





PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
2018 – 2021**

<p>Elaborado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Arturo Escobar Salazar Médico- Neurólogo Encargado Gestión GES-ACV Hospital Ernesto Torres Galdames</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Sebastián Escobar Díaz Médico EDF C.G.R Huara</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Catalina Neira Terraza Médico EDF CESFAM Videla, Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Marisol Noriel Valdés Jefa Red de Urgencia Servicio Salud Iquique</p>	<p>Revisado Por:</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Felipe Platero Moscopulos Subdirector Médico Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Francisco Donoso Vial Subdirector Médico Hospital Ernesto Torres G.</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Paloma Ly Sánchez Encargada Referencia y Contrarreferencia Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Patricia Kuwahara A. Encargada de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p></p>	<p>Aprobado Por:</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p></p> <p>Patricia Quinard Rojas Directora (s) Servicio de Salud Iquique</p>
<p>Fecha elaboración: Diciembre 2017</p>	<p>Fecha revisión: Febrero 2018</p>	<p>Fecha próxima revisión: Febrero 2021</p>



**PROTOCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 2 de 29

Vigencia: 3 años

INDICE

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS	3
2. COLABORADORES.....	3
3. INTRODUCCIÓN	3
4. MAPA DE RED	5
5. OBJETIVOS	6
6. ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN	7
7. RESPONSABLES	7
8. POBLACIÓN OBJETIVO	9
9. DEFINICIONES	10
10. PROCEDIMIENTO O DESARROLLO	11
11. FLUJOGRAMA	23
12. INDICADOR	24
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
14. ANEXOS	25-29



PROTOCOLO ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 3 de 29

Vigencia: 3 años

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES

No se declara conflictos de interés de los autores ni los revisores del siguiente protocolo.

2. COLABORADORES

Dada la importancia de generar acuerdos de la Red Asistencial local respecto al manejo integral del ACV en la población de la Región de Tarapacá, en el presente protocolo participaron en calidad de revisores de contenido y aplicación técnica, los siguientes profesionales:

- E.U Cristina Noriega (Departamento de Gestión Hospitalaria, Servicio Salud Iquique).
- Dra. Marisol Noriel (Jefa Red de Urgencia, Servicio Salud de Iquique).
- E.U Christian Carvajal (Encargado GES, Servicio de Salud de Iquique).
- Klga. Ana Maria Mujica (Referente Técnico programa de Rehabilitación, Servicio Salud Iquique).

3. INTRODUCCIÓN

El ACV (Accidente Cerebrovascular) agudo es un importante problema de salud pública en Chile, genera una significativa carga de enfermedad por años de vida saludables perdidos, por discapacidad y muerte prematura.

Enfermedad Cerebrovascular: alteraciones patológicas agudas o crónicas, sintomáticas o asintomáticas de los vasos sanguíneos cerebrales y del parénquima cerebral secundarias a ellas.



PROCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

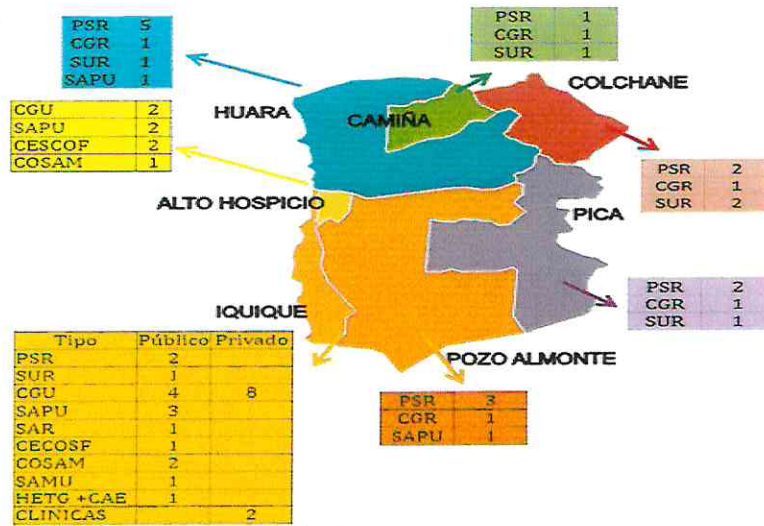
Página 4 de 29

Vigencia: 3 años

La incidencia de un primer accidente vascular cerebral, según el estudio PISCIS realizado en nuestra ciudad, fue de 140,1 por 100.000 habitantes en el año 2002, de los cuales 65% fueron isquémicos, con una mortalidad a 1 mes de 17,8% ⁽¹⁾. La enfermedad cerebrovascular es la primera causa de muerte específica y la segunda, general, después del cáncer en Chile según datos publicados por el DEIS del 2013 ⁽²⁾. Además, es una causa muy importante de pérdida de años de vida saludables (AVISA), llegando en Chile en el año 2004 a un total de 70.811 ⁽³⁾.

- La probabilidad de estar discapacitado después de un ACV isquémico es de 18% a los 6 meses. **En Chile es la primera causa de discapacidad.**
- Cada 67 minutos muere una persona por un ACV en Chile y se produce un promedio de 69 casos al día en todo el país. **En otras palabras hay 1 muerte cada 1 hora** ⁽⁴⁾.
- Existen instancias de prevención como el “Día del Accidente Cardiovascular” que se conmemora el 24 de octubre de cada año.

4. MAPA DE RED



**FLUJO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES ACTUAL
RED DE ATENCIÓN REGIÓN DE TARAPACÁ**





PROTOCOLO ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 6 de 29

Vigencia: 3 años


5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Definir un sistema de referencia y contrarreferencia para la Red Asistencial de Salud para los pacientes que han sufrido un Accidente Cerebrovascular (ACV) o Crisis Isquémica Transitoria (CIT), evaluados en el nivel primario y manejados en su etapa aguda, con el objetivo de mejorar la coordinación entre los diferentes niveles de atención para optimizar el tratamiento oportuno, la prevención secundaria y rehabilitación.
- Reducir la carga de enfermedad y morbimortalidad asociada al accidente cerebrovascular en la región de Tarapacá mediante un flujograma de trabajo en red.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Implementar un flujograma de referencia y contrarreferencia para pacientes con ACV o CIT.
- Optimizar el acceso a la terapia de revascularización en el servicio de urgencia del centro de referencia a nivel regional.
- Estandarizar criterios de derivación y manejo inicial desde los servicios primarios de urgencia en personas con sospecha de ACV.
- Optimizar el acceso a la atención por neurólogo y fisiatra de los pacientes derivados desde la Atención Primaria
- Iniciar precozmente la rehabilitación de los pacientes con ACV.
- Entregar al médico de atención primaria una orientación para mejorar la prevención secundaria.
- Consensuar criterios de derivación entre el nivel primario y secundario

	PROTOCOLO ACCIDENTE CEREBROVASCULAR SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: PRORR001-ACV
		Edición: Primera
		Fecha: Abril 2018
		Página 7 de 29
		Vigencia: 3 años

- Definir los ejes y entregar orientaciones para el tratamiento, rehabilitación y seguimiento mediante la contrarreferencia hacia la APS.


6. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención de la Red Asistencial del Servicio de Salud Iquique, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), servicios de atención primaria de urgencia (SAPU), servicio de alta resolución (SAR), Centros de Salud familiar (CESFAM), Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE-HETG) y Unidad de Emergencia Hospitalaria Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (UEH-HETG), Consultorio General Rural y Urbano.


7. RESPONSABLES

RESPONSABLES DE SU EJECUCIÓN

- Equipo de Salud de Atención Primaria es responsable de desarrollar todas las acciones de prevención y promoción en la población general, además de actividades de control y tratamiento de usuarios con factores de riesgo cardiovascular identificados.
- Médico APS/SAPU, Urgencia CGU, es responsable de pesquisar síntomas precoces de ACV, realizar manejo pre hospitalario y derivar de forma oportuna hacia el la UEH para su manejo oportuno en el servicio de urgencia y posterior evaluación por especialista.
- SAMU: Función es dar un traslado seguro y estable a los pacientes con ACV, además el centro regulador SAMU debe avisar al CR de Urgencia del Hospital Regional de las condiciones en que se traslada el paciente.

	PROCOLO ACCIDENTE CEREBROVASCULAR SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: PRORR001-ACV
		Edición: Primera
		Fecha: Abril 2018
		Página 8 de 29
		Vigencia: 3 años

- [Médico del servicio de urgencia]: Neurólogo o Médico Residente de Urgencias, es responsable de realizar estudio diagnóstico (TAC de Cerebro sin contraste) e iniciar tratamiento de urgencia según corresponda.
- Médico especialista es responsable de realizar seguimiento (intrahospitalario y ambulatorio) y la contrarreferencia a APS.
- Neurólogo será responsable de indicación de trombolisis y manejo correspondiente según el criterio clínico.
- Será responsabilidad del servicio clínico en el cual se encuentre hospitalizado el paciente velar por la atención del equipo multidisciplinario, que incluye informar a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del HETG la hospitalización de usuarios con diagnóstico de ACV.
- Fisiatra del HETG será responsable de evaluar al paciente que se encuentra hospitalizado con diagnóstico de ACV respondiendo a criterios establecidos del Plan de Acción Ataque Cerebrovascular (2014) a través de intervenciones de rehabilitación motora intensiva y/o intervenciones de movilidad temprana.
- Unidad de medicina física y rehabilitación de HETG será responsable de la evaluación y plan de cuidados del paciente para el seguimiento.
- Equipo de Rehabilitación Integral de APS será responsable de evaluación y seguimiento de los pacientes secueados de ACV y que hayan sido referidos a la APS.
- Médico tratante a nivel hospitalario será responsable de realizar la contrarreferencia manual y a su vez informar al equipo tratante de APS.
- Equipo de APS será responsable de la continuidad de cuidados una vez realizado el egreso hospitalario y/o una vez realizada la contrarreferencia.

	PROCOLO ACCIDENTE CEREBROVASCULAR SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: PRORR001-ACV
		Edición: Primera
		Fecha: Abril 2018
		Página 9 de 29
		Vigencia: 3 años

RESPONSABLE DE EVALUACIÓN Y MONITOREO

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de referencia y contrarreferencia de esta patología.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.
- Contrarreferencia Interfaz Neurología: dentro de sus funciones estarán la información y notificación de altas neurológicas que necesiten seguimiento en APS o CCR para una eficaz pesquisa.

8. POBLACIÓN OBJETIVO

Este protocolo está dirigido a orientar el diagnóstico y manejo de las personas de cualquier sexo y edad mayor a 15 años que sufran ACV o CIT. Para los efectos de este protocolo se dividirá en agudos o reciente y no agudos o no recientes (mayor a 14 días de evolución).



PROTOCOLO ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 10 de 29

Vigencia: 3 años

9. DEFINICIONES

Definición: Síndrome clínico caracterizado por síntomas y/o signos focales que se desarrollan rápidamente, y en ocasiones también pérdida global de la función cerebral (pacientes comatosos) que duran más de 24 horas o que conducen a la muerte, sin otra causa aparente que un origen vascular por obstrucción u oclusión arterial.

ACV NO RECIENTE: síndrome clínico de similares características a lo descrito para el ACV isquémico agudo cuyo inicio se produce más de 14 días antes de la evaluación.

CIT AGUDA O RECIENTE: síndrome clínico caracterizado por síntomas y/o signos focales que se desarrollan rápidamente, que duran menos de 24 horas, sin otra causa aparente y con recuperación espontánea completa.

CIT NO RECIENTE: síndrome clínico de similares características a las descritas anteriormente para CIT cuyo inicio ocurre 14 o más días antes de la evaluación.(3)

Para referirse al ACV se emplean diferentes nombres como accidente cerebrovascular, enfermedad cerebrovascular, ictus, apoplejía y *stroke*. En el último periodo ha tomado relevancia el término "Ataque cerebrovascular" en pos de dar importancia a la urgencia y rapidez en la atención del ACV.

El ACV se clasifica en tres subtipos: Isquémico, Hemorrágico y Venoso.

- a) Subtipos ACV isquémico (63% total): cardioembólico, pequeño vaso, aterotrombótico, disección e indeterminado/otro.



**PROCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 11 de 29

Vigencia: 3 años

b) Subtipos ACV Hemorrágico (23,6%): Intracerebral (Hipertensiva, angiopatía amiloidea, malformación vascular), Subaracnoidea (Aneurismática).

c) Subtipos ACV Venoso: trombosis seno venoso.

10. DESARROLLO [Marco Legal - Normativo] "

1.1) ACV y Garantías Explícitas de Salud: incluidas el ACV Isquémico y la Hemorragia subaracnoidea aneurismática. Las garantías son 3: confirmación diagnóstica dentro de las 72 horas desde la sospecha, tratamiento dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica y seguimiento por especialista dentro de 10 días desde el alta hospitalaria.

1.2) La trombolisis se encuentra dentro de una canasta no ges.

1.3) Ayudas técnicas: Según lo dispuesto en el decreto modificatorio N°22 de 2017 contempla la entrega de ayudas técnicas y ortesis para pacientes menores de 65 años los que incluyen: bastones, cojines viscoelastico y colchón antiescaras con celdas de aire, sillas de ruedas estándar o neurológicas.

1.4) ACV y Estrategia Nacional de salud: Meta 2011-2020 es aumentar la sobrevivida de las personas que presentan ACV el primer año de un 70,5% a 89,7%.

1.4) Plan de Acción Ataque Cerebrovascular (anexo 1): Dentro de sus objetivos se engloban: acuñar término "**CÓDIGO ACV**", incorporar la noción de EMERGENCIA neurológica, aumentar el diagnóstico oportuno, mejorar el acceso a trombolisis, aumentar pacientes atendidos por un equipo interdisciplinario, aumentar la



**PROCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 12 de 29

Vigencia: 3 años

rehabilitación de inicio precoz, mejorar la cobertura de prevención secundaria y continuidad en la atención post alta.

1.5) Compromisos de Gestión (COMGES N°2): Compromiso de Gestión “Trazabilidad de Enfermedades Evitables Priorizadas”: Egreso Hospitalario por ACV.

10.1 Conducta a seguir por parte del médico APS (SAPU/SAR-Urgencia rural), Urgencia CGU, UEH-HETG:

1.1) Sospecha diagnóstica ACV: la sospecha diagnóstica es principalmente clínica: inicio brusco y signos de focalidad neurológica.

Síntomas: trastornos del lenguaje y del habla, pérdida de la fuerza muscular de un segmento corporal, pérdida de la sensibilidad de un segmento corporal, trastorno de campos visuales, alteración equilibrio. Asociación a cefalea (Hemorragia subaracnoidea) y estado mental alterado. Signos: falta de fuerza, torpeza o parálisis de un lado del cuerpo (brazo y/o pierna), falta de fuerza de un lado de la cara, falta de sensibilidad de un lado del cuerpo, falta de visión en parte de un campo visual, alteración del lenguaje y/o habla: disartria o afasia, inestabilidad o desequilibrio.

El diagnóstico del ACV es principalmente clínico a través de 3 ejes principales:

1. La presencia de focalidad neurológica.
2. Que dicha focalidad pueda ser explicada por la afectación de un territorio arterial/vascular.
3. Ausencia de otra causa que explique el cuadro (incluye descartar hipoglicemia, intoxicación por fármacos o drogas, traumatismo craneal, entre otros) o (ver diagnósticos diferenciales).



**PROCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 13 de 29

Vigencia: 3 años

Por focalidad neurológica se entiende un amplio conjunto de signos y síntomas que dependen del territorio vascular afectado. En general corresponden a **síntomas negativos** (pérdida de una función normal), siendo los principales: **déficit motor** (paresias o plejía), **déficit sensitivo** (hipoestesia o anestesia), **déficit visuales** (pérdida de una parte del campo visual: hemianopsias o cuadrantopsias) y **trastornos del lenguaje** (afasia, disartria). Otros síntomas menos específicos que también pueden corresponder a déficit focal son: vértigo (o mareos, en especial de inicio súbito), alteraciones de la marcha y/o del equilibrio, alteraciones de la conducta, del reconocimiento de objetos (agnosias) o personas, alteraciones de memoria o de la capacidad cognitiva, entre otros.

Diagnósticos diferenciales

Hipo/hiperglicemia.

TEC.

Trastornos hidroelectrolíticos.

Intoxicación (Fármacos/drogas).

Síndrome confusional agudo.

10.2 Derivación de pacientes desde APS/SAPU/SAR-Urgencia rural, Urgencia GCU a Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- 1) Derivar al Servicio de Urgencias de Adultos del HETG para TAC Urgencia, a todo paciente cuando tenga sospecha de ACV por Escala de Cincinnati: Paresia facial, paresia braquial y/o trastorno de lenguaje.
- 2) Derivar al Servicio de Urgencias de Adultos del HETG para Evaluación Neurológica y TAC Urgencia, a todo paciente con sospecha de ACV con otros



**PROCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 14 de 29

Vigencia: 3 años

signos de déficit neurológico diferentes al punto anterior que justifiquen la sospecha diagnóstica.

10.3 Conducta del médico de APS/SAPU/SAR-Urgencia rural, CGU Urgencia:

- 1) Evaluación y estabilización inicial según corresponda acorde a los protocolos de soporte vital básico-avanzado.
- 2) Evaluación del paciente y establecer la presencia de focalidad neurológica, descartar hipoglicemia como causa mediante un HGT (hemoglucotest).
- 3) Establecer la hora de inicio de los síntomas (“hora cero”), en caso de no conocerse, considerar la última vez que el paciente fue visto “con normalidad”
- 4) Ante la sospecha de un ACV agudo, activar el protocolo de Emergencia Neurológica (“**CÓDIGO ACV**”) y proceder a derivar al paciente al centro con capacidad resolutoria más cercano. Médico que realiza la primera atención debe llamar al CR- SAMU dando aviso de un paciente con ACV, para dar inicio al código ACV.
- 5) Realizar una historia clínica lo más completa posible, que incluya antecedentes personales, factores de riesgo cardiovascular, alergia a fármacos, fármacos de uso habitual, estimación de la hora de última ingesta, y otros datos que se consideren pertinentes al caso.
- 6) Establecer diagnósticos de exclusión según la historia y antecedentes y de los medios disponibles (descartar hipo/hiperglicemia con HGT)

10.4. Control y Exámenes que debe solicitar el médico APS previo a la derivación al servicio de urgencias.

- 7) Control completo de signos vitales (Presión arterial, Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, Temperatura axilar, saturación de oxígeno)
- 8) ECG 12 derivaciones (en caso de estar disponible) **[La obtención de un ECG NO debe retrasar el traslado ni la terapia].**



**PROCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 15 de 29

Vigencia: 3 años

9) Hemoglucotest (descartar hipo o hiperglicemia)

10) En caso de estar disponibles, exámenes previos del paciente pertinentes al cuadro actual: ELP, Hemograma, pruebas de coagulación, ECG previos, EEG previos, TAC previo **[NO debe retrasar el traslado ni la terapia]**.

11) En el caso de la Comuna de Iquique, y siempre que corresponda, rescatar últimos resultados de los pacientes que tengan disponibles en <http://unisag.cormudesi.cl/unisalud/weblab/#>

12) Indicar régimen cero hasta evaluación y descarte de trastorno de la deglución. Establecer un acceso venoso de grueso calibre y asegurar su permeabilidad.

NO REALIZAR DE RUTINA:

- **Administración de solución glucosada (excepto HGT <60).**
- **Bajar la Presión Arterial (Excepto PAS > 220 mmHg / PAD > 110 mmHg).**

10.5. Documentos emitidos por el médico que deriva de APS/SAPU/SAR- Urgencia rural, Urgencia CGU:

- Interconsulta de derivación a servicio de urgencia de Hospital de Iquique, especificando el diagnóstico presuntivo, hora inicio de síntomas, etc.
- Adjuntar exámenes complementarios realizados según corresponda. **[La obtención de exámenes NO debe retrasar el traslado ni la terapia]**.
- Describir examen neurológico de ingreso y signos y síntomas de sospecha ACV que motivan la derivación.
- Adjuntar listado de comprobación de paciente candidato a trombolisis en TODO paciente con sospecha de ACV sin retrasar traslado, de ser así será realizado en UE- HETG.
- Adjuntar documentación y exámenes previos que aporten al diagnóstico actual en caso de estar disponibles y cuya obtención no retrase el traslado.



PROTOCOLO ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 16 de 29

Vigencia: 3 años

- Comunicarse con centro regulador de SAMU y activar protocolo Emergencia Neurológica (“CÓDIGO ACV”).

Observación: entre aplicar NIHSS vs lista de comprobación, lista de comprobación.

10.6. Equipo de derivación y traslado:

- Centro regulador SAMU al recibir la alerta de Emergencia Neurológica (“CÓDIGO ACV”) debe privilegiar el envío de móvil de traslado avanzado con personal capacitado.
- Si se proyecta tiempo prolongado de llegada, coordinar traslado a punto de encuentro desde centro derivador en su móvil de emergencia.
- Mantener al paciente monitorizado en todo momento y registrar control de signos vitales.
- En caso de requerir medicación, consultar a médico del centro regulador.
- Reevaluación frecuente del estado neurológico del paciente y registro.
- Contactar al centro receptor de la Emergencia Neurológica indicando el tiempo estimado de llegada y referir tiempo de evolución de los síntomas.
- Centro regulador SAMU, da aviso al CR- Urgencia (categorización) del inicio del código ACV e informa de las condiciones y el tratamiento primario iniciado a paciente y además el tiempo estimado de llegada.

Enfermero(a) de categorización del CR- Urgencia, dará aviso a Enfermera de Box Adulto (CR- Urgencia) del inicio del código ACV, para posteriormente ésta última dar aviso en primera instancia a: Neurólogo y/o residente Urgencia y al Tecnólogo de Escáner.

10.7. Conducta a seguir por parte del médico especialista/médico del servicio de urgencia del Centro Receptor:

- Recepcionar la llamada de Emergencia Neurológica en camino (“CÓDIGO ACV”), asegurar el personal de salud y espacio físico para recibir al paciente.



**PROCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 17 de 29

Vigencia: 3 años

(Si paciente ingresa en tiempos límite para candidato a eventual trombolisis, privilegiar ingreso directo a TAC de cerebro y luego reevaluación, no postergar la terapia de reperfusión).

- Reevaluar examen físico y realizar examen neurológico exhaustivo, siguiendo pautas establecidas (se sugiere NIHSS). [ANEXO]
- Valorar la persistencia/regresión/progresión del déficit neurológico que motivó la derivación y orientar el diagnóstico: ACV vs Crisis isquémica transitoria vs diagnósticos diferenciales.
- Solicitar TAC de cerebro sin contraste. Otros como RM o AngioTac serán solicitados por el especialista.
- Solicitar los exámenes de laboratorio en caso que éstos no se hayan realizado previamente. **[La obtención de exámenes NO debe retrasar la terapia]**
- Mantener indicación de régimen cero hasta evaluación por fonoaudiólogo.
- Reevaluar listado de comprobación de paciente candidato a trombolisis.

Exámenes a solicitar:

INR

TAC de cerebro sin contraste
Hemograma: Recuento de plaquetas
Pruebas de coagulación: TP, TTPA,

Glicemia
Electrolitos plasmáticos
BUN, Creatininemia (función renal)
ECG 12 derivaciones

Manejo específico del ACV: 3 escenarios posibles

1. Ante un paciente con persistencia del déficit neurológico, y TAC de cerebro que no evidencia hemorragia, cumpliendo los requisitos de ingreso y sin



**PROTOCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 18 de 29

Vigencia: 3 años

contraindicaciones al aplicar la lista de comprobación, corresponde trombolisis, de acuerdo a protocolo local.

Explicar los riesgos asociados al paciente/familiar y firma de consentimiento informado.

Notificación patología GES: Problema de Salud AUGE N° 37: "Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años o más".

Administración de la terapia trombolítica: alteplase (rtPA), en dosis de 0,9 mg/kg, máximo 90 mg. Se administra el 10% de la dosis como bolo inicial en 1 minuto, y el resto en una infusión continua durante 60 minutos.

Hospitalizar al paciente de acuerdo a categorización.

2. Ante un paciente con persistencia del déficit neurológico, y TAC de cerebro que no evidencia hemorragia, que tenga contraindicación a trombolisis: Administrar Aspirina en dosis 100 a 300mg, hospitalizar y solicitar evaluación por neurólogo para categorización correspondiente y manejo.

3. Paciente con signos de hemorragia en TAC de cerebro, estabilización inicial y solicitar evaluación por neurocirujano.

Manejo General

- Régimen cero hasta evaluación por fonoaudiología
- Oxígeno para saturar >94%
- Control de la temperatura: evitar fiebre/hipertermia (manejo si T°>37,4°)
- Control glicémico: evitar hipo e hiperglicemia (manejo si glicemia <60 o >160)
- Control de la presión arterial: manejo intrahospitalario con labetalol, prehospitalario con captopril (PAS > 220 mmHg / PAD > 110 mmHg)



**PROTOCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 19 de 29

Vigencia: 3 años


- Manejo del dolor (Tratar la causa, considerar AINEs en caso de dolor Osteoarticular)
- Fluidoterapia: No se recomienda las infusiones de mantención de uso de rutina, aportar volumen sólo en caso de deshidratación, no sobrehidratar para así reducir riesgo edema cerebral. No usar soluciones glucosadas de forma rutinaria.
- Agitación Psicomotora: descartar causa corregible (p.ej: globo vesical). Considerar contención mecánica. Uso de fármacos solo en caso necesario y de preferencia neurolépticos (sin comprometer el nivel de conciencia), evitar la sedación profunda y mantenida. Considerar uso de antipsicóticos como primera línea.
- Cabecera a 30°
- Prevención úlceras por presión
- Observación del estado clínico del paciente y alerta ante posibles complicaciones.

Complicaciones: hemorragia post trombolisis, conversión hemorrágica del ACV, hipertensión intracraneana: manejo por neurocirujano.

Manejo Hospitalizado y Rehabilitación

Manejo integral acorde a protocolo intrahospitalario con equipo multidisciplinario:

1. **Médico Tratante:** solicitud de interconsulta a fisiatría.
2. **Fisiatra:** evaluación y plan de trabajo con intervenciones de rehabilitación motora intensiva y/o intervenciones de movilidad temprana.
3. **Fonoaudiología:** realizar evaluación de la deglución por profesional fonoaudiólogo capacitado, mediante la prueba del vaso de agua. Si se descarta trastorno de deglución, realimentación oral fraccionada, acorde a los requerimientos.

	PROCOLO ACCIDENTE CEREBROVASCULAR SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: PRORR001-ACV
		Edición: Primera
		Fecha: Abril 2018
		Página 20 de 29
		Vigencia: 3 años

4. **Nutricional:** mantener el aporte por la vía más adecuada para el paciente, cálculo de los requerimientos ajustado al peso, la distribución porcentual de macronutrientes debe ser acorde a las patologías de base (DM2, ERC, EPOC), considerar que los pacientes tendrán tendencia a la pérdida de masa muscular y de densidad mineral ósea en contexto del reposo, por ende se debe monitorear la glicemia en aquellos con factores de riesgo metabólico.
5. **Kinesiterapia:** evaluación neuromotora, rehabilitación precoz en la cama del paciente
6. **Implementos:** tope equino, colchón antiescaras, órtesis, entre otros, acorde a las necesidades del paciente.
7. **Terapia ocupacional.**

Consideraciones especiales:

Movilización del paciente: siempre mediante sabanilla, NUNCA tirar o jalar desde las extremidades por riesgo de luxación de articulaciones en el hemicuerpo comprometido.

10.8. Contrarreferencia desde primera evaluación ambulatoria por especialidad, PREVIA AL ALTA desde nivel secundario (neurología, unidad de medicina física y rehabilitación):

- Contrarreferencia hacia centro de atención primaria, futuro receptor del paciente: envío de la información mediante interfase o referente y/o asesor del programa Cardiovascular del centro al cual pertenece, de modo tal de gestionar con antelación.
- Evaluación por equipo de kinesiología-TO para ayudas técnicas.
- Derivación a CCR y/o Kinesiólogo con carácter de prioridad alta para continuidad de rehabilitación.



**PROCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 21 de 29

Vigencia: 3 años

- Pacientes son referidos de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación a CCR u otro dispositivo de rehabilitación integral en APS (Centro receptor respetar derivaciones entre profesionales no médicos).
- Control cardiovascular médico APS cada 3 meses, periodicidad definida correspondiente a riesgo cardiovascular alto
- Visita domiciliaria integral a la familia por equipo multidisciplinario de acuerdo a condiciones de paciente:
 1. Evaluar las condiciones de la vivienda y modificaciones a realizar de acuerdo a la condición del paciente, con énfasis en: facilitar el desplazamiento, prevención de caídas.
 2. Evaluar e identificar redes de apoyo, reforzar puntos débiles y prevenir la sobrecarga del cuidador.
 3. Educar a la familia en los cuidados requeridos por parte de su familiar, con énfasis en la importancia de la rehabilitación y estimulación del retorno a su condición basal de independencia.
 4. Entregar pautas para facilitar las actividades de la vida diaria con dos objetivos: promover el mayor grado de autovalencia por parte del paciente y evitar la sobrecarga del cuidador.
 5. Entrenar a la familia en promover la mayor participación por parte del paciente en las actividades de su propio cuidado, estimulando la independencia y favoreciendo la autonomía en las actividades de la vida diaria.

Evaluación por dupla psicosocial para determinar factores protectores y factores de riesgo del desarrollo de síndrome de sobrecarga del cuidador y de trastornos del ánimo asociados.

10.9. Paciente debe ser derivado (contrareferido) a Atención Primaria con la siguiente documentación (con letra legible):

- Diagnóstico de egreso



**PROCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 22 de 29

Vigencia: 3 años

- Indicación de tratamiento (se sugiere receta vigente por al menos 6 meses dado el tiempo de latencia entre el alta hospitalaria y la consulta de APS).
- Copia últimos exámenes
- Copia Epicrisis

10.10. Tiempos de resolución:

- Desde sospecha diagnóstica:
 - Despacho de un móvil avanzado en menos de 2 minutos
- Llegada al servicio de urgencia de nivel secundario: dado la dispersión geográfica y considerando las zonas más alejadas, se propone un máximo de 20 min en zona urbana y en zonas rurales va a depender de las condiciones del paciente y el contexto general del traslado.
- Acceso a Tac de cerebro: ideal en menos de 25 min desde la llegada al Hospital, siempre menor a 1 hora.
- Sin perjuicio de lo anterior, tendrán acceso inmediato a TAC de urgencia (previa coordinación entre médico derivador y médico receptor):
 - pacientes con alta sospecha clínica
 - pacientes cuya llegada al centro receptor se estime cerca del límite del período de ventana, ya sea por tiempo de evolución de los síntomas, o por los tiempos de traslado, o ambos.
 - traslados desde localidades más alejadas
- Establecido el diagnóstico:
- Acceso a tratamiento de reperfusión en candidatos aptos: antes de 4,5 hrs (tiempo de ventana terapéutica)
- Evaluación por especialista dentro de la primera hora idealmente
- Hospitalización, según indicación médica.
- Realización de trombolisis debe ser antes de los 60 minutos idealmente desde que el paciente ingresa, si es que cumple con criterios de trombolisis.



PROCOLO ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 23 de 29

Vigencia: 3 años

11. FLUJOGRAMA.

Sospecha ACV

Síntomas focales de inicio brusco
Escalas Cincinati/Canadiense
Exclusión de otros diagnósticos
Hemoglucoest: descartar hipoglicemia

Confirmación

Focalidad neurológica + TAC de cerebro
Presencia o ausencia de hemorragia

Manejo en Urgencia

Oxígeno sat > 94%
Monitoreo signos vitales
Control y manejo glicemia, T° y presión arterial según corresponda
Exámenes sangre + ECG
Confirmación/exclusión paciente candidato a trombolisis: inicio terapia

Inicio tratamiento específico

Alteplase: 0,9 mg/kg, máximo 90 mg. Se administra 10% de la dosis como bolo inicial en 1 minuto, y el resto en infusión continua durante 60 minutos.

Hospitalizar

Unidad acorde a la categorización.

Estudio etiológico

Estudio fuente embólica
Ecocardiografía TT o TE
Estudio imagenológico pertinente
Considerar interconsulta a otras especialidades

Rehabilitación precoz intrahospitalario

Fonoaudiología
Kinesioterapia
Terapia Ocupacional

Manejo multidisciplinario intrahospitalario

Neurología
Fisiatría
Otras especialidades según necesidad
Equipo Rehabilitación (Fono-Kine-TO)
Nutricionista

Prevención Secundaria

Control por riesgo cardiovascular alto
Fármacos

Atorvastatina
Aspirina
Otros según corresponda

Manejo Factores de Riesgo Cardiovascular

Control factores modificables

Obesidad
Tabaquismo
Sedentarismo

Alta hospitalaria

Planificación
Notificación previa a centro APS receptor
Visita domiciliaria integral
Evaluación redes de apoyo
Derivación a Salud mental según el caso**

Contrareferencia a nivel Primario

Manejo multidisciplinario ambulatorio
Ingreso Programa Cardiovascular
Ingreso a GCR / Kinesioterapia

**En caso de pesquisar trastornos del ánimo que pudiesen afectar de forma negativa la rehabilitación. Post alta hospitalaria y según el caso



**PROTOCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 24 de 29

Vigencia: 3 años

12. INDICADOR.

Numerador: N° de pacientes con sospecha diagnóstica de ACV en APS referidos a UEH - HETG que cumplen con los criterios de derivación establecidos en este protocolo de RyCr.

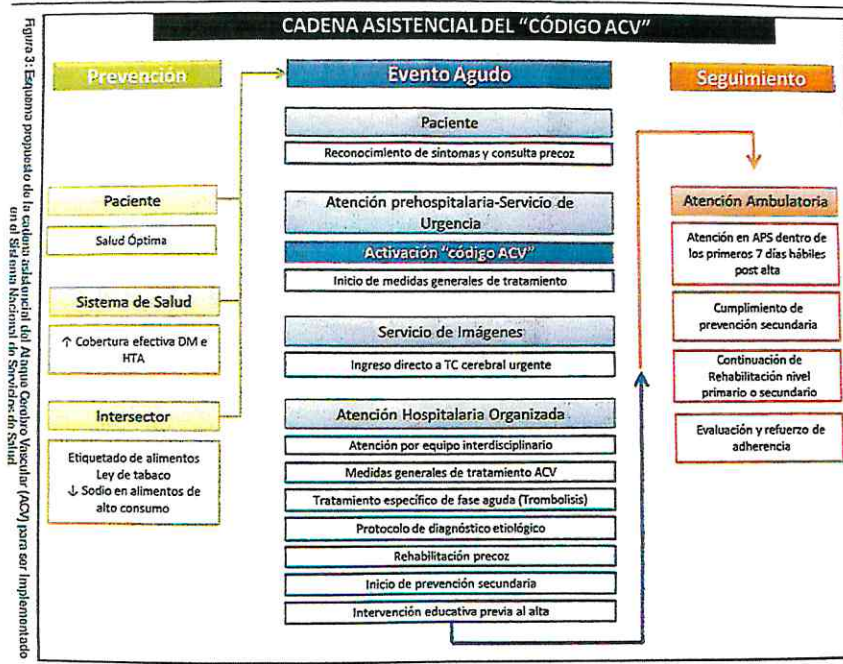
Denominador: Total de pacientes derivados con sospecha de ACV.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Lavados P, Sacks C, Prina L, Escobar A, Tossi C, Araya F, et al. "Incidence 30 day case- fatality rate and prognosis of stroke in Iquique, Chile: a 2-year community-based prospective study (PISCIS Project)". The Lancet 2005; 365(9478):2206-15.
2. Principales causas de muerte (tasas) según sexo. Chile 1997 – 2013. Series y Gráficos de mortalidad. Departamento de Estadísticas e Información de Salud.
3. Alfaro T. "Situación Epidemiológica en Chile de las ENT y sus factores de riesgo". Unidad de Estudios y VENT, Depto. de Epidemiología, DIPLAS. Valparaíso, 1 de Septiembre 2011.
4. Protocolo Referencia y Contrareferencia, Red Asistencial Servicio de Salud Araucanía Norte, año 2011. Chile.
5. Guías de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado, American Heart Association 2015.

14. ANEXOS.

1) CÓDIGOS ACV



2) ESCALA CINCINNATI





**PROCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 26 de 29

Vigencia: 3 años

3) Escala Canadiense

ESCALA CANADIENSE				
ESTADO MENTAL	Nivel de conciencia		Alerta	3
			Obnubilado	1,5
	Orientación		Orientado	1
		Desorientado	0	
	Lenguaje		Normal	1
			Déficit de expresión	0,5
			Déficit de comprensión	0
FUNCIÓN MOTORA (debilidad)	Compresión conservada		Compresión deficitaria	
Cara	Ninguna	0,5	Simétrica	0,5
	Presente	0	Asimétrica	0
Miembro superior	PROXIMAL:		Igual	1,5
	1. Ninguna (Fuerza 5/5)	1,5		
	2. Leve (F. 3-4/5)	1		
	3. moderada-grave (F. 2/5)	0,5		
	Total (F. 1-0/5)	0		
	DISTAL:			
	Ninguna	1,5		
	Leve	1		
	Significativa	0,5		
	Total	0		
Miembro inferior	Ninguna	1,5	Igual	1,5
	Leve	1		
	Significativa	0,5		
	Total	0		



**PROTOCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 27 de 29

Vigencia: 3 años

4) Escala NIHSS

1a. Nivel de conciencia	Alerta Somnolencia Obrubliación Coma	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
1b. Nivel de conciencia: Preguntas verbales ¿En qué mes vivimos? ¿Qué edad tiene?	Ambas respuestas son correctas Una respuesta correcta Ninguna respuesta correcta	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
1c. Nivel de conciencia. Órdenes motoras 1. Cierra los ojos, después ábralos. 2. Piegue la mano, después ábrala.	Ambas respuestas son correctas Una respuesta correcta Ninguna respuesta correcta	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2. Mirada conjugada (voluntariamente o reflejos oculocéfálicos , no permitidos oculovestibulares). Si lesión de un nervio periférico: 1 punto.	Normal Espejo parcial de la mirada Espejo total o desviación forzada	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3. Campos visuales (confrontación) Si ceguera bilateral de cualquier causa: 3 puntos. Si extinción visual: 1 punto	Normal Hemianopsia parcial Hemianopsia completa Ceguera bilateral	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Paréisis facial	Normal. Espejo leve (asimetría al sonreír.) Parálisis total másc. facial inferior Parálisis total de másc. facial superior e inferior.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Paréisis de ext. superiores (E4) Se explora 1º la EE no parética . Debe levantar el brazo extendido a 45º (decúbito) o a 90º (sentado). No se evalúa la fuerza distal. Se puntúa cada lado por separado. El 5 no se contabiliza en el cómputo global.	Mantiene la posición 10". Claudica en menos de 10" sin llegar a tocar la cama. Claudica y toca la cama en menos de 10". Hay movimiento pero no vence gravedad. Parálisis completa. Extremidad amputada o inmovilizada.	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
6. Paréisis de ext. inferiores (E5) Se explora 1º la EI no parética . Debe levantar la pierna extendida y mantenerla 30". Se puntúa cada lado por separado. El 6 no se contabiliza en el cómputo global.	Mantiene la posición 5". Claudica en menos de 5" sin llegar a tocar la cama. Claudica y toca la cama en menos de 5". Hay movimiento pero no vence gravedad. Parálisis completa. Extremidad amputada o inmovilizada.	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
7. Ataxia de las extremidades. Dedo-nariz y talón-nariz. Si déficit motor que impida medir/dismetría: 3 pt.	Normal. Ataxia en una extremidad. Ataxia en dos extremidades.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
8. Sensibilidad. Si obrubliado evaluar la retirada al estímulo doloroso. Si déficit bilateral o coma: 2 puntos.	Normal Leve o moderada hipoestesia . Anestesia.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
9. Lenguaje. Si coma: 3 puntos. Si intubación o apnea : explorar por escritura.	Normal. Afasia leve o moderada. Afasia grave, no posible entenderse. Afasia global o en coma	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Discartria. Si afasia: 3 puntos	Normal. Leve, se le puede entender. Grave, ininteligible o agramia . Intubado. No puntúa.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
11. Extinción-Negligencia - Inatención. Si coma: 2 puntos.	Normal. Intención/extinción en una modalidad. Intención/extinción en más de una modalidad.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
TOTAL							



**PROCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 28 de 29

Vigencia: 3 años

- 1) Lista de comprobación: pacientes que podrían tratarse con trombolisis con rtPA antes de las 3 horas de inicio de los síntomas.

I. Criterios de inclusión		
	Diagnóstico de ACV isquémico con déficit neurológico objetivable	
	Comienzo de los síntomas < 4,5 hrs antes	
	Edad > 18 años	
II. Criterios de exclusión: ABSOLUTOS		
1	ACV de mas de 4 horas y media de evolución para trombolisis intravenosa (sistémica). Si los síntomas comienzan durante el periodo de sueño, se considerara momento de inicio la hora en que el paciente se acuesta a dormir o bien el último instante que fue visto en actividad.	
2	Hemorragia digestiva o de vía urinaria en los últimos 21 días.	
3	Cirugía mayor en los últimos 14 días.	
4	Cirugía Menor en los últimos 10 días (laparoscopia, toracocentesis , biopsia hepática o renal)	
5	Aneurisma de la aorta	
6	Várices Esofágicas	
7	Retinopatía diabética con riesgo de hemorragia	
8	Pancreatitis aguda	
9	Síntomas sugerentes de Hemorragia subaracnoidea	
10	Sospecha de Endocarditis bacteriana	
11	Pericarditis	
12	Punción vascular en un sitio no compresible o punción lumbar en los últimos 7 días	
13	Pacientes que reciban heparina menos de 48 horas con TTPK prolongados	
14	Uso de acenocumarol o warfarina con INR > o igual a 1.7	
15	Uso de heparina de bajo peso molecular las últimas 24 horas	
16	Uso de anticoagulantes nuevos las últimas 48 horas	
17	TTPK elevado, TP>15 seg o un INR>1.7, recuento de plaquetas de<100.000/mm3 o tengan antecedentes de diátesis hemorrápica	



**PROTOCOLO ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: PRORR001-ACV

Edición: Primera

Fecha: Abril 2018

Página 29 de 29

Vigencia: 3 años

18	Glicemia de ingreso < 50 mg/dl o > 400 mg/dl	
19	Tomografía computada de cerebro que muestre hemorragia intracranéana , infarto hemorrágico, hallazgos o sospecha de tumor cerebral, malformación vascular o aneurisma. Signos sugerentes de infarto mayor: tumefacción difusa del hemisferio afectado, hipointensidad del parénquima y/o borramiento de surcos de más de 1/3 del territorio de la arteria cerebral media (ASPECT score menor o igual a 6)	
20	Antecedentes de hemorragia intracranéana (intra o extra axial) en los últimos 3 meses.	
II. Criterios de exclusión: RELATIVOS		
1	Debut clínico incierto o desconocido	
2	Edad < 18 años	
3	Déficit neurológico severo (NIHSS > 25 en pacientes hemisféricos izquierdos y NIHSS > 18 en pacientes hemisféricos derechos)	
4	Déficit neurológico leve (NIHSS <4, disartria, hipoestesia o ataxia puras) o en regresión	
5	ACV reciente (últimos 3 meses)	
6	Antecedente de hemorragia cerebral no traumática	
7	Traumatismo craneoencefálico (TEC) en los últimos 3 meses	
8	Embarazo	
9	Crisis convulsiva al inicio del ACV como síntoma cardinal	
10	Presión arterial sistólica > 185/110 mmHg , en mediciones repetidas o que requieren tratamiento con dosis repetidas de labetalol y/o nitroglicerato de sodio para su control	
11	Neoplasia	
12	Colitis ulcerosa	
13	Insuficiencia hepática, renal, respiratoria o cardíaca severa	

NO CONTRAINDICAN LA TROMBOLISIS

1. ~~Uso~~ previo de ~~antiagregantes~~ plaquetarios o antiinflamatorios no ~~esteroidales~~.
2. ~~Antecedentes~~ de úlcera duodenal o gástrica actualmente inactiva.
3. ~~Infarto~~ reciente del miocardio (no complicado con pericarditis).
4. ~~Menstruación~~ activa.