

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DRA. MONICA GORDILLO RENDON

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: NEUROLOGIA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

TERCER PARCIAL.

TEMA: ATENCION PRIMARIA EN EL

EVC.



ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DIAGNÓSTICO Y CUIDADO DE UN PROBABLE EVC

<p>Evaluación inicial sospecha</p>	<p>Sospecha ¿? Interrogatorio y exploración física orientada. El cuadro sugiere una EVC:</p> <p>Si: TAC o IRM → se confirma: isquémico/hemorrágico. a) isquémico: iniciar manejo médico de sostén. indicaciones y no contraindicaciones par rtPA: SI → trombolisis: vigilar posibles complicaciones + continuar manejo médico de sostén de la EVC. + rehabilitación temprana. NO → continuar manejo médico de sostén de la EVC. + vigilar complicaciones. +rehabilitación temprana. b) hemorrágico: requiere cirugía urgente → si/no. Si: iniciar y mantener manejo médico de sostén. Referencia inmediata a neurocirugía. No: continuar manejo médico de sostén de la EVC. + vigilar complicaciones. + rehabilitación temprana. No: diagnóstico diferencial.</p>
<p>EVALUACION INICIAL. En pc no estable</p>	<p>ABC Y ACCESO EV Estabilización de vía aérea y respiratoria: -Glasgow <8 (o que baja rápidamente): protección de vía aérea. -intubación (secuencia rápida). -HTIC: co2; 32-36 mmhg, manitol.</p> <p>Suplemento de oxígeno si satO2 <94% -no en no hipoxicos. -O2 hiperbárico no recomendado.</p>
<p>Evaluación inicial En pc estable. Triage</p>	<p>1° Tomar TC (ACV isquémico y hemorrágico) 2° Usar score de severidad: -NIHSS -Glasgow <i>evaluar al inicio y durante la evolución. determinar gravedad, valor pronostico.</i></p> <p>TC: evaluación de imagen al ingreso, TC sin contraste- Debe realizarse en <20 min del ingreso, no nos podemos fiar de la severidad o la extensión que muestre la TC, no nos podemos retrasar con la terapia trombolítica. a. ANGIOTEM b. en pc que no tienen riesgo no pedir urea y creatinina.</p>

	<p>c. en pc candidatos a trombectomía: art carótida extra craneal y vertebral.</p> <p>d. stroke de 6 a 24 h en circulación anterior: CTP, RMN-D. Trombectomía: estado de circulación colateral.</p>
MANEJO	<p>Evaluación clínica. Establecer sospecha: Déficit neurológico focal agudo: -FAST: facial, arms, speech and time score.</p> <p>A) La escala FAST-ED (mayor o igual a 4 puntos) es una alternativa para la detección de ACVi por oclusión de vaso grande proximal y decisión de referencia directa a centro especializado con trombectomía mecánica.</p> <p>B) Para el grupo de pacientes que inician con vértigo persistente, alteración del nivel de conciencia, alteración súbita de la visión, inestabilidad para la marcha u otros signos/síntomas que hagan que se mantenga la sospecha clínica de ACVi a pesar de que no fueron detectados por estas escalas derivar a centros especializados.</p> <p>Confirmar y localizar con imágenes cerebrales: TC, RM, TCp. Tomar antes de los 20 – 25 min. Interpretación antes de los 45 min, desde la llegada del pc al hospital.</p> <p>-Angiotomografía de a, cerebrales, carotídeas y vertebrales: mejor decisión (trombolisis, trombectomías). (AVCi) -Sospecha de AVCi de vaso grande: ATC cervical y cerebral, escala de ASPECTS. En la mayoría de casos la TC sin contraste será útil para determinar el tipo de evento, su localización y decidir el manejo.</p> <p>Evaluación de la severidad: -escala de NIHSS: severidad Predice la respuesta terapéutica en términos de sensibilidad y especificidad.</p> <p>-En pacientes con ACVi se recomienda aplicar la escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) para evaluar su severidad. -La valoración clínica de los pacientes con ACVi debe integrar además del puntaje en la escala NIHSS, el territorio vascular comprometido (circulación anterior o posterior) y la ubicación del infarto (izquierda-derecha). Los pacientes con puntajes de NIHSS mayores o iguales a 25 puntos deben ser considerados como pacientes con ACVi severos, donde los resultados de terapias de reperfusión por trombolisis permanecen inciertos.</p>

<p>Terapia de reperfusión</p>	<p>En pacientes con ACVi que cumplan criterios de elegibilidad, se recomienda usar rTPA endovenoso inmediatamente dentro de las 4.5 horas del inicio de síntomas.</p> <p>En pacientes con ACVi por oclusión de vaso grande proximal que cumplan con los criterios de elegibilidad se sugiere realizar trombectomía mecánica dentro de las 6 horas de inicio de los síntomas, según disponibilidad y capacidad resolutive.</p> <p>En pacientes con ACVi por oclusión de vaso grande proximal, que cumplan criterios de elegibilidad de los ensayos clínicos de referencia de 6 a 24 horas de inicio de los síntomas, se sugiere realizar trombectomía mecánica, según disponibilidad y capacidad resolutive.</p>
<p>En pacientes con ACVi se recomienda la monitorización continua no invasiva.</p>	<p>Incluye las funciones vitales: presión arterial, frecuencia y ritmo cardiaco, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura y glicemia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Este monitoreo estaría indicado para todos los pacientes hasta definir la extensión y severidad del ACVi, generalmente entre a 48 a 72 horas del inicio de los síntomas del paciente.
<p>PRESION ARTERIAL</p>	<p>En pacientes con ACVi no se sugiere modificar, reducir o elevar, deliberadamente la presión arterial.</p> <p>En pacientes con ACVi que no sean candidatos a terapias de reperfusión y que cursan con cifras de presión arterial iguales o mayores a 220/120 mmHg, estas deberían disminuirse en un 15% en las primeras 24 horas de inicio de los síntomas.</p> <p>En pacientes con ACVi candidatos a terapias de reperfusión, deberían mantener una presión arterial menor a 185/110 mmHg. Asimismo, en aquellos que han recibido terapia de reperfusión, se debe mantener una presión arterial menor a 180/105 mmHg durante las primeras 24 horas.</p> <p>En pacientes con ACVi valorar el inicio de antihipertensivos orales o habituales luego de las 24 horas del inicio del evento. BPC 5.2.4 En pacientes con ACVi la hipotensión y la hipovolemia deberían corregirse para mantener niveles de perfusión tisular adecuados.</p>
<p>GLICEMIA</p>	<p>En pacientes con ACVi es aceptable mantener niveles de glicemia entre 140 y 180 mg/dl en las primeras 24 h. No se sugiere usar insulina para mantener la glicemia en niveles entre 72 a 135 mg/dL.</p> <p>En pacientes con ACVi es razonable el monitoreo estrecho de los niveles de glicemia para prevenir la hipoglicemia y en caso de hipoglicemia (< 60 mg/dL) tratarla.</p>
<p>HIPOTERMIA</p>	<p>En pacientes con ACVi no se recomienda la hipotermia terapéutica.</p> <p>En pacientes con ACVi mantener la normotermia. Si la temperatura fuera mayor a 38°C iniciar tratamiento antipirético con medidas farmacológicas, no farmacológicas y buscar etiología</p>

USO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS	<p>En pacientes con ACVi que no recibieron terapia trombolítica, iniciar la terapia antiagregante plaquetaria dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas.</p> <p>En pacientes con ACVi que recibieron terapia trombolítica, iniciar el tratamiento antiagregante posterior a 24 horas de la administración de la terapia trombolítica y luego de realizar un control con TAC.</p> <p>En pacientes con ACVi usar Acido Acetil Salicílico (AAS) a dosis de carga de 160 a 300 mg por vía oral, luego administrar 100 mg cada 24 horas. Como alternativa en aquellos que no puedan recibir AAS considerar el uso de Clopidogrel, a dosis de carga de 300 mg vía oral, luego administrar 75 mg cada 24 horas</p>
ATEROESCLEROSIS	<p>En pacientes con ACVi con sospecha de aterosclerosis se sugiere el uso de estatinas de intensidad moderada a alta, como atorvastatina de 40 a 80 mg u otras, independientemente de los niveles de lípidos basales según disponibilidad. Para decidir la dosis se debe valorar la tolerancia, edad y comorbilidades del paciente.</p>
NO ANTICOAGULACION INMEDIATA	<p>En pacientes con ACVi de etiología cardioembólica u otras con indicación de anticoagulación considerar el inicio de acuerdo al tiempo de enfermedad, severidad y extensión del infarto cerebral, que suele hacerse entre los 4 y 14 días del inicio de síntomas.</p>
INTERVENCION QUIRURGICA	<p>En pacientes con ACVi extenso o maligno se recomienda la intervención quirúrgica (craniectomía o hemicraniectomia descompresiva) frente al tratamiento médico</p>
INTERVENCIONES DE REHABILITACION	<p>En pacientes con ACVi que no pueden deglutir de forma segura, se sugiere garantizar la alimentación a través del uso de SNG.</p> <p>En pacientes con ACVi no se sugiere el uso sistemático (en todos los pacientes) de sonda nasogástrica para garantizar la alimentación.</p>

BIBLIOGRAFIAS:

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/938e0d4902bd12696e1bb0566b897a20.pdf>

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/102_GPC_Enfermedad_Vascular/squemica/SS_102_08_GRR.pdf

https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2014/mf143_4e.pdf

https://www.youtube.com/watch?v=wGkrFqQ0hkw&ab_channel=TelesaludHospitalCayetanoHeredia