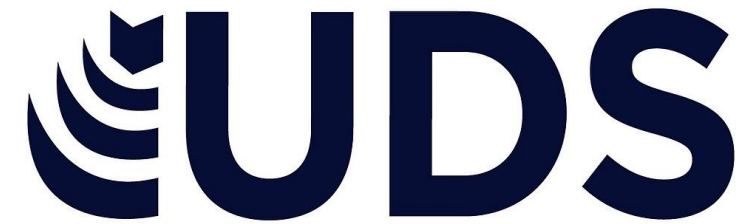


UNIVERSIDAD DEL SURESTE



“ATENCION PRIMARIA EN EL EVC”

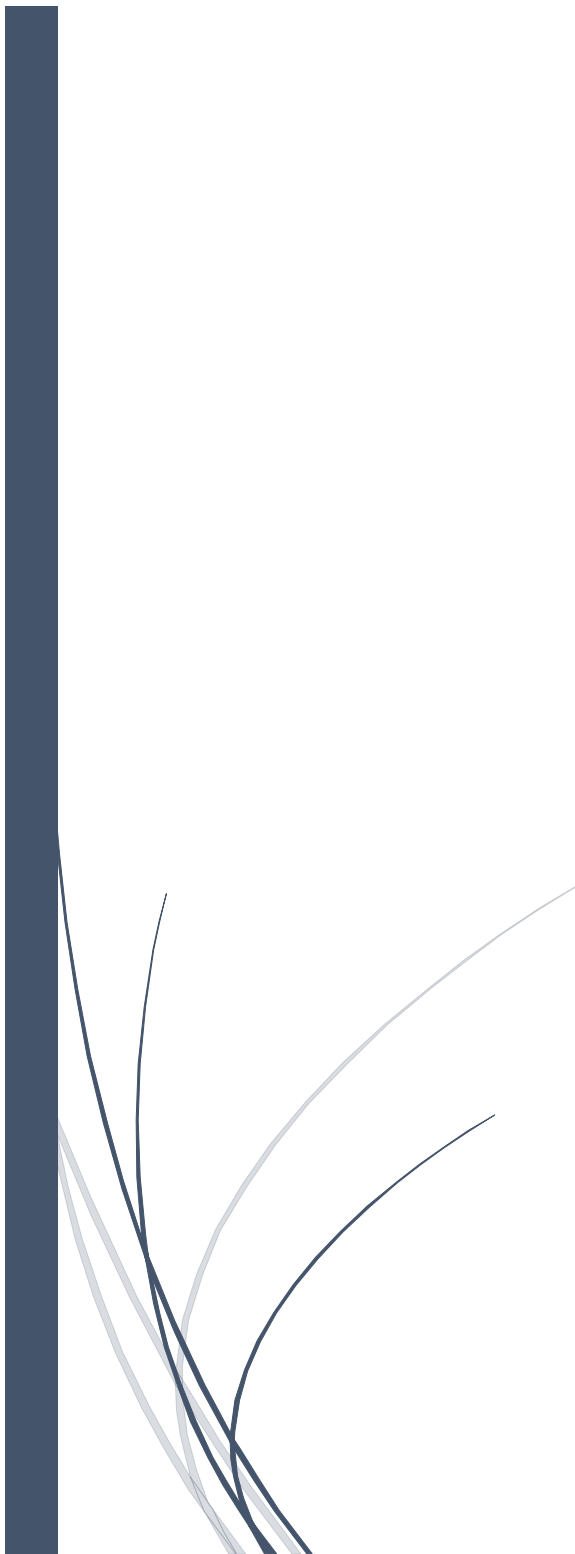
ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ CELAYA

SEMESTRE: 6

DOCENTE: DRA. MONICA GORDILLO RENDON

ASIGNATURA: NEUROLOGIA

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, NOVIEMBRE 2020



CUIDADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

MANEJO INICIAL PARA EL DIAGNOSTICO	CUIDADOS
<p>1. REALIZAR HISTORIA CLÍNICA COMPLETA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar factores de riesgo: edad avanzada, el género masculino y la historia familiar de EVC, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, etilismo, cardiopatías, hipercolesterolemia, sedentarismo, obesidad) • Preguntar sobre el inicio súbito o agudo de un déficit neurológico • Tiempo de evolución, hora de inicio de los síntomas, qué hacía en el momento, curso y desarrollo de los síntomas <p>2. REALIZAR EXAMEN FÍSICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración inicial ABC: A- Vía aérea, B-Ventilación, C- Circulación • Signos vitales: Presión arterial, Frecuencia cardiaca y ritmo, Frecuencia respiratoria, Temperatura, Saturación de oxígeno <p>3. EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA</p> <p>Signos según el territorio vascular afectado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Arteria cerebral anterior: presentará hemiparesia e hipoestesia contralateral de predominio crural sin hemianopsia (triada Hakim Adams), incontinencia urinaria, abulia, desinhibición ○ Arteria cerebral media: presentará hemiparesia e hipoestesia contralateral fascio braquial + afasia global + hemianopsia homónima contralateral, alteración del estado de conciencia y afasia si se afecta el hemisferio dominante ○ Arteria cerebral posterior: Sin hemiparesia con hemianopsia homónima contralateral sin afectación pupilar ○ Carótida interna: Amaurosis fugax + síndrome de Horner <ul style="list-style-type: none"> • Escala NIHSS o CNS • Escala de Glasgow <p>4. REALIZAR ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomografía simple o resonancia magnética <ul style="list-style-type: none"> ○ Isquemia: La TAC de cráneo sin contraste muestra hipodensidad ○ Hemorrágico: La TAC de cráneo sin contraste muestra hiperdensidad • Electrolitos séricos 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la vía aérea (incluyendo intubación y ventilación mecánica, de ser necesario) • Temperatura: control de hipertermia, hipotermia. La temperatura > 38 °C debe tratarse con antipiréticos • Presión arterial TA: en caso de que la presión arterial sistólica rebase los 220 mm Hg o la presión arterial diastólica rebase los 120 mm Hg • Posición: decúbito supino a 0° sin almohada, en caso de vomito en decúbito lateral, si hay cefalea o bajo nivel de conciencia la cabecera elevada de 15 a 30° sin almohada • Glucemia: Evitar la hipoglucemia (glucosa venosa <60 mg/dl). Se recomiendan niveles de entre 140 y 180 mg/dL • EVC aterotrombotico: antiagregación + endarterectomía o control de HTA • EVC cardioembolico: si el TAC es sin sangrado y el infarto es moderado-leve se administra heparina sódica i.v. y dicumarínicos; si el TAC es con sangrado se realiza observación por 1 semana • EVC hemorrágico: Cirugía <p>Requerimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocación de vía venosa (2 vías si es posible) en el brazo no parético • Mantener con suero salino • Flebotomía: Muestra de sangre venosa (hemograma, bioquímica y coagulación) • ECG

- Angio-TAC
- Pruebas de función renal
- ECC de 12 derivaciones
- Determinar la glucemia capilar
- Biometría hemática, incluyendo cuenta de plaquetas
- Tiempos de coagulación
- Gasometría arterial

5. IDENTIFICAR SI ES HEMORRAGICO O ISQUEMICO

- **Hemorrágico:** Se observa petequias, equimosis, otorragia, epistaxis, hemoptisis
- **Isquémico:** clínicamente corresponde a un territorio vascular específico, se presenta instauración súbita de dolor intenso

Bibliografía

1. “Prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la enfermedad vascular cerebral isquémica”. México: Secretaría de Salud, 2008.
2. Allan, H., & Robert, H. (2007). *Precios de neurología de Adams y Victor*. Londres: Mc Graw Hill.
3. Garcia, C., Martinez, A., Garcia, A., Torres, I., & Coral, J. (Julio-septiembre). *Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo*. *Universitas Medica*, 60, 17.
4. Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní- Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud).