



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

MEDICAMENTOS

URGENCIAS MEDICAS

Alumna: Janeth Araceli Álvarez Gordillo

Semestre: 8°vo

Grupo: "A"

Catedrático: Dr. Romeo Suarez Martínez

Realiza un cuadro comparativo entre los dos tipos de EVC (isquémico y hemorrágico)

	ISQUEMICO	HEMORRAGICO
FACTORES DE RIESGO	-Diabetes, dislipidemias, hipertensión arterial	-Diabetes, dislipidemias, hipertensión arterial descontrolada, trombosis venosas
ETIOLOGIA		primaria, secundaria a HAS crónica o por angiopatía amiloidea
SINTOMATOLOGIA	-Aparición súbita del déficit neurológico focal aunque ocasionalmente puede presentarse con progresión escalonada o gradual. -Frecuentemente son unilaterales -Incluyen alteraciones del lenguaje, del campo visual, debilidad hemicorporal y pérdida de la sensibilidad	-Es frecuente el déficit neurológico máximo al inicio - síntomas acompañantes sugestivos de aumento de la presión intracraneal (PIC) tales como cefalea, náusea y vómito ⁵¹ . - La HIC supratentorial puede presentarse con déficit neurológico sensitivo-motor contralateral y las infratentoriales con compromiso de nervios craneales, ataxia, nistagmus o dismetría ⁵² . Las crisis convulsivas aparecen en el 5-15% de las HIC supratentoriales y los signos meníngeos se presentan en HIC con apertura al sistema ventricular o espacio subaracnoideo
DIAGNOSTICO DE IMAGEN	La angiografía cerebral, la ATC y la AIRM permiten la visualización de la circulación intra y extracraneal, y en algunos casos de la arteria ocluida, lo que puede tener utilidad terapéutica, y en el diagnóstico de vasculopatía no aterosclerosa	La TC y la IRM son de gran utilidad para confirmar su diagnóstico, determinar su tamaño y localización ²⁸ . La TC sigue siendo el estudio de elección por su alta sensibilidad y especificidad. La ATC puede identificar otras causas, tales como malformación arteriovenosa (MAV) o aneurismas, mientras que la IRM permite identificar cavernomas y delimitar el edema perihematoma.

<p>TRATAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Fase aguda administración de activador tisular del plasminógeno humano (rt-PA) intravenoso. tratados con rt-PA, a dosis de 0,9 mg/kg -Modificación y tratamiento de factores que contribuyen a incrementar la recurrencia. Son de especial importancia el manejo de la HAS, diabetes y dislipidemia. -Los antiagregantes plaquetarios con evidencia probada son: aspirina a dosis de 75 a 325 mg, clopidogrel 75 mg, y la combinación de aspirina más dípíridamol de liberación prolongada. -Atorvastatina 80 mg/día⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> -Puede ser médico o quirúrgico e idealmente debe ofrecerse en unidades de terapia intensiva. -Para su elección debe considerarse la edad, escala de Glasgow, tamaño y localización del hematoma, desplazamiento de la línea media, apertura ventricular, hidrocefalia y etiología. -Se basa en protección de la vía aérea, reemplazo del factor apropiado, transfusión de plaquetas, uso de vitamina K en algunos pacientes y manejo de la presión arterial - manitol para el manejo de la PIC, manteniendo osmolaridad sérica de 300-320 mOsm/kg y evitar la hipovolemia. -Quirúrgicos.
--------------------	--	--