



Mauricio Aguilar Figueroa

Dr. Raul de la Rosa Pacheco

Manejo EVC isquémico

Neurología

6 “C”

Paciente con sospecha de EVC

Primeros 10 minutos

- Valorar signos vitales
- Glucosa capilar inmediata
- Determinar hora cero
- Descartar diagnósticos diferenciales: hipoxia, hipoglucemia, convulsión, TCE.
- Preparar traslado a imagenología.

Evaluación clínica con escalas



- Escala de Cincinnati
- NIHSS (puntuación 0 a 42)



Solicitar TAC simple de cráneo

Si

- 20 min de llegada
- Identifica si el EVC es isquémico o hemorrágico

Hemorrágico no trombolizar

Evaluación con ASPECTS

<7 No trombolizar

>7 trombolizar

Criterios de exclusión

- Tiempo desde hora cero > 4.5 h.
- TA >185/110 mmHg
- Sangrado activo, trauma reciente, cirugía mayor.
- INR > 1.7,
- Convulsión al inicio sin recuperación neurológica.
- Glucosa < 50 o > 400 mg/dL.
- NIHSS < 4 o > 25.

>220 / 160 no trombolizar

Disminuir TA en un 15% en 24 horas

Emergencia hipertensiva >185/110

Bajar 15% hora

- Labetalol: 0.25–0.5 mg/kg IV
- Nicardipino: 5 mg/h IV (+2.5 mg/h c/15 min)
- Nifedipino

Mejora trombolizar

¿Es candidato a trombólisis?

No

- Aspirina 300 mg dosis inicial, luego 100 mg diarios.
- Considerar Clopidogrel 300 mg inicial, luego 75 mg diarios.

Si

- Administrar Alteplasa:
 - 0.9 mg/kg máx 90 mg
 - 10% en bolo IV, el resto en infusión continua de 1 hora
- Alternativa: Tenecteplasa 0.25 mg/kg en bolo único máx 25 mg

medidas de neuroprotección

Si

- Glucosa >80 mg/dL
- Hemoglobina 7–9 g/dL
- Oxigenación 94–97%
- Sodio 135–145 mEq/L
- Temperatura <38°C
- Confort
- PAM <160 mmHg
- PCO₂ >35 mmH