Diego Alejandro Flores Ruiz

Esquema

Neurología

Sexto B

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de mayo del 2025

manejo del EVC isquémico agudo

⏱ Primeros 10 minutos – Evaluación Inicial

1. Recepción del paciente con sospecha de EVC

- Activar Código Cerebro o equipo de ACV.
- Registrar hora de inicio de síntomas (o última vez visto bien).

2.Valoración inicial rápida ABCDE

- Asegurar vía aérea, ventilación y oxigenación.
- Monitorizar signos vitales.

Signos vitales
Presión arterial
<185/110 mmHg si trombólisis <220/120 mmHg si no trombólisis
FC
60–100 lpm
Temperatura
<37.5°C
Saturación de oxígeno
≥94%
Glucosa
140–180 mg

•Hipoglucemia puede simular EVC.
•Hipoxemia.

📋 Evaluación Clínica y Escalas (10-25 minutos)

📋 Evaluación Clínica y Escalas (10–25 minutos)

1. NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale)

- Evalúa gravedad del EVC isquémico (0–42 puntos).
- <5: leve, >20: grave.

2. Escala de Cincinatti (pre-hospitalaria)

- Detección rápida: asimetría facial, debilidad de brazos, alteración del habla.

3. Escala ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT Score)

- Se evalúa posterior a TAC para valorar daño en territorio cerebral anterior (MCA).
- 10: sin daño; <6 sugiere daño extenso.

🖥️ Estudios por Imagen (dentro de 25-45 minutos)

1. TAC de cráneo simple sin contraste
   - Debe realizarse en los primeros 20-25 min tras llegada.
   - Objetivo: descartar hemorragia u otras causas no isquémicas.
2. Si está disponible: Angio-TAC cerebral para valorar oclusión de grandes vasos.

🚨 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA TROMBOLISIS IV (rtPA – Alteplasa)

Contraindicaciones absolutas

- Hemorragia intracraneal en TAC
- Tiempo de evolución >4.5 horas (sin criterios extendidos)
- TCE o cirugía mayor en últimas 3 semanas
- INR >1.7, TTP prolongado, plaquetas <100,000
- PA >185/110 mmHg no controlada

Contraindicaciones relativas

- Crisis convulsiva al inicio sin recuperación neurológica
- Edad >80 años con factores de riesgo
- Historia de sangrado digestivo reciente
- Diabetes + EVC previo (riesgo aumentado de sangrado)
- Infarto extenso en TAC (ASPECTS <6)

📍 Algoritmo de Emergencia Hipertensiva Pre-Trombolisis

1. Si PA >185/110 mmHg, reducir antes de trombolizar:

HTA
Trombolisis ?

- Si
  - >185/110
    - Si
      - Disminuir 15% PAM en 1 hora
        - Labetalol de 0.25-0.5 mg/kg/bolo iv —>1 elección
          2-4mcg /min —> mantenimiento iv hasta la meta
          5-20mcg/ hrs —> de control después de llegar a la meta
        - Nicardipino 5-15 mg/hora—> 2 elección
          Aumentar 2.5mg c/15-30min hasta la meta
      - Meta
    - No
  - >220\120
    - Si
      - Disminuir PAM 15% en 24 horas meta
      - Mismo tratamiento
    - No

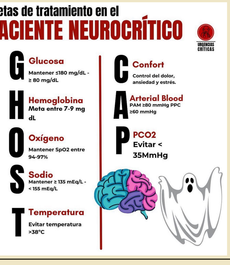
🧪 Trombolisis con rtPA (Alteplasa)

•Indicación: EVC isquémico <4.5 horas sin contraindicaciones.
•Dosis:
- Total: 0.9 mg/kg (máx. 90 mg)
- 10% en bolo IV en 1 min
- 90% restante en infusión IV durante 60 minutos

Envío a UCI

🧠 Medidas de Neuroprotección

1. Oxigenoterapia si SatO2 <94%
2. Glucosa: mantener entre 140-180 mg/dL
3. Temperatura: tratar fiebre (antipiréticos si >37.5°C)
4. Cabecera elevada 30° si edema cerebral o riesgo de aspiración
5. Evitar hipotensión o hipovolemia
6. Control de crisis epilépticas
7. Evitar hipoxia, hipoglucemia, hipernatremia/hiponatremia



Presented with xmind