPC		
	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). En pacientes en quienes se prevé que no lograrán una adecuada deglución dentro de 3 semanas, considerar la nutrición a través de sondas colocadas por gastrostomía percutánea.	BPC		
	Complementos nutricionales			
	En pacientes con ACVi no se sugiere agregar complementos nutricionales en la fase aguda del ACV**.**	R	Condicional en contra	Baja (⊕⊕⊖⊖)
	En pacientes con ACVi que se encuentran desnutridos o en riesgo de desnutrición podría indicarse los complementos dietéticos disponibles.	BPC		
	Terapia del lenguaje / habla			
	En pacientes con ACVi con afasia o trastornos del habla se sugiere realizar terapia del lenguaje/habla tan pronto sea posible.	R	Condicional a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)
	La terapia del lenguaje/habla deben incluir la capacitación del cuidador.	BPC		
	Manejo de la disfagia			
	En pacientes con ACVi con disfagia se sugiere realizar intervención terapéuticas en la fase aguda (24 y 48 horas de producido el evento).	R	Condicional a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)

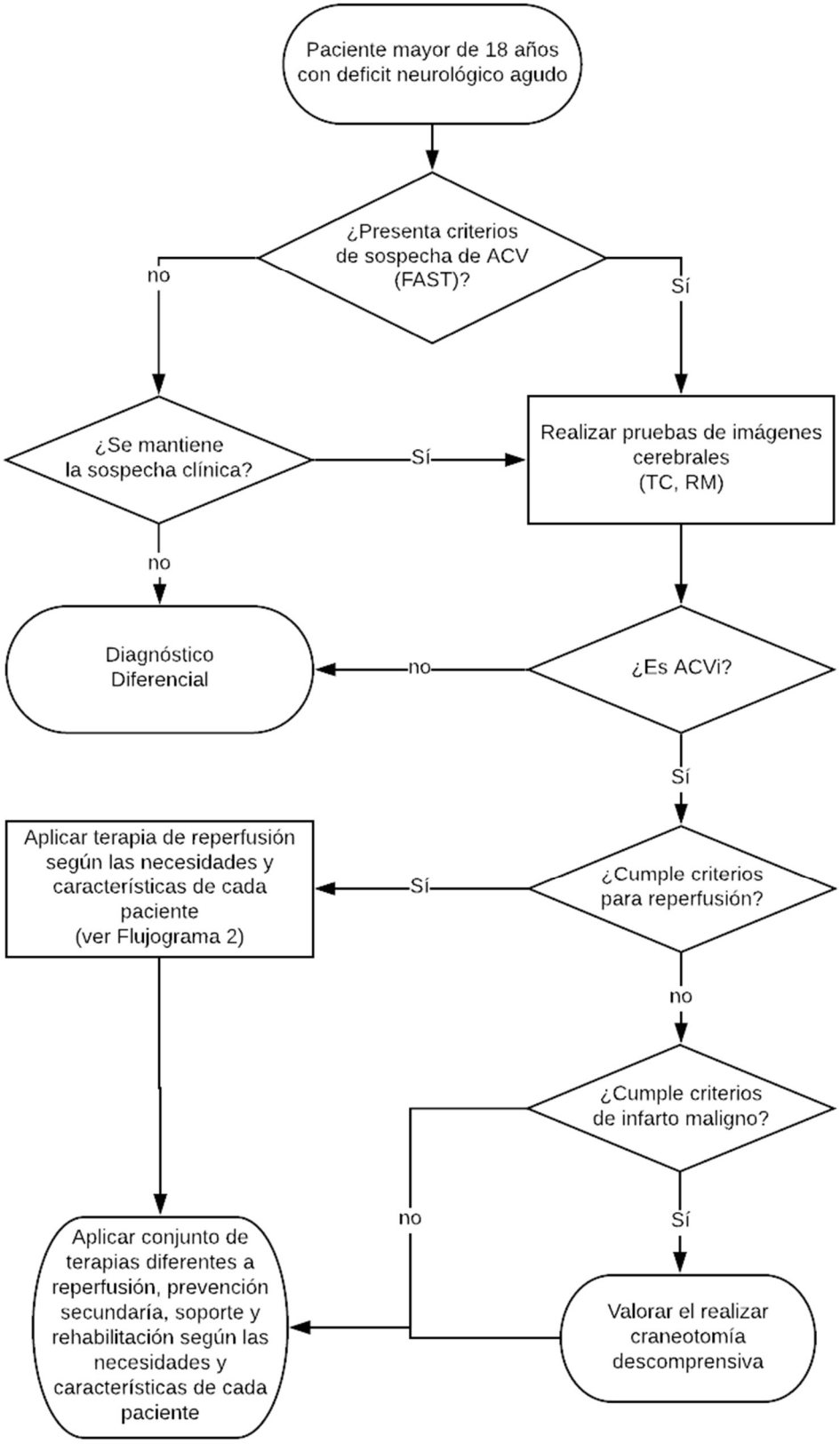
	Estas intervenciones terapéuticas incluyen una serie de técnicas directas como los ejercicios de deglución, posicionamiento vertical para la alimentación, consejos de deglución segura o indirectas como las modificaciones dietéticas apropiadas (dieta blanda).	BPC		
	Inicio de la rehabilitación			
	Los pacientes con ACVi que presenten algún grado de discapacidad se sugiere incluirlos en programas de rehabilitación física. Se sugiere iniciar la rehabilitación física dentro de las 72 horas y la movilización del paciente dentro de las 24 horas tomando en cuenta la condición y el estado hemodinámico del paciente.	R	Condicional a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)
	En pacientes con ACVi que presenten algún grado de discapacidad iniciar la rehabilitación temprana en casa para aquellos que puedan recibir atención médica de forma ambulatoria.	BPC		

* Recomendación (R), punto de buenas prácticas clínicas (BPC) o Recomendación de implementación (RI)

** La fuerza, dirección y calidad de la evidencia solo se establecen para las recomendaciones, mas no para los puntos de BPC

Flujogramas

Flujograma Nº 01: Diagnóstico y tratamiento del paciente con Ataque Cerebrovascular Isquémico



Flujograma Nº02: Tratamiento con reperfusión del paciente con Ataque Cerebrovascular isquémico

