



Medicina humana

Clínicas médicas complementarias

“EVC isquémico y hemorrágico” 2do

Parcial (Séptimo semestre)

Doctor Ricardo Acuña Del Saz

Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

Evento vascular cerebral isquémico

Es la consecuencia de la oclusión de un vaso y puede tener manifestaciones transitorias (ataque isquémico transitorio) o permanentes, lo que implica un daño neuronal irreversible.

Clasificación

Isquemia cerebral transitoria

Deficit neurologico con una duracion menor de 24 horas

Diagnostico

La escala ABCD se basa en 5 parámetros

A, edad (> 60 años = 1 punto)

B, presión arterial (= 1)

C, características clínicas (hemiparesia = 2, alteración del habla sin hemiparesia = 1, otros = 0)

D, duración del AIT (> 60 min = 2; 10-59 min = 1; < 10 min = 0);

Tratamiento

Pacientes con alto riesgo

Hospitalización

Realización de estudios y establecimiento temprano de prevención secundaria.

Infarto cerebral

Una vez que existe oclusión de un vaso cerebral con la consecuente obstrucción del flujo sanguíneo cerebral (FSC), se desencadena una cascada de eventos bioquímicos que inicia con la pérdida de energía y que termina en muerte neuronal.

Manifestaciones clínicas

Aparición súbita del déficit neurológico focal

las manifestaciones dependen del sitio de afección cerebral

Frecuentemente son unilaterales

Alteraciones de lenguaje

Alteraciones del campo visual

Debilidad hemicorporal

Perdida de la sensibilidad

Subtipos de infarto cerebral

Aterosclerosis de grandes vasos

Enfermedad de pequeños vasos

Cardioembolismo

Otras causas

Diagnostico

La escala de los Institutos Nacionales de la Salud (NIHSS) es la más utilizada. Se basa en 11 parámetros que reciben un puntaje de entre 0 a 4.

La tomografía axial (TC) simple es el estudio de elección

Resonancia magnética (IRM) tienen una alta sensibilidad

La angiografía cerebral

Tratamiento

administración de activador tisular del plasminógeno humano (rt-PA) intravenoso.

Evento vascular cerebral hemorrágico

Rotura de un vaso que provoca una colección hemática en parénquima cerebral o espacio subaracnoideo

Clasificación

Hemorragia intracerebral

Manifestaciones clínicas

se presenta de forma súbita o con síntomas rápidamente progresivos.

Déficit neurológico máximo al inicio

Cefalea

Nauseas y vomito

Déficit neurológico

Crisis convulsivas

Signos meníngeos se presentan en HIC con apertura al sistema ventricular o espacio subaracnoideo

Deterioro neurológico en las primeras 24 h, secundario a extensión del hematoma, aumento de sangre ventricular o edema, aunque pueden presentarse también entre la segunda y tercera semana

Diagnóstico

La TC y la IRM son de gran utilidad para confirmar su diagnóstico, determinar su tamaño y localización

La ATC puede identificar otras causas, tales como malformación arteriovenosa (MAV) o aneurismas

La angiografía está indicada en casos de HIC de localización no habitual, y cuando no se identifica su etiología

Tratamiento

Terapia intensiva

el objetivo del tratamiento es reducir la PIC

Transfusión de plaquetas uso de vitamina K

Manitol para el manejo de la PIC, manteniendo osmolaridad sérica de 300-320 mOsm/kg y evitar la hipovolemia

Hemorragia subaracnoidea

Manifestaciones clínicas

Cefalea severa de inicio súbito

Se acompaña de náuseas y vómito

Fotofobia y alteraciones de la conciencia

hemorragias subhialoideas en el fondo de ojo

signos meníngeos o focales, tales como parálisis del III o VI nervios craneales

Paresia, pérdida del control de esfínteres o abulia

combinación de hemiparesia, afasia o negligencia visuoespacial

Diagnóstico

La TC confirma el diagnóstico de HSA desde las primeras 12 h en todos los casos

Aunque la angiografía cerebral se sigue considerando el estándar de oro para detectar aneurismas cerebrales

La punción lumbar está indicada en casos con sospecha de HSA y TAC normal.

El líquido cefalorraquídeo (LCR) hemorrágico, la presencia de eritrocitos y la xantocromia confirman el diagnóstico de HSA

Tratamiento

Aporte hídrico y de sodio adecuados, evitar esfuerzos, de ser necesario manejo de analgesia y de hipertensión arterial, tratando de mantener TA media menor a 125 mmHg70

La profilaxis para trombosis venosa profunda debe iniciarse con aditamentos de compresión y heparina subcutánea una vez que el aneurisma fue tratado59

nimodipina 60 mg cada 4 h vía oral durante 21 días

terapia "Triple H" (hipertensión inducida, hipervolemia y hemodilución)