



PASIÓN POR EDUCAR

**NOMBRE DEL ALUMNO:** Luis David  
Cano Hernández

**NOMBRE DEL PROFESOR:** Romeo  
Suarez Martínez

**NOMBRE DEL TRABAJO:** Cuadro  
comparativo

PASIÓN POR EDUCAR

**MATERIA:** Urgencias medicas

**GRADO:** 8° B



	<b>EVENTO VASCULAR CEREBRAL ISQUEMICO</b>	<b>EVENTO VASCULAR CEREBRAL HEMORRAGICO</b>
<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad avanzada</li> <li>• Género masculino</li> <li>• Historia familiar de EVC.</li> <li>• Hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, etilismo, las cardiopatías (valvulopatías, infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva y fibrilación auricular), la hipercolesterolemia, el sedentarismo y la obesidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial es el factor de riesgo más claramente asociado.</li> <li>• Malformaciones arteriovenosas</li> <li>• Medicamentos (simpaticomiméticos, anticoagulantes, trombolíticos).</li> <li>• Uso de drogas (cocaína y anfetaminas)</li> <li>• Neoplasias primarias</li> </ul>
<b>ETIOLOGIA</b>	<p>Ocurre cuando el suministro de sangre a una parte del cerebro se interrumpe o se reduce, lo que impide que el tejido cerebral reciba oxígeno y nutrientes. Las células cerebrales comienzan a morir en minutos.</p>	<p>Ocurre cuando un vaso sanguíneo se rompe y sangra dentro del cerebro. En cuestión de minutos, las células del cerebro comienzan a morir. Las causas incluyen un aneurisma hemorrágico, una malformación arteriovenosa o la rotura de una pared arterial.</p>
<b>SINTOMATOLOGIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones motoras: paresia o parálisis de un hemicuerpo.</li> <li>• Alteraciones sensitivas: parestesias</li> <li>• Trastornos del lenguaje: en forma de disartria (dificultad para articular el lenguaje) o bien de afasia (dificultad en la expresión y/o comprensión del lenguaje).</li> <li>• Trastornos del lenguaje: en forma de disartria (dificultad para articular el lenguaje) o bien de afasia (dificultad en la expresión y/o comprensión del lenguaje).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit neurológico</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Náuseas y vómitos</li> <li>• Ataxia,</li> <li>• Nistagmus</li> <li>• Dismetría</li> <li>• crisis convulsivas</li> <li>• Signos meníngeos</li> </ul>

<b>DIAGNOSTICO DE IMAGEN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La TAC en la etapa aguda (primeras 12 a 24 horas) no demuestra cambios en el caso de infarto, pero descarta una hemorragia intracraneal.</li> <li>✓ La IRM da información precisa acerca de la anatomía del infarto agudo, delimitando la zona de necrosis y la penumbra isquémica (zona de hipoperfusión), dando posiblemente la pauta para tratamiento definitivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 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.</li> <li>✓ La IRM permite identificar cavernomas y delimitar el edema perihematoma.</li> </ul>
<b>TRATAMIENTO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manejo de la vía aérea (incluyendo intubación y ventilación mecánica, de ser necesario)</li> <li>2. Temperatura: control de hipertermia, hipotermia.</li> <li>3. Presión arterial TA: su control debe ser juicioso, no causando caídas súbitas en la presión, con el afán de no disminuir la perfusión cerebral.</li> <li>4. Glucemia: la hipoglucemia y la hiperglucemia se consideran factores de mal pronóstico, por lo cual deben ser manejados en forma inmediata y agresiva.</li> <li>5. El tratamiento de reperfusión (trombolisis) con alteplasa (rt-PA) es un tratamiento seguro y eficaz.</li> <li>6. Los anticoagulantes Deben administrarse sólo como profilaxis contra la trombosis venosa profunda</li> <li>7. En infartos extensos de la arteria cerebral media, la craniectomía descompresiva temprana (48 horas)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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</li> <li>2. Otras medidas recomendadas incluyen: manitol para el manejo de la PIC, manteniendo osmolaridad sérica de 300–320 mOsm/kg y evitar la hipovolemia.</li> <li>3. Tratamiento quirúrgico.</li> </ol>