Carlos Alberto Hernández Meza

DR. Raúl pacheco de la rosa

Neurología

Grado: 6

Grupo: B

EVC isquémico

Evaluar inicial rápida
- Signos vitales
  - TA
  - FC
  - FR
  - SpO2
  - Tiempo de inicio de sintomas(ultimas ves vitos normal)
  - Oxigeno terapia Sato2 <94%

primeros 10 minutos

Electro cardiograma y muestra de LAB
- Glucosa
- Creatinina
- TTPa
- Pruebas de coagulación

Monitoreo cardiopulmonar (inmediato)

Establecer acceso venoso

Medidas de Neuroprotección

Evitar hiperglucemia (>180 mg/dL) o hipoglucemia (<60 mg/dL).

Repetir TAC cerebral a las 24 h antes de iniciar AAS si fue trombolizado.

Oxigenación adecuada: 02 si SatO2 <94%.

No administrar anticoagulantes/ antiagregantes en primeras 24 h post-tPA.

Control de temperatura: Evitar hipertermia (>37.5°C).

Evitar hiponatremia y manejo cuidadoso de líquidos.

Decúbito supino (30° si riesgo de aspiración).

Evitar hipotensión e hipovolemia.

Cincinatti

Escalas a realizar (NIHSS, ASPECTS, Cincitatti)

NIHSS: puntaje >4-<25

ASPECTS: Evaluación daño isquémico en TC

Momento de solicitar TAC

Antes de los 25 min

Determinar si es isquémica o hemorrágica

Realizar e inspeccionar en <45 min de llegada

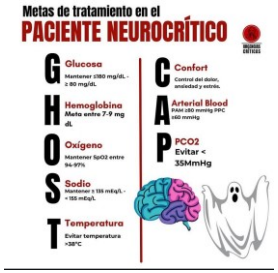
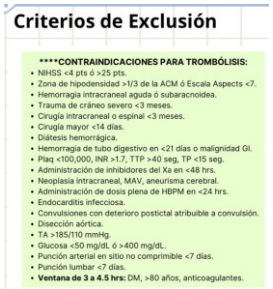
Emergencia hipertensiva (si PA>185/110 mmHg)

Objetivo: 4PA a <185/110 mmHg para poder trombolizar.

Algoritmo de manejo antihipertensivo antes de trombólisis:

Nitropusiato de sodio o clevidipino (alternativas en UCI)

Medicamentos:

Nicardipino IV 5 mg/h, aumentar 2.5 mg/h cada 5-15 min (máx. 15 mg/h).

Labetalol 10-20 mg IV en bolo (puede repetirse o iniciar infusión 2 mg/min).