

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

"ENFERMEDADES VASCULARES CEREBRALES"

ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ CELAYA

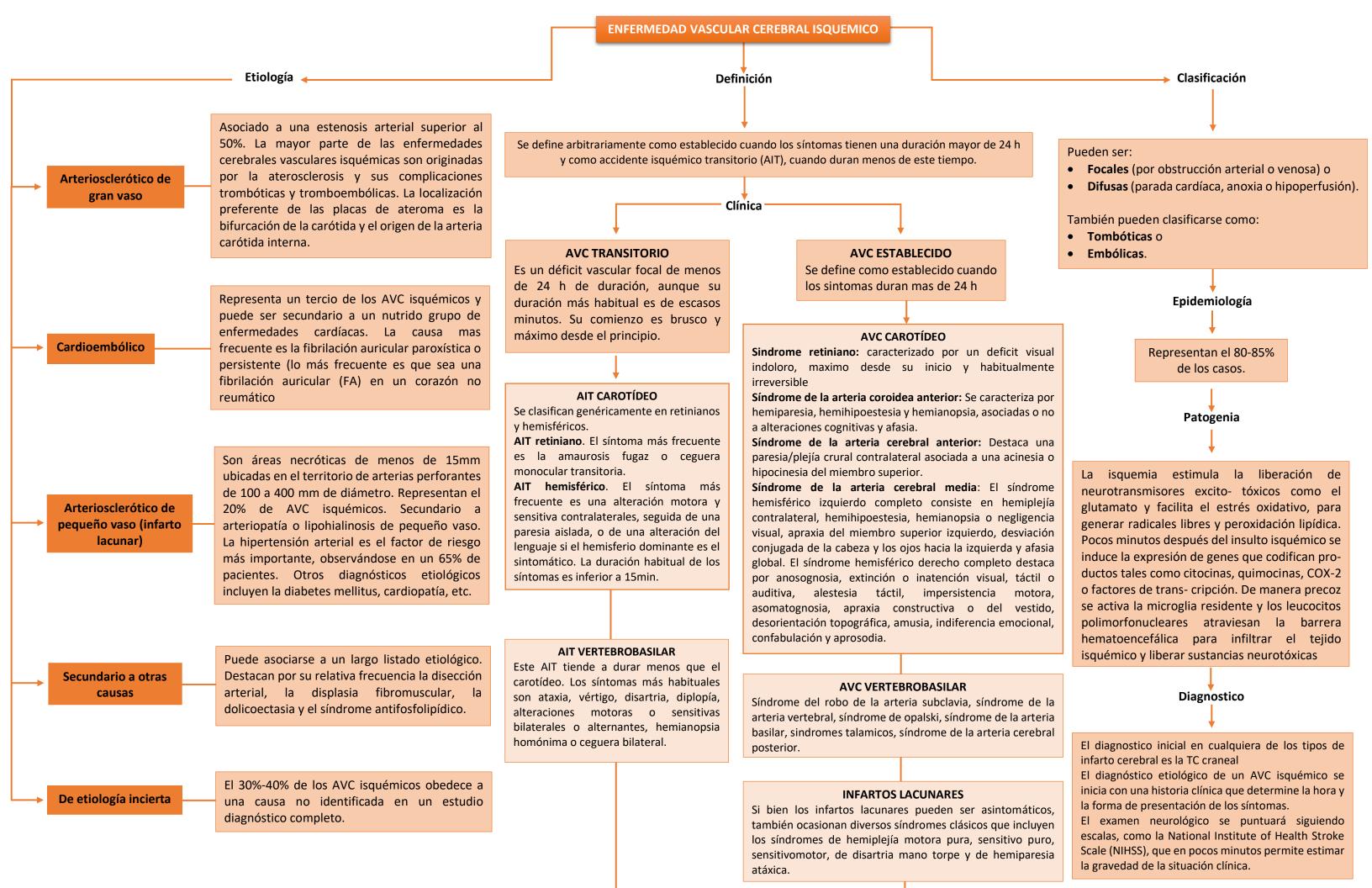
SEMESTRE: 7º

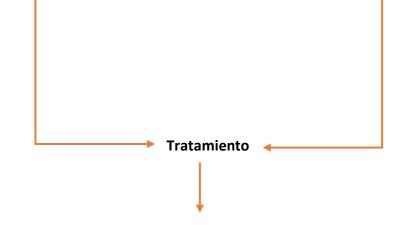
DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

UNIDAD: 4

ASIGNATURA: CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, JUNIO 2021





MEDIDAS GENERALES

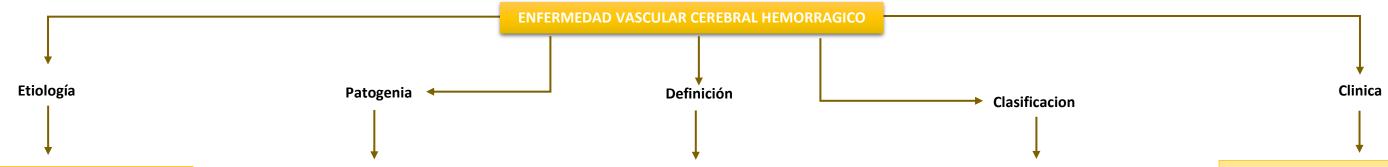
La primera medida es asegurar la permeabilidad de la via aerea y la funcion ventilatoria del paciente, evitar hipertermias, hiperglucemias y elevación excesiva de la tensión arterial, así como descensos bruscos de esta última. La oxigenoterapia se reserva para los pacientes con hipoxia, aunque su uso se puede justificar ante una disminución moderada de la saturación de oxígeno.

MEDIDAS ESPECIFICAS

Trombolisis: Está aprobada la indicación de rt-PA en el AVC isquémico de menos de 3 h de evolución

Antitrombóticos: El empleo de fármacos antitrombóticos en la fase aguda del AVC tiene como finalidad prevenir la formación y progresión trombótica, la recurrencia temprana, la trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar. Este grupo de fármacos incluye el AAS, la ticlopidina, el clopidogrel, la heparina no fraccionada, las heparinas de bajo peso molecular (heparinas fraccionadas) y los heparinoides.

Tratamiento quirúrgico: El papel beneficioso de la endarterectomía carotídea está demostrado en pacientes con síntomas asociados a una estenosis carotídea igual o superior al 70%, si la morbimortalidad operatoria del cirujano es inferior al 6%. La angioplastia carotídea es una técnica alternativa a la endarterectomía cuya eficacia depende de la experiencia del médico.



HEMORRAGIA INTRACEREBRAL

El factor etiológico más importante es la edad, con lo que el riesgo de HIC se duplica por cada década a partir de los 50 años

Hemorragia primaria:

- Hipertensiva
- Angiopatia amiloide

Hemorragia secundaria:

- Traumatica
- Aneurismatica
- Malformacion arteriovenosa
- Coagulopatias
- Vasculopatias
- Medicamentos
- Angioma cavernoso
- Neoplasias primarias o metastasicas
- Trombosis de los senos venosos

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Su principal factor de riesgo es la HAS, así como el tabaquismo, etilismo intenso, historia de HSA en familiares en primer grado y enfermedades hereditarias del tejido conjuntivo. Además de la ruptura aneurismática, otras causas incluyen la ruptura de MAV, de aneurismas micóticos, disección de arterias intracraneales, coagulopatías y vasculitis del SNC

HEMORRAGIA INTRACEREBRAL

La HIC causa un daño mecánico directo sobre las estructuras cerebrales contribuyendo a la formación de edema, apoptosis, necrosis y a la aparición de células inflamatorias.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

La elevación del flujo sanguineo cerebral (FSC) produce cambios en la remodelación de los vasos, dilatación y cambios en el grosor de la pared, remodelación excéntrica y remodelación asimétrica, con aumento del flujo sanguíneo en el segmento distal del cuello del aneurisma, lo que se denomina "zona de Impacto"

Epidemiología

Representa aproximadamente un 15-20% de todos los accidentes vasculares cerebrales, siendo la hipertensión arterial (HTA) el principal factor asociado (50-70% de los casos) Tambien llamado derrame cerebral, es causado por la ruptura y sangrado de un vaso sanguíneo en el cerebro. La hemorragia en el espacio subaracnoideo o en el parénquima cerebral produce menos daño tisular que la isquemia.

Diagnostico

HEMORRAGIA INTRACEREBRAL

La prueba diagnóstica más utilizada es la TC, si bien la RM tiene la misma sensibilidad y especificidad y permite detectar microhemorragias que pasan desapercibidas en la TC. La TC sigue siendo el estudio de eleccion. La HIC aparece en la TC como una imagen hiperdensa en el parénquima cerebral. La HIC hipertensiva tiende a presentarse en ganglios basales, tálamo, cerebelo y protuberancia, y no contamina el espacio subaracnoideo.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Ante la sospecha clínica de HSA se debe realizar una TC cerebral, que tiene valor diagnóstico en alrededor del 95% de los pacientes. Si la TC es negativa se debe realizar una punción lumbar con el objetivo de detectar sangre o productos de degradación de la hemoglobina en el espacio subaracnoideo.

En el paciente con HSA está indicado realizar un estudio angiográfico para detectar la etiología del sangrado y definir la anatomía del aneurisma. La TC con angiografía (angio-TC) tiene una sensibilidad y especificidad del 95%-100% para detectar aneurismas mayores de 5 mm

La rotura de un vaso da lugar a una colección hemática en el parénquima cerebral o en el espacio subaracnoideo

HEMORRAGIA INTRACEREBRAL

Representa 10–15% de toda la EVC, y según su localización puede ser intraparenquimatosa o intraventricular. La 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

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Se define como la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo. El 80% de los casos son secundarios a ruptura de un aneurisma sacular, representa entre el 4 y 7% de toda la EVC

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

La HSA puede estar precedida en un 20%-30% de los pacientes de síntomas prodrómicos que orientan sobre la existencia y la localiza- ción de un aneurisma. Una parálisis del III par craneal, manifestada con midriasis paralítica y dolor periorbitario, sugiere la fisura o creci- miento de un aneurisma en la arteria comunicante posterior. Una parálisis del VI par craneal apunta a un aneurisma en el seno caver- noso; la aparición de un defecto visual sugiere un aneurisma de la porción supraclinoidea de la carótida interna. Una cefalea centinela intensa, sin síntomas o signos de focalidad neurológica, puede preceder en días o semanas a una HSA grave.

HEMORRAGIA INTRACEREBRAL

Se presenta de forma súbita o con síntomas rápidamente progresivos. Es frecuente el déficit neurológico máximo al inicio, así como síntomas acompañantes sugestivos de aumento de la presión intracraneal (PIC). La HIC supratentorial puede presentarse con déficit neurológico sensitivo—motor contralateral y las infratentoriales con compromiso de nervios craneales, ataxia, nistagmus o dismetría



HEMORRAGIA INTRACEREBRAL

El objetivo principal del tratamiento es reducir la PIC y prevenir complicaciones. 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. Si el paciente presenta dificultades respiratorias, causadas por disminución del nivel de conciencia o de los reflejos del tronco, se debe asegurar la ventilación y oxigenación adecuada valorando la necesidad de intubación y ventilación mecánica. Tratamiento quirurgico: El tratamiento quirúrgico clásico consiste en la evacuación del hematoma mediante craniotomía abierta.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

El paciente con HSA debe ser tratado en una Unidad de Cuidados Intensivos hasta el cierre del aneurisma y después puede ser trasladado a una Unidad de Ictus para su tratamiento por un equipo multidisciplinar de neurólogos y neurocirujanos.

El tratamiento se inicia asegurando la vía respiratoria y el estado hemodinámico. Se recomienda reposo absoluto, elevar la cabeza del paciente a 30° y evitar todo tipo de esfuerzos y estímulos externos. Han de mantenerse la isoosmolaridad (inferior a 320 mmol), la normonatremia (135-150mEq/L), la euvolemia (PVC 8-12mm Hg), la normoglicemia y la apirexia.

Bibliografía

- Farreras. (2016). Medicina Interna. Barcelona, España: Elsevier
- Amosa, M. et al. (2017). Neurología. México: CTO