



UDS
Mi Universidad

**Docente:
Dr. Francisco Calderón
Hernández.**

**Alumna: Evelin Samira
Andres Velazquez.**

**Licenciatura: Medicina
Humana.**

8° Semestre 3° Parcial.

**Materia: Urgencias
Médicas.**

Tema: Ictus Isquémico.

Actividad: Supernota.

EPIDEMIOLOGÍA



- Nivel mundial del 80% incidencia.
- América Latina 2a causa de discapacidad en adultos.
- México, 7a causa de muerte, mortalidad 16.14/100 000.

DEFINICIÓN

- Episodio súbito de disfunción focal cerebral, de retina o médula espinal.
- Duración ≥ 24 horas.
- En la imagen o la autopsia con infarto o hemorragia.



CLASIFICACIÓN

ISQUEMICO 70%

- Infarto (75%): Evidente en imagen.
- Isquemia cerebral transitoria (25%):
- Reversible y breve, no hay lesión en imagen.

HEMORRAGICO 30%

- Intracerebral (10-20%).
- Subaracnoidea (5-10%).



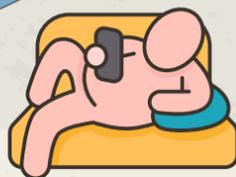
EVOC



FACTORES DE RIESGO

- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus.
- Obesidad.

Modificables 90.5%



- Tabaquismo.
- Sedentarismo.
- Mala alimentación.



ETIOLOGÍA

Cardioembolismo.

- Fibrilación Auricular + Estasis sanguínea y turbulencia en AI.

Arteriosclerosis.

- Placas de ateroma en paredes vasculares.

LESIÓN POR TERRITORIO

Carótida: Arteria oftálmica:

- Nervio óptico.

Cerebral anterior:

- Córtex motor y sensitivo.
- Pies y piernas.

LESIÓN POR TERRITORIO

Cerebral media (lenguaje)+imp.

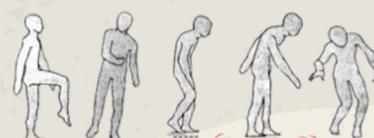
- Áreas miradas conjugada y radiaciones ópticas.

Carótida interna:

- Amaurosis fugax + Síndrome de Horner.

Cerebral anterior:

- Hemiparesia e hemihipoestasia contralateral crural + sin hemianopsia.
- Tríada Hakim Adams.



LESIÓN POR TERRITORIO

Cerebral posterior:

- Hemianopsia homónima contralateral.
- Sin afectación pupilar.
- Sin hemiparesia.

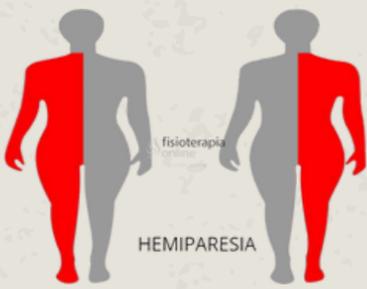
Infarto lacunar:

- Ictus motor y sensitivo.
- Capsula interna hemiparesia hemicorporal (fascio-braqui-crural).
- Tálamo hemihipoestasia hemicorporal (fascio-braquio crural).

LESIÓN POR TERRITORIO

Cerebral media:

- Hemiparesia e hemihipoestasia + Afasia (global) + Hemianopsia homónima contralateral.



SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Afectación motora y sensitiva.
- Disfasia o afasia.
- Alteraciones visuales.
- Diplopía.
- Vértigo.
- Ataxia.
- Hemiopsia.
- Cuadrantopsia.
- Pérdida súbita del estado del alerta.



E V C



CLÍNICA Y VALORACIÓN PREHOSPITALARIA

- Desviación conjugada de la mirada = $\circ > 1$ (2 puntos).
- Estado de conciencia/mandos motores (1 punto).
- No puede mantener los brazos levantados > 10 segundos.
- Cincinnati (más sensible).
- FAST (más fácil).



ESCALAS

NIHSS <25:

- Llevar manejo con calma, Tx 3 a 4 horas.
- 6-25 puntos para TAC y hospitalización.

ASPECTS:

- > 7 : menor aspectos empeoran las cosas.
- < 7 : más grave.

TRATAMIENTO

Fibrinolítico.

- < 4.5 horas.
- < 60 minutos (10% al minuto).
- Ventana terapéutica extendida (9hrs).
- Rt-PA intravenoso: Alteplasa 0.9 mg/kg; si no Tenecteplasa.
- Bolo inicial 10% dosis total calculado a 1 min-resto en 60 minutos.

Trombectomía mecánica.

- < 6 horas.
- ACI-ACM m1-Basilar proximal.
- NIHSS < 25 ASPECTS > 7 .
- Ventana terapéutica extendida 24 horas.
- Stent removable tx estándar y trombólisis endovenosa.

NOTA

- Cincinnati (código cerebro).
- Glucosa capilar/clínica/TAC-simple.
- Tratamiento < 4.5 horas (Fibrinolítico), Trombectomía (afectación proximal).
- EVC proximal-ACM hiperdensa (Stent removable).
- Si fuera de 4.5 horas -> Resonancia magnética.

DIAGNÓSTICO

- Glucosa capilar + NIHSS (clínico).
- TAC simple (aspects) signo de la arteria cerebral media hiperdensa.
- Glucosa sérica-BHC-Descarte (laboratorios).
- Nota: NO RETRASAR TAC O GLUCOSA