



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

“Cuadro comparativo EVC”

Javier Octavio Guillén Narváez

“Urgencias médicas”

Semestre:8°

Grupo: “A”

Dra. Romeo Suárez Martínez

Comitán de Domínguez, Chiapas abril 2021.

Cuadro comparativo	EVC ISQUEMICO	EVC HEMORRAGICO
Definición	Representa 80-85% de todos los EVC. síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a una afección neurológica focal, y que persiste más de 24 horas, sin otra causa aparente distinta del origen vascular.	Representa 10-15% de todos los EVC, y según su localización puede ser intraparenquimatosa o intraventricular. La hemorragia intraparenquimatosa se define como la extravasación de sangre dentro del parénquima, en el 85% de los casos es primaria, secundaria a HAS crónica o por angiopatía amiloidea
Factores de riesgo	<p>No modificables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad avanzada • Género masculino • Historia familiar de EVC. <p>Modificables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Diabetes mellitus • Tabaquismo • Etilismo • Cardiopatías (valvulopatías, infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva y fibrilación auricular) • Hipercolesterolemia • Sedentarismo • Obesidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta no controlada • Sobretratamiento con anticoagulantes • Protuberancias en puntos débiles de las paredes de los vasos sanguíneos (aneurismas) • Traumatismo (como un accidente automovilístico) • Depósitos de proteínas en las paredes de los vasos sanguíneos que provocan una debilidad en la pared del vaso (angiopatía amiloide cerebral) • Accidente cerebrovascular isquémico que causa hemorragia
Etiología	<ul style="list-style-type: none"> • Trombosis aterosclerótica • Estenosis de un vaso sanguíneo • Embolismo • Tromboflebitis cerebral • Angiopatía amiloide • Ataques isquémicos transitorios 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia hipertensiva • Aneurismas saculares • Malformaciones arterio-venosas • Trastornos hematológicos • Traumatismos • Complicaciones de arteriografía
Sintomatología	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones motoras: paresia o parálisis de un hemicuerpo. • Alteraciones sensitivas: parestesias o disminución de la sensibilidad en un lado del cuerpo • Trastornos del lenguaje: Disartria y afasia • Alteraciones visuales: amaurosis unilateral o hemianopsia homónima, ceguera bilateral transitoria o no. • Trastornos del equilibrio: inestabilidad o ataxia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Náuseas y vómito • Déficit neurológico sensitivo-motor contralateral y las infratentoriales • Ataxia • Nistagmos • Dismetría • Crisis convulsivas • Signos meníngeos

Diagnóstico de imagen	La TC y la RM son de gran utilidad, pero la TC es de elección. Delimito la zona de necrosis y la penumbra isquémica (zona de hipoperfusión) en una zona de hipodensidad	La TC y la IRM son de gran utilidad para confirmar su diagnóstico, la TC sigue siendo el estudio de elección. Delimita la zona imagen de hemorragia en una zona de hiperdensidad
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la vía aérea (incluyendo intubación y ventilación mecánica, de ser necesario) y de la temperatura • Presión arterial TA: su control debe ser juicioso, no causando caídas súbitas en la presión, con el afán de no disminuir la perfusión cerebral. • Glucemia: la hipoglucemia y la hiperglucemia se consideran factores de mal pronóstico, • Tratamiento de reperfusión: El tratamiento de reperfusión (trombólisis) con alteplasa (rt-PA) • Otras medidas Los anticoagulantes (la heparina, heparinas de bajo peso molecular, anticoagulantes orales. • Prevención secundaria deben administrarse antiagregantes plaquetarios, como el ácido acetilsalicílico oral 150 mg diarios. • Tratamiento quirúrgico: Craniectomía descompresiva en las primeras 48 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de la vía aérea • Monitoreo cardiaco • Oxígeno (en caso de hipoxemia) • Vigilancia neurológica estrecha • Manejo de la presión arterial 1) Tratar si la PAS > 185 mmHg o PAD > 110 mmHg a) Labetalol 10 a 20 mg IV en 1 a 2 minutos, o b) Nitropusiato, o c) Nicardipina en infusión, 5 mg/h, incrementar 2.5 mg/h en intervalos de 5 a 15 minutos, al máximo de 2 de 15 mg/h • Reducir la PIC: manitol para el manejo de la PIC, manteniendo osmolaridad sérica de 300-320 mOsm/kg y evitar la hipovolemia • Transfusión de plaquetas • Uso de vitamina K en algunos pacientes • Tratamiento Quirúrgico; cirugía evacuante

Fuente bibliográfica:

Guía de Práctica Clínica. Prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la enfermedad vascular cerebral isquémica. 2008

Aranz A., Ruiz Angelica. (2012). Enfermedad vascular cerebral. México. Artículo de revisión. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Vol. 55 N. 3