



BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA

ATENCIÓN PRIMARIA

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR AGUDA

ACTUACIÓN DIAGNÓSTICA DE URGENCIAS:

1 Historia clínica:

- a) Antecedentes personales:
Factores de riesgo vascular (HTA, DM, dislipemia, tabaquismo, obesidad, alcohol, drogas...).
Enfermedad vascular cerebral previa.
Historia de cardiopatía o claudicación intermitente.
Situación previa.
- b) Enfermedad actual:
Actividad del paciente en ese instante.
Síntomas observados por el paciente y su familia.
Momento y rapidez de instauración de los mismos. El AVC isquémico suele aparecer de noche o con el esfuerzo de la primera micción, el hemorrágico, suele debutar con un fuerte dolor de cabeza, focalidad neurológica y es constante el antecedente de HTA.

2 Exploración física:

- Signos vitales.
Exploración general (auscultación carotídea y cardíaca).
Exploración neurológica, incluyendo fondo de ojo.

3 Exploraciones complementarias:

- a) Generales: hemograma, INR bioquímica, EKG y radiografía de tórax.
- b) TAC craneal sin contraste: Ha de practicarse con urgencia en todo paciente con ECVA para confirmar la naturaleza de la misma (isquémica o hemorrágica) y descartar otros procesos no vasculares.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- a) Migraña acompañada.
- b) Parálisis postictal.
- c) Lesión laberíntica.
- d) Infección: meningoencefalitis, abscesos, neurosífilis, toxoplasmosis...
- e) Intoxicaciones.
- f) Síncope.
- g) Alteraciones metabólicas: hipo o hiperglucemia, alteraciones h. tiroideas, electrolíticas...
- h) Enfermedad desmielinizante.
- i) Hematomas subdurales o epidurales.

CRITERIOS DE INGRESO:

- a) Todo *accidente isquémico transitorio* en un paciente a priori candidato a cualquier medida terapéutica es criterio absoluto de ingreso.
- b) Todo paciente con AVC, isquémico o hemorrágico, con una calidad de vida previa buena es susceptible de ingreso hospitalario, puesto que éste mejora la supervivencia y reduce las secuelas.
- c) No es candidato a ingreso el paciente con demencia severa, secuelas importantes de ictus previos o enfermedad terminal.

TRATAMIENTO:

Medidas generales:

- a) Asegurar la permeabilidad de la vía aérea, prevenir broncoaspiraciones y mantener una adecuada oxigenación.
- b) Cabecera a 30-45°.
- c) SNG a bolsa en aquellos pacientes con bajo nivel de consciencia.
- d) Aspiración de secreciones.
- e) Oxígeno sólo si existe hipoxemia.

- f) Dieta absoluta o tolerancia según nivel de consciencia.
- g) Mantener correcto estado de hidratación. Si el paciente no tolera, la hidratación se realizará iv o por SNG. Evitar en la medida de lo posible las soluciones hipotónicas y glucosadas, salvo en hipoglucemias registradas.
- h) Nunca se debe colocar la vía venosa en el miembro parético.
- i) Tratamiento agresivo de la fiebre (antitérmico, antibiótico), la hiperglucemia y cualquier otro proceso intercurrente.
- j) En caso de incontinencia urinaria, se utilizarán colectores externos o empapadores; la sonda urinaria se usará tan sólo en casos de retención o en los que sea necesario un control estricto de la diuresis.
- k) Control de la TA:
- Si el cuadro es **isquémico**, sólo tratar si TAS > 220 mmHg o TAD > 120 mmHg. Las cifras deseables son una TAS entre 120 y 220 mmHg y una TAD entre 80 y 120 mmHg. La consecución de este objetivo debe ser lenta y gradual.
 - Si el cuadro es **hemorrágico**, la indicación de tratamiento es una TAS > 190 mmHg. Hay que llevarla por debajo de 170 mmHg en las siguientes 6 horas.
- l) Si el enfermo tolera, utilizaremos un IECA (ej. Captopril 25 mg) por vía oral; en caso contrario, utilizaremos la vía sublingual o intravenosa. En este último caso los fármacos que podemos utilizar serían enalapril, uridipil o labetalol.
- m) En caso de agitación usaremos de elección los neurolépticos, tipo haloperidol.
- n) Si existiesen signos de edema cerebral (comprobando mediante fondo ojo) instauraremos tratamiento específico con hiperventilación, dexametasona en bolo iv y Manitol 250 ml al 20% a pasar en 30 minutos.
- o) Prevención de úlceras de decúbito y de trombosis venosas profundas con cambios posturales frecuentes y heparinas de bajo peso molecular vía subcutánea una dosis cada 24 horas.

Medidas específicas:a) Antiagregación:

- ECVA de naturaleza trombótica o embolismo arteria-arteria.
- Se utiliza AAS una dosis diaria entre 200 y 300 mg. En caso de utilización previa de AAS, alergia a éste, enfermedad péptica, etc., se usa ticlopidina o clopidogrel.

b) Anticoagulación:

Indicaciones:

- Embolismo de origen cardíaco, siempre que la clínica y los hallazgos de imagen no sugieran infarto extenso.
- Infarto en evolución.
- TIAs de repetición pese a tratamiento antiagregante.
- Estenosis carotídea crítica.
- Infarto en el territorio vertebrobasilar.

En los cuadros **hemorrágicos:**

Hematoma epidural, hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea: tratamiento quirúrgico por neurocirujano de guardia.

Hematoma intraparenquimatoso: no existen criterios estrictos para el drenaje quirúrgico de los hematomas. Hay que comentar con el Neurocirujano de Guardia la posibilidad de intervención según la situación clínica del enfermo y las características del hematoma.

Medidas a evitar:

- a) No sedar (si es imprescindible, emplear neurolépticos).
- b) No administrar esteroides.
- c) No administrar manitol salvo en situaciones extremas y de forma puntual.
- d) No administrar anticomiciales de forma profiláctica.

BIBLIOGRAFÍA:

- Esquemas prácticos en medicina de urgencias y emergencias.
- Principios de Medicina Interna. Harrison 12 ed.

Direcciones internet:
<http://www.msd.es>

AUTOR:

Dr. D. Fernando Pérez-Padilla García

COLABORADORES:

Dr. D. José Manuel Vergara Olivares
D.U.E. D^a. M^a del Mar Cabrera Fernández

Catálogo General de Publicaciones Oficiales:

<http://publicaciones.administracion.es>



EDITA:
INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA – DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA
GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA. Recinto Sur, s/n. – CEUTA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Depósito Legal: CE 25/05 – ISSN: 1699-3837 - NIPO: 356-06-004-1