

Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

César Samuel Morales Ordóñez.

Dr. Raúl de la Rosa Pacheco.

“MANEJO DE EVC ISQUÉMICO”.

NEUROLOGÍA.

Grado: 6 Grupo: “A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 29 de Mayo del 2025.

MANEJO DE EVC ISQUÉMICO

¿Qué se hace en los primeros 10 minutos?

0 - 10 minutos

Evaluación rápida "ABCDE(X)" + Glucometría.
Aplicar escala de CINCINNATI (detección oportuna).
Iniciar NIHSS.
Monitorización y Oxigenación

Valoramos lo siguiente.

COMO PRIMER PASO SE DA REVISIÓN DE SIGNOS VITALES.

FRECUENCIA CARDÍACA
FRECUENCIA RESPIRATORIA
TENSIÓN ARTERIAL
TEMPERATURA
SatO2

Glucosa
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

HIPOGLUCEMIA
HIPOXEMIA

EXPLORACIÓN FÍSICA

DETECCIÓN RÁPIDA Y PREHOSPITALARIA EN SOSPECHA DE UN EVC

Escala CINCINNATI
Para accidente cerebrovascular

Escala pre-hospitalaria que permite valorar la posibilidad de que un paciente este referido a un accidente cerebrovascular (ACV).
Escala 3 parámetros, la aparición repetida de alguno es indicador de lesión cerebral, por lo que hay que buscar asistencia médica de forma inmediata.

INDICADOR	INDICACIÓN	SEÑAL	SEÑAL
Respiración	Padre al paciente que respira	Respirar la última hora	Respiración la última hora
Cada vez que	Padre al paciente que respira	Respirar la última hora	Respiración la última hora
Respiración	Padre al paciente que respira	Respirar la última hora	Respiración la última hora

Interpretación

RESULTADO	PROBABILIDAD DE EVC
1 signo positivo	10%
2 signos positivos	90%

CUANTIFICAR LA GRAVEDAD DEL EVC

ESCALA NIHSS
Escala clínica inicial sobre gravedad neurológica en ACV isquémico.

ITEM	FARMACETICO	PUNTAJACION
1	Nivel de Conciencia	Si alerta: 1; somnoliento: 2; atáxico: 3; coma: 4
2	Orientación	Si responde a todas las preguntas: 1; responde a una pregunta: 2; no responde a ninguna pregunta: 3
3	Parcial de la cara	Si normal: 1; parálisis parcial de la mitad: 2; parálisis total de la mitad: 3
4	Compre Visual	Si normal: 1; hemianopsia parcial: 2; hemianopsia homolateral: 3; hemianopsia bilateral: 4
5	Función Motora (Derecha)	Si normal: 1; solo debilidad en 1 o 2: 2; si algún miembro superior: 3; si no hay movimiento: 4; si algún movimiento: 5
6	Función Motora (Izquierda)	Si normal: 1; solo debilidad en 1 o 2: 2; si algún miembro superior: 3; si no hay movimiento: 4; si algún movimiento: 5
7	Parcial de miembros	Si asintomático: 1; presente en una extremidad: 2; presente en dos extremidades: 3; parálisis total: 4
8	Ataxia	Si normal: 1; déficit leve: 2; déficit total: 3
9	Lenguaje	Si normal: 1; leve a moderado: 2; grave o analfabeto: 3; no habla: 4
10	Orientación	Si normal: 1; leve a moderado: 2; grave o analfabeto: 3; no habla: 4
11	Ataxia / Inestabilidad	Si normal: 1; inestabilidad leve: 2; inestabilidad severa: 3

Nota: puntuación en Escala NIHSS: 0-5: leve a moderado; 6-15: moderado a grave; >16: grave a severo. En pacientes candidatos a fibrilación debe ser transportado hasta 4-12 h, 16-24 h y a las 24 h.

ESCALA DE GLASGOW PARA VALORAR SI REQUIERE INTUBACIÓN.

VARIABLE	RESPUESTA	PUNTAJACION
APERTURA OCULAR	Espontánea	4
	Estímulo Verbal	3
	Al dolor	2
RESPUESTA VERBAL	Nula	1
	Orientado	5
	Desorientado	4
RESPUESTA MOTORA	Palabras Inapropiadas	3
	Sonidos Incomprensibles	2
	Nula	1

< a 25 minutos

Solicitar TAC de cráneo sin contraste. Iniciar ASPECTS. Identificar si es un EVC Isquémico ó Hemorrágico.

VALORAR EL DAÑO ISQUÉMICO EN TAC SIMPLE DE CRÁNEO

Sobre un máximo de 10 puntos (TC normal, sin signos de isquemia), se resta un punto por cada una de las áreas en que se observan signos precoces de isquemia en el territorio superficial (L, M1, M2, M3, M4, M5, M6) y profundo de la arteria cerebral media (C, IC, L). Ha de valorarse sólo los signos de isquemia aguda y a dos niveles, uno ganglionar a nivel de tálamo, caudado y ganglios basales (PLANO A) y otro supraganglionar a nivel de centro semioval y corona radiata (PLANO B).

ASPECTS menores de 7 en período ventana son indicativos de peor pronóstico y pueden constituir en sí mismos una contraindicación para trombolisis IV.

Plano A: nivel ganglionar
Plano B: nivel supraganglionar

< a 45 minutos

Confirmar Diagnóstico (TAC Interpretada y dar Criterio de Manejo Hospitalario)

Detectar Criterios de Exclusión de Trombolisis

- 1.-Tiempo > 4.5 hrs desde inicio.
- 2.-Hipertensión severa persistente (PA >185/110 mmHg).
- 3.-TAC con sangrado.
- 4.-Hipoglucemia grave.
- 5.-Convulsiones al inicio.
- 6.-Anticoagulación activa (INR >1.7, heparina reciente).
- 7.-Cirugía intracraneal < a 3 meses ó general < a 14 días.
- 8.-hemorragia digestiva < 21 días.
- 9.-ASPECTS < a 7 ó zona de Hipodensidad > a 1/3 de la ACM.
- 10.-TROMBOCITOPENIA < a 100.000.
- 11.- Prolongación de Tiempos de Coagulación.
- 12.-Diseccción aórtica.
- 13.-Edad: < a 18 años ó > 80 años.
- 14.-Malformaciones Vasculares/Coagulopatias.
- 15.- NIHSS < a 4 ó > a 25.

¿Candidato a TROMBOLISIS?

SÍ

TRATAMIENTO DE 1ª ELECCIÓN

Administrar **ATEPLASA 0.9 mg/kg (Máx. 90 mg).**

10% en BOLO.

90% restante en infusión IV en 60 Minutos.

NO

TRATAMIENTO DE 2ª ELECCIÓN

Administrar **TENECTEPLASA 0.25 mg/kg BOLO UNICO (Máx. 25 mg).**

MEDIDAS DE NEUROPROTECCIÓN

- Oxigenoterapia si el SatO2 es < a 94%.
- Control térmico (evitar Fiebre).
- Manejo de Glicemia con un parámetro de 140 - 180 mg/dl
- Elevar la Cabeza a 30°
- Monitorización Continua.
- Evitar Hipovolemia, Hipoxia e Hipotensión.
- USAR Sol. Hipertónica para dar Hiponatremia transitoria y disminuir el Edema Cerebral.

METAS EN PACIENTES NEUROCRITICOS CON BASE A LA ESCALA DE GHSOT CAP

Metas de tratamiento en el PACIENTE NEUROCRÍTICO

G Glucosa Mantener 180 mg/dL - a 80 mg/dL.	C Confort Control del dolor, ansiedad y estrés.
H Hemoglobina Meta entre 7-9 mg/dL.	A Arterial Blood Pressure 160 mmHg
O Oxígeno Mantener SpO2 entre 94-97%.	P PCO2 Evitar < 35mmHg
S Sodio Mantener > 135 mEq/L - a 155 mEq/L.	
T Temperatura Evitar temperatura >38°C	

ELEVACIÓN DE LA CABEZA DEL PACIENTE A 30-40° PARA DISMINUCIÓN DE LA PIC

EMERGENCIA HIPERTENSIVA EN EVC ISQUÉMICO

¿TROMBOLISIS?

SÍ

T.A > 185/110 mmHg.

Bajar el 15% en 1 hr.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE 1ª ELECCIÓN

LABETALOL

0.25 - 0.5 MG/KG EN BOLO.

2 - 4 Mcg/Min.

5 - 20 Mcg/Hora.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE 2ª ELECCIÓN

NICARDIPINO

5 - 15 mg/hora.

2.5 (15 a 30 Minutos).

NO

T.A > 220/120 mmHg.

Bajar el 15% en 24 hrs.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE 1ª ELECCIÓN

LABETALOL

0.25 - 0.5 MG/KG EN BOLO.

2 - 4 Mcg/Min.

5 - 20 Mcg/Hora.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE 2ª ELECCIÓN

NICARDIPINO

5 - 15 mg/hora.

2.5 (15 a 30 Minutos).