



**Jazmin Guadalupe Ruiz García**

**Dr. Raul de la Rosa Pacheco**

**Manejo de EVC isquémico**

**Neurología**

**6° "A"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de mayo de 2025.

# EVC ISQUÉMICO

Px con sospecha de EVC

Signos vitales

Temperatura  
Tensión arterial  
Frecuencia cardíaca  
Glucemia capilar  
SATO2

Interrogar y realizar exploración física en búsqueda de déficit neurológico

Valoración con escala prehospitalaria

¿Escala positiva para sospecha?



SI

Prueba de glucosa para descartar hipoglucemia

¿Hipoglucemia?

NO

Sospecha alta de EVC valorar escala de NIHSS

Escala de NIHSS >20

SI

Solicitar estudios de laboratorio y gabinete que incluya TAC o RM urgente

¿Se observa EVC hemorrágico?

Hemograma

Escala NIHSS Neurología		Escala clínica inicial sobre gravedad neurológica en ACV isquémico	
1. Nivel de conciencia	0-5	1. Nivel de conciencia	0-5
2. Desviación ocular	0-4	2. Desviación ocular	0-4
3. Respuesta verbal	0-5	3. Respuesta verbal	0-5
4. Respuesta motora	0-6	4. Respuesta motora	0-6
5. Ataxia	0-4	5. Ataxia	0-4
6. Extremidad superior izquierda	0-5	6. Extremidad superior izquierda	0-5
7. Extremidad superior derecha	0-5	7. Extremidad superior derecha	0-5
8. Extremidad inferior izquierda	0-5	8. Extremidad inferior izquierda	0-5
9. Extremidad inferior derecha	0-5	9. Extremidad inferior derecha	0-5
10. Lengaje	0-4	10. Lengaje	0-4
11. Memoria	0-2	11. Memoria	0-2
12. Atención	0-2	12. Atención	0-2
13. Total	0-25	13. Total	0-25

Valoración por neurocirugía

NO

Datos radiológicos de EVC isquémico

La sintomatología tiene >6 horas de evolución

Px candidato a tto trombolítico/endovascular

Px no candidato a trombolisis

TAC simple de control

Continuar tto médico de soporte para prevenir secundaria

Imagenología

ASPECTS

Evaluar criterios

Definir conveniencia de manejo endovascular

Exclusión

Inclusión

TCE o EVC en los 3 meses previos  
Sospecha de hemorragia subaracnoidea  
TA >185/110  
Hemorragia activa  
Punción arterial en sitio no comprensible en los últimos 7 días  
Plaquetas <100,000  
Glucemia <50 mg/dl  
TPTa anormal por adm de hepatina en las últimas 48 hrs  
NIHSS <4 o >25  
Edad <18 o >80 años  
Uso de anticoagulantes  
Trombocitopenia  
Cx mayor <1 semana  
Hemorragia gastrointestinal

<3 horas de evolución  
Dx clínico de EVC isquémico  
No evidencia de lesión hemorrágica  
No hipoglucemia  
3-4.5 horas de evolución  
No anticoagulantes orales

HTA ¿Trombolisis?

Medidas de neuroprotección

>220/120

Valorar ingreso a UCI

185/110

NO

SI

15% 24 horas

Alteplase 0.9 mg/kg  
Maximo: 90 mg

Tenecteplase 0.25 mg/kg  
Max: 25 mg

En 10% bolo x minuto (90% infusión por una hora)

Única /bolo máximo

1 a

2 a

Labetalol (0.25-0.5 mg/kg)  
2-4 mcg/min  
5-20 mcg/hr

Nicardipino 5-15 mg/hr  
2.5 mg (15-30 min)

PACIENTE NEUROCRÍTICO METAS DE TRATAMIENTO	
GLUCOSA	Mantener < 200 mg/dL - > 80 mg/dL
HEMOGLOBINA	Meta entre 7-9 mg/dL
Oxígeno	Mantener SpO2 entre 94-98%
SODIO	Mantener < 155 mEq/L > 135 mEq/L
TEMPERATURA	Evitar febril > 38°C
CONFORT	Control del dolor, ansiedad y agitación
ARTERIAL	PAM 180 mmHg DPC < 150 mmHg
Pco2	Evitar < 35 mmHg

## Referencias bibliográficas

- Arauz, Antonio, & Ruíz-Franco, Angélica. (2012). Enfermedad vascular cerebral. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 55(3), 11-21. Recuperado en 30 de mayo de 2025, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422012000300003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000300003&lng=es&tlng=es).
- Arias Rodríguez, F. D., Ayala Pavón, M. E., Paredes Chamorro, J. D., Muñoz García, S. L., Lagla Aguirre, C. D., Risueño Vásquez, F. A., & Carrasco Ronquillo, G. A. (2023). Enfermedad cerebro vascular isquémica diagnóstico y tratamiento.