DIANCECHT
Capacitarse hace la diferencia

SIMPEC

SIMPOSIO INTERNACIONAL
DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

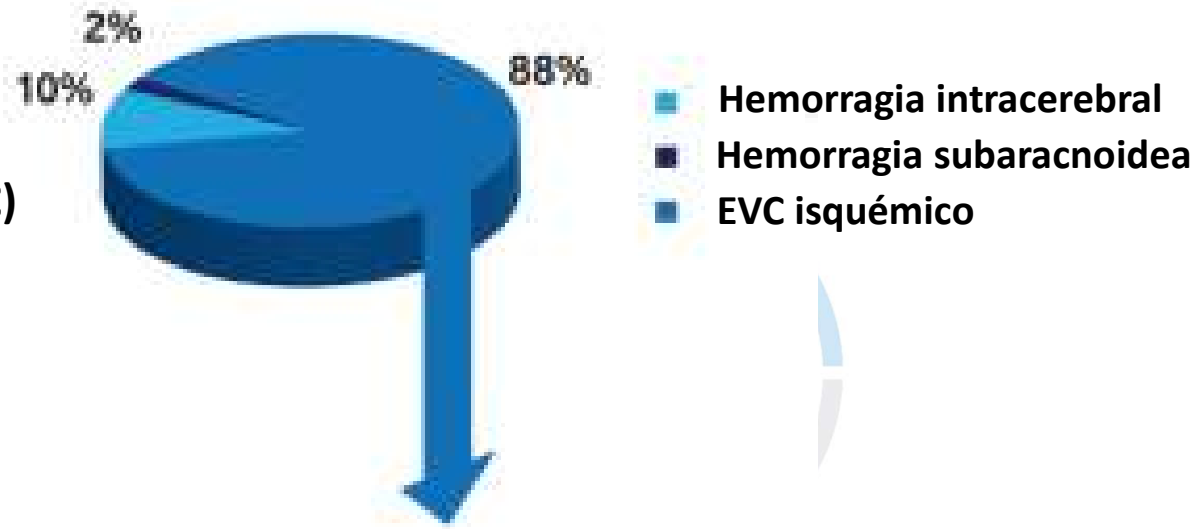
SIMPEC
SIMPOSIO INTERNACIONAL
DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

Código *STROKE*

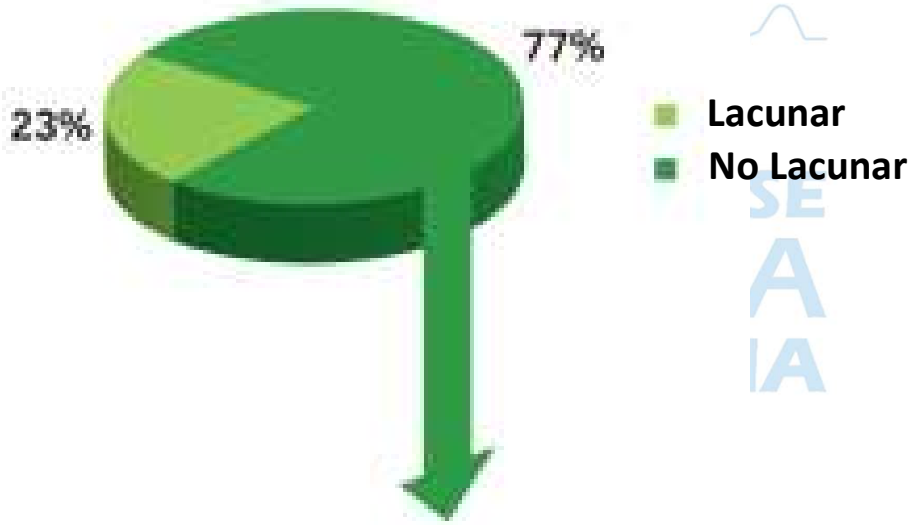
Abordaje y manejo del Evento Vascular Cerebral

Prof. SILVIO AGUILERA
Especialista en Medicina de Emergencias
Presidente Fundación emergencias
Presidente Sociedad Argentina de Medicina Prehospitalaria SAMPRE
Presidente Asociación Latinoamericana de Cooperación en emergencias médicas y desastres ALACED

Evento vascular Cerebral (EVC)

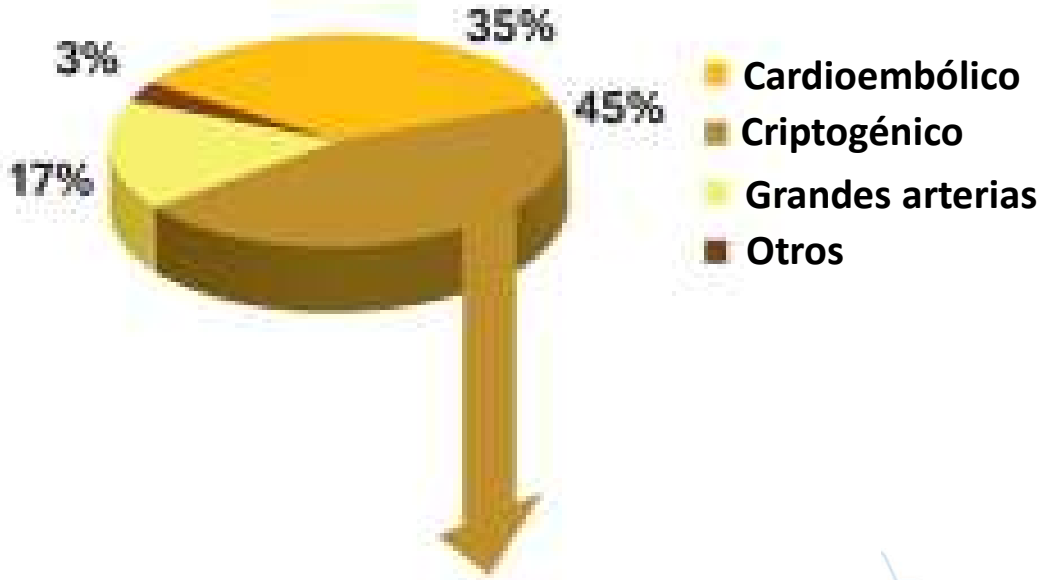


Evento vascular Cerebral (EVC) Isquémico

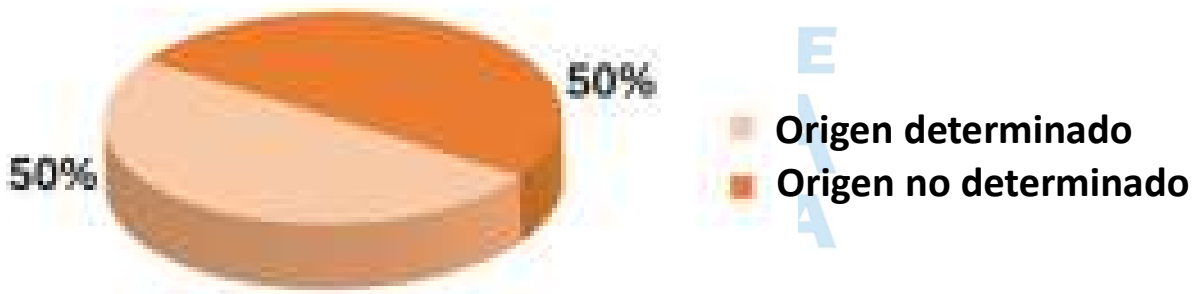


Kleindorfer, Dawn O., et al. "2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association." *Stroke* (2021): STR-0000000000000375.

Evento vascular Cerebral No lacunar



Evento vascular Cerebral (EVC) Criptogénico



Kleindorfer, Dawn O., et al. "2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association." *Stroke* (2021): STR-0000000000000375.

Eventos isquémicos

Fibrinolisis

Tratamiento endovascular

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia A)

Accidente
Isquémico
Transitorio

DIANCECHT
Capacitarse hace la diferencia
HACE LA DIFERENCIA

Objetivos

- Confirmar el diagnóstico
- Identificar y tratar la causa
- Guiar la rehabilitación temprana
- Orientar la prevención secundaria temprana

DIANCECHT
Capacitarse hace la diferencia
CAPACITARSE HACE LA DIFERENCIA

Un AIT se define como una pérdida aguda de la función cerebral u ocular focal con síntomas que duraron menos de 24 horas (en general duran 10 minutos) y que, después de una investigación adecuada, se presumió que se debía a una enfermedad vascular embólica o trombótica.

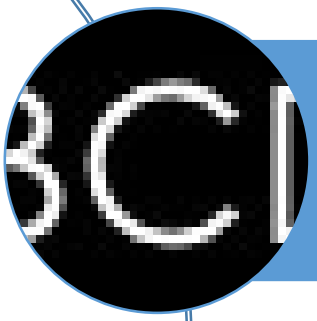
DIFERENCIA

European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of transient ischaemic attack

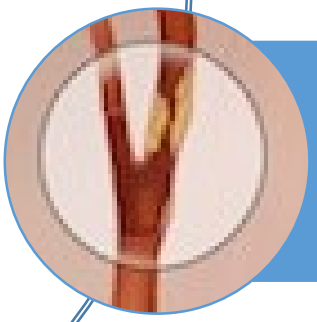
En pacientes con un AIT, se recomienda la revisión especializada del paciente dentro de las 24 horas posteriores al inicio de los síntomas.

Recomendación Fuerte
Calidad de evidencia Baja

Fonseca, Ana Catarina, et al. "European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of transient ischaemic attack." *European Stroke Journal* (2021): 2396987321992905.



Bajo riesgo



Alto riesgo

European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of transient ischaemic attack

En pacientes con sospecha de AIT de *alto riesgo*, remitir inmediatamente a una clínica de AIT o la hospitalización en una unidad de accidentes cerebrovasculares

Recomendación de expertos

Fonseca, Ana Catarina, et al. "European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of transient ischaemic attack." *European Stroke Journal* (2021): 2396987321992905.

Point assignment and odds (or hazard) ratios for stroke after transient ischemic attack in three risk scores

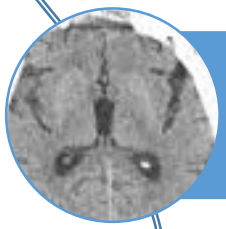
Clinical Feature	Points	2 Days	7 Days	90 Days
California				
Age older than 60 years	1	—	—	1.8
Diabetes	1	—	—	2.0
TIA duration >10 minutes	1	—	—	2.3
Weakness with TIA	1	—	—	1.9
Speech impairment with TIA	1	—	—	1.5
ABCD				
Age older than 60 years	1	—	2.57[a]	—
Blood pressure elevation (initial systolic blood pressure >140 mm Hg or diastolic blood pressure >90 mm Hg)	1	—	9.67[a]	—
Clinical feature: unilateral weakness	2	—	6.61[a]	—
Clinical feature: speech disturbance without weakness	1	—	2.59[a]	—
Duration of symptoms 10–60 minutes	1	—	3.08[a]	—
Duration of symptoms >60 minutes	2	—	6.17[a]	—
ABCD[2]				
Age older than 60 years	1	1.4	1.4	1.5
Blood pressure elevation (systolic blood pressure >140 mm Hg or diastolic blood pressure >90 mm Hg)	1	2.1	1.9	1.6
Clinical feature: unilateral weakness	2	2.9	3.5	3.2
Clinical feature: speech disturbance without weakness	1	1.4	1.5	1.7
Duration of symptoms 10–60 minutes	1	2	1.9	1.7
Duration of symptoms >60 minutes	2	2.3	2.6	2.1
Diabetes	1	1.6	1.4	1.7

DIANCECHT
Capacitarse hace la diferencia

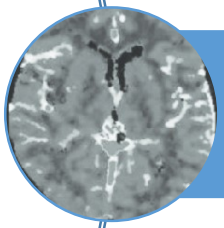
Evaluación del riesgo scores

Brett Cucchiara, MD
Ann Emerg Med. 2008;52:S27-S39

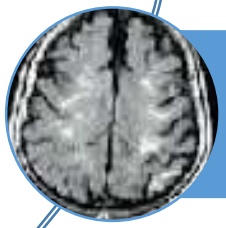
- síntomas neurológicos focales en curso
- 1 AIT en los últimos 7 días
- presencia de fibrilación auricular
- estenosis carotídea diagnosticada
- paciente tratado con anticoagulante
- puntuación $ABCD^2 \geq 4$



TAC estándar



TAC de perfusión



RMN (difusión o perfusión)

TAC sin contraste: 1.8-6%

TAC con perfusión: 35-42%

RMN difusión: 30.5-38.4%

RMN perfusión: 32-47%

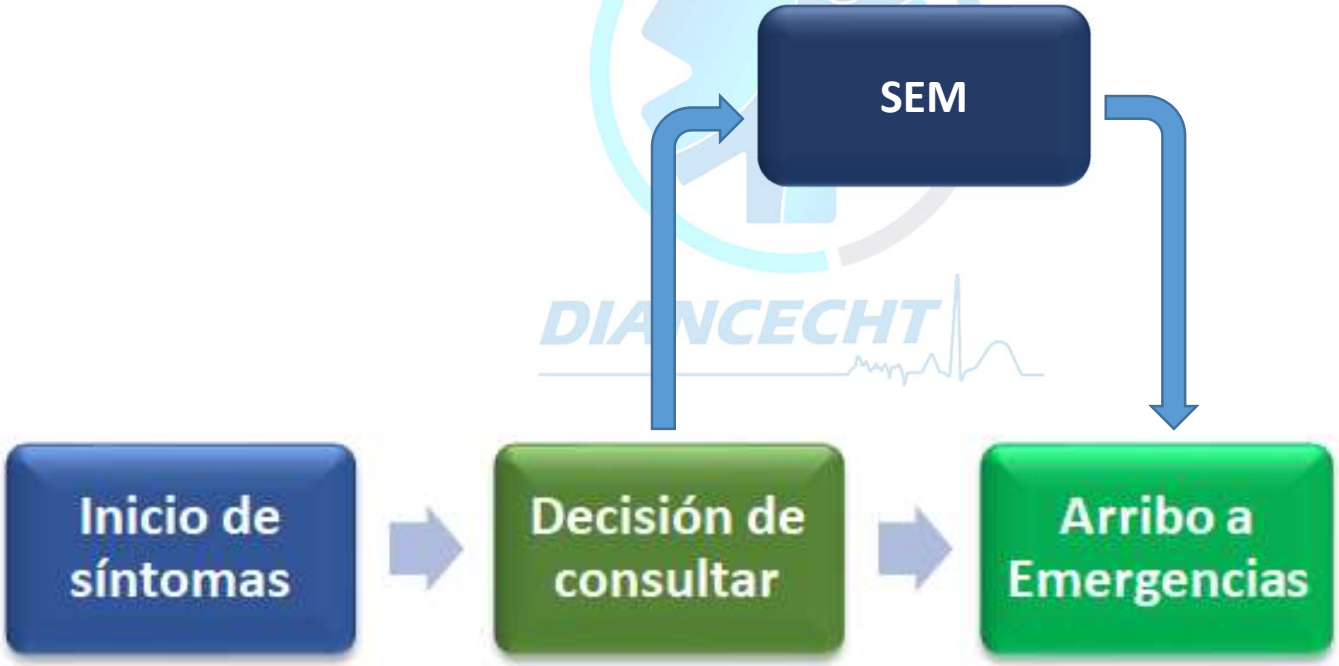
Se debe realizar imagen no invasiva de los vasos cervicales de forma rutinaria como parte de la evaluación de los pacientes con sospecha de AIT (Clase I, Nivel de Evidencia A).

HACE LA DIFERENCIA

Enfermedad cerebro vascular

Pasos y Tiempos en ECV

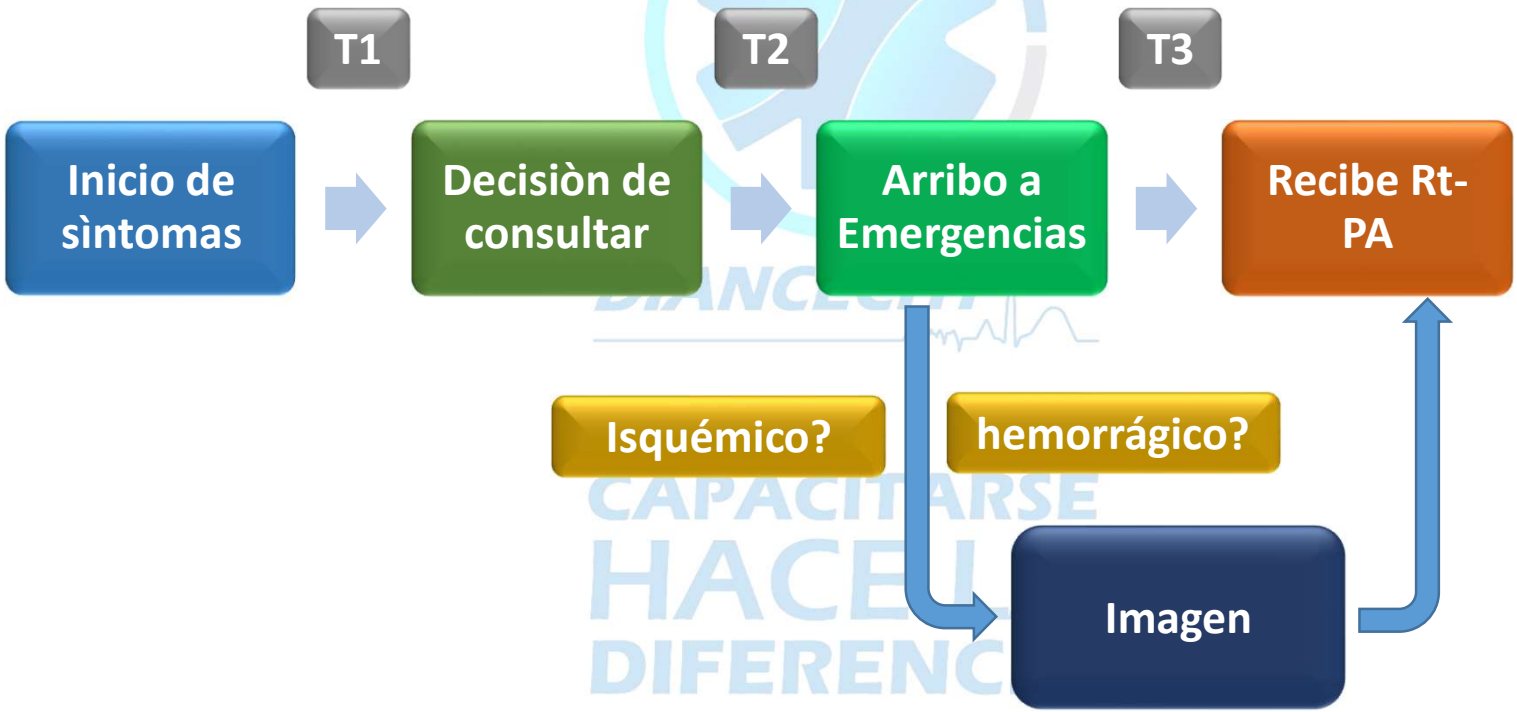
Escala de Cincinatti FAST



Scale	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	AUC
CPSSS ≥ 2	0.83	0.40	0.40	0.88	0.89
ROSIER ≥ 4	0.79	0.76	0.61	0.88	0.77
RACE ≥ 5	0.85	0.68	0.42	0.94	0.85
ASTRAL > 16	0.84	0.71	0.54	0.92	0.84
mNIHSS ≥ 7	0.77	0.77	0.62	0.87	0.77
aNIHSS ≥ 1	0.95	0.31	0.40	0.92	0.52
sNIHSS 5 ≥ 4	0.72	0.80	0.63	0.85	0.77
NIHSS-R	0.83	0.61	0.51	0.88	0.78
LAMS ≥ 4	0.81	0.89			0.85
PASS ≥ 2	0.61	0.83	0.66	0.80	0.74
3ISS ≥ 2	0.65	0.72	0.42	0.87	0.75
VAN positive	1	0.90	0.74	1	0.92
LEGS cut-off 4	0.69	0.81	0.60	0.86	
LVOS ≥ 3	0.75	0.50			0.69
MPSS ≥ 3	0.84	0.65	0.54	0.89	0.71
G-FAST ≥ 3	0.88	0.39	0.31	0.92	0.64
FAST-ED ≥ 4	0.60	0.89	0.72	0.82	0.81
NIHSS ≥ 9	0.95	0.70	0.86		
sNIHSS-EMS	0.70	0.81	0.70	0.81	0.81

DIANCECHT
Capacitarse hace la diferencia

Vidale, S., and E. Agostoni. "Prehospital stroke scales and large vessel occlusion: a systematic review." *Acta Neurologica Scandinavica* 138.1 (2018): 24-31.


T1
T2
T3
Inicio de sìntomas
Decisiòn de consultar
Arribo a Emergencias
Recibe Rt-PA
Isquémico?
hemorrágico?
Imagen

Estudios de imágenes

TAC sin contraste

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia A)

RMN

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia B-NR)

Angio TAC con perfusión

Angio RMN

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia A)

CAPACITARSE

AHA/ASA Guideline

Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke

A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

DIANCECHT
Capacitarse hace la diferencia

Se recomienda la administración de alteplasa IV en pacientes elegibles *sin* obtener primero una RMN para excluir microhemorragias cerebrales (MEC)

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia B-NR)

No hay que demorarse para obtener neuroimágenes multimodales adicionales, como imágenes de perfusión por TAC y RMN

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia B-NR)

DIANCECHT
Capacitarse hace la diferencia

RMN con difusión útil en pacientes con tiempo de inicio incierto

Recomendación
(Clase IIa
Nivel de evidencia B-R)

HACE LA DIFERENCIA

Trombectomía mecánica

DIANCECHT
Capacitarse hace la diferencia

Se recomienda la obtención de imágenes de vasos no invasivos de las arterias intracraneales

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia A)

Ante sospecha de oclusión de un gran vaso se debe realizar lo antes posible una imagen vascular no invasiva

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia A)

DIANCECHT
Capacitarse hace la diferencia

Ante ausencia de antecedentes de enfermedad renal, realizar angioTAC

Recomendación
(Clase IIa
Nivel de evidencia B-NR)

HACE LA DIFERENCIA

Trombectomía mecánica

Utilidad de imágenes de las arterias carótidas y vertebrales extracraneales

Recomendación
(Clase IIb
Nivel de evidencia C-EO)

HACE LA DIFERENCIA

T1
T2
T3
Inicio de síntomas
Decisión de consultar
Arribo a Emergencias
Rt-PA
Imagen

ED-Based Care

Action	Time
Door to physician	≤10 minutes
Door to stroke team	≤15 minutes
Door to CT initiation	≤25 minutes
Door to CT interpretation	≤45 minutes
Door to drug (≥80% compliance)	≤60 minutes
Door to stroke unit admission	≤3 hours

Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke (AHA/ASA)*Stroke.* 2013;44:870-947;

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ ACV isquémico en los últimos 3 meses
- ✓ Trauma severo en los últimos 3 meses (incluye TEC agudo)
- ✓ Cogulopatía:
  - ✓ plaquetas< 100.000/mm3
  - ✓ RIN > 1.7
  - ✓ KPTT > 40 seg
  - ✓ TP > 15 seg
- ✓ Heparina de bajo peso molecular las últimas 24 hs
- ✓ Inhibidores de la trombina o del factor Xa

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Endocarditis bacteriana (> riesgo sangrado cerebral)
- ✓ Disección aórtica asociada
- ✓ Neoplasia intracraneal
- ✓ Clínica fuertemente sospechosa de HSA
- ✓ Neoplasia GI o sangrado digestivo en los últimos 21 días
- ✓ Cirugía cerebral o espinal en los últimos 3 meses
- ✓ Antecedente de ACV hemorrágico

ESCALA DE INFARTO CEREBRAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DE LOS EEUU (NIHSS)

1. **Estado de conciencia**
   a) 0 Alerta
   b) 1 Somnoliento
   c) 2 Estuporoso
   d) 3 Coma (con o sin decorticación o descerebración)
2. **Orientación**
   a) 0 Bien orientado en las 3 esferas
   b) 1 Orientado parcialmente
   c) 2 Totalmente desorientado o no responde
3. **Obediencia a órdenes sencillas**
   a) 0 Abre y cierra los ojos al ordenársele
   b) 1 Obedece parcialmente
   c) 2 No obedece órdenes
4. **Mirada conjugada**
   a) 0 Normal
   b) 1 Paresia o parálisis parcial de la mirada conjugada
   c) 2 Desviación forzada de la mirada conjugada
5. **Campos visuales**
   a) 0 Normal
   b) 1 Hemianopsia parcial
   c) 2 Hemianopsia completa
   d) 3 Hemianopsia bilateral completa (ceguera cortical)
6. **Paresia facial**
   a) 0 Ausente
   b) 1 Paresia leve
   c) 2 Paresia severa o parálisis total
7. **Fuerza MSD**
   a) 0 Normal (5/5)
   b) 1 Paresia leve (4/5)
   c) 2 Paresia moderada (3/5)
   d) 3 Paresia severa (2/5)
   e) 4 Paresia muy severa (1/5)
   f) 9 Parálisis (0/5) o no evaluable (amputación, sinartrosis)
8. **Fuerza MSI**
   a) 0 Normal (5/5)
   b) 1 Paresia leve (4/5)
   c) 2 Paresia moderada (3/5)
   d) 3 Paresia severa (2/5)
   e) 4 Paresia muy severa (1/5)
   f) 9 Parálisis (0/5) o no evaluable (amputación, sinartrosis)
9. **Fuerza MID**
   a) 0 Normal (5/5)
   b) 1 Paresia leve (4/5)
   c) 2 Paresia moderada (3/5)
   d) 3 Paresia severa (2/5)
   e) 4 Paresia muy severa (1/5)
   f) 9 Parálisis (0/5) o no evaluable (amputación, sinartrosis)
10. **Fuerza MII**
   a) 0 Normal (5/5)
   b) 1 Paresia leve (4/5)
   c) 2 Paresia moderada (3/5)
   d) 3 Paresia severa (2/5)
   e) 4 Paresia muy severa (1/5)
   f) 9 Parálisis (0/5) o no evaluable (amputación, sinartrosis)
11. **Ataxia**
   a) 0 Sin ataxia
   b) 1 Presente en un miembro
   c) 2 Presente en dos miembros
12. **Sensibilidad**
   a) 0 Normal
   b) 1 Hipoestesia leve a moderada
   c) 2 Hipoestesia severa o anestesia
13. **Lenguaje**
   a) 0 Normal
   b) 1 Afasia leve a moderada
   c) 2 Afasia severa
   d) 3 Mutista o con ausencia de lenguaje oral
14. **Disartria**
   a) 0 Articulación normal
   b) 1 Disartria leve a moderada
   c) 2 Disartria severa, habla incomprensible
   d) 9 Intubado o no evaluable
15. **Atención**
   a) 0 Normal
   b) 1 Inatención a uno o dos estímulos simultáneos
   c) 2 Hemi-inatención severa

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: ≤ 3 hs

- ✓ Síntomas neurológicos
- ✓ Edad: mayor de 18 años (sin límite de edad)
- ✓ NIHSS ≥ 5 (leve 0-4; severo >25)
- ✓ TAC o RMN sin sangrado
- ✓ TA < 185/110
- ✓ Glucemia > 50 mg%

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia A, B-R, B-NR)

DIANCECHT
Capacitarse hace la diferencia
CAPACITARSE HACE LA DIFERENCIA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: 3-4.5 hs

- ✓ Síntomas neurológicos
- ✓ Edad: mayor de 18 años y ≤ 80 años. Sin DM ni ECV previo
- ✓ NIHSS ≥ 5 y ≤ 25
- ✓ Sin AC Orales
- ✓ TAC o RMN sin sangrado
- ✓ TAC > 1/3 territorio de ACM
- ✓ TA < 185/110
- ✓ Glucemia > 50 mg%

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia A, B-R, B-NR)

DIANCECHT
Capacitarse hace la diferencia
CAPACITARSE HACE LA DIFERENCIA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: 3-4.5 hs

- ✓ Síntomas neurológicos
- ✓ Edad: mayor de 18 años y > 80 años. Incluye DM y ECV previo
- ✓ NIHSS > 25 (incierto)
- ✓ Sin AC Orales
- ✓ TAC o RMN sin sangrado
- ✓ TAC < 1/3 territorio de ACM
- ✓ TA < 185/110
- ✓ Glucemia > 50 mg%

Recomendación
(Clase IIa/IIb)

DIANCECHT
CAPACITARSE HACE LA DIFERENCIA

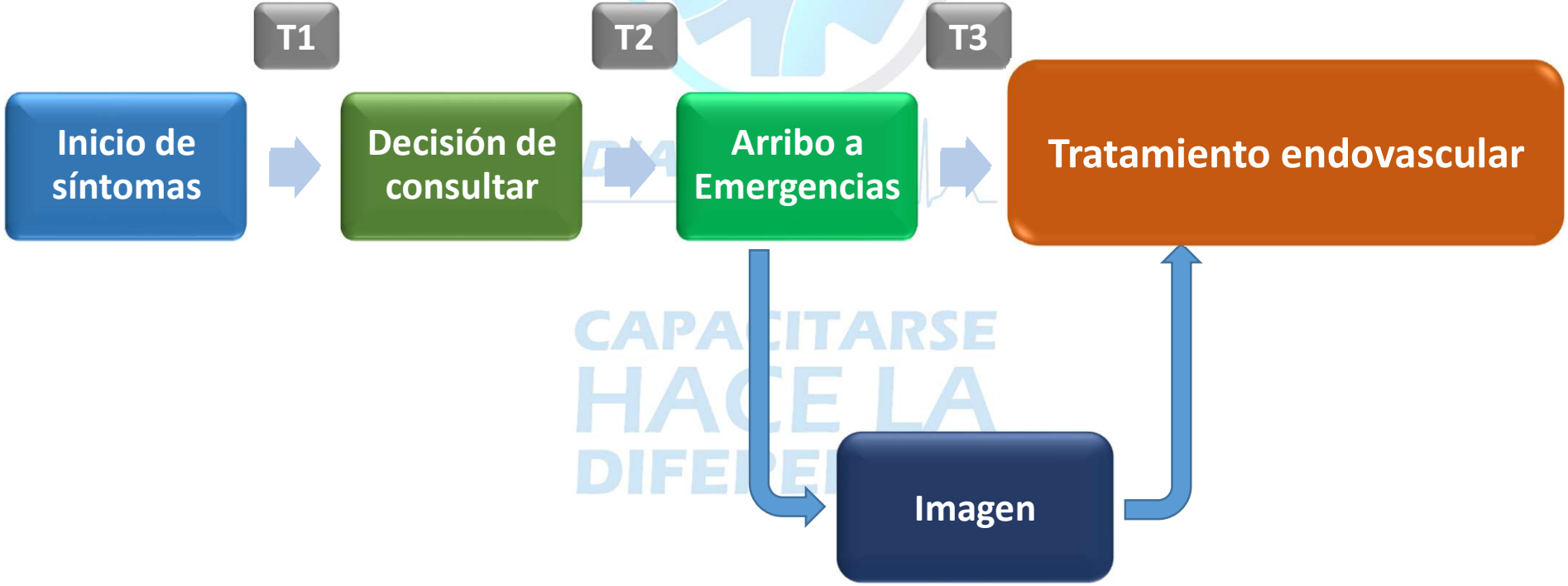
Alteplase

Dosis estándar: **0.9 mg/kg. 10% bolo en 1 min y 90% infusión en 60 min**
Dosis máxima: 90 mg

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia A)

Alternativa: Tenecteplase: **0.25 mg/kg en bolo**
Dosis máxima: 25 mg

Recomendación
(Clase IIb
Nivel de evidencia B-R)


T1
T2
T3
Inicio de síntomas
Decisión de consultar
Arribo a Emergencias
Tratamiento endovascular
Imagen

Los pacientes dberían recibir tratamiento endovascular si reúnen todos los siguientes criterios.

(a) prestroke mRS score 0 a 1,

(b) Causado por oclusión de la arteria carótida interna o proximal ACM

(c) edad ≥18 años,

(d) score NIHSS ≥6,

(e) ASPECTS ≥6, and

(f) Inicio tratamiento: dentro de las 6 hs de inicio de los síntomas.

CAPACITARSE ACE LA RE

Trombectomía mecánica

Recomendación (Clase I Nivel de evidencia A)

Trombectomía por aspiración

Recomendación (Clase I Nivel de evidencia B-R)

ESCALA DE RANKIN MODIFICADA

GRADO	SITUACIÓN FUNCIONAL	DESCRIPCIÓN
0	Sin síntomas	
1	Discapacidad no significativa a pesar de síntomas	Capaz de llevar a cabo todas las tareas habituales
2	Discapacidad ligera	Incapaz de llevar a cabo todas sus actividades anteriores, pero capaz de llevar sus asuntos sin ayuda
3	Discapacidad moderada	Requiere alguna asistencia, pero es capaz de andar sin ayuda
4	Discapacidad moderada severa	Parcialmente dependiente. Incapaz de andar y atender satisfactoriamente sus necesidades corporales sin ayuda
5	Discapacidad severa	Totalmente dependiente. Confinamiento en la cama, incontinencia y requerimiento de cuidados y atenciones constantes
6	Muerto	

Los pacientes dberían recibir tratamiento endovascular si reúnen todos los siguientes criterios.

(a) prestroke mRS score 0 a 1,

(b) Causado por oclusión de la arteria carótida interna o proximal ACM

(c) edad ≥ 18 años,

(d) score NIHSS ≥ 6,

(e) ASPECTS ≥ 6, and

(f) Inicio tratamiento: dentro de las 6 hs de inicio de los síntomas.

CAPACITARSE ACE LA RE

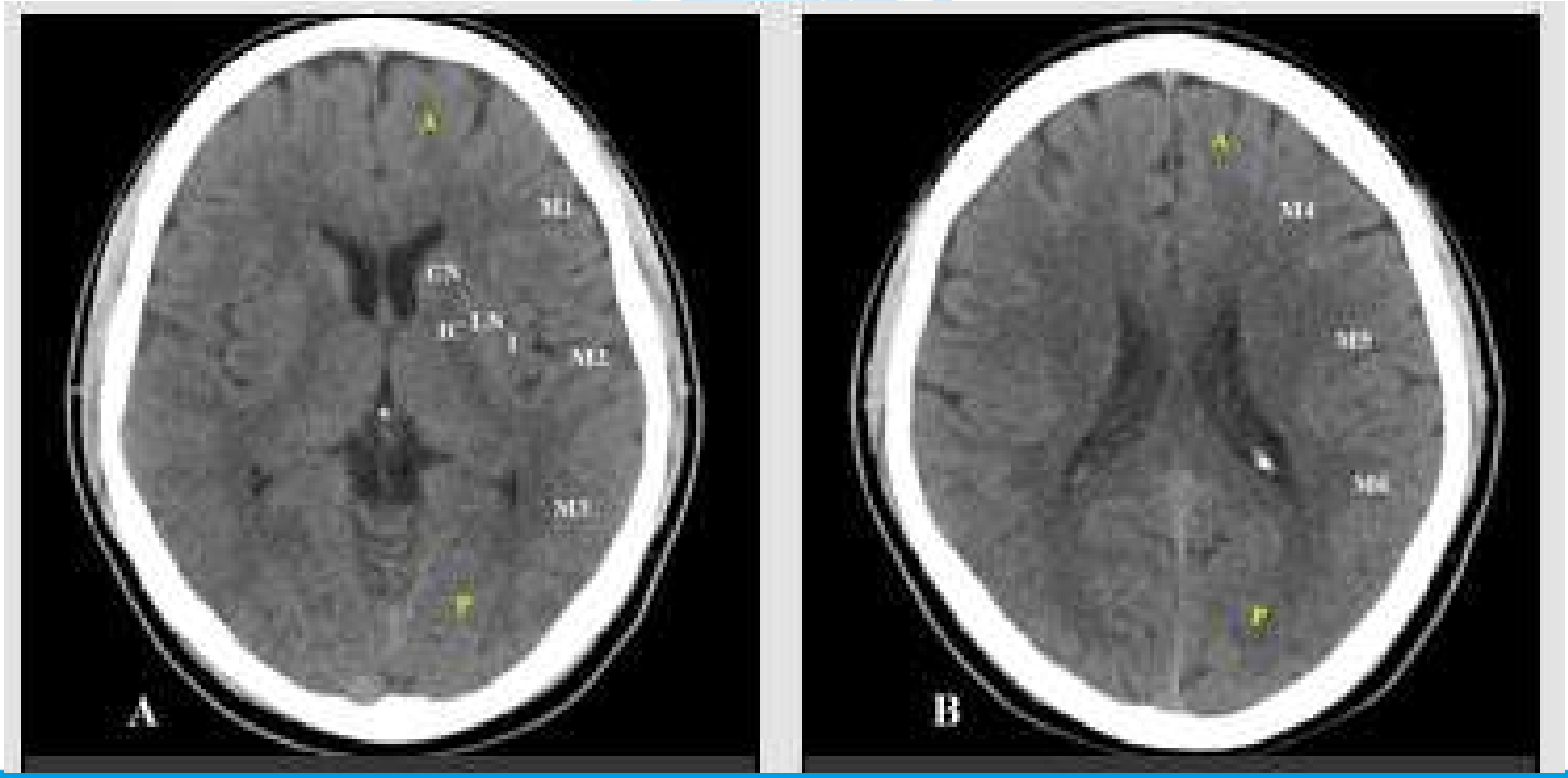
Trombectomía mecánica

Recomendación (Clase I Nivel de evidencia A)

Trombectomía por aspiración

Recomendación (Clase I Nivel de evidencia B-R)

Score ASPECTS



Los pacientes dberían recibir tratamiento endovascular si reúnen todos los siguientes criterios.

(a) prestroke mRS score 0 a 1,

(b) Causado por oclusión de la arteria carótida interna o proximal ACM

(c) edad ≥ 18 años,

(d) score NIHSS ≥ 6,

(e) ASPECTS ≥ 6, and

(f) Inicio tratamiento: dentro de las 6 hs de inicio de los síntomas.

CAPACITARSE ACE LA RE

Trombectomía mecánica

Recomendación (Clase I Nivel de evidencia A)

Trombectomía por aspiración

Recomendación (Clase I Nivel de evidencia B-R)

AHA/ASA Guideline

Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke

A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

Trombectomía mecánica 6 a 16 hs	Grupo pacientes seleccionados	Recomendación (Clase I Nivel de evidencia A)
Trombectomía mecánica 16 a 24 hs	Grupo pacientes seleccionados	Recomendación (Clase IIa Nivel de evidencia B-R)

DIANCECHT
Capacitarse hace la diferencia

AHA/ASA Guideline

Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke

A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

DIFERENCIA

Estudios complementarios

Glucemia (previo a rtpa)

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia BNR)

ECG
Troponina

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia BNR)

Rx tórax

Recomendación
(Clase IIb
Nivel de evidencia BNR)

Ocho H a cuidar

- **HIPOXIA**
- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**
- **HIPOTENSIÓN ARTERIAL**
- **HIPERTERMIA**
- **HIPOGLUCEMIA**
- **HIPERGLUCEMIA**
- **HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA**
- **HIPONATREMIA**

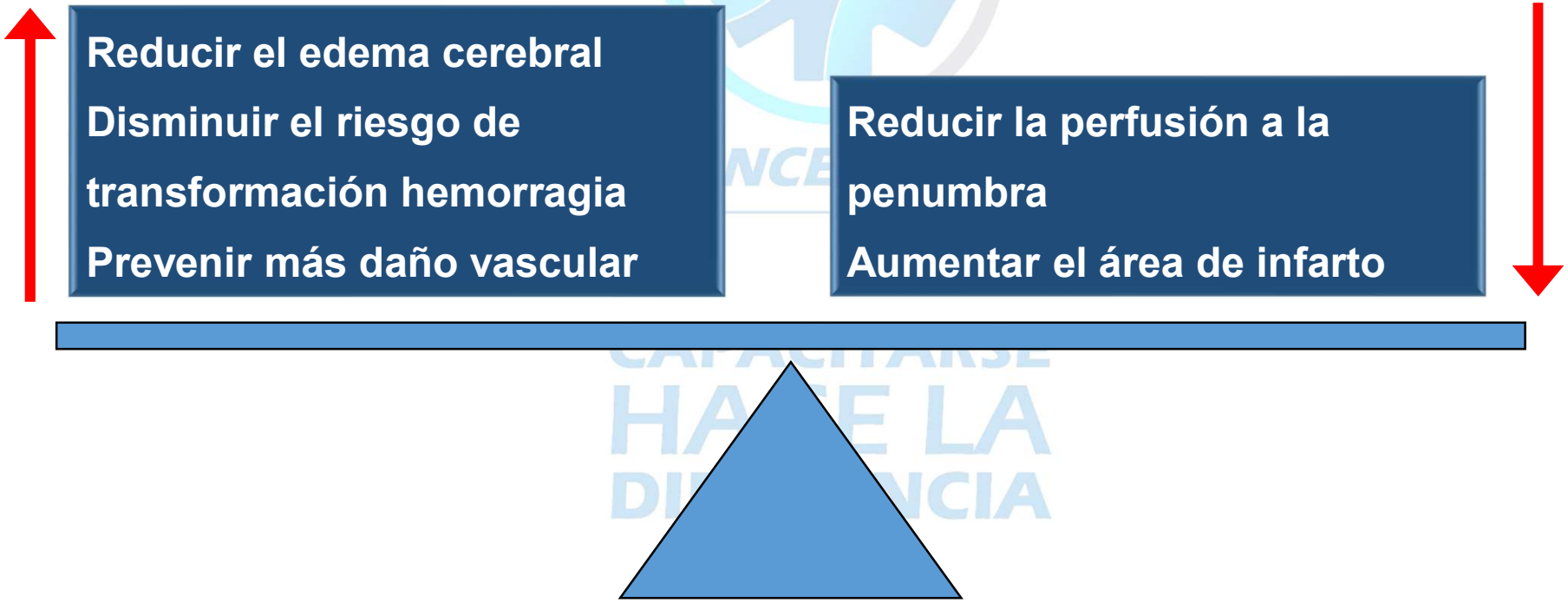
DIANCECHT
Capacitarse hace la diferencia
O_2 si $SaO_2 \leq 94\%$
CAPACITARSE HACE LA DIFERENCIA

Hipoxia

Mantener SaO_2 > 94%

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia BR)

Tensión arterial



Hipotensión arterial

Corregir hipovolemia e hipotensión arterial

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia C-EO)

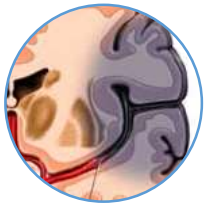
CAPACITARSE HACE LA DIFERENCIA

HTA + ACV

ACV isquémico

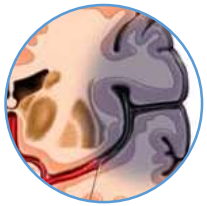
ACV hemorrágico

Recomendaciones para emergencias Hipertensivas en adultos con ACV isquémico		
Clase	**Nivel**	**Recomendaciones**
I	B-NR	Los adultos con ACV y TA elevada que son elegibles para el tratamiento con ***activador del plasminógeno tisular intravenoso*** deben reducir su presión arterial lentamente a menos de 185/110 antes de iniciar la terapia trombolítica.
I	B-NR	En ACV, la PA debe ser inferior a 185/110 antes de la administración del ***activador del plasminógeno tisular*** por vía IV y debe mantenerse por debajo de 180/105 durante al menos las primeras 24 hs después de iniciar el tratamiento



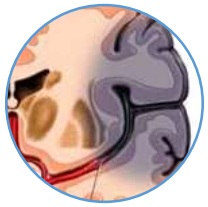
Hypertension. 2018;71:e13-e115. DOI: 10.1161/HYP.0000000000000065

Recomendaciones para emergencias Hipertensivas en adultos con ACV isquémico		
Clase	**Nivel**	**Recomendaciones**
IIa	**B-NR**	En los pacientes para los que se planifica una ***trombectomía mecánica*** y que no han recibido terapia fibrinolítica intravenosa, es razonable mantener la PA ≤185 / 110 mmHg antes del procedimiento.

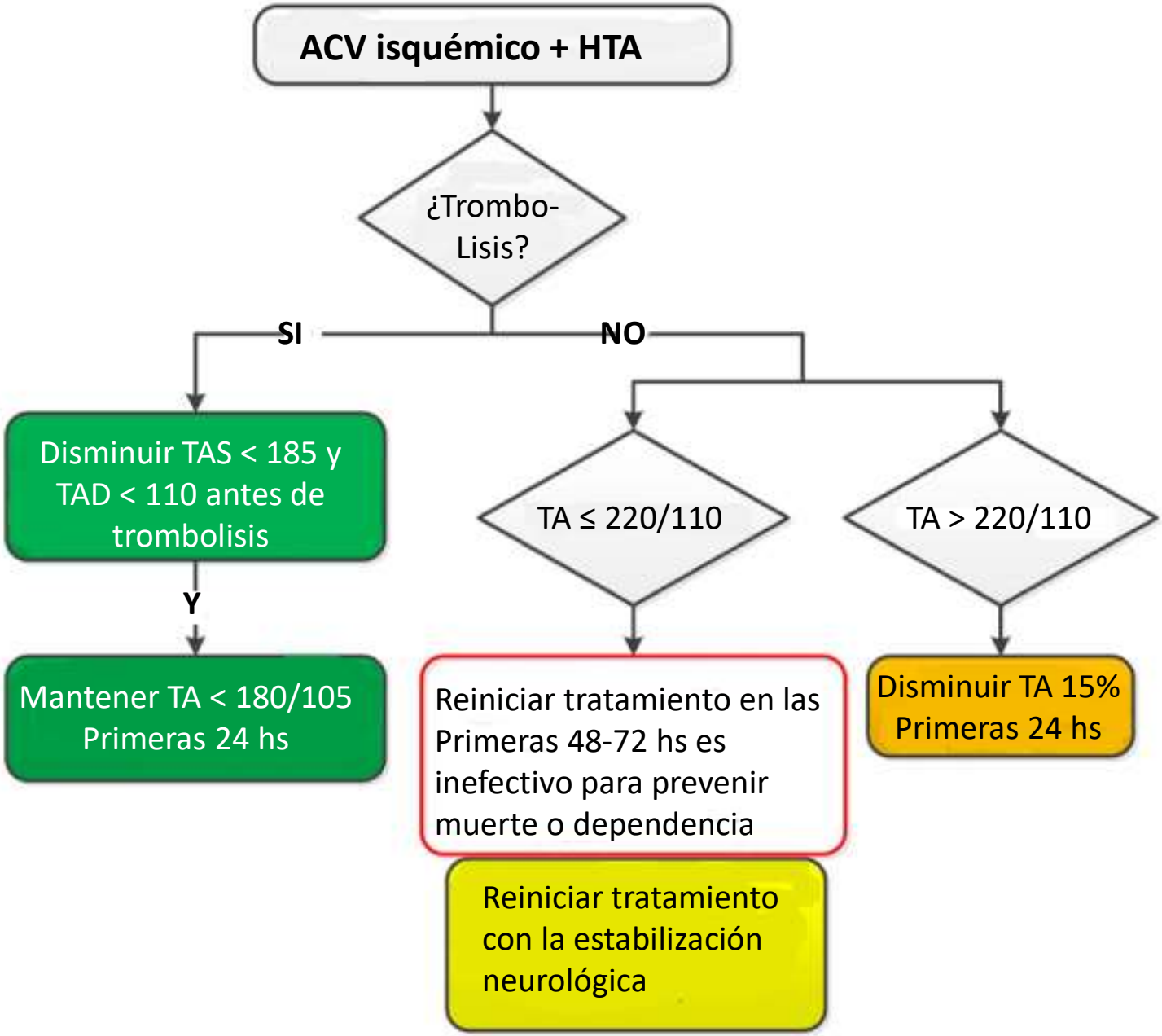


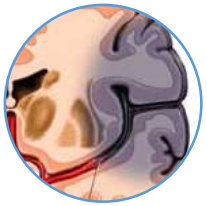
Recomendaciones para emergencias Hipertensivas en adultos con ACV isquémico

Clase	Nivel	Recomendaciones
IIb	C-EO	Con PA de 220/120 o más que no recibieron alteplase IV o tratamiento endovascular, el beneficio de iniciar o reiniciar el tratamiento de la hipertensión dentro de las primeras 48 a 72 hs es incierto. Podría ser razonable reducir la PA en un 15% durante las primeras 24 horas después del inicio del accidente cerebrovascular.
III: No Benefit	A	En pacientes con PA menor de 220/120 mm Hg que no recibieron trombólisis intravenosa o tratamiento endovascular y no tienen una condición comórbida que requiera tratamiento antihipertensivo agudo, iniciar o reiniciar el tratamiento de la hipertensión dentro de las primeras 48 a 72 horas después de un ictus isquémico agudo. no es eficaz para prevenir la muerte o la dependencia



Hypertension. 2018;71:e13-e115. DOI: 10.1161/HYP.0000000000000065





Hypertension. 2018;71:e13-e115. DOI: 10.1161/HYP.0000000000000065

Recomendaciones para emergencias Hipertensivas en adultos con ACV hemorrágico		
Clase	**Nivel**	**Recomendaciones**
IIa	C-EO	En adultos con HIC que presenten PAS superior a 220 mm Hg, es razonable utilizar una infusión intravenosa continua de fármacos y una monitorización estrecha de la PA para disminuir la PAS.
III: Harm	A	La reducción inmediata de la PAS a menos de 140 mm Hg en adultos con HIC espontánea que se presentan dentro de las 6 hs posteriores al evento agudo y tienen una PAS entre 150 y 220 no es beneficiosa para reducir la muerte o la discapacidad grave y puede ser dañino

DIFERENCIA

Hypertension. 2018;71:e13-e115. DOI: 10.1161/HYP.0000000000000065

Hipertensión arterial

TAS < 185 y TAD < 110

Pre rtpa

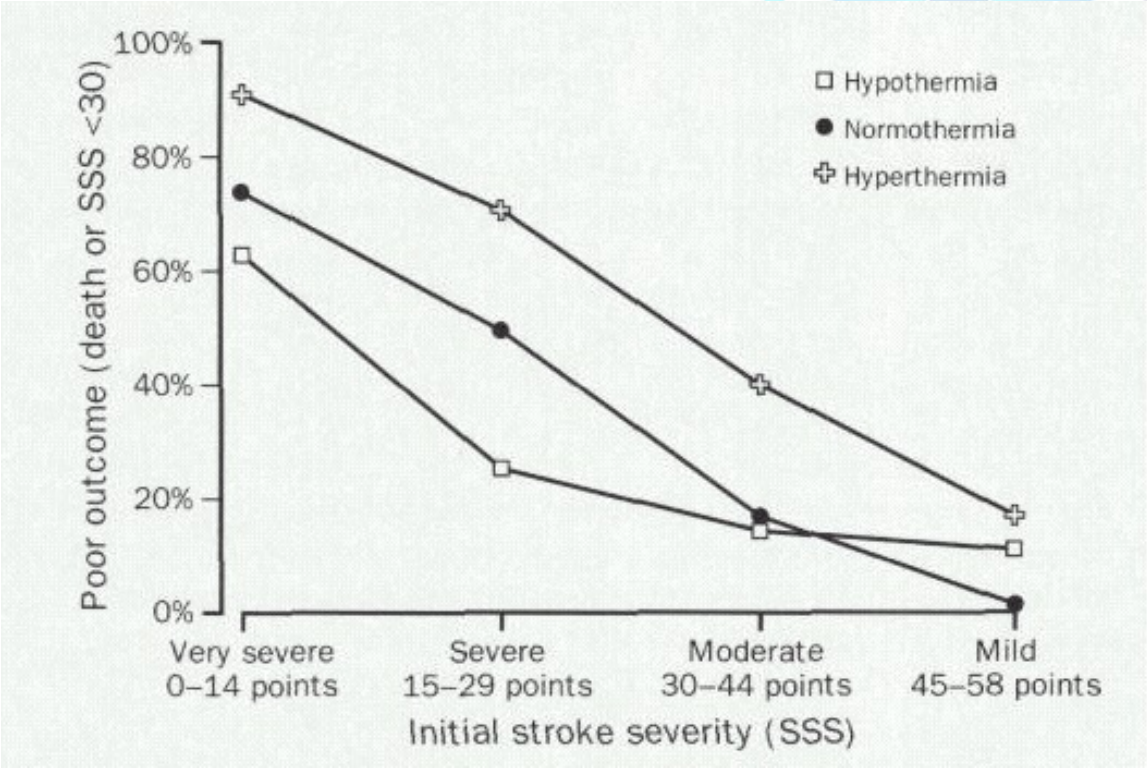
Labetalol (Biascor®)

Nicardipina

Clevidipina

Hipertermia

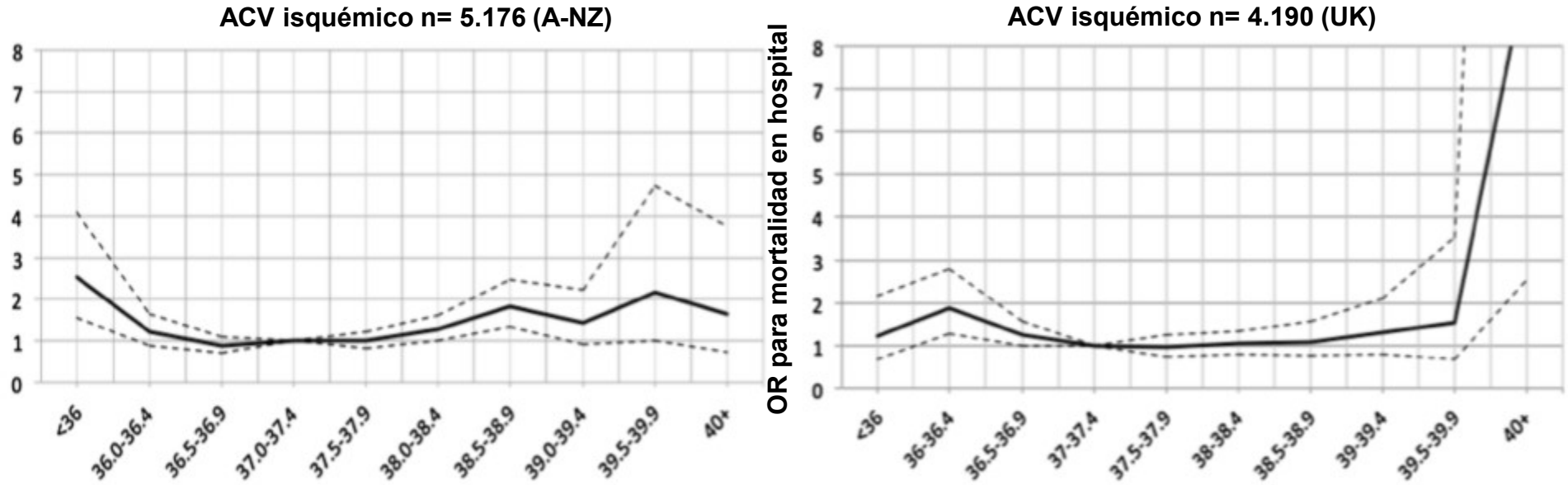
n=390. Prospectivo. En admisión



Cada 1grado aumento
Riesgo aumenta 2.2 veces

Reith J. Copenhagen Stroke Study The Lancet. 1996.Vol347,8999:422-6

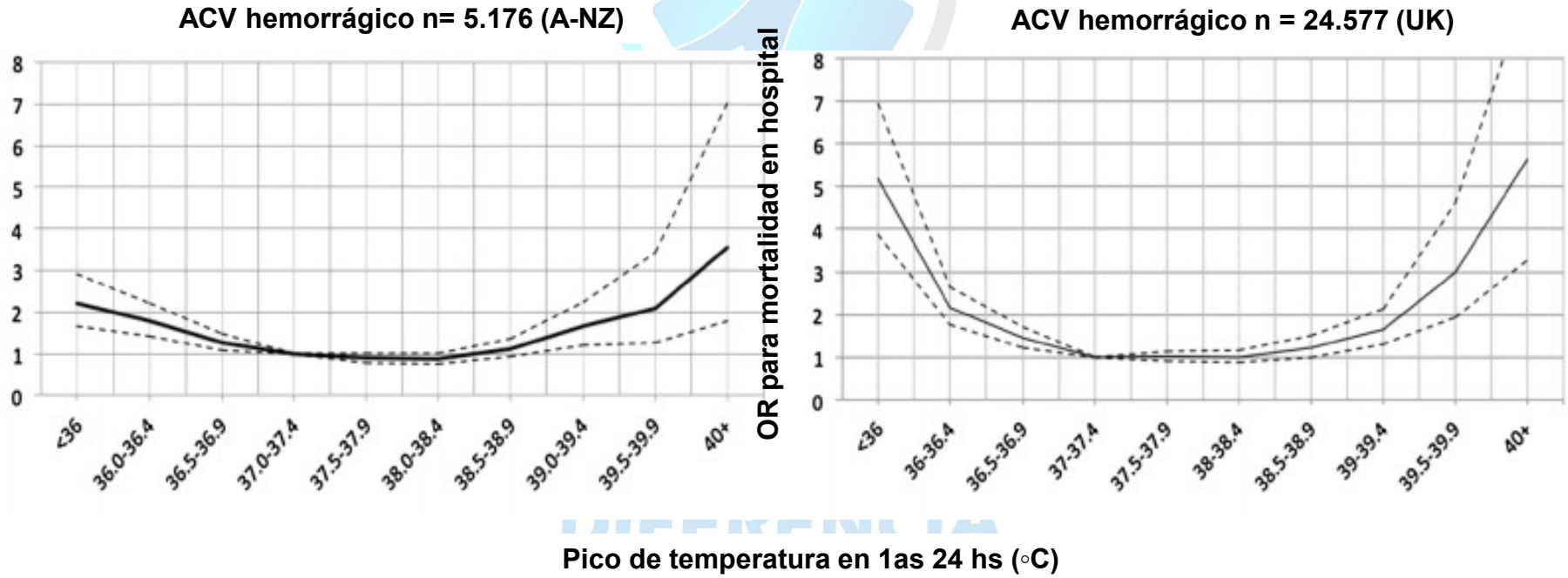
Early temperature and mortality in critically ill patients with acute neurological diseases: trauma and stroke differ from infection



Pico de temperatura en 1as 24 hs (◦C)

Saxena M. Intensive Care Med (2015) 41:823–832

Early temperature and mortality in critically ill patients with acute neurological diseases: trauma and stroke differ from infection



Saxena M. Intensive Care Med (2015) 41:823–832

Temperatura

Hipertermia: si t > 38°C tratar

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia C-LD)

Hipotermia inducida: el beneficio es incierto

Recomendación
(Clase IIb
Nivel de evidencia B-R)

Hipoglucemia

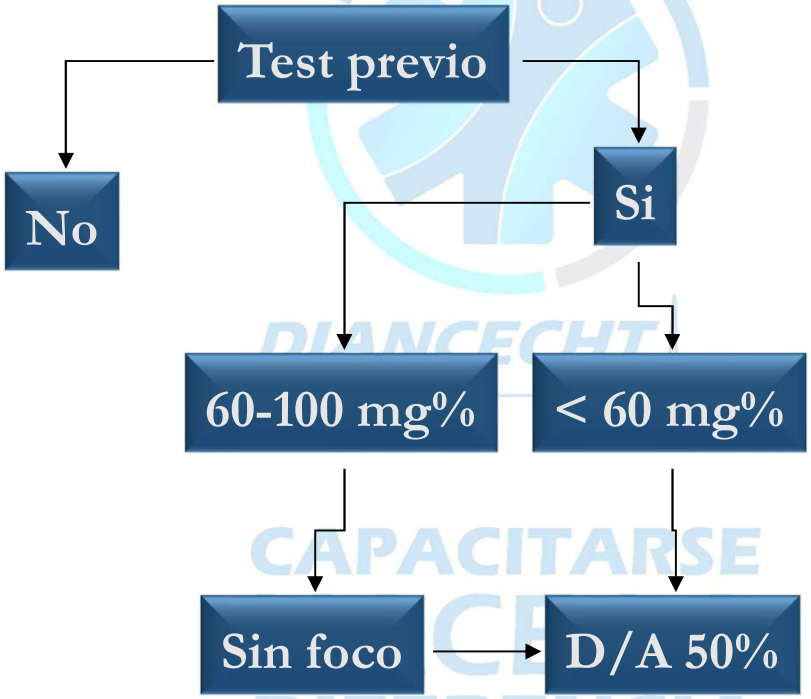
Hipoglucemia: si < 60 mg%

tratar

Recomendación
(Clase I
Nivel de evidencia C-LD)

CAPACITARSE
HACE LA
DIFERENCIA

Hipoglucemia



Hiperglucemia

Riesgo de mortalidad			
	Riesgo relativo	95% intervalo	P valor
Hyperglucemia	1.87	1.43 a 2.45	<0.0001
Aumento edad (por década)	1.36	1.21 a 1.53	<0.0001
Síntomas permaneciendo después 72 hs	2.15	1.15 a 4.05	0.015
ACV hemorrágico	1.67	1.22 a 2.28	0.001

Weir Christopher BMJ 1997;314,1303

Hiperglucemia

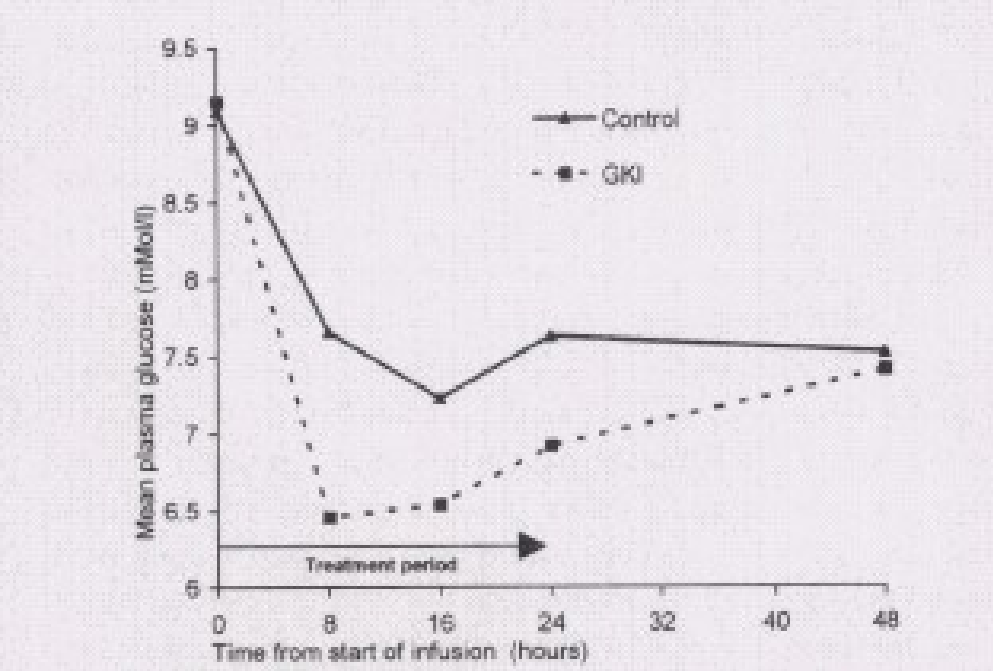
Hiperglucemia: tratar

Recomendación
(Clase IIa
Nivel de evidencia C-LD)

CAPACITARSE
HACE LA
DIFERENCIA

Hiperglucemia

Mantener nivel entre 140 mg% y 180 mg%



Infusión de:

D/A 10%	**500 ml**
Insulina	**16 U**
ClK	**20 mmol**

100 ml/h

Scott Jon Stroke 1999;30,4:793-799

Hipertensión endocraneana

Si ocurre deterioro neurológico rápido:

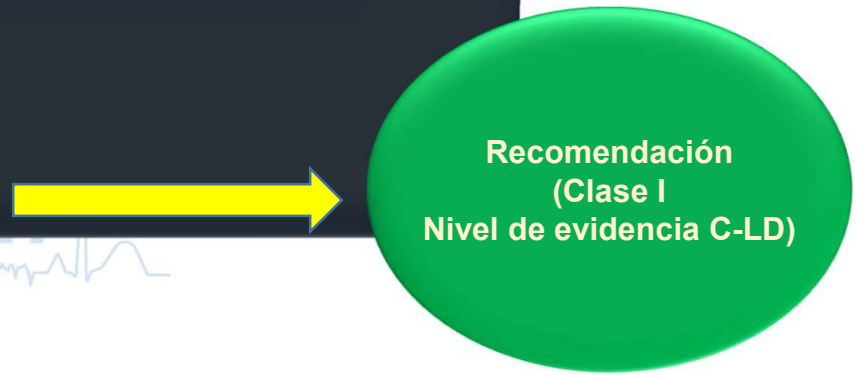
- ✓ Hiperventilación: pCO_2 = 30/34 mmHg
- ✓ Diuresis osmótica:
  - ✓ Furosemida: 40 mg IV
  - ✓ Manitol: 0.25 a 0.5 mg/kg IV en 20 minutos
- ✓ Corticoides: no
- ✓ Barbitúricos e hipotermia

Recomendación (Clase IIa Nivel de evidencia C-LD)

Recomendación (Clase III Nivel de evidencia A)

Convulsiones

- ✓ Ocurren más frecuentemente en las primeras 24 horas.
- ✓ Infrecuente el estado epiléptico
- ✓ El tratamiento es el convencional



- ✓ La profilaxis anticomicial no está indicada

¡MUCHAS GRACIAS!