



## **PROTOCOLO MANEJO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR**

### **M-CIA-CR-PT-032 V1 22-02-2022**

#### **1. OBJETIVO**

Suministrar a los médicos generales y otros profesionales de la salud en la Unidad Médica Cecimin SAS la información necesaria para realizar un diagnóstico adecuado, estandarizado y temprano del ataque cerebrovascular isquémico de origen arterial con indicaciones para el tratamiento y remisión temprana a un centro de mayor complejidad.

#### **2. RESPONSABLE**

Personal médico, asistencial, especialistas.

#### **3. ALCANCE**

Esta guía brinda recomendaciones en atención para pacientes mayores de 18 años que presenten déficit neurológico focal súbito o de rápida instauración, compatible clínicamente con un ataque cerebrovascular isquémico de origen arterial y cubre los aspectos referentes al diagnóstico, tratamiento y remisión temprana a un centro de mayor complejidad.

#### **4. ENFOQUE DIFERENCIAL**

La aplicación de este procedimiento a todos los pacientes se realiza sin ningún tipo de discriminación, marginación, invisibilización y violencia, permitiendo la inclusión de la población vulnerable con discapacidad múltiple, trastornos médicos subyacentes, ciclo de vida (adulto y vejez), inclusión étnica (afrodescendiente, indígena, Rrom, Gitano), Orientación sexual e identidad de género (hombre, mujer y población LGTBI), Población rural y urbana, Migrantes, nivel educativo y víctimas de conflicto armado. Las particularidades se abordan en el protocolo de atención con enfoque diferencial de CECIMIN.

#### **5. GENERALIDADES**

##### **5.1. METODOLOGÍA**

La elaboración de este protocolo se realizó teniendo en cuenta la adopción de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular Isquémico en población mayor de 18 años, Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombiano, 2015 – Guía No. 54.

##### **5.2. DEFINICIONES**

- **ATAQUE:** Es una emergencia aguda y súbita.
- **ATAQUE CEREBRAL (AC):** Expresión introducida para la comunidad en general en la década de los 90s por el entonces Stroke Council de la American Heart Association (hoy American Stroke Association) con el fin de hacerlo equivalente al término Ataque Cardíaco (Heart Attack) que logró una actitud de emergencia absoluta en la comunidad norteamericana para la isquemia del corazón, generando atención inmediata. Su objetivo es entonces promover en la comunidad el Ataque Cerebral como una emergencia “vital” que requiere atención inmediata en el centro médico de nivel competente más cercano al sitio de presentación. El término se aplica al síndrome clínico con más de 60 minutos de duración, y con cambio en las imágenes y en la anatomía patológica. Está acompañado de un tiempo de evolución definido.
- **ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT):** Episodio temporal, de menos de 60 minutos de duración, con déficit neurológico causado por isquemia focal cerebral, espinal o retiniana, sin ataque agudo y sin cambios en las imágenes de resonancia

**PROTOCOLO MANEJO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR  
M-CIA-CR-PT-032 V1 22-02-2022**

- magnética. Equivalente: Transient Ischemic Attack (TIA)
- CÓDIGO DE ATAQUE CEREBROVASCULAR (CACV): Método de reconocimiento del ataque cerebrovascular como una emergencia neurológica, orientado a la implementación de acciones destinadas a preservar la integridad del tejido cerebral mediante una atención integral y oportuna.
- ONTARIO PREHOSPITAL STROKE SCREENING TOOL (OST): Herramienta para la detección de posible ataque cerebrovascular mediante la evaluación prehospitalaria de disartria o mutismo, debilidad unilateral y asimetría facial.

### **5.3. DESCRIPCION DE LA PATOLOGIA**

Un grupo heterogéneo de síntomas y de signos componen el ataque cerebrovascular (ACV), secundario a una lesión del cerebro (generalmente focal, transitoria o permanente), originado por la alteración del flujo sanguíneo cerebral.

Los ataques cerebrovasculares más frecuentes son de origen arterial y están compuestos por: el ataque cerebrovascular isquémico (ACV isquémico), el ataque isquémico transitorio y la hemorragia cerebral (incluye la hemorragia intra parenquimatosa y la hemorragia sub-aracnoidea). Asimismo, existen, en menor proporción, lesiones de origen venoso, entre las cuales se encuentra la trombosis venosa cerebral. La incidencia de ACV es más alta en adultos mayores y en personas con factores de riesgo vascular.

En la mayor parte de los pacientes, una compleja interacción de factores de riesgo vascular, condiciones ambientales y factores genéticos desencadenan el daño vascular y endotelial aterosclerótico. Sin embargo, el ACV también se presenta con mucha menor frecuencia en adultos jóvenes, secundario a diferentes mecanismos fisiopatológicos. Los factores de riesgo asociados al desarrollo del ACV se pueden clasificar en factores modificables y factores no modificables.

1. Factores de Riesgo Modificables: hipertensión, diabetes, tabaquismo, obesidad abdominal, alto consumo de carnes rojas, comidas cocinadas con grasa y ricas en sal, sedentarismo, ingesta frecuente de alcohol, estrés psicosocial, depresión y dislipidemia.
2. Factores de Riesgo No Modificables: edad, género y factores genéticos

La isquemia cerebral representa el 80% de los Ataques Cerebrovasculares (ACV) agudos en el mundo, convirtiéndola en la principal causa de la enfermedad. La isquemia cerebral se produce cuando el aporte de oxígeno al encéfalo se ve disminuido o interrumpido. El tejido nervioso es especialmente vulnerable a la disminución del aporte de oxígeno debido a su alta tasa metabólica y a una pobre reserva energética. El metabolismo neuronal es dependiente, casi en su totalidad, de la glucosa y no tiene la capacidad de almacenar glucógeno. Estas características en el metabolismo neuronal conllevan a que una vez el flujo sanguíneo cesa, el daño sea rápido e irreversible (después de aproximadamente 5 minutos). Los procesos agudos en la enfermedad isquémica cerebral son de rápida sucesión. En general, el daño tisular está completamente establecido y delimitado en las primeras 48 a 72 horas. Después de aproximadamente 14 días, el tejido nervioso ya ha hecho la transición a estadios crónicos en los que prima la reorganización y la plasticidad cerebral. Una vez se ha producido el infarto cerebral, el tejido nervioso inicia un lento proceso de recuperación. Con posterioridad al infarto cerebral, no existe regeneración tisular sino desarrollo de un proceso cicatricial iniciado por la microglía. La recuperación funcional se debe principalmente a la reactivación del tejido nervioso que entra en un estado de hibernación por la isquemia, pero que no sufre lesión permanente. Así mismo, la aparición de nuevas conexiones a través del proceso de plasticidad sináptica, facilitan la recuperación funcional observada en la mayoría de los pacientes. La causa más

**PROTOCOLO MANEJO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR  
M-CIA-CR-PT-032 V1 22-02-2022**

frecuente de infarto cerebral ocurre por la obstrucción de un vaso arterial. Esta obstrucción puede ocurrir en cualquier parte del árbol arterial que suple el encéfalo.

La obstrucción arterial sucede principalmente por dos causas: la trombosis in situ del vaso y el embolismo arterial. La trombosis in situ es la causa más frecuente de obstrucción arterial y ocurre cuando se forma un trombo en el lecho de una lesión de origen aterosclerótico. El embolismo arterial ocurre cuando un trombo, formado en el corazón o en los grandes vasos arteriales, es llevado a través del torrente sanguíneo hacia una arteria distal. Debido a la diversidad de mecanismos fisiopatológicos, las causas del ACV isquémico han sido agrupadas para su estudio y tratamiento. Existen varios sistemas de clasificación etiológica del ACV; el más utilizado es el TOAST (del inglés Trial of Org 10172 in AcuteStrokeTreatment). El sistema TOAST divide los infartos cerebrales en cinco grupos según su origen.

El primer grupo corresponde a aquellos infartos originados en un embolismo desde el corazón, cuyas causas más comunes son la fibrilación auricular y las valvulopatías.

El segundo grupo está conformado por los ACV isquémicos originados en los grandes vasos Intracraneales o secundarios a enfermedad carotídea.

El tercer grupo corresponde a la enfermedad lacunar. Los infartos lacunares tienen un tamaño inferior a 15 mm en la fase aguda y ocurren generalmente por oclusión de una arteriola en un proceso conocido como lipohialinosis.

El cuarto grupo corresponde a las causas misceláneas poco frecuentes (vasculopatías no ateroscleróticas, trastornos de la coagulabilidad o hematológicos).

Finalmente, en el quinto grupo se encuentran aquellos infartos cerebrales en los cuales no es posible determinar su causa y que pueden constituir hasta una tercera parte de los casos de ACV isquémico.

#### **5.4. TRATAMIENTO**

Se recomienda el uso de la escala de atención prehospitalaria de Ontario en pacientes que presenten déficit neurológico focal súbito o de rápida instauración para sospechar la presencia de un ataque cerebrovascular agudo.

Se recomienda que los pacientes con sospecha clínica de ataque cerebrovascular isquémico, sean transportados de forma inmediata y directa al centro más cercano con capacidad de administrar terapias de recanalización arterial.

Se recomienda que a todos los pacientes que cursen con déficit neurológico focal agudo sugestivo de ACV, se les realice durante su evaluación inicial una glucometría y niveles séricos de electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio y Cloro) con el fin de excluir la presencia de condiciones clínicas que puedan ser confundidas con un ACV.

Se recomienda que los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico agudo sean atendidos en unidades especializadas para disminuir la mortalidad, dependencia y el requerimiento de atención institucional.

Se sugiere realizar un electrocardiograma en los pacientes con sospecha de ACV agudo, con el fin de detectar la presencia de patología de origen cardiovascular.

Se recomienda que a todos los pacientes con sospecha de ataque cerebrovascular agudo se les realice de forma prioritaria una imagen cerebral (TAC o DWI por resonancia magnética) para determinar el tipo de evento y su localización.

Se recomienda aplicar la escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) para clasificar la severidad del ataque cerebrovascular isquémico agudo de origen arterial.

Se recomienda la Monitorización Intensiva Continua no Invasiva en pacientes con ataque cerebrovascular isquémico agudo con el objetivo de disminuir la mortalidad y



**PROTOCOLO MANEJO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR  
M-CIA-CR-PT-032 V1 22-02-2022**

la discapacidad.

No se sugiere modificar deliberadamente la presión arterial como parte del tratamiento de los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico agudo. No se recomienda el control glucémico estricto con insulina (72 a 135 mg/dl) como parte del tratamiento de los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico agudo. Es punto de buena práctica realizar monitoria estrecha de los niveles de glucemia en los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico agudo con el objetivo de prevenir la hipoglucemia. En caso de hipoglucemia, ésta se debe tratar adecuadamente.

Se recomienda el uso de antiagregantes plaquetarios como parte del tratamiento de los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico agudo con el objetivo de disminuir el riesgo de muerte y dependencia. Se considera al ácido acetil salicílico como el antiagregante de elección. El ácido acetil salicílico no debe ser utilizado como sustituto de la terapia trombolítica.

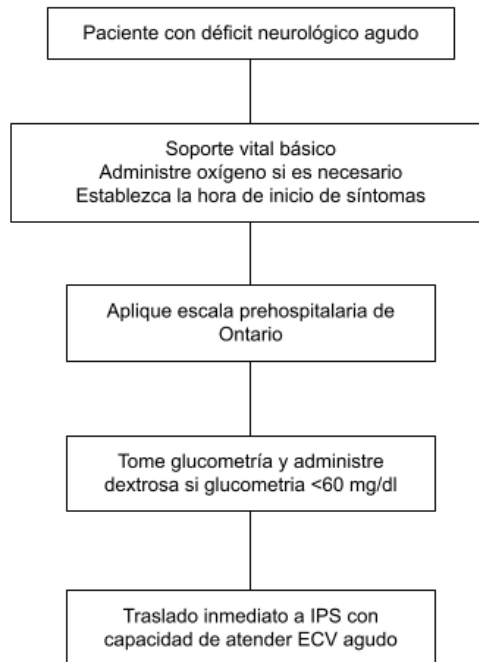
**Punto de buena práctica** En pacientes no candidatos a terapia trombolítica, el ácido acetil salicílico debe iniciarse durante las primeras 24 a 48 horas del inicio de los síntomas a dosis de 300 mg vía oral y continuar a dosis de 100 mg diarios.

En pacientes candidatos a terapia trombolítica, es un punto de buena práctica iniciar el tratamiento antiagregante posterior a 24 horas de la administración de la terapia trombolítica. Se recomienda la administración de la terapia trombolítica para el tratamiento de los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico agudo con el objetivo de disminuir la dependencia y obtener un buen desenlace funcional. Es un punto de buena práctica iniciar la administración de terapia trombolítica en un tiempo menor a una hora desde la llegada del paciente al hospital.



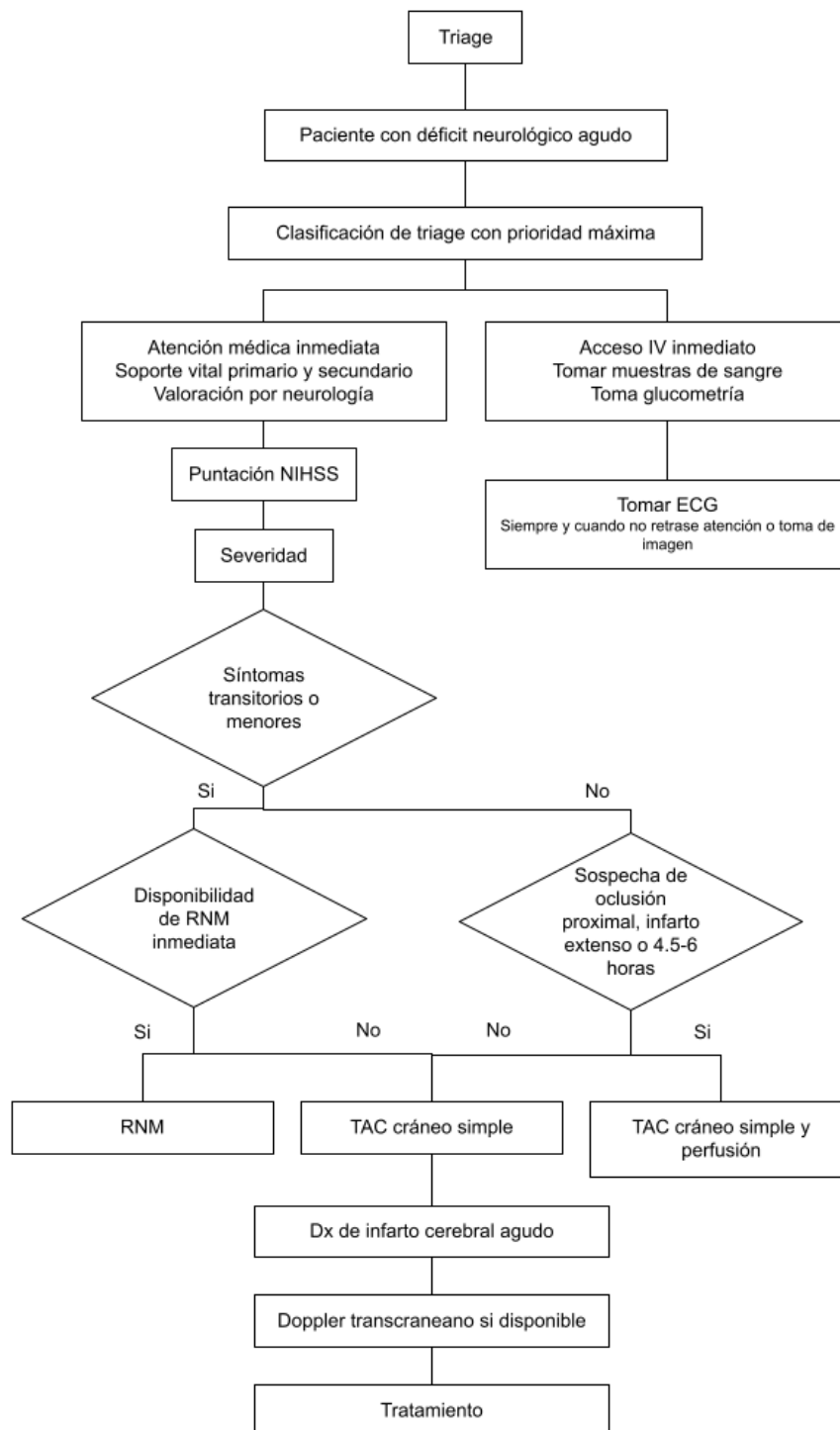
**PROTOCOLO MANEJO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR**  
**M-CIA-CR-PT-032 V1 22-02-2022**

Algoritmo para el manejo inicial del paciente con sospecha de evento  
cerebrovascular en Cecimin



## PROTOCOLO MANEJO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR M-CIA-CR-PT-032 V1 22-02-2022

Algoritmo para el manejo intrahospitalario del evento cerebrovascular





**PROTOCOLO MANEJO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR  
M-CIA-CR-PT-032 V1 22-02-2022**

**5.5. ONTARIO PREHOSPITAL STROKE SCREENING TOOL (OPSS)**

Debe considerarse el traslado a un centro especializado en ACV en pacientes que presenten por lo menos uno de los siguientes síntomas de inicio súbito sugestivos de aparición de ACV agudo:

- Debilidad o desviación unilateral de miembro superior o inferior
- Dificultad para hablar o disartria
- Parálisis facial

**6. BIBLIOGRAFÍA**

- Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Guía de práctica clínica de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del ataque cerebrovascular isquémico en población mayor de 18 años. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-profesionales-ataque-cerebro-vascular-isquemico.pdf>