



*Sociedad Chilena Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
Grupo de Trabajo de Neurología Hospitalaria y Cerebrovascular.*

**ORIENTACIONES PARA LA ATENCION DE LAS
PERSONAS CON ATAQUE CEREBROVASCULAR
DURANTE LA PANDEMIA SARS-CoV-2**

Abril 2020

CONTENIDOS

OBJETIVOS	2
ALCANCE	2
ATENCIÓN DE URGENCIA	3
HOSPITALIZACIÓN	3
PREVENCIÓN SECUNDARIA	5
SEGUIMIENTO	5
CONTROLES AMBULATORIOS	6
TELEMEDICINA	6
AUTORES	7
REFERENCIAS	8

OBJETIVOS

Orientar respecto a medidas preventivas y la atención de las personas que presentan un Ataque Cerebrovascular, en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2. Este documento se irá actualizando periódicamente, según las necesidades sanitarias nacionales y la nueva evidencia disponible.

ALCANCE

Dirigido a los equipos de salud del nivel primario, secundario y terciario, relacionados con la atención de las personas con Ataque Cerebrovascular. Es una orientación para los equipos y **no reemplaza el criterio clínico**.

Documento sujeto a evaluación y actualización periódica, según evolución de la situación nacional y disponibilidad de nueva evidencia

Estas orientaciones se basan en la opinión de expertos, en concordancia con las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica vigentes y publicaciones de ACV en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2.

ATENCIÓN DE URGENCIA

- a) Las personas que consultan en los servicios de urgencia con sospecha y/o confirmación de ACV isquémico y que se encuentran dentro del período de ventana para recibir terapias de reperfusión cerebral, deben seguir siendo atendidas según lo recomendado en la *Guía de Práctica Clínica GES ACV isquémico 2018* y el *Manual de Bolsillo "Código ACV"* del Ministerio de Salud. Se recomienda un manejo muy expedito, considerando las limitaciones de personal en los servicios de urgencia y, por tanto, si hay disponibilidad, preferir la alternativa de trombolítico de bolo único a la de infusión de una hora.
- b) En pacientes con sospecha o confirmación de ACV considere, de acuerdo con la realidad local, realizar una TC de tórax sin contraste en conjunto con las imágenes de cerebro y cuello.
- c) En pacientes no candidatos a trombectomía mecánica, de igual manera se sugiere realizar Angio TC de vasos del cuello y cerebrales, según indicación del especialista neurólogo, al momento de realizar la TC cerebral sin contraste. Esto, con el objetivo de avanzar en el estudio etiológico disminuyendo la cantidad de traslados dentro del establecimiento.
- d) **En el ámbito prehospitalario, se sugiere organizar la atención en red de los pacientes con sospecha y/o confirmación de ACV/AIT mediante el uso de telemedicina.** Esto, en especial para la evaluación de pacientes en que se solicita el traslado desde hospitales de menor complejidad hacia los hospitales base para evaluación por especialista neurólogo. Se espera así poder realizar un *triage* y evitar eventuales traslados innecesarios.
- e) **Se sugiere agilizar la atención de los pacientes con sospecha y/o confirmación de ACV en las Unidades de Emergencia Hospitalarias, con la finalidad de exponerlos el menor tiempo posible.** Esto implica realizar los exámenes necesarios dentro del menor tiempo posible. Por ejemplo, en personas con sospecha de ACV fuera de ventana para terapias de reperfusión, realizar la TC cerebral antes de 1 hora.
- f) Con respecto a los pacientes con Ataque Isquémico Transitorio (AIT), se sugiere realizar un triage telefónico previo al traslado al Servicio de Urgencia (SU), con acceso a la Presión Arterial y ECG, a modo de definir riesgo. Se sugiere considerar alta precoz, previa evaluación por neurólogo con ECG y AngioTC de vasos del cuello y cerebrales. Asegurar la entrega fármacos para la prevención secundaria y realizar seguimiento telefónico dentro de las primeras 72 horas.
- g) En pacientes con déficit leve, considerar la posibilidad de alta precoz, previa evaluación por neurólogo con ECG y AngioTC de vasos del cuello y cerebrales, a modo de evitar estadías no justificadas. Asegurar la entrega fármacos para la prevención secundaria y realizar seguimiento telefónico dentro de las primeras 72 horas. Activación rápida de coordinación con fisiatra, o jefe de servicio de rehabilitación, en hospitales de mayor complejidad o, con referente de rehabilitación, en el caso de hospitales comunitarios.

alimentación y rehabilitación, para disminuir la posibilidad de contagio externo de COVID-19. La visita en horario de rehabilitación, es fundamental para realizar educación a la familia o cuidador en temas críticos: vía de alimentación, deglución, estimulación cognitiva, ejercicios, indicación de ayudas técnicas, entre otros.

- b) Las personas que son hospitalizadas por un ACV deben ser evaluadas, acceder al estudio etiológico que corresponda y recibir los tratamientos que estén indicados, bajo la tratancia de médicos neurólogos (presencial o por telemedicina, según realidad local), o bien bajo la supervisión de éstos, según criterio médico y condiciones locales. Esto permitirá hacer un uso racional y acotado de los exámenes para el estudio etiológico, de manera individualizada.
- c) En cuanto al estudio etiológico, procurar que este se complete, en la medida de lo posible, durante la hospitalización. Limitar el estudio a lo indispensable, según indicación del especialista neurólogo.
- d) En pacientes con ACV isquémico diferir la solicitud de holter de ritmo y ecocardiograma si no hay sospecha de origen cardioembólico. Recordar que todo paciente con ACV isquémico debe tener un ECG estándar al ingreso.
- e) En pacientes que requieran endarterectomía carotídea, en caso de no ser posible realizarla durante la hospitalización, se sugiere que sean dados de alta con doble antiagregación plaquetaria y estatinas, en espera del procedimiento.
- f) Se sugiere, en la medida de lo posible, que un único equipo profesional (neurólogo, kinesiólogo, fonoaudiólogo, etc.) atienda a los pacientes con ACV y COVID-19, de manera de reducir el riesgo de contagio a pacientes con ACV sin COVID-19.
- g) Privilegiar la realización de estudios radiológicos portátiles (radiografía de tórax, radiografía de control de sonda naso enteral), para reducir los desplazamientos intrahospitalarios del paciente y disminuir el riesgo de contagio de COVID-19.
- h) En pacientes que presenten fiebre intrahospitalaria con síntomas respiratorios o sin foco evidente, considere realizar PCR COVID-19 en hisopado nasal y notifique el caso.
- i) Previo al egreso hospitalario del paciente, verificar que haya sido vacunado contra la influenza estacional y, en caso de que no lo haya sido, gestionar su vacunación antes del alta. Si el hospital no dispone de vacunatorio, el paciente debe vacunarse en su establecimiento de atención primaria, evitando aglomeraciones o, en caso de pacientes postrados, que el equipo de APS lo vacune en visita domiciliaria.
- j) Si debido a la contingencia se decide derivar a pacientes con ACV a establecimientos de menor complejidad, que no cuenten con neurólogo, se sugiere implementar un sistema de control neurológico telefónico o por videoconferencia, contando para ello con acceso a la información clínica, el resultado de los exámenes de laboratorio y las neuro imágenes.
- k) Se sugiere involucrar tempranamente a la familia del paciente en el proceso, desde el momento

considerar para el alta segura. Mantener hospitalizados sólo pacientes sin posibilidad de rehabilitación domiciliaria. Considerar modelos de tele rehabilitación.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

- a) En pacientes en tratamiento anticoagulante por fibrilación auricular no valvular, privilegiar, en la medida de lo posible, el uso de anticoagulantes directos (que no requieren controles frecuentes de laboratorio) por sobre el uso de antagonistas de la vitamina K, siguiendo la recomendación de la Guía de Práctica Clínica GES ACV isquémico 2018.
- b) Las diferencias entre los anticoagulantes directos y los antagonistas de la vitamina K (AVK) probablemente son pequeñas. Sin embargo, dado que los anticoagulantes directos no requieren monitoreo de la dosis, podrían beneficiar a personas con dificultad para acceder a un centro de salud y evitar un posible contagio.
- c) En usuarios de AVK, de acuerdo con la realidad local, se recomienda organizar la toma de la muestra de sangre para examen de control en el domicilio de la persona y hacer ajuste de terapia mediante telemedicina. En caso de no ser posible, mantener sus controles en poli TACO según programa local, manteniendo el distanciamiento social y otras medidas preventivas.
- d) En personas usuarias de AVK con COVID-19 tratados con azitromicina, lopinavir/ritonavir o tocilizumab, controlar de forma estrecha el INR, ya que existen potenciales interacciones farmacológicas.
- e) En pacientes con trastornos del ritmo cardíaco con ACV y COVID-19 tratados con hidroxiclороquina y/o azitromicina, vigilar por la posibilidad de prolongación del intervalo QT y aparición de arritmias ventriculares.
- f) En relación con el uso de hipotensores y COVID-19, en personas con indicación de IECAs, ARAII o diuréticos, se recomienda por ahora mantener dicha indicación.

SEGUIMIENTO

Es necesario recalcar que las personas con antecedente de ACV están en el grupo de mayor riesgo de tener complicaciones en caso de infección por COVID-19. Por este motivo, cobra especial relevancia la educación previa al alta.

- a) Al momento del egreso hospitalario hacer entrega de medicamentos para al menos 30 días.
- b) Priorizar el control médico y la rehabilitación domiciliaria, de acuerdo a indicación del fisiatra, asegurando la disponibilidad de los fármacos.
- c) Estimar si el control neurológico presencial post alta es de absoluta necesidad, o bien puede ser realizado a distancia (telemedicina).
- d) Si bien es deseable que el control neurológico sea presencial, dado el alto riesgo que implica la exposición del paciente en el contexto de la pandemia, se recomienda, en la medida de lo posible,

en que sea imprescindible el control presencial.

- f) En caso de requerir más de un control neurológico, se sugiere que, de ser posible, estos también sean realizados mediante telemedicina.
- g) Se sugiere que el control de adherencia al tratamiento farmacológico y el agendamiento de los controles médicos sea realizado mediante telemedicina por enfermera capacitada en ACV.
- h) Se sugiere que, pasados los primeros 30 días post alta, se realice el despacho de los medicamentos hacia el domicilio del paciente, previo tele control con médico y enfermera.

CONTROLES AMBULATORIOS

En pacientes que egresan de un hospital o clínica con diagnóstico de ACV, se sugiere realizar el primer control con neurólogo dentro de los 30 primeros días desde el alta.

Por el alto riesgo de neumonía aspirativa de los pacientes diagnosticados con disfagia moderada o severa, han de ser controlados en forma domiciliaria o por vía remota por fonoaudiólogo.

TELEMEDICINA

- a) En relación a la evaluación mediante telemedicina de pacientes con sospecha de ACV en período de ventana para terapias de reperfusión cerebral, se sugiere que en el hospital ejecutor (donde se encuentra el paciente), se utilice un box distinto al que se ocupa para la atención de pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19. Esto, con la finalidad de evitar demoras que se produzcan por necesidad de realizar aseo terminal.
- b) En cuanto al control al alta vía telemedicina, se sugiere que éste sea realizado por neurólogo en modalidad de teletrabajo (en el domicilio del médico), para así evitar traslados innecesarios de los profesionales, con la consecuente exposición al riesgo de contagio. Se sugiere asignar un profesional para hacer teleneurología por un período determinado y evitar su asistencia al hospital al menos durante 7 a 14 días.
- c) La existencia o no de ficha clínica electrónica no debiese ser una limitante para la atención del paciente por telemedicina. Se deben buscar alternativas para registrar la información con TIC del SS.

En todo momento se recomienda seguir las recomendaciones generales de prevención de COVID-19, el distanciamiento social, la disminución de viajes y traslados y el uso de las medidas de protección personal, así como el correcto lavado de manos.

AUTORES

Grupo de Trabajo (GDT) de Neurología Hospitalaria y Cerebrovascular de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN):

Dr. Daniel Andreu Ortiz de Zárate
Dr. Rodrigo Guerrero Torrealba
Dr. Víctor Hugo Navia González
Dr. Pablo Reyes Sánchez
Dr. Daniel Galdames Contreras
Dr. Francisco Castilla Pérez
Dr. Gonzalo Bustamante Fontecilla
Dr. Cristián Amudio Leiva
Dra. María José Ángel Pinto
Dra. Ximena Pizarro Correa

Grupo de Trabajo Asesor en Neurología Adultos MINSAL:

Dr. Agustín Brante Tapia
Dr. Fernando Molt Cancino
Dr. Francisco Castilla Pérez
Dra. Anita Olivos Jeneral
Dr. Oscar Loureiro Caldera
Dr. Cristián Amudio Leiva
Dr. Rodrigo Guerrero Torrealba
Dr. Irving Santos Carquín
Dr. René Meza Flores
Dr. Alexis Rojo Araya
Dr. Alfonso Sánchez Gómez
Dr. Álvaro Soto Venegas
Dr. Andrés Roldán Navarrete
Dr. Cristián Toloza Ávila
Dr. Jaime Carvajal Isla

Colaboradores:

Dr. Eloy Mansilla Lucero. Neurólogo. Unidad de Tele ACV, Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Revisores:

Dra. Andrea Tabach Apraiz. Fisiatra. Hospital de Curicó.

Dra. Marcia Segovia Vera. Fisiatra. Hospital de Antofagasta.

Dra. Ximena Neculhueque. Fisiatra.

Dra. Mélanie Paccot, Msc.

Coordinador:

Dr. Irving Santos Carquín. Neurólogo. Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

REFERENCIAS

1. Guía de Práctica Clínica GES “Ataque cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más”. Ministerio de Salud, Chile, 2018.
2. Manual de Bolsillo “Código ACV para servicios de urgencia”. Ministerio de Salud, Chile, 2018.
3. “Clinical guide for the management of stroke patients during the coronavirus pandemic”. NHS, England. Version 1. 23 March 2020
4. Jing Zhao, MD et al. Challenges and Potential Solutions of Stroke Care During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak. Stroke. 2020; 51:00-00.