Esmeralda Jiménez Jiménez

DR. DE LA ROSA PACHECO RAUL

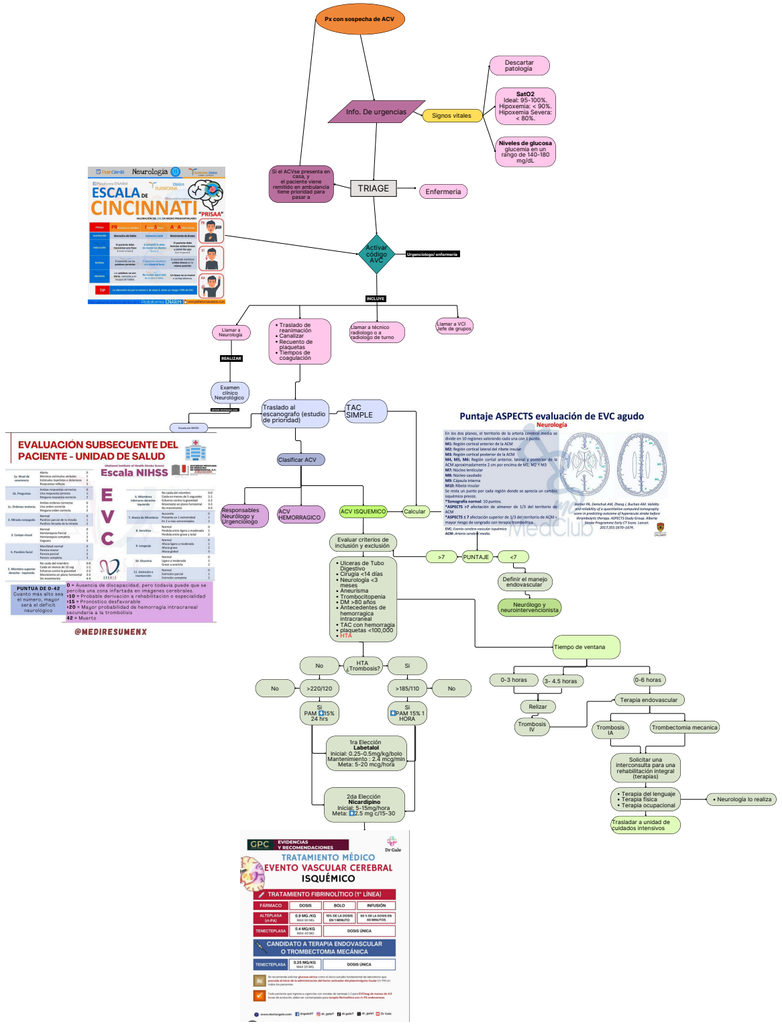
Algoritmo de Manejo de EVC tipo isquémico

Neurología

Grado: 6°

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 29 de mayo 2025


Px con sospecha de ACV
Info. De urgencias
Signos vitales
Descartar patologia
SatO2
Ideal: 95-100%.
Hipoxemia < 90%.
Hipoxemia Severa: < 80%.
Niveles de glucosa
glucemia en un rango de 140-180 mg/dL
Si el ACVse presenta en casa, y el paciente viene repentinamente, la enfermera tiene prioridad para pasar a
TRIAGE
Enfermeria
ACVse código ACV
Lo gestiona/gestiona enfermeria
REALIZA
Llamar a Neurologia
Traslado de reanimación
Canalizar
Recuento de plaquetas
Tiempos de coagulación
Llamar a técnico radiologo o a radiologo de turno
Llamar a VC1 (vía de grupo)
REALIZAR
Examen clínico Neurológico
Traslado al escanografo (estudio de prioridad)
TAC SIMPLE
Clasificar ACV
Responsables Neurólogo y Angiólogo
ACV HEMORRAGICO
ACV ISQUEMICO
Calcular
Evaluar criterios de inclusión y exclusión
• Ulceras de Tubo Digestivo
• Cirugía <14 días
• Anticoagula <3 meses
• Aneurisma
• Trombocitopenia
• DM >80 años
• Antecedente de hemorragia intracraneal
• TAC con hemorragia
• plaquetas <100,000
• HTA
>7
PUNTAJE
<7
Definir el manejo endovascular
Neurólogo y neurointervencionista
Tiempo de ventana
0-3 horas
3- 4.5 horas
0-6 horas
Relizar
Trombosis IV
Terapia endovascular
Trombosis IA
Trombectomia mecanica
Solicitar una interconsulta para una rehabilitación integral (terapias)
• Terapia del lenguaje
• Terapia fisica
• Terapia ocupacional
• Neurologia lo realiza
Trasladar a unidad de cuidados intensivos
No
HTA (Trombosis)
Si
No
>220/120
>185/110
No
PAM 15% - 24 hrs
PAM 15% 1 HORA
1ra Elección
Labetalol
Inicial: 0.25-0.5mg/kg/bolo
Mantenimiento : 2-8 mcg/min
Meta: 5-20 mcg/hora
2da Elección
Nicardipino
Inicial: 5 -15mg/hora
Meta: 2.5 mg C/15-30
Puntaje ASPECTS evaluación de EVC agudo
Neurología
En los dos planos, el territorio de la arteria cerebral media se divide en 10 regiones señalando cada una con 1 punto.
M1: Región cortical anterior de la ACM
M2: Región cortical lateral del rilete insular
M3: Región cortical posterior de la ACM
M4, M5, M6: Región cortial anterior, lateral y posterior de la ACM aproximadamente 2 cm por encima de M1, M2 Y M3
M5: Nucleos lenticular
M6: Nucleos caudado
M6: Capsula interna
M10: Rilete insular
Se resta un punto por cada región donde se aprecia un cambio isquémico precoz.
*Tomografía normal: 10 puntos.
ASPECTS ≠7 afectación de almenor de 1/3 del territorio de ACM
ASPECTS ≥ 7 afectación superior de 1/3 del territorio de ACM
Fuente: Tomografía computarizada en hemorragia cerebral
DM: Diabetes mellitus
ACM: Arteria cerebral media
Barber PA, Demchuk AM, Zhang J, Buchan AM. Validity and reliability of a quantitative computed tomography score in predicting outcome in hyperacute stroke before thrombolysis: Alberta Stroke Program Early CT Score. Lancet. 2000;355:1670-1674.
Medicalis
Fuente: Medicalis
2017;2017:3191-3194.
EVALUACION SUBSECUENTE DEL PACIENTE - UNIDAD DE SALUD
Escala NIHSS
EVC
ISQUEMICO
1a. Nivel de conciencia
1b. Preguntas
1c. Ordenes motoras
2. Mirada conjugada
3. Campo visual
4. Parálisis facial
5. Miembro superior derecho - izquierdo
6. Miembro inferior derecho - izquierdo
7. Ataxia de Miembros
8. Sensibilidad
9. Lenguaje
10. Disartria
11. Anomalías - inattención
No acepta ni responde
Responde a estímulos dolorosos
Cumple ordenes no motoras
Responde a preguntas
Cumple ordenes motoras
Normal
Parálisis parcial de la mirada
Desviación forzada de la mirada
Normal
Hemianopsia Parcial
Hemianopsia completa
Ceguera
Movilidad normal
Parálisis menor
Parálisis parcial
Parálisis completa
No cae
Cae en menos de 5 seg
Cae en menos de 5 seg
Intento contra la gravedad
Movimiento en plano horizontal
No movimiento
Normal
Afasia leve-moderada
Afasia grave
Mutismo - afasia global
Normal
Ligera o moderada
Severa o afasia global
Normal
Extinción parcial
Extinción completa
0
1
2
3
1
2
3
0
1
2
0
1
2
0
1
2
0
1
2
0
1
2
0
1
2
0
1
2
0
1
2
0
1
2
0
1
2
PUNTUA DE 0-42
Cuanto mas alto sea el puntaje, mas grave será el deficit neurológico
0 = Ausencia de discapacidad, pero todavia puede que se perciba una zona infartada en imágenes cerebrales.
1-5 = Probable derivación a rehabilitación o especialidad
15 = Pronóstico desfavorable
20 = Alta probabilidad de hemorragia intracraneal secundaria a la trombólisis
42 = Muerto
@MEDIRESUMENX
GPC EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES
Dr Ordo
TRATAMIENTO MÉDICO
EVENTO VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO
TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO (1° LÍNEA)
FÁRMACO
DOSIS
BOLO
INFUSIÓN
ALTEPLASA (t-PA)
0.9 MG/KG
MAX: 90 MG
10% DE LA DOSIS EN 1 MINUTO
90 % DE LA DOSIS EN 60 MINUTOS
TENECTEPLASA
0.4 MG/KG
MAX: 40 MG
DOSIS ÚNICA
CANDIDATO A TERAPIA ENDOVASCULAR O TROMBECTOMIA MECÁNICA
TENECTEPLASA
0.25 MG/KG
MAX: 25 MG
DOSIS ÚNICA
No se recomienda iniciar glucosa administrada a menos a menos que hay hipoglucemia que pueda ser tratada de la administración del factor activador del plasminógeno tisular (t-PA) en dosis de glucosa.
Todo sistema que ingresa a urgencias con sospecha de ventrículo 1 Lupus ETIOLOGÍA de riesgo de ICS Hasta de evaluación, debe ser coordinadas por medio Neurología con el fin de evaluarlas.
www.drordoingenieria.com
@ingordo97
Dr_ordo97
Dr_ordo97
Dr_ordo97
Dr Ordo