

Accidente Cerebrovascular Isquémico ACVI

Alberto José Machado, M.D.
Hospital Alemán
Buenos Aires, Argentina

TIEMPO ES CEREBRO

Si en el dolor de pecho hay demora en la llegada de los pacientes, aquí hay más demora con menor ventana.

< de un 4% llega con ventana.

VENTANA

3hs., Sólo 3hs. desde que se instauraron los síntomas, hasta que recibe tratamiento con fibrinolíticos.

> 96% llega fuera de ventana.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- Estado Post-Convulsiones
- Migraña complicada
- Alteración metabólica
- ACV isquémico
- Encefalopatía hipertensiva
- ACV hemorrágico
- TEC previo
- Meningoencefalitis
- Tumor intracraneano

METAS EN PREHOSPITALARIO

- **TIEMPO**
- **DIAGNÓSTICO**
- **TRASLADO**

METAS EN HOSPITALARIO

- **ATENCIÓN INICIAL – ALERTAS**
- **DIAGNÓSTICO PROBABLE/DIFERENCIALES**
- **ACTITUD/TRATAMIENTO**

ACCIONES EN PREHOSPITALARIO

- ABC
- Reconocer los signos de ACVI
- Escala de Cincinnati
- Controlar signos vitales
- Determinar tiempo de evolución
- Obtener datos clínicos
- Traslado hacia el lugar adecuado, con aviso previo

ACCIONES EN HOSPITALARIO

- ABC
- O₂ en pacientes con hipoxemia
- Vía EV, Monitor
- Soporte Cardíaco y Respiratorio
- Glucemia
- Temperatura
- EKG
- Evaluación Neurológica Glasgow y NIH
- Valorar escenario con o sin ventana
- TAC de urgencia

VÍA AÉREA (VA)

Pacientes con Glasgow <9, o inadecuados reflejos de protección, requieren rápido control y asegurar confiablemente la VA

La A.R.M. debe ser instaurada electivamente :“Los intubados electivamente evidenciaron mejor evolución al año”

ASPIRINA

- > 40000 pacientes en 9 estudios (indicada dentro de las 48hs.)
- menos recurrencias, menos muertes o dependencia (a los 6 meses)

Se aconseja? SÍ

- ¿cuándo?
- 1) se descartó hemorragia
- 2) no es candidato a trombolíticos

HEPARINA

- **No recomendada en el ACVI**

Sólo es indicada en casos seleccionados, FA, alto riesgo de embolismo, etc.

HIPERTENSIÓN

- **No hay evidencias que su control mejore el pronóstico aún en pacientes con TA > a las recomendadas por los paneles de expertos.**
- **Tratar si se asocia a aneurisma disecante, IAM, IC, IRA, encefalopatía hipertensiva o candidatos a Trombolíticos.**

Manejo de la HTA

- **Adecuado: Labetalol**
- **10 mg IV en 1-2 min, se puede repetir a los 10 min hasta 150 mg.**
- **Control de TA cada 15 min durante la administración de Labetalol.**
- **Si no hay rta. adecuada: Nitroprusiato
Dosis 0,5 – 10 mcg / kg/ min**
- **Si TAD inicial es > 140 mmHg iniciar con Nitroprusiato.**

TENSIÓN ARTERIAL

El FSC en el área de penumbra
es TAM dependiente

GLUCEMIA

Corrija la glucemia

La hiperglucemia se asocia a mala evolución del ACVI.

Niveles elevados de glucemia incrementan el edema cerebral y la posibilidad de transformación hemorrágica.

TEMPERATURA

**Corrija la temperatura
si está elevada**

Disminuir la temperatura en el paciente febril con antipiréticos comunes.

La hipertermia acelera la injuria neuronal isquémica.

ANTICONVULSIVANTES

NO está recomendada la profilaxis con anticonvulsivantes en pacientes con ACVI.

Según diferentes estudios se producen sólo entre un 5 -8 % dentro de las primeras 24hs. Donde se aconseja tratamiento convencional (DFH).

r-Tpa

- **30% mayor probabilidad de presentar déficit neurológico mínimo o nulo evaluados a 3 meses y comparados con placebo.**
- **Esta ventaja se acompaña de aumento del riesgo de sangrado(de 0,6% a 6,4%).**
- **>Riesgo de sangrado si NIH >22.**

DECISIÓN

- **Es muy importante respetar indicaciones y contraindicaciones.**
- **Problema mayor : Demora en el tratamiento**

DECISIÓN

- **Es fundamental tener un equipo entrenado, y capacitado.**
- **Nunca intente fibrinólisis en ACVI si en su institución no cuenta con este equipo.**

DECISIÓN

- Escala de stroke del NIH.
- TAC de cerebro sin contraste inmediata.
- Revalorar TAC y exclusiones para fibrinolíticos.
- Repetir el examen neurológico, por cambios y mejorías.
- Determinar claramente que el comienzo de los síntomas fue en < 3 hs.
- Revalorar riesgos y beneficios con el paciente y la familia, obtener el consentimiento.

DECISIÓN

- Escala NIH > 4 y < 22
- TAC cerebro sin contraste normal o con compromiso mínimo y temprano de menos de $1/3$ del territorio de la cerebral media.
- Ventana < 3 hs.

TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATOR FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE

The most obvious difference between our study and the other large trials is the extent to which we focused on minimizing the time to treatment. For 302 patients, symptom recognition, transport to the hospital, triage, neurologic evaluation including CT scanning, laboratory studies, informed consent, and randomization were accomplished within **90 minutes** of the onset of stroke.

OJO - Tener en cuenta que en 302 pacientes del NINDS la ventana fue de 1,30hs.

rt-PA en ACVI (NINDS Trial)

-rt-PA 0.9 mg/kg (max. 90 mg)

- 10% de la dosis en bolo
- 90% restante en goteo en 60 minutos

Tiempos recomendados por el NIH

- **Desde la puerta a la atención médica: 10 min.**
- **Desde la puerta a la TAC realizada: 25 min.**
- **Desde la puerta a la TAC interpretada: 45 min.**
- **Desde la puerta al inicio del tratamiento: 1hr.**

CONTRAINDICACIONES PARA EL USO DE FIBRINOLÍTICOS

- TACC con hemorragia
- HSA(confirmada o no)
- CX, SNC, TEC, ACV isquémico (previo)
- HIC
- HTA no controlada
- Hemorragia activa
- Convulsiones
- CX.mayor, trauma grave (14 d. previos)
- MAV, Aneurisma, Neoplasia del SNC.
- Coagulación alterada.
- PL(<7d.) ó Pc. arterial

Inaceptable en Prehospitalario

- **Fracaso en el diagnóstico del evento isquémico.**
- **Fracaso en determinar hora de inicio.**
- **Demora en el ABCD y vía IV**
- **Derivar a centro inadecuado.**
- **Soporte vital durante traslado**
- **Bajar la TA en terreno**
- **No notificar al centro de derivación.**

Inaceptable en el Centro de Emergencias

- **Evaluación clínica incorrecta.**
- **Demora en la TAC.**
- **No tratar adecuadamente las complicaciones.**
- **Administrar drogas inaceptables.**
- **Indicar fibrinolíticos en stroke hemorrágico.**
- **Indicarlos cuando hay contraindicaciones.**