

EVC: actuar desde el primer minuto

Déficit neurológico súbito = activar código EVC. La tomografía distingue el camino; el reloj determina oportunidades.

ANOTA LA ÚLTIMA VEZ QUE ESTABA BIEN

Registrar hora exacta, testigo y teléfono; no confundirla con la hora en que se descubrió el déficit. Si despertó con síntomas, documentar sueño y despertar. [1,9]

CARA

Asimetría

BRAZO

Debilidad

HABLA

Afasia / disartria

OTROS

Visión / equilibrio

Cara-brazo-habla orienta el reconocimiento. Diplopía, ataxia o vértigo con signos neurológicos pueden indicar circulación posterior. Un tamiz negativo no descarta EVC. [1,9,10]

1 · ESTABILIZAR Y MEDIR

ABC, glucosa capilar, PA, SpO₂, temperatura y monitor. Obtener acceso IV, NIHSS, Glasgow y función previa.

Corregir hipoglucemia. Proteger vía aérea si no mantiene ventilación o reflejos protectores. **Nada VO hasta tamiz de deglución.** [1,9]

2 · PREGUNTAS QUE CAMBIAN CONDUCTA

Anticoagulante y última dosis; sangrado, cirugía o traumatismo recientes; EVC previo; peso; discapacidad basal.

Considerar hipoglucemia, crisis con parálisis de Todd, migraña y otros imitadores, sin retrasar el circuito. [1,9]

3 · TC SIMPLE URGENTE + VALORAR ANGIO-TC

Imagen cerebral lo antes posible; AHA 2026 propone procesos que permitan realizarla, por ejemplo, en ≤25 min. [1]

SIN HEMORRAGIA

Sospecha de EVC isquémico: valorar trombólisis IV y trombectomía en paralelo.

Una TC inicial normal **no excluye isquemia**. Angio-TC identifica una arteria ocluida. Ver láminas 3-7. [1]

CON HEMORRAGIA

Intraparenquimatosa o subaracnoidea: neurocríticos, control de PA, reversión si corresponde y valoración neuroquirúrgica.

Ver láminas 8-10. [3-6]

TIEMPO + DÉFICIT + IMAGEN + SITUACIÓN BASAL

Solicitar neurología presencial o telestroke desde el inicio. Si se sospecha oclusión de gran vaso, coordinar traslado a un centro con trombectomía mientras se completa la selección. [1,9]

Escalas: medir para decidir

NIHSS describe el déficit; Glasgow, la conciencia; Rankin, la función. Registrar también los componentes y su evolución.

NIHSS · 0-42 PUNTOS · GUÍA DE LOS COMPONENTES [1,10,12]

Exploración	Puntuación	Qué recordar
1a · Conciencia	0-3	Alerta → necesita estímulos → respuesta refleja o ausente.
1b · Preguntas	0-2	Mes y edad: 0 = ambas correctas; 1 = una; 2 = ninguna.
1c · Órdenes	0-2	Abrir/cerrar ojos y mano: 0 = ambas; 1 = una; 2 = ninguna.
2 · Mirada	0-2	Normal → paresia parcial → desviación forzada / paresia total.
3 · Campos visuales	0-3	Normal → defecto parcial → hemianopsia completa → bilateral.
4 · Paresia facial	0-3	Normal → leve → parcial → completa.
5a / 5b · Brazos	0-4 cada lado	Sostener 10 s: a 90° sentado o 45° en decúbito.
6a / 6b · Piernas	0-4 cada lado	Sostener 5 s a 30° en decúbito.
7 · Ataxia	0-2	0 = ausente; 1 = un miembro; 2 = dos miembros.
8 · Sensibilidad	0-2	Normal → pérdida leve/moderada → pérdida intensa/total.
9 · Lenguaje	0-3	Sin afasia → leve/moderada → grave → afasia global/mutismo.
10 · Disartria	0-2	Normal → leve/moderada → grave.
11 · Extinción / atención	0-2	Normal → extinción en una modalidad → inatención profunda.

NIHSS BAJA ≠ DÉFICIT NO DISCAPACITANTE

Afasia, hemianopsia o pérdida de función útil pueden justificar reperusión aunque la suma sea baja. La NIHSS puede subestimar el EVC posterior. Aplicar el manual completo, incluidas reglas para intubación o miembros no evaluables. [1,12]

GLASGOW · 3-15 [10]

Ocular (1-4): ninguna, presión, voz, espontánea.
Verbal (1-5): ninguna, sonidos, palabras, confusa, orientada.
Motora (1-6): ninguna, extensión, flexión anormal, retirada, localiza, obedece.

Registrar **O + V + M**. Intubación/sedación pueden impedir evaluar componentes.

Descenso de conciencia = reevaluación urgente de vía aérea e imagen.

RANKIN MODIFICADA · 0-6 [10]

- 0:** sin síntomas.
- 1:** síntomas sin limitar actividades habituales.
- 2:** limita actividades previas; conserva autocuidado.
- 3:** necesita ayuda; camina sin asistencia.
- 4:** no camina ni se atiende sin ayuda.
- 5:** encamado; requiere cuidado constante.
- 6:** muerte.

Distinguir **Rankin previa al EVC** de la del seguimiento.

Estudios: qué pedir y para qué

La primera imagen excluye sangre; la imagen vascular busca la oclusión; la imagen avanzada ayuda a seleccionar tejido recuperable.

Estudio inicial	Qué resuelve	Prioridad / Límite
Glucosa capilar	Detecta un imitador tratable.	Antes de trombólisis; corregir si está baja.
TC simple de cráneo	Hemorragia, hipodensidad, efecto de masa; ASPECTS.	Urgente. Si la RM está inmediatamente disponible, puede ser alternativa.
Angio-TC cabeza/cuello	Gran vaso, disección y anatomía para trombectomía.	Rápida si sospecha de oclusión; no esperar creatinina para imagen vascular urgente. [1]
BH, plaquetas, INR, TTPa, electrolitos, creatinina	Coagulopatía, alteración metabólica y función renal.	No esperar resultados para IVT si no existe sospecha de anormalidad. [1,9]
ECG + troponina	Arritmia / lesión cardíaca y evaluación cardiovascular.	Obtenerlos sin retrasar perfusión. [1]

TC DE PERFUSIÓN / RM DWI-PWI

Estiman **núcleo del infarto y tejido hipoperfundido**. Ayudan en ventanas extendidas o inicio desconocido.

La selección depende del protocolo validado y del procedimiento. No exigir perfusión a todo candidato ni retrasar IVT estándar por obtenerla. [1]

RM DWI-FLAIR

DWI positiva con FLAIR sin cambio marcado puede seleccionar algunos EVC al despertar o de inicio desconocido.

La RM también ayuda en lesiones pequeñas, fosa posterior o diagnóstico incierto. Una RM muy precoz negativa no descarta todo EVC. [1,9]

ASPECTS · 10 → 0

Parte de 10 y resta 1 por cada región del territorio de la cerebral media con cambio isquémico temprano: caudado, lenticular, cápsula interna, ínsula y M1-M6. Menor puntuación = mayor extensión. [1]

PC-ASPECTS evalúa circulación posterior: usar su mapa específico; no intercambiar ambas escalas.

ESTUDIOS DIRIGIDOS

Venografía TC/RM: si sospecha de trombosis venosa.
Angiografía por catéter: intervención, aneurisma o malformación no aclarados.
EEG: crisis o deterioro inexplicado.
Punción lumbar: solo indicaciones concretas, como sospecha persistente de HSA con TC negativa. [3-6]

DEFINIR LA CAUSA SIN FRENAR LO AGUDO

Telemetría, imagen cervical/intracraneal, lípidos y HbA1c; ecocardiograma según sospecha cardioembólica.

Si queda criptogénico, valorar monitorización prolongada del ritmo y pruebas seleccionadas. No pedir trombofilias a todos. [7,9]

Guías y fuentes de las escalas

Referencias enlazadas: pulsa cada fila en el PDF. Los años indican la edición utilizada, no una actualización uniforme de todas las guías.

- 1

AHA/ASA · 2026 · EVC isquémico agudo
Prabhakaran et al. DOI: 10.1161/STR.0000000000000513. Recomendaciones y tablas de la guía de bolsillo AHA.
- 2

ESO · actualización 2025, publicada en mayo de 2026 · Presión arterial
Sandset et al. 2025 update to ESO guideline on blood pressure management. DOI: 10.1093/esj/aakag004.
- 3

AHA/ASA · 2022 · Hemorragia intracerebral espontánea
Greenberg et al. Guideline for the Management of Patients With Spontaneous ICH. DOI: 10.1161/STR.0000000000000407.
- 4

ESO/EANS · 2025 · Hemorragia intracerebral
Steiner et al. Guideline on stroke due to spontaneous intracerebral haemorrhage. DOI: 10.1177/23969873251340815.
- 5

AHA/ASA · 2023 · Hemorragia subaracnoidea aneurismática
Hoh et al. Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal SAH. DOI: 10.1161/STR.0000000000000436.
- 6

ESO/EANS/ESMINT · 2026 · Hemorragia subaracnoidea aneurismática
Guía y presentación oficial de recomendaciones, mayo de 2026. DOI de la guía: 10.1093/esj/aakag043.
- 7

AHA/ASA · 2021 · Prevención secundaria de EVC y AIT
Kleindorfer et al. DOI: 10.1161/STR.0000000000000375. Recursos oficiales de implementación y prevención por etiología.
- 8

AHA/ASA · agosto de 2026 · Rehabilitación y recuperación
Richards et al. Guideline for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. DOI: 10.1161/STR.0000000000000536.
- 9

Canadian Stroke Best Practices · 2022 · Evaluación inicial
Acute Stroke Management, 7.ª edición, sección 4. Imagen, laboratorio, evaluación cardiovascular y atención urgente.
- 10

Canadian Stroke Best Practices · 2022 · Escalas
Acute Stroke Management, Appendix 3: Tables of Tools. Complementar con el formulario NIHSS original [12].
- 11

Canadian Stroke Best Practices · 2022 · Antitrombóticos
Acute Stroke Management, sección 6. Dosis de AAS y clopidogrel. Para selección y tiempos, integrar AHA 2026 [1].
- 12

NINDS/NIH · formulario 2024 · Instrumento de evaluación
NIH Stroke Scale: formulario, instrucciones y estímulos oficiales. Fuente del instrumento recomendado en las guías.
- 13

AHA/ACC y sociedades colaboradoras · 2025 · Hipertensión
Jones et al. High Blood Pressure Guideline. Tabla 26: fármacos IV. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001356.
- 14

ESO · 2021 · Ataque isquémico transitorio
Fonseca et al. ESO guidelines on management of transient ischaemic attack. DOI: 10.1177/2396987321992905.
- 15

ACC/AHA y sociedades colaboradoras · 2026 · Dislipidemia
Blumenthal et al. Guideline on the Management of Dyslipidemia. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001423.
- 16

NICE · NG228 (2022) y BNF · HSA / nimodipino
Guía de HSA aneurismática y monografía de dosificación de nimodipino; complemento farmacológico de la recomendación.

Alcance: adultos con EVC arterial no traumático. Pediatría, trombosis venosa cerebral y situaciones obstétricas requieren algoritmos específicos. Las tablas de IVT/EVT resumen criterios; siempre completar valoración clínica y lista institucional.

TU PRÓXIMO REPASO

Enfermedad vascular cerebral (EVC)

Láminas para repasar el abordaje del EVC isquémico y hemorrágico, sus escalas, estudios y manejo.

3 páginas de contenido en esta muestra. La guía completa contiene 14 páginas.

LO QUE ENCONTRARÁS EN LA VERSIÓN COMPLETA

- Reconocimiento, escalas y estudios
- Trombólisis y trombectomía
- Metas fisiológicas y primeras 72 horas
- Hemorragia intracerebral y subaracnoidea
- AIT, prevención y recuperación

Precio individual: \$160 MXN

[Leer versión completa](#)

Abre la ficha de la guía para preparar tu compra. Las promociones vigentes se aplican en el carrito.