

ACTAS DEL

**IV CONGRESO INTERNACIONAL
EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA**



VOLUMEN II

Comps.

**José Jesús Gázquez Linares
María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez**

**Actas del IV Congreso Internacional
en Contextos Clínicos y de la Salud
Volumen II**

Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018

Comps.

**José Jesús Gázquez Linares
María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Volumen II”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita: SCINFOPER

ISBN: 978-84-697-9975-8

Depósito Legal: AL 381-2018

Distribuye: SCINFOPER

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

NEUROLOGÍA

CÓDIGO ICTUS: COMPETENCIAS DEL CELADOR	22
JESSICA REPISO RAYA, ANTONIO ORTIZ CARO, ANTONIO JESÚS SEGOVIA GALLARDO	
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DISAUTONOMÍA	23
VERÓNICA SEGURA DÍAZ, ESTEFANÍA MURCIA ALABARCE, NURIA CUADRADO AGUILERA	
ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES EN EL MANEJO DEL CATÉTER VENTRICULAR	24
ELISABETH CASCALES PALAZÓN, MARIA JESÚS CRESPO CASTILLO, PABLO SALMERON RUIZ	
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER CUIDADOS Y ATENCIÓN.....	25
NATIVIDAD PADILLA GARCÍA, MARIA DOLORES BEDMAR NAVARRETE, ANA MARIA TOMAS CASTRO	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ENCEFALOGRAFÍA	26
ELENA LOPEZ JANEIRO, INES LEON NUÑEZ, VIRGINIA LAZARO COLAS	
INTERVENCIONES BASADAS EN LA ATENCIÓN PLENA EN LA EPILEPSIA	27
GEMA MARIA RUBIO GÓMEZ, MARIA ANGUSTIAS GARCÍA LÓPEZ, M. DEL MAR SÁNCHEZ ÚBEDA	
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CÓDIGO ICTUS	28
SILVIA FERNANDEZ MARTÍNEZ, ANA MARIA PEREZ HEREDIA, MARIA ISABEL SANCHEZ NAVARRO	
CAUSAS Y CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE TOURETTE	29
ANA MARIA GARCÍA MIRANDA, MARÍA DEL PILAR SEGURA SÁNCHEZ, ELENA DEL AGUILA CANO	
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS CONVULSIONES EN EDAD INFANTIL	30
ANA MARIA GARCÍA MIRANDA, MARÍA DEL PILAR SEGURA SÁNCHEZ, ELENA DEL AGUILA CANO	
RAZONAMIENTO CLÍNICO ENFERMERO EN PACIENTES POST ICTUS	31
MANUEL MERINAS VALERO, ANA ISABEL HERRUZO MORENO, ANDRÉS JURADO ESPADAS	
LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	32

CRISTINA LEAL TORREALBA, MARÍA SOLEDAD JIMÉNEZ PICAZO, SANDRA JURADO CONTRERAS

ANÁLISIS SOBRE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE: REVISIÓN SISTEMÁTICA33

CRISTINA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARÍA GABRIELA ÁLVAREZ SÁNCHEZ, JESSICA MÉNDEZ MURIEL, RAQUEL PÉREZ ALONSO, MARÍA REYES CANCEDO CUERVO, MARIA REYES MARQUEZ DEL CAÑO, VERÓNICA SUÁREZ FERNÁNDEZ, PABLO TOYOS GRANDA

CRISIS COMICIONAL CON DETERIORO COGNITIVO E IDEAS DELIRANTES34

MARIA ISABEL VILLODRES NAVAS, ARANZAZU MARTIN VILLENA, AURORA ALGUACIL CABALLERO

PACIENTE JOVEN DIAGNOSTICADA DE MIGRAÑA CON AURA35

JESSICA GARCÍA ESTEBAN, TANIA ORTIZ PUERTAS, EVA MARIA GOMEZ ORTIZ

PARÁLISIS CEREBRAL EN PERSONAS, NIÑOS Y SUS CUIDADOS36

RAQUEL NAVEA LOPEZ, ANTONIA JESUS IBAÑEZ JIMENEZ, SUSANA LUNA NEVADO

ACCIDENTE ISQUÉMICOS TRANSITORIOS DE REPETICIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO.....37

ROSA NOELIA ALONSO LOPEZ, FRANCISCA PERÉZ GÓMEZ, MARIA SALUD CANO GARCÍA

INTERVENCIÓN EN UN PACIENTE CON ALTERACIÓN CONDUCTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.....38

VERÓNICA ALFONSO REYES

AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA: PAPEL DE ENFERMERÍA39

MARÍA TERESA HERRERA CALDERÓN, SANDRA PÉREZ RUBIO, MARÍA NAZARET RUBIDO PALACIOS

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE NEUROLOGÍA40

MARIA DE LOS ANGELES CALVENTE LUQUE, CARMEN CALVENTE LUQUE, FLORENCIA VILLAREJO AMOR

MANEJO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN CRISIS DE CEFALEAS TENSIONALES41

LAURA DE LA PLATA CARRILLO, ALEJANDRA SOTO ROMERO, ALBA DEL ROCIO VIEJO LOPEZ, MARIA DOLORES SANCHEZ RUIZ

EL TÉCNICO DE CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA42

LAURA RUIZ NEGRILLO, LIDIA ROSALES MUÑOZ, BELINDA CAMPOS SANCHEZ

CUIDADOS A DOMICILIO EN PACIENTES CON ALZHEIMER MODERADO	43
ESTHER GÓMEZ SÁNCHEZ, JESSICA GREGORIO FUNDÍN, CARMEN MARÍA ORDÓÑEZ MÉNDEZ, LAURA BAGES UBERNI, DANIEL ESTÉVEZ CAMPOS, MARIA DEL CARMEN MARTÍN QUINTANA	
CARACTERÍSTICAS Y PREVENCIÓN EN NIÑOS CON ENFERMEDAD DANDY WALKER.....	44
ANA BELÉN DE LA TORRE RODRIGUEZ, BEATRIZ LÓPEZ PADILLA, ANTONIO AMEZCUA CASTELLÓN	
EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL AUTISMO EN LA ETAPA INFANTIL	45
CARMEN LAURA BURGOS POLO, OLGA AGUILAR MARQUEZ, DOLORES ANGULO RODRÍGUEZ	
SÍNTOMAS CARACTERÍSTICO DE LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA.....	46
MARIA JOSE NOGALES LOZANO, JOSE TOMAS ROSALES PRADOS, BELEN ABAD CRUZ	
ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LA UNIDAD DE EPILEPSIA	47
ROBERTO GARCÍA BARRIUSO, LOURDES VILLAFRUELA PELAZ, MARIA BLANCA GÓMEZ CASTILLO, MARIA ROSARIO ECHEVERRIA IBAÑEZ, DIANA FERNANDEZ AGUIRRE, ELENA GARCÍA CAMARERO	
NEUROCISTICERCOSIS EN MUJER DE 55 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO	48
PATRICIA GALINDO GUDE, CELIA CALZADO RODRIGUEZ, CELIA GUDE CORRALES	
INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW	49
MARÍA ESPERANZA PORTILLO SÁNCHEZ, ESPERANZA LOPEZ FUENTES, SANDRA LÓPEZ CARRILLO, MARIA DEL CARMEN RUIZ BOSQUES	
EPILEPSIA VERSUS SÍNCOPE, PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	50
ROBERTO GARCÍA BARRIUSO, LOURDES VILLAFRUELA PELAZ, MARIA BLANCA GÓMEZ CASTILLO, MARIA ROSARIO ECHEVERRIA IBAÑEZ, DIANA FERNANDEZ AGUIRRE, ELENA GARCÍA CAMARERO	
CASO DE PACIENTE CON DEMENCIA SENIL	51
MARIA LUISA MARIN VINUESA, NATALIA MARIN LOPEZ, JUAN JESUS BARBA CORDOBA	
HEMATOMAS SUBDURALES CRÓNICOS BILATERALES EN NEUROCIRUGÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO	52
MARIA PILAR PÉREZ SALAS, MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ	

HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO EN NEUROCIRUGÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	53
MARIA PILAR PÉREZ SALAS, MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ	
PACIENTE DIAGNOSTICADA DE TUMORACIÓN SUPRASELAR EN NEUROCIRUGÍA.....	54
MARIA PILAR PÉREZ SALAS, MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ	
PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN NEUROCIRUGÍA	55
MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ, MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARIA PILAR PÉREZ SALAS	
PACIENTE AFECTADA DE ENCEFALITIS AGUDA DISEMINADA	56
MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ, MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARIA PILAR PÉREZ SALAS	
PACIENTE HOSPITALIZADO TRAS DIAGNÓSTICO DE MACROADENOMA HIPOFISIARIO	57
MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARIA PILAR PÉREZ SALAS, MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ	
ACATISIA INVALIDANTE DE POSIBLE ORIGEN TÓXICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	58
MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARIA PILAR PÉREZ SALAS, MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ	
IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO PRECOZ EN EL SÍNDROME DE LIMB SHAKING: A PROPÓSITO DE UN CASO	59
MARIA ISABEL GONZALEZ MARTINEZ, NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, ANA BELEN GONZALVEZ FORTES, DIEGO ALBERTO MARTINEZ MORENO, FRANCISCO JULIÁN VALERO MERLOS, MARIA DEL CARMEN GARCIA ROMERO	
MANEJO DE CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS EN EL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	60
RICARDO FELIPE GIL MARTINEZ, SUSANA ESTEVE LISON, ANA BELEN MUÑOZ MARIN, JOSE DANIEL OLIVARES ARCE, MARIA JOSE CORBALÁN RUIZ, MONICA MARTINEZ FLORES	
DECÚBITO LATERAL SOBRE EL LADO AFECTO EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.....	61
RICARDO FELIPE GIL MARTINEZ, SUSANA ESTEVE LISON, ANA BELEN MUÑOZ MARIN, JOSE DANIEL OLIVARES ARCE, MARIA JOSE CORBALÁN RUIZ, MONICA MARTINEZ FLORES	

PACIENTE ADULTA DIAGNOSTICADA DE TRASTORNO OBSESIVO CONVULSIVO	62
MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARIA PILAR PÉREZ SALAS, MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ	
DIAGNÓSTICO DE LEIOMIOSARCOMA EN REGIÓN SELAR	63
MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARIA PILAR PÉREZ SALAS, MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ	
DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY: A PROPÓSITO DE UN CASO	64
NATALIA FRANCISCA RODRIGUEZ FUENTES, MARIA VANESA OLIVA DOMINGUEZ, ANA MARÍA PÉREZ RICO	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO	65
ROSA MARÍA FERNÁNDEZ BOLÍVAR, ANTONIO JESÚS GARCÍA SORIANO, MANUEL JOSÉ BAS MEDINA	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO PORTADOR DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO	66
RAQUEL BUENDIA FLORES, JUDIT CARRETERO AGUILA, LAIA DURÓ BARBERÀ, ANDREA FERNANDEZ CASTRO, RUBÉN GONZÁLEZ ANDÚJAR, CLÀUDIA PERIBÁÑEZ BIEDMA, MARIA VICTORIA VIVAS ARAUJO, QI LU ZHOU LIN	
PACIENTE CON ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO LEVE	67
MARIA DOLORES CORTES CORTES, PATRICIA BARRANCO SALMERON, JUANA GALLARDO LARA	
ENCEFALOPATÍA SUBAGUDA Y DEBUT DE DEMENCIA EN PACIENTES CON EDAD AVANZADA	68
PATRICIA BARRANCO SALMERON, JUANA GALLARDO LARA, MARIA DOLORES CORTES CORTES	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON DRENAJES VENTRICULARES	69
RUBÉN YEGUAS GÓMEZ, PAOLA PASTORIZA GALÁN, MARIA DOLORES PRIETO GÁLVEZ	
CONOCER QUÉ ES UNA UNIDAD DE ICTUS	70
SARAY HERNÁNDEZ ESTEVEZ, MARIA ISABEL MELGUIZO CASTILLO, EDUARDO HIDALGO LOPEZ	
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA CEREBRAL	71
RUBÉN YEGUAS GÓMEZ, PAOLA PASTORIZA GALÁN, MARIA DOLORES PRIETO GÁLVEZ	

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL CATÉTER INTRAVENTRICULAR	72
MARÍA ISABEL SÁEZ JIMÉNEZ, ARANZAZU RUIZ MIÑAN, ALMUDENA MARTÍN MUÑOZ	
LESIÓN DEL NERVIIO FEMORAL DURANTE EL PARTO.....	73
MARIA ELENA CANOVAS CASADO, ANA MARÍA TORRES PERALES	
ESTUDIO SOBRE LAS ENFERMEDADES POR PRIONES: DIAGNÓSTICO Y EXPECTATIVAS.....	74
JERÓNIMO MALDONADO ROLDÁN, RAQUEL CASTILLO SÁNCHEZ-HEREDERO, MARÍA ÁNGELES QUIÑONES DELGADO	
SÍNDROME DE WALLEBERG: SÍNDROME BULBAR LATERAL EN PACIENTE GERIÁTRICO.....	75
JAVIER SANTAMARIA DEL TIO, LUCÍA NORIEGA SICILIANO	
ANÁLISIS SOBRE LA ENFERMEDAD DE ICTUS EN LA POBLACIÓN	76
ANA BELEN BLESAS RODRIGUEZ, ANA BELEN ORTEGA CHACON, ISABEL GRANADOS QUILES	
A PROPÓSITO DE UN CASO: ENFERMEDAD DE RAYNAUD	77
MONICA RODRIGUEZ MENENDEZ, CRISTINA ALVAREZ DIAZ, JUAN OTERO PANIZO, LAURA FERNÁNDEZ PÉREZ	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO	78
MARIA DEL MAR BURGOS MORAL, MARÍA LUISA QUIROS OLMO, SUSANA LOPEZ EXPOSITO	
PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: A PROPÓSITO DE UN CASO ..	79
MARIA BENAVIDES ORTIZ, CRISTINA GOMEZ LAMAPEREIRA, MARIA ANGUSTIAS GARCIA MOTOS	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE GUILLAIN- BARRE.....	80
ANTONIA PARRA ORTEGA, MAGDALENA ORTEGA MARTINEZ, ANA ESTER URIBE PARRA	
PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON ICTUS	81
MARIA DEL CARMEN LUCENA RUBIO, ROSARIO EXPÓSITO NOGALES, MÓNICA ALFARO CABALLERO	
GESTIÓN ENFERMERA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON PRESIÓN INTRACRANEAL ALTA	82
MARIA JESUS TUNEZ MURCIA, CANDIDO CALIZ JIMENEZ, ALICIA LOPEZ MENDEZ	

ENFERMERÍA Y LA TERAPIA HIPEROSMOLAR EN PACIENTE CON PRESIÓN INTRACRANEAL ALTA	83
MARIA JESUS TUNEZ MURCIA, CANDIDO CALIZ JIMENEZ, ALICIA LOPEZ MENDEZ	
ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN CÓDIGO ICTUS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS	84
PIEDAD TARIFA PEREZ, ENCARNACION SIERRA SALVAGO, MARÍA CONCEPCIÓN OCÓN DOMINGO	
ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UNIDAD DE ICTUS.....	85
NATIVIDAD GUIJO MARTÍN, SINUHÉ CHAPARRO PALAZUELO, LIDIA NADALES RAMOS	
BENEFICIOS DE LA ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA PARA PACIENTES CON PARKINSON	86
AZAHARA LUCÍA DEL PINO MORALES, MARTA ROBLES ANGELES, NATALIA FERNÁNDEZ GARCIA	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE COREA DE HUNTINGTON	87
ISABEL MARIA SANCHEZ PASTOR, MERCEDES COLLADO HERRANZ, ESTHER GRANADOS RAMOS	
MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO	88
ESTHER GRANADOS RAMOS, ISABEL MARIA SANCHEZ PASTOR, MERCEDES COLLADO HERRANZ	
CUIDADOS Y CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON GUILLAIN-BARRÉ	89
ROSA MARIA MANCEBO SANCHEZ, FRANCISCO PLATA SOLIS, ANTONIA ALVAREZ AVILES	
A PROPÓSITO DE UN CASO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	90
MARIA TERESA SAIZ CAREAGA, ESTHER HOYA GOMEZ, NURIA VIRSEDA MARIN, ANTONIO RUIZ RODRÍGUEZ, JOSE ANTONIO BLASCO VELARDE, ALFONSO MARIO GARCIA OCHOA DEL OLMO	
PACIENTE ADULTA DIAGNOSTICADA DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES..	91
DOLORES ANGELES MUÑOZ ESCOLAR, MARÍA EUGENIA REALES MORENO, ROSA MARIA ESTRADA ALCARAZ, CECILIA FUENSANTA HERNANDEZ PEREZ, ANA BELEN GOMEZ SANCHEZ, ANA BELÉN SÁNCHEZ GARCÍA	
CUIDADOS ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO	92
PATRICIA GARCIA FERNANDEZ, CRISTINA JIMENEZ HERNANDEZ, MARIA DEL CARMEN SERRANO RODRÍGUEZ	

SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.....	93
JENNIFER FERNANDEZ ALVAREZ, PAULA MENÉNDEZ ÁLVAREZ, BEATRIZ BÁRZANA BÁRZANA, LAURA GARCÍA FERNÁNDEZ, MARIA TERESA CANO SANCHEZ, MARÍA GARCÍA PELÁEZ, YLENIA FERNANDEZ ALVAREZ, ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ	
DETERIORO COGNITIVO LEVE EN ANCIANO DE 86 AÑOS	94
IRENE MOLINA CABELLO, MIRIAM MORENO CALVO, MARIA DEL CARMEN RUIZ GONZALEZ	
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO	95
JESÚS FRANCISCO MALDONADO MALDONADO, MARIA DEL MAR GARCIA REYES, MARÍA BELÉN DÍAZ SEGURA	
CRISIS CONVULSIVA EN PACIENTE VARÓN ADULTO	96
CRISTINA ARIAS RIVERA, ISABEL MARÍA GARCÍA FRANCO, MARIA DE LA SOLEDAD LOZANO GOMEZ	
PRINCIPALES SÍNTOMAS DEL ICTUS ISQUÉMICO Y HEMORRÁGICO PARA UN TRATAMIENTO EFICAZ	97
PILAR RECHE GARCÍA, CARMEN AGUILAR ASENSIO, MANUELA RECHE GARCÍA	
EFFECTOS Y BENEFICIOS DE LA HIDROTERAPIA EN EL PACIENTE NEUROLÓGICO	98
ROCIO MARIN CARMONA, MARIA INMACULADA MARIN CARMONA, BEATRIZ PUNTAS ORTIZ	
MENINGITIS BACTERIANA POR NEUMOCOCO EN ANCIANOS	99
CRISTINA MARTÍNEZ GARCÍA, ROSA MARIA PIULESTAN NIETO, PILAR ALCEDO FERNANDEZ	
HEMORRAGIA CEREBRAL POR ANGIOPATÍA AMILOIDE EN PACIENTE GERIÁTRICO.....	100
MARIA JOSE MACHUCA ALBERTOS, MARIA CASSIA NARANJO RATIA, PILAR BELLANCO ESTEBAN	
PACIENTE ADULTA CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA.....	101
PATRICIA ARMENTEROS COSTA, MARÍA BELÉN CALLEJAS MARTÍN, FLORA CONSUELO SANTAELLA BARCOS	
PACIENTE ADOLESCENTE CON POLINEUROPATÍA SENSITIVO MOTORA DESMIELINIZANTE.....	102

PATRICIA ARMENTEROS COSTA, FLORA CONSUELO SANTAELLA BARCOS,
MARÍA BELÉN CALLEJAS MARTÍN

**TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN PACIENTE ANTICOAGULADA CON
SINTROM.....103**

MARIA ISABEL GALINDO GUDE, SARA VALLE TORRES, ANA MORENO SALAS

**SÍNDROME NEUROLÓGICO TARDÍO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR
MONÓXIDO DE CARBONO: A PROPÓSITO DE UN CASO104**

NOELIA MATAMOROS CONTRERAS, FRANCISCO JAVIER COTRINA MARTINEZ,
GABRIELA CASTILLO CALVO

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
HEMORRÁGICO105**

INMACULADA SANCHEZ OSUNA, JOSE MANUEL AFÁN TENA, BEATRIZ DE
TORRES NAVAJAS

**DETERIORO COGNITIVO ASOCIADO A VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA
HUMANA PREVALENCIA DE LA ALTERACIÓN DE LOS DISTINTOS DOMINIOS .106**

ANA MARÍA TORRES PERALES, JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS, CRISTINA
SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BUENDÍA, MARIA ELENA CANOVAS CASADO, INMACULADA
DIAZ JIMENEZ, MARIA CHIAN ALVAREZ MARTIN

PLAN DE ACTUACIÓN ENFERMERO ANTE EL PACIENTE CON ICTUS107

ELENA BENITEZ FUENTES, JOSE MIGUEL MARIN SERENO, MARÍA SOLEDAD
BARRERA DOMÍNGUEZ

**ANÁLISIS SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD108**

MARIA DE LA LUZ DIAZ HUESCA, ANA BELEN GAMEZ CABRERA, YASMINA
GALLARDO FERNÁNDEZ

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS RARAS: EL SÍNDROME DE WEST.....109

MARÍA DEL MAR RUIZ RAMOS, EMMA FERNANDEZ RUIZ, JUAN MORENO
LOSILLA

**HIGIENE BUCAL COMO MEDIDA PREVENTIVA EN LA NEUMONÍA DE LOS
PACIENTES INTUBADOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS110**

VERONICA ARMENTEROS ALBA, VICTORIA ORIHUELA COBO, BEATRIZ NAVASAL
MARTÍN

PACIENTE CON MIASTENIA GRAVIS: A PROPÓSITO DE UN CASO111

OLAYA GUILLEN MARTINEZ, MARIA DOLORES ASENCIO HERNANDEZ, NOELIA
MORENO CORRALES

**PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TRATAMIENTO MEDIANTE INFUSIÓN INTRATECAL
DE BACLOFENO PARA ENFERMERÍA112**

LAURA GRIMA MIGUELES, SARA BENITEZ CAMPOS, MARIA TERESA DIAZ GARCIA, SEBASTIAN VALENCIA BELTRAN, ROSA BERTRAN ESTOPA, ROSALIA MARI PALAU, MARÍA DEL ROCÍO SÁNCHEZ TORRELO, MARIA TERESA BOTHEY BALADA, YUVINSKA SALINAS CESPEDES, ENRIC BLANCO RUIZ, CRISTINA SAMPER HEREDERO

PÉRDIDA DE VISIÓN EN MUJER JOVEN COMO SÍNTOMA DE ENFERMEDAD SISTÉMICA113

TATIANA ESPINOSA OLTRA, JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ VILLALOBOS, INMACULADA DIAZ JIMENEZ, CRISTINA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BUENDÍA

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON ICTUS114

FRANCISCO JOSE PERALES GAMEZ, MERCEDES FUNES PÉREZ, MARIA CARMEN GARCIA HERMOSO

DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO: USO Y MANTENIMIENTO115

MARÍA MOLERO MONSONÍS, PATRICIA EGEA PINEL, MARINA GÁLVEZ URIS, MAR CANALS PEDROLA, JONATAN OLIMPO CARDENAS SUAREZ, MONTSERRAT PÀMIES LLOPIS, MONTSERRAT LLAURADÓ VERNET, YASMINA SERES FONTANET, MARIA DE LOS REYES PONCELA GUTIÉRREZ, ANA CARABANTE MORATA, ROBERT LOZADA GUEVARA

DIAGNÓSTICO DE ICTUS ISQUÉMICO AGUDO TRAS CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA116

INMACULADA DIAZ JIMENEZ, TATIANA ESPINOSA OLTRA, ANA MARÍA TORRES PERALES, JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS

CAVERNOMA MESENCEFALICO CON SANGRADO INTERLESIONAL117

ANGELA MARIA ACOSTA QUINTERO, ANA BELÉN JURADO VÁZQUEZ, JUAN JESÚS PÉREZ PÉREZ

ESTUDIO DEL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR118

JORGE LLUIS SAN MARTIN, MARÍA ISABEL PAVÓN PADILLA, VANESSA GALLEGO LARA

ICTUS LACI IZQUIERDO EN PACIENTE CON PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA ..119

SERGI SOLER MARTINEZ, MARGARITA PUJADAS MOLINA, NURIA BATLLE ARAGONES, LAÍA ALVAREZ SUBIRA, MARIONA COLL MOLINOS, RUBEN VALERO VALERO

DONACIÓN DE ÓRGANOS ANTE UN PACIENTE EN MUERTE ENCEFÁLICA120

LETICIA VALLE GARCÍA, SANDRA DE TORO CLAVIJO, MELISA ACOSTA PACHECO

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN DE APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO121

MARIA JOSE LINARES CASTILLO, MARIA INMACULADA RODRIGUEZ MARTIN,
MARIA ROSA GALVEZ PALACIOS

BIOMARCADORES EN EL ALZHEIMER PRESINTOMÁTICO122

LORENA EDITA DEL POZO RODRIGUEZ, NOELIA GONZALEZ PRIETO, BELEN
VEGA RODRIGUEZ

DIPLOPIA Y PTOSIS PALPEBRAL BILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO123

JOSE ANTONIO BLASCO VELARDE, ALFONSO MARIO GARCIA OCHOA DEL OLMO,
MARÍA CRISTINA BLANCO HEREDERO, MARIA TERESA SAIZ CAREAGA, ESTHER
HOYA GOMEZ, NURIA VIRSEDA MARIN

COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON AFASIA124

ANTONIA ROLDÁN BACHILLER, ANDREA SIERRA YAGÜE, RUBEN SALMERON
HIDALGO, ANNA ROMERO LÓPEZ, FRANC CAPILLA ALCARAZ, TESLA VERÓNICA
CHAPAS AGUILAR, MARTA MORALES VALLVÉ, ELENA VIDAL HERAS, MARTA
SEGURA SERVENT, ISABEL FLORIT ALCAYNA, FRANCISCA ESPINOSA MONTERO,
MARIA SOLEDAD CORRAL MONTORO

**ESTUDIO SOBRE LA MENINGOENCEFALITIS HERPÉTICA CON CODIFICACIÓN
EN CIE-10-ES.....125**

RAFAEL ANGEL DELGADO NARANJO, DOLORES MORENO LUCENA, ROSA MARIA
PINTOR LUNA

**ANÁLISIS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y LA COMPLICACIÓN
RELACIONADA CON LA BOMBA DE DUODOPA: CODIFICACIÓN CIE 10-ES126**

RAFAEL ANGEL DELGADO NARANJO, DOLORES MORENO LUCENA, ROSA MARIA
PINTOR LUNA

A PROPÓSITO DE UN CASO: EPISODIO DE DESCONEXIÓN DEL MEDIO127

ELENA MORENO MONTERO, PATRICIA DE LA CRUZ GUIADO, ANGELA SAN JUAN
ROBLEDILLO

**ESTUDIO SOBRE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR TROMBÓTICO Y SU
CODIFICACIÓN CON CIE- 10128**

RAFAEL ANGEL DELGADO NARANJO, ROSA MARIA PINTOR LUNA, DOLORES
MORENO LUCENA

**DETERIORO GENERAL EN EL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
AGUDO129**

JUAN JOSE TORRES TORRES, CRISTINA FORNELL CHUMILLA, MARIA YOLANDA
BARO BARRIOS

ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA130

LETICIA VIOLANTA ORTEGA, DARIA PIOZAS AROZARENA, SANDRA GONZALEZ
CARMONA

PROCESO DE ACTUACIÓN ENFERMERA EN PACIENTE AFECTADO DE ICTUS CON AFASIA Y HEMIPARESIA	131
LUCÍA ALIJA MATORRA, GREGORIO SANTAMARÍA GALLEGO, SAMUEL CELEMIN AYUSO, VERONICA ARGÜELLO BERNARDO, MIREYA MASEGOSA VALLE, REBECA ALBA GONZÁLEZ	
A PROPÓSITO DE UN CASO DE DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN MUJER DE 63 AÑOS.....	132
ANA BELÉN VALERO MERLOS, MARIA LUISA ROMAN GARCIA, MARÍA JOSÉ ASUNCIÓN SAN VICENTE, INMACULADA HERNÁNDEZ BELMONTE, ELIZABETH RIOS MOLINA, JESUS ASUNCION SAN VICENTE	
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CRISIS EPILÉPTICA	133
IRENE CHINCHURRETA GARCIA, ANA BELEN SEGURA BEDMAR, YOLANDA MUÑOZ PALOMINO	
VALORACIÓN DE LA RESPUESTA A LEVODOPA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: OTRA OPCIÓN VÁLIDA.....	134
JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS, ANA MARÍA TORRES PERALES, TATIANA ESPINOSA OLTRA, INMACULADA DIAZ JIMENEZ	
NEUROLÚES MENINGOVASCULAR E ICTUS ISQUÉMICO: UNA ASOCIACIÓN INTERESANTE A CONSIDERAR.....	135
JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ VILLALOBOS, JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS	
ROMBOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO	136
JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ VILLALOBOS, JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS	
ROL DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO	137
LUCÍA FERRER BAÑOLAS, AROA LARA GARCIA, MARTA ORGANISTA GUERRERO, MIREIA MARQUEZ HERNANDEZ, LAIA TORRA RICART, VIRGINIA SÁNCHEZ VIEDMA	
ARTERITIS TEMPORAL O ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES.....	138
JULIA PORCEL RUIZ, MARIA DE LAS NIEVES LAO GIMENEZ, BELÉN GRANADOS LÓPEZ	
NECROSIS EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO EN PACIENTE CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO	139
MARIA DEL CARMEN RAMIREZ SANCHEZ, DIANA RAQUEL PEÑA LUYO, ROCÍO ORTA CHINCOA	
LA NARCOLEPSIA: ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO EXISTENTE.....	140
JOSE GOMEZ JIMENEZ, BELEN ANAYA COTILLA, INÉS MARÍA COLCHERO CAMACHO	

A PROPÓSITO DE UN CASO: MUJER 90 AÑOS CON SOSPECHA DE ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO	141
MARIA LUISA ROMAN GARCIA, MARÍA JOSÉ ASUNCIÓN SAN VICENTE, INMACULADA HERNÁNDEZ BELMONTE, ELIZABETH RIOS MOLINA, JESUS ASUNCION SAN VICENTE, ANA BELÉN VALERO MERLOS	
UTILIDAD DE LA NEUROESTIMULACIÓN DEL GANGLIO DE LA RAÍZ DORSAL	142
MARTA ATIENZA CAMPO, ALVARO DOMENE LOPEZ, EVA RODRIGUEZ FERRERA	
GASTROCTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)	143
MARTA ATIENZA CAMPO, ALVARO DOMENE LOPEZ, EVA RODRIGUEZ FERRERA	
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CORTICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	144
NOELIA GARCÍA LAX, MARIA PALAO RICO, ISABEL PELLICER ESPINOSA	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	145
NOELIA MUÑOZ JIMENEZ, FRANCISCA DOLORES MARTIN ANTEQUERA, EVA GARCIA JIMENEZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE RETT	146
EVA MARÍA ÁLVAREZ TORRES, ELENA BACA HIDALGO, CARMEN COLLADO SEGURA	
MANEJO ENFERMERO ANTE UN PACIENTE CON ICTUS.....	147
ANA ESTHER GARCIA MELGAR, MARIA VIRGINIA DONOSO CUENCA, RICARDO OLIVERA VAZQUEZ	
ATENCIÓN INTEGRAL EN URGENCIAS ANTE EL ICTUS	148
MARÍA ICÍAD MIERES SUÁREZ	
ANEURISMA CEREBRAL EN PACIENTE CON ANTECEDENTES FAMILIARES.....	149
DANIEL GARCIA PEREZ	
PACIENTE CON ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO	150
MARÍA BELÉN CALLEJAS MARTÍN, PATRICIA ARMENTEROS COSTA, FLORA CONSUELO SANTAELLA BARCOS	
VIGILANCIA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO	151
ANDREA RAMOS CAMPO, BEATRIZ TUÑÓN FUEYO, MARISOL MARTÍNEZ CHACÓN	
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEUROLÓGICOS QUE PRESENTAN DISFAGIA	152

CRISTINA DIAZ LOPEZ, VERONICA SARRIA RAMIREZ, MARINA VILLANUEVA
GOMEZ

FIEBRE Y RIGIDEZ: SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO153

RICHARD HARRINSON SERRANO CARRASCAL, JOSEFINA MORENO LÓPEZ, MARÍA
ENCARNACIÓN PARRILLA SÁNCHEZ

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN LA DEPRESIÓN POST ICTUS.....154

ANA DÍAZ CARMONA, ELENA LUQUE MACKINLAY, ALBERTO TOLEDO MUÑOZ

ATENCIÓN HOSPITALARIA EN PACIENTE CON NEURALGIA DEL TRIGÉMINO 155

RAQUEL COLOM DOMINGUEZ, JUAN IGNACIO ZAMBUDIO TERRÓN, CRISTINA
CABA MARTINEZ, MARIA ANGELES LEON RODRIGUEZ

**ICTUS ISQUÉMICO AGUDO SOBRE ARTERIA CEREBRAL EN PACIENTE JOVEN
.....156**

JOSE MARIA RAMIREZ BOLLERO, IRENE MACÍAS GUZMÁN, ANTONIO LÓPEZ
RUIZ

PACIENTE DE ALZHEIMER CON ALTO DETERIORO COGNITIVO157

MONICA ALONSO LOPEZ, MOISES GONZÁLEZ GARRIDO, MARÍA CISA DOCIO
CASTRO

TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO158

MONICA ALONSO LOPEZ, MOISES GONZÁLEZ GARRIDO, MARÍA CISA DOCIO
CASTRO

**CUIDADOS Y MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ANTE LA MIGRAÑA CRÓNICA
.....159**

IRMA GONZÁLEZ-QUEVEDO PEDRAYES, MIRIAM MARIA PRADO ALONSO,
ESTEFANÍA GARCÍA AVELLON

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL ALZHEIMER.....160

FRANCISCO JOSÉ HIDALGO LUNA, ANTONIO GABRIEL GARCIA OCAÑA, MARIA
JOSE HERNANDEZ GARCIA

**ABORDAJE EN PACIENTES CON ATETOSIS POR LOS PROFESIONALES DE SALUD
.....161**

PABLO JOSÉ ORTEGA MORALES, MARIA DEL CARMEN LOPEZ LOPEZ, MARÍA
DOLORES ZAPATA MARTÍNEZ

HIPOTIROIDISMO CLÍNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO162

CRISTINA DURAN ALBA, BARBARA BLANCO CARO, MARIA VIRIDIANA BREA
LOPEZ

LA VÍDEO TELEMETRÍA HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES EPILÉPTICOS.....163

ALEJANDRO ANTÓN PLATA, JACINTO GOMEZ BARRIO, MARIA BACA
BOCANEGRA

CUIDADOS Y TRATAMIENTOS PARA COMBATIR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE ..164

ALEJANDRO ANTÓN PLATA, JACINTO GOMEZ BARRIO, MARIA BACA
BOCANEGRA

MENINGITIS BACTERIANA AGUDA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE.....165

ROCIO ISABEL RUIZ ALIAGA, MONICA ARAGON GARCIA, MARÍA PÉREZ-
CASTEJÓN MARTÍNEZ

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL166

JOSÉ DANIEL GUALDA MARTÍN, MARÍA DOLORES CARMONA SÁNCHEZ, MARIA
DEL CARMEN CARMONA RIVAS

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ENFERMEDAD
NEUROLÓGICA167**

ÁNGELA CÁRDENAS GARCÍA, JULIA CARDENAS SORIA, MARIA ESTER
GALDEANO ALVAREZ

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE MOEBIUS168

ÁNGELA CÁRDENAS GARCÍA, JULIA CARDENAS SORIA, MARIA ESTER
GALDEANO ALVAREZ

**DISTONÍA CERVICAL: CARACTERÍSTICAS DE LA TORTÍCULIS ESPASMÓDICA
.....169**

JULIA CARDENAS SORIA, MARIA ESTER GALDEANO ALVAREZ, ÁNGELA
CÁRDENAS GARCÍA

**IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN PACIENTE CON SÍNDROME
MELAS.....170**

MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ, CRISTINA CAÑUELO MORENO, SILVIA
POZUELO SANCHEZ

EVOLUCIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HUNTINGTON.....171

JULIETA ROMERO VILLALBA, MARÍA SÁNCHEZ NAVARRO, MARINA MARTÍNEZ
LÓPEZ

**REPERCUSIÓN DE LOS TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS EN LA
ENFERMEDAD DE PARKINSON172**

PABLO JESUS HERNÁNDEZ SAURA, YESELIA JESÚS SÁNCHEZ PARISMORENO,
ISABEL MARIA ROMERO ANDREO, MARIA CARMEN RUIZ BOTÍAS, AMANDA
RIPOLL NAVARRO, MARIA DEL CARMEN LOPEZ RAMON, EVA MARIA SERRANO
SANCHEZ, LAURA SANCHO AGUIRRE

GUILLAIN- BARRÉ DESMIELINIZANTE EN PACIENTE JOVEN173

ESPERANZA MACARENA MOLINA ROPERO, VIOLETA MARÍA FLORES LLAMAS,
ANA MARIA SANCHEZ RUBIO

HIDROCEFALIA ARREABSORTIVA SECUNDARIA A LESIÓN GRANULOMATOSA174

VIRGINIA DELGADO GIL, ENRIQUE SANCHEZ RELINQUE, PATRICIA FERNÁNDEZ
GARCÍA

**CUADRO CONFUSIONAL SUBAGUDO Y DEBILIDAD PROGRESIVA EN VARÓN DE
60 AÑOS.....175**

MAGDALENA TIRADO TROYANO, NOELIA HUERTAS SÁNCHEZ, LAURA
BAUTISTA GONZÁLEZ

RELACIÓN ENTRE PATOLOGÍAS NEUROMUSCULARES Y CARDÍACAS176

MARIA DE LAS MERCEDES HIDALGO COLLAZOS, SONIA SALAS FRÍAS, CRISTINA
CAZORLA LUQUE

A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME DE PSEUDOTUMOR CEREBRAL177

SANDRA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, MARIA DOLORES GONZÁLEZ COLOMÉ, MIGUEL
JIMÉNEZ MEJÍAS

MARCODENOMA HIPOFISARIO Y DIPLOPÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO178

ANTONIO CANDELIERE MERLICCO, ELADIO APARICIO CASTRO, JORGE
ZIELENIEWSKI CENTENERO, ALBA CASTAÑEDA PÉREZ-CRESPO, TERESA SEGURA
ÚBEDA, PABLO FABUEL ORTEGA

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA ESPASTICIDAD MUSCULAR.....179

SILVIA PÉREZ RODRÍGUEZ, MARIA DOLORES CAPARROS RODRIGUEZ, MARIA
ISABEL MATIAS FERNANDEZ

**PACIENTE QUE PRESENTA REACCIÓN EXTRAPIRAMIDAL A NEUROLÉPTICOS:
A PROPÓSITO DE UN CASO180**

ISABEL SAURA GARCIA, MANUEL ANGEL GARCIA CHICANO, PETRONILA MIREIA
ALCÁZAR ARTERO

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA EN PACIENTE ADULTA181

SARA BLANCO MADERA, ANA ISABEL DENGRA MALDONADO, MANUEL PAYAN
ORTIZ

**MANEJO DE SITUACIONES CON PACIENTES PSIQUIATRICOS POR PARTE DEL
PERSONAL DE URGENCIAS DE LOS CENTROS SANITARIOS182**

ANTONIO SANCHEZ LOPEZ, CELIA AZAHARA REINA PEÑA, ÁFRICA REINA PEÑA

SÍNDROME FEBRIL Y DESORIENTACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO183

ANTONIO CALDERÓN RODRÍGUEZ, NOEMÍ JIMÉNEZ DEL MARCO, ROCÍO RUIZ
HINOJOSA

DEMENCIA REVERSIBLE: A PROPÓSITO DE UN CASO	184
ANTONIO CALDERÓN RODRÍGUEZ, NOEMÍ JIMÉNEZ DEL MARCO, CRISTINA ORELLANA LEGUPÍN	
TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE FIBRINOLISIS INTAVENTRICULAR	185
OLIVER RODRÍGUEZ TERRON, INMACULADA CARMONA FLORIDO	
MUJER DERIVADA A URGENCIAS HOSPITALARIAS POR SOSPECHA DE ICTUS	186
GLORIA MARTINEZ RESOLA, MARIA LUISA RESOLA MOLINA, MARIA DOLORES GAY OCAÑA	
MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA SIN AISLAMIENTO MICROBIOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	187
SARA BLANCO MADERA, ANA ISABEL DENGRA MALDONADO, MANUEL PAYAN ORTIZ	
DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE MIASTENIA GRAVIS.....	188
JOSÉ MANUEL BLANCO ROMÁN, CRISTINA ORELLANA LEGUPÍN, NOEMÍ JIMÉNEZ DEL MARCO	
DESCRIPCIÓN DE UN CASO DE MIELOPATÍA DORSAL COMPRESIVA.....	189
SARA BLANCO MADERA, ANA ISABEL DENGRA MALDONADO, MANUEL PAYAN ORTIZ	
PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON DIAGNÓSTICO ICTUS.....	190
VERÓNICA OSUNA SAEZ, CRISTINA ENCINAS BERRUEZO, VERONICA DOMENE MARTINEZ	
MUJER DE 43 AÑOS CON CEFALEA POR ABUSO DE ANALGÉSICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO	191
MARIA VIRGINIA ORTEGA TORRES, MARIA DEL CARMEN CINTADO SILLERO, BEGOÑA CASAS NICOT	
ABORDAJE Y MANEJO DEL AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL DESDE ENFERMERÍA.....	192
MARINA MARTINEZ LOPEZ, LYDIA MARÍA SÁNCHEZ ORTIZ, MARINA RAMÍREZ GÓMEZ	
EPISODIO DE DISFASIA Y PARESIA DEL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO TRANSITORIA.....	193
ENRIQUE SANTIAGO RODRIGUEZ CARVAJAL, ANA GARCIA GRANERO, MARIA GARCIA MORENO, SUSANA OMAR VILA, ELISA MARIN SANCHEZ	
CUIDADOS PARA LA PREPARACIÓN DE PACIENTES PREVIA A UN STENT CARÓTIDEO PROGRAMADO	194

TAMARA GUTIERREZ GARCIA, LAURA CALLEJA MACHO, SHEILA MORRAJA
GUARDIOLA, MARIA TERESA RODRIGUEZ SAMANIEGO, IRENE JOANA BATUECAS
DUELT, RUBÉN MORENO SÁNCHEZ

MANIFESTACIONES DE NEURALGIA DEL NERVIU TRIGÉMINO195

GLORIA MOTA CÁTEDRA, MOISÉS CARRIÓN LÓPEZ, MARÍA JOSÉ GÁLVEZ
GÁLVEZ

**ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ENFERMEDAD DE LA MOTONEURONA):
A PROPÓSITO DE UN CASO196**

MARÍA DOLORES LÓPEZ ROJAS, SONIA PÉREZ GÓMEZ, NURIA HERNANDEZ
MARTÍNEZ

EL ICTUS ISQUÉMICO SECUNDARIO AL TRAUMATISMO BUCAL197

DANIELA ROSILLO CASTRO, JOSE ANGEL BALLESTER ZAPLANA, CARMEN
HERNANDEZ MARTINEZ, MARIA DE LA PAZ EGEA CAMPOY, ROCÍO LÓPEZ
VALCÁRCEL, VIVIANNE JIMENEZ GARZON

**SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO SECUNDARIO A INFECCIÓN RESPIRATORIA:
TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOSTÁTICO198**

PILAR ALCEDO FERNANDEZ, ROSA MARIA PIULESTAN NIETO, CRISTINA
MARTÍNEZ GARCÍA

EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: SINTOMATOLOGÍA199

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ RELAÑO, MELODY VÁZQUEZ SUAREZ, MARÍA JOSÉ
GALVÁN VIVAS

ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO200

MARIO TARI RODRIGUEZ, MARTA SANCHEZ CAMPOS, MANUEL GALLARDO
MARCHENA

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON EPILEPSIA Y RETRASO MOTOR201

MARINA BERMÚDEZ VALENZUELA, SARA MENDEZ NIETO, ANA ISABEL OSORIO
LUCENA, ANTONIO MANUEL GONZALEZ BARBERO

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTE ANCIANO202

JAIME MARÍA SÁNCHEZ PAYÁ, MARÍA BELÉN GONZÁLEZ DE LA ROSA, LUZ
MARIA ROJAS PALACIOS

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN PACIENTE ADULTO203

ELENA FRANCO DAZA, MIGUEL ÁNGEL GOMARIZ MARTÍNEZ, MIRYAM
MARTÍNEZ PASCUAL DEL RIQUELME, LETICIA ALONSO CASADO, DAVINIA CANO
ALBURQUERQUE, MARIA DE LOS ANGELES FERNANDEZ GUTIERREZ

**PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERA A UN PACIENTE TRAS REALIZACIÓN DE
LAMINECTOMÍA204**

ALEJANDRO CORRAL CASTILLO, SANDRA NAVARRETE OLIVER, AGUSTÍN
ORTEGA DEL ÁRBOL

**HEMORRAGIA PARENQUIMATOSA CEREBELOSIZQUIERDA: A PROPÓSITO DE
UN CASO.....205**

CRISTINA VILLALIBRE CALDERÓN, MARTA MÉNDEZ FERNÁNDEZ, EMMA SOLÍS
LOZANO, RUTH RODRÍGUEZ BLANCO, JUAN SEBASTIÁN ALLER ALVAREZ,
CRISTINA BOTÉ I FERNÁNDEZ, ADRIAN ESTRADA MENENDEZ, ANA CASTRO
FUERTES, JUAN ALVAREZ LOPEZ, INES OLAYA VELAZQUEZ

LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ESTATUS MIOCLÓNICOS206

INMACULADA GUIL GARCIA, AMANDA VILLALOBOS CHICA, GEMA CRISTINA
LOPEZ ESTEVEZ

**ALGIA FACIAL Y SÍNCOPE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE NEURALGIA
DEL GLOsofaríngeo207**

LUIS LOBATO PÉREZ

**DETERIORO COGNITIVO DE RÁPIDA EVOLUCIÓN TRAS DESCOMPENSACIÓN
DIABÉTICA208**

LUIS LOBATO PÉREZ, ROSARIO LINEROS LINERO

IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN EN ICTUS HEMORRÁGICO.....209

AMANDA VILLALOBOS CHICA, INMACULADA GUIL GARCIA, GEMA CRISTINA
LOPEZ ESTEVEZ

HEMIBALISMO EN RELACIÓN A HIPERGLUCEMIA NO CETÓSICA.....210

ÁLVARO SÁNCHEZ DE ALCÁZAR DEL RÍO, MARIA PEREZ AGUILERA, MARÍA
LUISA ALEJANDRA MORALES GÓMEZ, BYRON ENRIQUE URIZAR CATALAN

**EFFECTIVIDAD DE LA TOXINA BOTULÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE
MIGRAÑAS A CORTO PLAZO.....211**

MARIA JOSE BRAVO HEREDIA, CRISTINA MARTIN MONGE, LUCIA DEL CARMEN
RUIZ MEDINA

**ABORDAJE TERAPÉUTICO DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE EPILÉPTICO
.....212**

INMACULADA GONZALEZ MORALES, CASILDA ANTONIA MARTINEZ
FERNANDEZ, TANIA PALENCIAS HORNEDAL

**CONSECUENCIAS EMOCIONALES DEL CUIDADO DEL PACIENTE CON
ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA213**

SORAYA SATOUR MOHAMED, IRENE ANDRADE ANDRADE, MARÍA ÁNGELES
NOGUERAS MORILLAS

**CASO CLÍNICO DE HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO PARIETAL DERECHO
EN ESPAÑA214**

MARÍA PINO MARISCAL, JESSICA PEREZ CALVARIO, EVA MARIA GARCIA
MONTES

**ESTENOSIS EN ARTERIAS VERTEBRALES ALTERANDO NUESTRO LENGUAJE: A
PROPÓSITO DE UN CASO215**

MARIA SONIA GONZÁLEZ TROYA, JUAN ANTONIO LOPEZ RAMOS, VIRGINIA
TORREJÓN OVIEDO

NEUROCISTICERCOSIS OCASIONADA POR LESIÓN CEREBRAL ÚNICA216

DOLORES MUÑOZ GUIRAO, MARIA VICTORIA BALLESTER LORCA, KILIAN
ALBALADEJO CASTEJON, OLAYA MUÑOZ GONZALEZ

**UN EFECTO ADVERSO POCO FRECUENTE DEL TRATAMIENTO CON LEMTRADA
EN EMRR217**

MARIA PALAO RICO, NOELIA GARCÍA LAX, JOSE ÁNGEL MOTOS GARCÍA

**TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN EL CONTEXTO DE UNA PROBABLE
NEUROSARCOIDOSIS218**

MARIA PALAO RICO, NOELIA GARCÍA LAX, JOSE ÁNGEL MOTOS GARCÍA

ICTUS BULBAR DERECHO ISQUÉMICO POR ESTENOSIS CAROTÍDEA219

ALTEA MARTÍNEZ DE QUINTANA, ANDREA MIRÓ ANDREU, CLAUDIA PATRICIA
GÓMEZ CÁRDENAS

**ESTUDIO ELECTROMIOGRÁFICO DE MOVIMIENTOS ANORMALES CON
ACTIVIDAD RÍTMICA220**

PATRICIA VAZQUEZ ALARCON, DAVINIA DE SAN NICOLÁS FUERTES, DIEGO
ZAMORA PEREZ, ANA MARIA MARTINEZ PUERTO, CARMEN MARIA GARNES
SANCHEZ, SOFÍA ORTIGOSA GÓMEZ

**POLINEUROPATÍA AGUDA DESMIELINIZANTE, SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ
.....221**

CLAUDIA PATRICIA GÓMEZ CÁRDENAS, ALTEA MARTÍNEZ DE QUINTANA,
ANDREA MIRÓ ANDREU

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ALZHEIMER: DETECCIÓN PRECOZ222

MARTA ÁLVAREZ GONZÁLEZ, SONIA ÁLVAREZ GONZALEZ, RAQUEL MEGIDO
MAGADÁN, BEATRIZ SOLÍS GALLEGO, MARÍA ISABEL GONZÁLEZ CUETO

**TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO CON CRISIS SECUNDARIAS O DEBUT DE
EPILEPSIA QUE CONDICIONA TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO223**

DAVINIA DE SAN NICOLÁS FUERTES, DIEGO ZAMORA PEREZ, ANA MARIA
MARTINEZ PUERTO, CARMEN MARIA GARNES SANCHEZ, SOFÍA ORTIGOSA
GÓMEZ, PATRICIA VAZQUEZ ALARCON

CRISIS EPILÉPTICAS EN UN PACIENTE INCONSCIENTE224

FRANCISCA ROCIO PARRA HOLGADO, ANA MARIA CABAS JIMÉNEZ

PACIENTE CON PÉRDIDA DE CONCIENCIA Y DISARTRIA.....	225
FERNANDO ESTEVEZ MARTIN, VERONICA ENCINAS SANCHEZ, MARÍA BELÉN ACIÉN RODRÍGUEZ	
EL CUIDADO DEL PACIENTE CON CEFALEA Y AGITACION.....	226
ESTEFANIA APORTA COSTELA, JUDIT APORTA COSTELA, ENCARNACIÓN MARIA FERNÁNDEZ MONTES	
MENINGIOMA DORSAL INTRARRAQUÍDEO EXTRAMEDULAR D6-D7	227
MARÍA BELÉN ACIÉN RODRÍGUEZ, FERNANDO ESTEVEZ MARTIN, VERONICA ENCINAS SANCHEZ	
TROMBOSIS CEREBRAL AGUDA SIN INFARTO CEREBRAL	228
MARÍA BELÉN ACIÉN RODRÍGUEZ, FERNANDO ESTEVEZ MARTIN, VERONICA ENCINAS SANCHEZ	
EL ICTUS EN LA TERCERA EDAD.....	229
LUIS SOLER BORRERO, JAVIER JIMENEZ CALVO, MARINA FLORIDO DELGADO	
PACIENTE DIAGNOSTICADA DE CEFALEA EN RACIMOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	230
MARÍA INÉS VILANOVA BARCELÓ, TRINIDAD GIL PEREZ, ANDRES GONZALVEZ ALBERT	
ANEURISMA DEL SEPTUM INTERAURICULAR EN LA REALIZACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA	231
ENRIQUE SANCHEZ RELINQUE, VIRGINIA DELGADO GIL, PATRICIA FERNÁNDEZ GARCÍA	
DETECCIÓN URGENTE DE OCLUSIÓN DE GRAN VASO CEREBRAL MEDIANTE ESCALA RAPID	232
JENNIFER VILLAR VÁZQUEZ, ALBA ROQUET RUIZ, MARIA DEL CARMEN GOMEZ CARNERO	
DETECCIÓN DE VARIANTES DE LA NORMALIDAD EN ELECTROENCEFALOGRAFÍA.....	233
ANA MARIA MARTINEZ PUERTO, CARMEN MARIA GARNES SANCHEZ, SOFÍA ORTIGOSA GÓMEZ, PATRICIA VAZQUEZ ALARCON, DAVINIA DE SAN NICOLÁS FUERTES, DIEGO ZAMORA PEREZ	
DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON ALZHEIMER	234
MARIA DEL PILAR SALVADOR FERNANDEZ, JOSE MARÍA CARMONA MARTÍNEZ, SONIA MARIA SERRANO MALDONADO	

CÓDIGO ICTUS: COMPETENCIAS DEL CELADOR

JESSICA REPISO RAYA, ANTONIO ORTIZ CARO, ANTONIO JESÚS SEGOVIA GALLARDO

INTRODUCCIÓN: El ACV o ictus es un daño cerebral que puede repercutir de manera grave en el paciente, por ello la actuación mediante el equipo hospitalario debe ser lo más efectivo posible.

OBJETIVOS: El objetivo es determinar las funciones a desarrollar ante un código ictus por parte del celador.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las bases de datos Scielo y Pubmed. Los descriptores que se utilizan para concluir con la búsqueda son: “celador, código, ictus, actuación, funciones, competencias”. A través de Scielo y Pubmed, se encuentran 34 artículos en base a la investigación, lo que permitirá sustraer toda la información específica.

RESULTADOS: El código ictus precisa de actuar de forma rápida, tanto por médicos, enfermeros, auxiliares y celadores. El celador debe de conocer sus competencias, así como trasladar al paciente junto al equipo de SVA si así fuera. Así como llevar hasta la sala de críticos o dónde se encuentre el paciente el electrocardiógrafo. Una vez realizadas todas las pruebas y por orden médica, el celador será el responsable de llevarlo a la ubicación seleccionada por el médico.

CONCLUSIÓN: El celador, en este caso en urgencias debe de conocer cuáles son sus competencias específicas para el llevar a cabo el desarrollo de sus funciones sin llegar a enlentecer el trabajo en equipo. Por ello, una formación específica por parte del centro sanitario a esta categoría como son los celadores, beneficiarían en su labor, así como fomentar la actividad laboral y crecer profesionalmente.

PALABRAS CLAVE: CELADOR, ICTUS, FUNCIONES, CÓDIGO.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DISAUTONOMÍA

VERÓNICA SEGURA DÍAZ, ESTEFANÍA MURCIA ALABARCE, NURIA CUADRADO AGUILERA

INTRODUCCIÓN: La Disautonomía es una condición médica frecuente, sobre todo en mujeres adolescentes, debida a una alteración del sistema nervioso autónomo que, por lo general, cursa sin ser diagnosticada y es causa de fatiga crónica.

OBJETIVOS: Conocer los signos y síntomas de la disautonomía.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Google Académico y Cochrane. Se utilizaron los correctores: “disautonomía” y “signos y síntomas” truncadas mediante el operador booleano AND. Se encontraron nueve artículos de los que finalmente se seleccionaron cinco siguiendo los criterios de inclusión: publicados los últimos cinco años, a texto completo y en los idiomas español e inglés.

RESULTADOS: Se encontraron los siguientes signos y síntomas de disautonomía: Hipotensión: presión arterial por debajo de 10/6, y en ocasiones, hipotensión ortostática; Mareos y presíncopes: son frecuentes, sobretodo, al pararse rápido; Intolerancia al frío: sentir mucho frío, aunque al mismo tiempo sufren calores excesivos por una mala termorregulación; Cansancio, fatiga crónica y somnolencia: descritos por el enfermo como una falta de energía acompañada de somnolencia, sobretodo, al estar inactivo, permanecer de pie sin moverse o caminar lento; Diaforesis profusa e hinchazón de las manos y pies; Otros signos y síntomas: Xeroftomía y xerostomía (sensación de boca seca), trastornos gastrointestinales, palpitaciones, cefaleas, temblor, ansiedad, palidez y desánimo.

CONCLUSIÓN: La disautonomía es un trastorno de difícil diagnóstico debido a la confusión con otros síndromes. Sus síntomas y signos más frecuentes son cansancio, fatiga crónica, somnolencia, hipotensión, mala termorregulación, mareos y sudoración e hinchazón de manos y pies.

PALABRAS CLAVE: DISAUTONOMÍA, SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA, HIPERMOVILIDAD ARTICULAR, SIGNOS Y SÍNTOMAS.

ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES EN EL MANEJO DEL CATÉTER VENTRICULAR

ELISABETH CASCALES PALAZÒN, MARIA JESÚS CRESPO CASTILLO, PABLO SALMERON RUIZ

INTRODUCCIÓN: El Drenaje Ventricular es la inserción de un catéter en el ventrículo lateral cerebral con salida hacia el exterior para el control de la presión intracraneal y/o drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR). Su colocación se realiza en quirófano, de manera estéril y lo realiza el neurocirujano. Para su colocación se elige la región frontal derecha, el catéter se introduce hacia la línea media hasta que se obtiene el líquido cefalorraquídeo, se tuneliza y posteriormente se fija el catéter. Las complicaciones más frecuentes que se detectan tras la inserción de dicho catéter son: desplazamiento del catéter, disfunción del sistema (ya sea por obstrucción, rotura o desconexión del catéter), infección (es la más frecuente), hemorragia, pérdida del líquido cefalorraquídeo alrededor del catéter y dificultad en la técnica de colocación.

OBJETIVOS: Determinar las complicaciones que pueden surgir durante el manejo del catéter ventricular.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de artículos en bases de datos como Elsevier, Pudmed, Medline y buscadores como Google Académico.

RESULTADOS: En el 2006 en España se estimó que la incidencia del traumatismo craneoencefálico anual es de 200 nuevos casos/100.000 Habitantes. De esos casos, el 70% tienen buena recuperación, el 15% fallecen antes de la internación o durante la misma y el 15% quedan funcionalmente incapacitados en diferentes grados.

CONCLUSIÓN: Con los catéteres ventriculares podemos monitorizar la presión intracraneal, siendo un sistema de coste económico bajo, así mismo podemos drenar el líquido cefalorraquídeo controlando la hidrocefalia, como desventaja principal tiene es el riesgo de infección en el sistema nervioso central, hemorragia, desplazamiento del catéter, etc. Estas infecciones y complicaciones suponen un aumento de la morbimortalidad del paciente, por todo ello es de vital importancia tener un amplio conocimiento de su manejo y así evitar posibles complicaciones en el cuidado de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, COMPLICACIONES, CATÉTER VENTRICULAR, ENFERMERÍA.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER CUIDADOS Y ATENCIÓN

NATIVIDAD PADILLA GARCÍA, MARIA DOLORES BEDMAR NAVARRETE, ANA MARIA TOMAS CASTRO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Alzheimer fue descrita por primera vez en 1907 por un médico alemán, Alois Alzheimer. El paciente sufre deterioro progresivo de las funciones mentales superiores: memoria, orientación, juicio, intelecto y afecto. Es de predominio cortical, es una enfermedad terminal sin posibilidad de cura o recuperación. De causa desconocida, con evolución lenta e insidiosa y altera las funciones sociales y laborales con involución cognitiva y aumento de la dependencia. Destrucción neuronal y menor capacidad para producir neurotransmisores. Se reduce el peso cerebral, con aumento de los niveles de aluminio, se pierden neuronas capaces de transmitir mensajes y se bloquean los neurotransmisores. En la corteza cerebral se acumulan las placas de amiloide que alteran las funciones cognitivas, afectando al lenguaje, la memoria y el aprendizaje. Cuando empeoran se distinguen 7 fases: desde muy leve a muy severa. Tratamiento: aumentar los niveles de acetilcolina con tacrina, donepezilo, memantina o rivastigmina. También usan antipsicóticos, seroquel o risperdal. Beneficioso la rutina y el orden, siempre hay que buscar su interés, cuándo hablemos con ellos siempre mirándole a los ojos, no reñirle, porque aunque tengan esta enfermedad ellos siguen sintiendo, la memoria les falla pero no el corazón, (sentimientos). Retirar cierres y candados. Siempre tener un tono suave y amistoso, ambiente seguro y tranquilo. A veces resulta útiles los sedantes, pero un simple baño los suele relajar. Reeducar: cinesterepia, respiratorios, psicomotricidad,....

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía reciente acerca de los cuidados y atención de la enfermedad de alzheimer.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos, utilizando los descriptores salud, terapia, dependencia, corteza, orgánica.

RESULTADOS: En torno al 10% inferior a los 65 años. La padecen hoy 6 millones de personas. Es un problema socio-sanitario. Esperanza.... La ciencia.

CONCLUSIÓN: El peso más grande lo llevan los familiares. Tienen que reestructurar su vida cotidiana y adaptarla al paciente. La única herramienta que existe para frenar esta enfermedad es la investigación.

PALABRAS CLAVE: SALUD, TERAPIA, DEPENDENCIA, CORTEZA, ORGÁNICA.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ENCEFALOGRAFÍA

ELENA LOPEZ JANEIRO, INES LEON NUÑEZ, VIRGINIA LAZARO COLAS

INTRODUCCIÓN: La encefalografía en el estudio de la función cerebral a través de la actividad bio-eléctrica los electrodos se sitúan en el cuero cabelludo.

OBJETIVOS: Analizar este procedimiento diagnóstico entre los profesionales sanitarios con el fin de prevenir posibles fallos al realizar la prueba. Definir la buena praxis en la actuación ante el paciente.

METODOLOGÍA: Se hace una revisión bibliográfica de los diferentes portales de Internet como PubMed, Scielo, Cuiden etc donde se revisan varios artículos de diferentes años.

RESULTADOS: Los resultados nos da conocimiento que un equipo preparado para hacer la prueba tiene saber y conocer todos los pros y contras para decírselas al paciente y cuando se vaya hacer la prueba tengamos claro los protocolos a seguir para no cometer ningún fallo y hacer las cosas bien.

CONCLUSIÓN: El tcae tiene que formar parte del equipo multidisciplinar especializado de la consulta de electroencefalografía y así estar formado para estar ahí, conociendo el material y el utillaje necesario para la técnica.

PALABRAS CLAVE: ENCEFALOGRAMA, TCAE, ESTUDIO, SITUACIÓN BASAL.

INTERVENCIONES BASADAS EN LA ATENCIÓN PLENA EN LA EPILEPSIA

GEMA MARIA RUBIO GÓMEZ, MARIA ANGUSTIAS GARCÍA LÓPEZ, M. DEL MAR SÁNCHEZ ÚBEDA

INTRODUCCIÓN: La epilepsia se asocia a una serie de comorbilidades mentales y físicas que tienen un efecto perjudicial sobre la calidad de vida de quien la padece. Las intervenciones basadas en la atención plena en la epilepsia se utilizan cada vez más para ayudar a los pacientes a hacer frente a las condiciones físicas y mentales a largo plazo.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad de las intervenciones en personas con epilepsia.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos: Medline, Cochrane, Embase, Cinahl y Psycinfo durante marzo de 2016. Estas bases de datos fueron utilizadas usando una combinación de palabras clave disponible en el título y en los resúmenes. Se realizaron también búsquedas en las listas de referencias de revisiones relacionadas. Se consultaron diversas bases de datos utilizando los descriptores: epilepsia, ansiedad, atención plena, estrés.

RESULTADOS: Se incluyeron tres ensayos aleatorios controlados con un total de 231 participantes. Las diferentes intervenciones fueron probadas en los Estados Unidos y China. Los datos obtenidos informaron de que existían mejoras significativas en síntomas como la depresión, calidad de vida, ansiedad y mejoras en el conocimiento y habilidades en el manejo del paciente con epilepsia. No hubo informes sobre el costo o beneficio de la intervención ni cómo afectaron la utilización en los servicios de salud.

CONCLUSIÓN: Esta revisión encontró pruebas limitadas de la efectividad de las intervenciones en la epilepsia, sin embargo sugiere que puede conducir a una mejora de la ansiedad y depresión y con ello una mejor calidad de vida. Se necesitan más ensayos con unos tamaños de muestra más grandes y con seguimiento más largo para determinar la efectividad de las intervenciones en esta dolencia.

PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA, ANSIEDAD, ATENCIÓN PLENA, ESTRÉS.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CÓDIGO ICTUS

SILVIA FERNANDEZ MARTÍNEZ, ANA MARIA PEREZ HEREDIA, MARIA ISABEL SANCHEZ NAVARRO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 77 años que llega a la puerta de urgencias traída el 061 porque se encuentra desorientada. La paciente se encuentra consciente pero parcialmente desorientada, hay momentos de lucidez en los que contesta y realiza lo que el médico le pide. Responde a lo que le preguntamos pero con un lenguaje a veces no entendible, que evoluciona a disartria. Preguntamos a los familiares y nos dicen que se ha levantado sobre las cuatro de la mañana a orinar y que se caía para el lado izquierdo y decía cosas raras.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 150/95mmHg, FC 140 lxm, FR 20 rpm, SO₂ 97%, T^o 37.6 ^oC, glucemia: 90 mg/dl. GCS 15. Fuerza y sensibilidad 2-3 sobre 5 en extremidades superior e inferior izquierdas, ROT disminuidos.

JUICIO CLÍNICO: Ictus. **PLAN DE CUIDADOS:** DxE (00085) Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular m/p inestabilidad postural, NOC (0208) Movilidad, NIC (5612) Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (0200) Fomento del ejercicio (0140) Fomentar los mecanismos corporales (0222) Terapia de ejercicios: equilibrio. DxE (00051) Deterioro de la comunicación verbal r/c disminución de la circulación cerebral m/p verbalización inapropiada, NOC (0903) Comunicación: expresiva, NIC (4976) Mejorar la comunicación: déficit del habla (4720) Estimulación cognoscitiva. DxE(00128) Confusión aguda r/c edad superior a 60 años m/p fluctuaciones en el nivel de conciencia y en la actividad psicomotora, NOC (0900) Capacidad cognitiva, NIC (2620) Monitorización neurológica (4820) Orientación de la realidad.

CONCLUSIONES: El Ictus es una enfermedad con mucha incidencia en España y es necesario un actuación de calidad para lograr el máximo grado de salud y bienestar para el paciente. Una enfermedad como tal precisa de un buen sistema de cuidados y la colaboración y los esfuerzos de todo el equipo para lograr el mayor bienestar tanto física como psicológicamente. La actuación de enfermería se centra en devolver la capacidad funcional y evitar complicaciones potenciales derivadas.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, URGENCIAS, GERIATRÍA, CÓDIGO ICTUS, ENFERMERÍA, NEUROLOGÍA.

CAUSAS Y CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE TOURETTE

ANA MARIA GARCÍA MIRANDA, MARÍA DEL PILAR SEGURA SÁNCHEZ, ELENA DEL AGUILA CANO

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Tourette es un desorden neurológico evidenciado por la presencia de diversos tics tanto motores como vocales.

OBJETIVOS: Identificar las causas y características del síndrome de Tourette en niños de edad pediátrica.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Dialnet y Cuiden plus ampliando con el meta-buscador “Google Académico” utilizando los descriptores: Trastorno de Tourette, edad pediátrica, Causas, Clasificación. Los criterios de inclusión fueron las publicaciones, artículos y estudios de carácter científico publicados en español e inglés desde el año 2010 al 2017. De los artículos encontrados tras desestimar los duplicados y los que no cumplían los criterios de inclusión así como los trabajos de escasa evidencia científica nos centramos en los 3 de mayor relevancia e interés para nuestra revisión.

RESULTADOS: La causa principal del síndrome de Tourette se asocia a la existencia de una alteración en la neurotransmisión de la dopamina en los circuitos frontales y subcorticales. Está caracterizado por la presencia de múltiples tics motores como movimientos repetitivos estereotipados y algunos vocales como gruñidos o gemidos destacando la coprolalia sobre la que no tienen control ninguno.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Tourette se presenta en diferentes grados de afectación siendo la clínica la forma habitual de diagnosticar esta enfermedad a través de la manifestación de los síntomas.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO DE TOURETTE, EDAD PEDIÁTRICA, CAUSAS, CLASIFICACIÓN.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS CONVULSIONES EN EDAD INFANTIL

ANA MARIA GARCÍA MIRANDA, MARÍA DEL PILAR SEGURA SÁNCHEZ, ELENA DEL AGUILA CANO

INTRODUCCIÓN: Las convulsiones neonatales se consideran alteraciones clínicas paroxísticas de la función neurológica pudiendo clasificarse en autonómicas, de carácter motor o de comportamiento.

OBJETIVOS: Identificar las principales manifestaciones clínicas de las convulsiones en neonatos.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Dialnet y Cuiden plus ampliando con el meta-buscador “Google Académico” utilizando los descriptores: convulsiones, neonatos, manifestaciones, clínica. Los criterios de inclusión fueron las publicaciones, artículos y estudios de carácter científico publicados en español e inglés desde el año 2003 al 2017. De los artículos encontrados tras desestimar los duplicados y los que no cumplían los criterios de inclusión así como los trabajos de escasa evidencia científica nos centramos en los 3 de mayor relevancia e interés para nuestra revisión.

RESULTADOS: Las manifestaciones clínicas de las convulsiones neonatales se presentan según el tipo de convulsión. Destacan principalmente: las sutiles con parpadeo o pedaleo de los 4 miembros, las clónicas con cara, cuerpo y /o miembros focales con movimientos lentos y rítmicos, las mioclónicas con movimientos de flexión de ambos brazos y las tónicas con posturas mantenidas de un miembro superior entre otras.

CONCLUSIÓN: Destacamos la importancia de reconocer de forma rápida y eficaz las manifestaciones con las que se presentan las convulsiones debido a que muchas de las causas de éstas pueden ser tratadas al ser detectadas de forma rápida y eficaz.

PALABRAS CLAVE: CONVULSIONES, NEONATOS, MANIFESTACIONES, CLÍNICA.

RAZONAMIENTO CLÍNICO ENFERMERO EN PACIENTES POST ICTUS

MANUEL MERINAS VALERO, ANA ISABEL HERRUZO MORENO, ANDRÉS JURADO ESPADAS

INTRODUCCIÓN: A pesar de existir una elevada frecuencia de estos tipos de episodios, y siendo el porcentaje de afectados hasta de un 10% de la población, existe un alto número de profesionales sanitarios que aun no son capaces de desarrollar un buen plan de actuación.

OBJETIVOS: Analizar el aprendizaje del uso con fluidez de las herramientas de valoración, a establecer un pronóstico, a valorar los aspectos biomecánicos y perceptivos,...

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio con un grupo de 20 personas, todos ellos enfermeros, dirigidos por un docente, en el que se realizan revisiones de casos clínicos o prácticos, prácticas en contextos figurados y roll-plays.

RESULTADOS: El grupo aprendió a usar con fluidez las herramientas de valoración, a establecer un pronóstico, a valorar los aspectos biomecánicos y perceptivos de las tareas relevantes para el paciente y a detectar las áreas a valorar relacionadas con el problema principal del paciente.

CONCLUSIÓN: Una mayor formación y un mayor conocimiento de los sistemas de aplicación así como del uso de los algoritmos de la toma de decisiones, favorecen un buen razonamiento clínico y establecer un tratamiento centrado en los objetivos que son relevantes para dicho paciente.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, DAÑO CEREBRAL, VALORACIÓN FUNCIONAL, ENFERMERÍA.

LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

CRISTINA LEAL TORREALBA, MARÍA SOLEDAD JIMÉNEZ PICAZO, SANDRA JURADO CONTRERAS

INTRODUCCIÓN: La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad neurodegenerativa que avanza hasta la parálisis, extendiéndose de unas regiones corporales a otras, comprometiendo la autonomía de la persona. Se trata de una enfermedad que llega a incapacitar a la persona en su día a día. La manera más adecuada de afrontar los problemas derivados de la enfermedad y las decisiones necesarias es a través de equipos multidisciplinares, los cuales van a proporcionar atención médica, comunicación entre los miembros del equipo y consecuentemente mejorar la calidad asistencial.

OBJETIVOS: Identificar los signos y los síntomas de la esclerosis lateral amiotrófica. Determinar los diagnósticos enfermeros asociados a la enfermedad.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre la esclerosis lateral amiotrófica entre septiembre y noviembre de 2017. Criterios de inclusión: Artículos en inglés, castellano y portugués, artículos entre 2007-2017. Se consultaron diferentes bases de datos como Medline, PubMed Central, entre otras.

RESULTADOS: La sintomatología asocia alteraciones típicas de la motoneurona superior e inferior, aunque en sus fases iniciales pueden pasar desapercibidos los síntomas debido a su comienzo sutil. Los diagnósticos enfermeros serían los siguientes: Patrón respiratorio ineficaz; Intolerancia a la actividad; Déficit de conocimientos en relación con el manejo de la ventilación mecánica; Alteración de la nutrición por defecto; Alteración de la mucosa oral y nasal; Riesgo de aspiración; Déficit de autocuidado: alimentación; Estreñimiento; Incontinencia fecal; Incontinencia urinaria: funcional; Déficit de autocuidado: baño/higiene; Deterioro de la comunicación verbal; Alteración del patrón del sueño; Afrontamiento ineficaz.

CONCLUSIÓN: Crear un plan de cuidado estandarizado para enfermería serviría de guía para mejorar la calidad asistencial ante este tipo de pacientes. El personal de enfermería debe de identificar qué tipo de ayuda requiere el paciente y su familia para planificar las intervenciones educativas que contribuyan a su adaptación a la nueva situación de salud, lo cual facilitará un cuidado integral abordando una esfera física, psicológica y espiritual.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA, DIAGNÓSTICO, ENFERMERÍA, SIGNOS, SÍNTOMAS.

ANÁLISIS SOBRE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE: REVISIÓN SISTEMÁTICA

CRISTINA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARÍA GABRIELA ÁLVAREZ SÁNCHEZ, JESSICA MÉNDEZ MURIEL, RAQUEL PÉREZ ALONSO, MARÍA REYES CANCEDO CUERVO, MARIA REYES MARQUEZ DEL CAÑO, VERÓNICA SUÁREZ FERNÁNDEZ, PABLO TOYOS GRANDA

INTRODUCCIÓN: La Esclerosis Múltiple es una enfermedad crónica que está presente en todo el mundo y es una de las enfermedades neurológicas más comunes entre la población de 20 a 30 años. Cada caso es único: los síntomas de esclerosis múltiple varían de una persona a otra y cada uno evolucionará de diferente manera en función del área dañada y de la capacidad de recuperación de su organismo.

OBJETIVOS: El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es identificar la prevalencia de una enfermedad cada vez más común en el mundo y de la que todavía existe un profundo desconocimiento.

METODOLOGÍA: Se realizaron búsquedas electrónicas en las cuales se identificaron un total de 15 artículos de los cuales se escogieron los más apropiados. Finalmente, 6 de ellos se consideraron útiles para el estudio.

RESULTADOS: La EM es una enfermedad que afecta aproximadamente a 2 millones de personas en todo el mundo. La prevalencia en Norteamérica, Europa, Australia y Nueva Zelanda es de aproximadamente 590 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que en Asia, India, África y Sudamérica la incidencia es menor. La proporción entre mujeres y hombres es de 3:1 respectivamente. En España, se ha duplicado en los últimos años el número de casos de EM llegando a afectar a unas 50.000 Personas.

CONCLUSIÓN: La esclerosis múltiple es una enfermedad que afecta a una gran parte de la población mundial y que ha venido aumentado su incidencia. Sus efectos son devastadores en quien la padece y los costos de su tratamiento suelen ser elevados. Se necesita más investigación para determinar con mayor precisión la etiología, factores desencadenantes y agravantes para poder desarrollar mejores tratamientos preventivos, paliativos y tal vez en un futuro curativos.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS MÚLTIPLE, INCIDENCIA, PREVALENCIA, SÍNTOMAS.

CRISIS COMICIONAL CON DETERIORO COGNITIVO E IDEAS DELIRANTES

MARIA ISABEL VILLODRES NAVAS, ARANZAZU MARTIN VILLENA, AURORA ALGUACIL CABALLERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 78 años con antecedentes de Ictus isquémico con hemiparesia de MID leve, parálisis facial izquierda periférica, deterioro cognitivo de 2 años de evolución. Acude por posible episodio convulsivo de 2-3 min muy rígida con la mirada perdida, a los 15 min nuevo episodio. No mordedura de lengua, sí incontinencia esfínteres. Presenta ideas delirantes y agitación psicomotriz. Conoce a familiares cercanos pero no participa en los temas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: RM cráneo alguna lesiones isquémicas crónicas y una lesión puntiforme frontal izquierda, con ligera restricción en difusión que podría ser aguda, pero resulta dudosa. No estudio de vasos. No ha vuelto a presentar más episodios similares. Paciente en alerta, lenguaje poco fluente pero nomina, repite, comprende y evoca. No déficit campimétrico. Pendiente de realizar electroencefalograma, holter, doppler de TSA, analítica.

JUICIO CLÍNICO: Episodio de hipertonía de miembros sugerente de posible crisis comicional en estudio. Dudosa lesión isquémica aguda frontal izquierda. Deterioro cognitivo e ideas delirantes. **DIAGNÓSTICO**

DIFERENCIAL: Actualmente pendiente de estudio para determinar origen de episodio comicional. Además presenta deterioro cognitivo previo, que no estaba en seguimiento.

CONCLUSIONES: A determinadas edad por un deterioro cognitivo no realizan tan exhaustivo estudio, pero a raíz de presentar el episodio comicional e ideas delirantes, es de gran interés su estudio. Ya que no cursa como cualquier deterioro cognitivo.

PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA, DETERIORO CONGITIVO, IDEAS DELIRANTES, CRISIS COMICIONAL.

PACIENTE JOVEN DIAGNOSTICADA DE MIGRAÑA CON AURA

JESSICA GARCÍA ESTEBAN, TANIA ORTIZ PUERTAS, EVA MARIA GOMEZ ORTIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 25 años. Acude a urgencias debido a un fuerte dolor de cabeza con visión borrosa intermitente acompañado de vómitos. Refiere mejorar con paracetamol unas tres o cuatro horas. Antecedentes personales: su padre y hermano padecen de migraña en hemisferio izquierdo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Presenta buen estado general, consciente y orientada. No presenta déficit motor o sensitivo, ni disimetrías. ROT simétricos, Rep flexores. Marcha y tándem normales. RM sin hallazgos patológicos significativos.

JUICIO CLÍNICO: Migraña con aura. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La paciente parece, en este caso, presentar un caso de migraña, ya que existe historial médico familiar y el dolor desaparece sin dejar ningún tipo de secuela pasado un tiempo o utilizando analgésicos leves. No obstante, en casos en los que el tratamiento es ineficaz, o el paciente padece de dolor de cabeza durante más de 15 días al mes, se debe referir al paciente al neurólogo para obtener una evaluación más detallada y realizar más pruebas diagnósticas si fuese necesario.

PLAN DE CUIDADOS: No existe cura. El plan de cuidados depende de cada paciente. Suele recomendarse tumbarse en un lugar fresco y oscuro. Antiinflamatorios, antieméticos. Triptanes en casos severos.

CONCLUSIONES: El aura se presenta en uno de cada cuatro pacientes con migraña durante 20 y 60 minutos. Una vez desaparece, hay un intervalo menor de una hora sin síntomas, y a continuación comienza el dolor. La migraña se caracteriza por dolor de cabeza. Afecta generalmente sólo un lado de la cabeza, y va acompañado de náuseas, vómitos, etc. Cada persona presenta síntomas diferentes, que pueden variar de un episodio a otro. Se distinguen cuatro fases de migraña: pródromos, aura, dolor y pósdromos.

PALABRAS CLAVE: NÁUSEAS, VÓMITOS, CEFALÉAS, DOLOR.

PARÁLISIS CEREBRAL EN PERSONAS, NIÑOS Y SUS CUIDADOS

RAQUEL NAVEA LOPEZ, ANTONIA JESUS IBAÑEZ JIMENEZ, SUSANA LUNA NEVADO

INTRODUCCIÓN: La parálisis cerebral es una lesión cerebral irreversible que se produce antes, durante o después del nacimiento y que afecta a la capacidad motora de los músculos, puesto que las órdenes cerebrales no llegan a ellos, por lo que no son capaces de realizar sus funciones.

OBJETIVOS: Determinar cuándo se diagnostica la parálisis cerebral. Identificar las intervenciones que mejoran su calidad de vida.

METODOLOGÍA: Revisión de la base de datos utilizando como descriptores: niños, parálisis, discapacidad.

RESULTADOS: Los primeros síntomas de la parálisis cerebral surgen alrededor de los 3 años, al observar que le cuesta girarse cuando está tumbado, sentarse, gatear, sonreír o caminar. Para diagnosticarla, los médicos se basan en la historia clínica completa, deteniéndose en el desarrollo y examen del niño, centrándose en los movimientos que éste realice. Las personas que cuidan a personas con PC realizan una multitud de tareas para mejorar la calidad de vida de los niños. Es necesario enseñar al cuidador de una serie de intervenciones como pueden ser ejercicios de respiración, ejercicios para mejorar el rango de movimiento de las extremidades afectadas para así evitar el riesgo de lesión.

CONCLUSIÓN: Para realizar unos cuidados adecuados hay que tener en cuenta algunos aspectos sobre el desarrollo del niño para poder conocer cualquier tipo de anomalía y así poder intervenir dando una respuesta adecuada.

PALABRAS CLAVE: PARÁLISIS CEREBRAL, DISCAPACIDAD, TRATAMIENTO, FISIOTERAPIA.

ACCIDENTE ISQUÉMICOS TRANSITORIOS DE REPETICIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

ROSA NOELIA ALONSO LOPEZ, FRANCISCA PERÉZ GÓMEZ, MARIA SALUD CANO GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente 83 años con antecedentes de diabetes que es derivado por presentar mientras desayunaba una desviación de la comisura bucal y pérdida de fuerza e incoordinación de mano derecha de minutos de duración. La clínica ha mejorado, persistiendo en planta leve desviación de la comisura bucal. Días previos presentó episodio similar de minutos de duración con recuperación espontánea.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: COC, BEG, bien hidratado y perfundido. ACR: rítmico, no soplos. MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: distendido, blando, depresible, no doloroso a la palpación. MMII: no edemas. Exploración Neurológica: leve desviación de la comisura bucal hacia la izquierda, resto normal. Sin déficit motores ni sensitivos. PICNR, MOE normales, no alteración del lenguaje, no alteración de las funciones corticales, no signos meníngeos. Analítica: glucosa 175, urea 58, creatinina 1,42; resto sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal a 77 lpm, eje normal, sin alteraciones del ST ni signos de hipertrofia. ECOdoppler TSA: Calcificaciones ateromatosas en ambas carótidas sin signos directos de estenosis carotídea ni vertebral. El examen doppler color muestra índices de resistencia conservados y las velocidades dentro de los límites de lo normal sin zona aceleración significativa. TAC Craneal: Leucoaraiosis e imágenes lacunares ya conocidas sin cambios a TC previo y sin datos de patología hemorrágica intracraneal ni otros hallazgos parenquimatosos. RNM Craneal: Imagen compatible con Infarto lacunar agudo/subagudo. ECOcardiograma: Sin alteraciones. Holter-ECG: ritmo sinusal durante todo el trazado con frecuencia cardíaca media a 70 lpm. Extrasístoles supra y ventriculares aisladas, no frecuentes. No se observa otro tipo de arritmia ni bloqueos.

JUICIO CLÍNICO: ACV lacunar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** ACV isquémico, ACV hemorrágico, Migraña con Aura, Hipoglucemia, Tumor craneal.

CONCLUSIONES: Hoy en día tenemos muy protocolizado la actuación ante un ACV y es muy importante el tiempo desde la aparición de los síntomas hasta la realización de prueba de imagen para un tratamiento óptimo.

PALABRAS CLAVE: DISARTRIA, HOMBRE, DIABETES, AIT, PÉRDIDA DE FUERZA.

INTERVENCIÓN EN UN PACIENTE CON ALTERACIÓN CONDUCTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

VERÓNICA ALFONSO REYES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 57 años. Casado. Antecedentes personales: Fumador de medio paquete al día. Boxeador profesional durante 15 años. Traído por su mujer a consulta por cuadro de irritabilidad, apatía y dificultad para controlar el dinero de 11 meses de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración neurológica normal; test neuropsicológicos generales normales. RM: atrofia frontal.

JUICIO CLÍNICO: La encefalopatía traumática crónica (ETC). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnóstico diferencial se plantea prioritariamente con la demencia frontal, dado que es la segunda causa más frecuente de demencia en menores de 65 años. Por tanto, en pacientes con edades comprendidas entre 50 y 60 años sin antecedentes psiquiátricos previos, constituye un diagnóstico que es fundamental tener en cuenta.

PLAN DE CUIDADOS: Derivación a neurología y seguimiento por médico de familia.

CONCLUSIONES: Es un síndrome neurodegenerativo progresivo, causado por impactos de fuerza brusca, episódicos o repetitivos a nivel cefálico y transferencia de fuerzas de aceleración y deceleración al cerebro. Ha sido principalmente descrita en atletas profesionales involucrados en deportes como boxeo, fútbol, ETC. Se presenta clínicamente como un síndrome compuesto por trastornos del estado de ánimo, de la conducta y deterioro cognitivo, con o sin daño motor. La ETC puede comenzar con síntomas persistentes de lesión cerebral traumática aguda, después de un episodio documentado de trauma cerebral o después de un período latente que puede variar de días a semanas o de meses a años, incluso 40 años. El médico de atención primaria debe estar alerta ante trastornos del estado de ánimo, conducta o deterioros cognitivos en pacientes con antecedentes de lesiones cerebrales traumáticas repetitivas y facilitar una actuación multidisciplinaria y seguimiento cuidadoso dada la gran repercusión biopsicosocial de esta patología.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO CONDUCTUAL, PARKINSONISMO, DEMENCIA, ALTERACIÓN COGNITIVA.

AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA: PAPEL DE ENFERMERÍA

MARÍA TERESA HERRERA CALDERÓN, SANDRA PÉREZ RUBIO, MARÍA NAZARET RUBIDO PALACIOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 59 años que acude a servicio de Medicina Interna remitido desde urgencias por episodio de amnesia (desorientación + pérdida de memoria) que se resuelve en menos de 24 horas. No RAM, no hábitos tóxicos. Padece HTA y dislipemia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Eupneico, no focalidad neurológica. ACP: tonos rítmicos y puros. EEG: sin edemas ni TVP. AMPA con controles dentro de rango, salvo diastólicas ocasionales por encima de 90 mmHg. En servicios de urgencias también se le realizó TAC cráneo urgente con resultados normales. Se realiza control analítico sin datos de interés. ECG: con RS a 65 lpm. BIRD + HBAI, sin alteraciones de la repolarización. Se realiza ECO Doppler TSA sin alteraciones significativas, salvo una placa cálcica en origen de ACI derecha. Resonancia magnética de cráneo donde se observa lesión cortico-subcortical hipertensa en T2 y FLAIR, y en localización parietotemporal izquierda. Pudiera traducir lesión isquémica. También se lleva a cabo ecocardiografía donde no hay hallazgos patológicos. El paciente evoluciona favorablemente sin nuevos episodios isquémicos.

JUICIO CLÍNICO: Amnesia global transitoria. Lesión parietotemporal izquierda probablemente isquémica secundaria a mínima ateromatosis carotídea calcificada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** ACV, síndrome confusional agudo, crisis de ausencia.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico NANDA 00131 Deterioro de la memoria relacionado con trastornos neurológicos manifestados por incapacidad para recordar sucesos recientes o pasados. NOC: 0900 Cognición (está orientado), 0908 Memoria (recuerda información reciente de forma precisa. NIC: 4720 Estimulación cognoscitiva (orientación con respecto al tiempo, lugar y personas), 7390 Manejo ambiental: seguridad (eliminar los factores de peligro del ambiente).

CONCLUSIONES: La adecuada actuación por los profesionales sanitarios permiten realizar diagnóstico y así poder llevar a cabo tratamiento adecuado para evitar nuevos episodios. Además se realizará control y seguimiento por médico de familia, remitiéndose al paciente a servicio de Neurología para valoración.

PALABRAS CLAVE: AMNESIA, DESORIENTACIÓN, HTA, TAC, RNM.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE NEUROLOGÍA

MARIA DE LOS ANGELES CALVENTE LUQUE, CARMEN CALVENTE LUQUE, FLORENCIA VILLAREJO AMOR

INTRODUCCIÓN: La Neurología es la especialidad médica que trata sobre los trastornos del sistema nervioso y se ocupa de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades neurológicas. El término de enfermedad neurológica engloba a todas aquellas enfermedades que afectan tanto al sistema nervioso central como al sistema nervioso periférico.

OBJETIVOS: Determinar las enfermedades neurológicas más frecuentes que están presentes en los pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Las enfermedades neurológicas más frecuentes son las demencias (entre las que se incluye la enfermedad de Alzheimer), el ictus, la epilepsia, la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple o la migraña. Las enfermedades neurológicas son responsables de un alto porcentaje de discapacidad por enfermedad crónica.

CONCLUSIÓN: Se calcula que, en España, las enfermedades neurológicas afectan a unos 7 millones de personas, lo que equivale al 16% de la población total. Se estima que a medida que aumenta la esperanza de vida en nuestro país se producirá un incremento de la frecuencia de estas enfermedades en las próximas décadas a causa de la longevidad de las personas. Por lo que es importante la prevención de accidentes cerebrovasculares y tratamientos personalizados para los pacientes que lo hayan sufrido.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS, PREVENCIÓN DE ACVA, ACCIDENTES CEREBROVASCULARES, DEMENCIAS.

MANEJO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN CRISIS DE CEFALÉAS TENSIONALES

LAURA DE LA PLATA CARRILLO, ALEJANDRA SOTO ROMERO, ALBA DEL ROCIO VIEJO
LOPEZ, MARIA DOLORES SANCHEZ RUIZ

INTRODUCCIÓN: La cefalea tensional (CT) afecta aproximadamente a una de cada cinco personas en todo el mundo. Puede ser esporádica (ocasional), episódica (menos de 15 días al mes durante 3 meses consecutivos) y crónica (más de 15 días al mes durante 3 meses consecutivos). El componente psicológico constituye uno de los principales factores en la aparición de este problema.

OBJETIVOS: Analizar una revisión bibliográfica para analizar el tratamiento del dolor en los episodios agudos de las cefaleas tensionales.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en la base de datos 'Scielo', 'Cochrane Plus' y el buscador 'Google académico', usando como descriptores 'cefalea', 'cefalea de tipo tensional', 'terapéutica' y 'guía de práctica clínica'. Se seleccionaron artículos en inglés y español. El límite temporal incluía artículos desde el 2014. De un total de 46 referencias, 6 fueron seleccionadas.

RESULTADOS: La identificación de antecedentes personales, elementos desencadenantes y signos de alarma es imprescindible tanto desde el punto de vista diagnóstico como en el momento de tomar conductas terapéuticas. La gran mayoría de las crisis está asociada a alteraciones emocionales, estrés psicosocial, tensión y ansiedad. Las crisis leves pueden ser resueltas mediante tratamiento no farmacológico, como ejercicio físico, sueño y reposo; mientras que las crisis moderadas o graves precisan de tratamiento medicamentoso. El agente seleccionado se debe usar en la dosis mínima efectiva y lo más temprano posible en relación con el comienzo del dolor.

CONCLUSIÓN: El abordaje adecuado y dirigido de las cefaleas es lo que siempre se debe buscar, para lo cual la individualización de cada caso es esencial para alcanzar un resultado ideal. Un tratamiento precoz con diagnóstico correcto se asocia con mayores tasas de efectividad, menor índice de recurrencia y menor necesidad de terapias de rescate.

PALABRAS CLAVE: CEFALÉA, CEFALÉA DE TIPO TENSIONAL, TERAPÉUTICA, GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.

EL TÉCNICO DE CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA

LAURA RUIZ NEGRILLO, LIDIA ROSALES MUÑOZ, BELINDA CAMPOS SANCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 19 años de edad que acude al servicio de urgencias tras haber sufrido una caída en la calle con pérdida de conocimiento de breves segundos según manifiesta el familiar que la acompañaba. Previo a la caída tuvo sensación de mareo, dificultad para hablar, sensación de desconexión y rigidez muscular.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El TCAE acompaña a la paciente al área de observación y le ayuda a ponerse el pijama. La paciente presenta buena coloración de piel y mucosa. Temperatura: 36,5°C, con una TA:170/90 mmHg, 97% de spo2 y un pulso de 120 prbpm. El TCAE prepara el material para que la enfermera proceda a la canalización de una vía periférica, se le extrae sangre para analizar en el laboratorio, electrocardiograma y tac craneal. Una vez finalizado, el médico hace exploración neurológica.

JUICIO CLÍNICO: Crisis comicial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Concluidas las pruebas complementarias y exploración a la paciente, sabiendo que síntomas ha tenido durante y después del ataque, el diagnóstico presentado por el médico es de crisis comicial.

PLAN DE CUIDADOS: La paciente queda ingresada en observación durante 24 horas y se le pone medicación intravenosa para controlar la posible aparición de otra crisis.

CONCLUSIONES: La paciente que acude al servicio de urgencias presenta una serie de síntomas (pérdida del conocimiento, rigidez muscular ,tensión alta, taquicardia) se le diagnóstica crisis comicial y se deja en observación 24 horas.

PALABRAS CLAVE: PÉRDIDA, OBSERVACIÓN, CAÍDA, MANIFIESTA.

CUIDADOS A DOMICILIO EN PACIENTES CON ALZHEIMER MODERADO

ESTHER GÓMEZ SÁNCHEZ, JESSICA GREGORIO FUNDÍN, CARMEN MARÍA ORDÓÑEZ MÉNDEZ, LAURA BAGES UBERNI, DANIEL ESTÉVEZ CAMPOS, MARIA DEL CARMEN MARTÍN QUINTANA

INTRODUCCIÓN: El progresivo envejecimiento de la población actual, forma parte del principal factor de riesgo para aumentar la incidencia y prevalencia de la enfermedad de Alzheimer. Es necesario considerar el impacto que genera un diagnóstico de Alzheimer en las familias, la falta de herramientas para abordar los cuidados en el tiempo, el deterioro en la calidad de vida, y, la necesidad de aportar información y apoyo emocional en el inevitable duelo.

OBJETIVOS: Determinar pautas para crear una guía de cuidados para domicilio diseñado para el uso en las familia afectadas. Evaluar para verificar la calidad de la creación de dicha guía práctica o mejorar su calidad.

METODOLOGÍA: El material utilizado son pacientes con Alzheimer, ordenador, documentos, guía, solicitud de colaboración, encuesta y resultados, diagnósticos enfermeros y plan de cuidados (NANDA, NOC, NIC) y bibliografía al respecto. Estudio piloto, observacional y descriptivo basado en encuestas proporcionadas a cuidadores primarios.

RESULTADOS: El análisis de los datos se ha realizado tras el vaciado de 35 encuestas recibidas en tablas. Como datos prioritarios se obtuvo: el cuidado al cuidador principal, la apoyatura para abordar los trastornos psico-patológicos del paciente, la dificultad para poder realizar higiene personal, las movilizaciones y los cambios posturales. El 71% de los encuestados no añadiría nada a la guía. En dicho documento se enumeran y describen los cuidados esenciales y se amplían, asimismo, hasta cubrir los cuidados integrales cotidianos, siguiendo una metodología propia.

CONCLUSIÓN: Revisión de la guía en determinados puntos relacionados con los cuidados al cuidador, y abordar los trastornos de la conducta en los pacientes afectados con alzheimer.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, DOMICILIO, PACIENTES, ALZHEIMER.

CARACTERÍSTICAS Y PREVENCIÓN EN NIÑOS CON ENFERMEDAD DANDY WALKER

ANA BELÉN DE LA TORRE RODRIGUEZ, BEATRIZ LÓPEZ PADILLA, ANTONIO AMEZCUA CASTELLÓN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Dandy Walker es una malformación congénita del cerebelo y una dilatación quística del cuarto ventrículo. Su síntoma característico es la hidrocefalia. Es de rara aparición en el adulto pero puede aparecer, aunque es más propio de la infancia. Tiene poca prevalencia, siendo más frecuente en el desarrollo fetal e infancia.

OBJETIVOS: Analizar publicaciones y artículos científicos que nos permitan conocer la enfermedad de Dandy-Walker, sus causas, sus síntomas, etiología, prevención y, evaluar, los riesgos y cuidados a realizar ante estos pacientes.

METODOLOGÍA: Como método se ha utilizado una búsqueda bibliográfica, en la que se ha recopilado información en base de datos nacionales e internacionales, como MEDLINE, editorial Elsevier, SCIELO, entre otras y referencias web como Google académico. Los descriptores utilizados en el trabajo son: Dandy-Walker, malformación, hidrocefalia, sistema nervioso.

RESULTADOS: Se desconocen sus causas, suele desarrollarse en la gestación. El síntoma más grave es la hidrocefalia. Otros síntomas característicos son: aumento perímetro craneal, abultamiento en zona callo cerebeloso, ausencia total o parcial del vérmix, aumento de la presión y presencia de líquido dentro de la cavidad cerebral. Las consecuencias son: dolor de cabeza, retraso en desarrollo motor, problemas en visión y habla, malformaciones de los dedos de los pies, faciales y cardíacas. El tratamiento consistiría en drenaje de exceso de líquido, siendo objetivo la disminución de la presión intracraneal.

CONCLUSIÓN: Este síndrome hoy en día no tiene cura, se realizan estudios de investigación para alivio de los síntomas y evitar agravamiento de esta patología. La esperanza de vida dependería de las malformaciones secundarias asociadas a esta enfermedad y su gravedad.

PALABRAS CLAVE: MALFORMACIÓN, SISTEMA NERVIOSO, HIDROCEFALIA, DANDY WALKER.

EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL AUTISMO EN LA ETAPA INFANTIL

CARMEN LAURA BURGOS POLO, OLGA AGUILAR MARQUEZ, DOLORES ANGULO RODRÍGUEZ

INTRODUCCIÓN: El autismo es un trastorno neurobiológico, que se manifiesta durante los tres primeros años de vida y se caracteriza por el aislamiento social, dificultad para comunicarse, patrones estereotipados de conducta, es decir, gestos o expresiones que se repiten sin variación. No se conocen con exactitud las causas, pero es probable que tanto el factor genético como el ambiental, desempeñen un papel fundamental en esta enfermedad.

OBJETIVOS: Determinar la intervención que se establece en el diagnóstico precoz del autismo en la población infantil.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda sistemática y bibliográfica usando como descriptores: precoz, infancia, autismo y diagnóstico.

RESULTADOS: Una vez realizada la búsqueda en las fuentes anteriormente mencionadas observamos que para un eficiente diagnóstico precoz el médico realizará un cuestionario a los padres para reunir toda la información posible sobre la conducta y el desarrollo del menor sometándolo a una evaluación integral en caso de resultar positivas las pruebas. Para una intervención a tiempo existen diferentes programas educativos y de comportamiento que incluyen actividades constructivas y ayudas visuales que resultan útiles.

CONCLUSIÓN: En España, las estadísticas muestran que existen entre uno y dos casos por cada 1000 niños. Debido a este aumento, la vigilancia y evaluación para la identificación temprana podría permitir un diagnóstico precoz y unos mejores resultados. Por ello cabe destacar la importancia de una formación especializada por parte de los profesionales de la pediatría en este campo y la necesidad de una mayor familiarización con las herramientas de diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: PRECOZ, INFANCIA, AUTISMO, DIAGNÓSTICO.

SÍNTOMAS CARACTERÍSTICO DE LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

MARIA JOSE NOGALES LOZANO, JOSE TOMAS ROSALES PRADOS, BELEN ABAD CRUZ

INTRODUCCIÓN: La ELA, es una enfermedad de las neuronas en el cerebro, el tronco cerebral y la médula espinal que controlan el movimiento de los músculos voluntarios; se desgastan o mueren y ya no pueden enviar mensajes a los músculos provocando debilitamiento muscular, espasmos e incapacidad para el movimiento.

OBJETIVOS: Identificar los diferentes síntomas que padecen las personas con esclerosis lateral amiotrófica o ELA.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica consultando base de datos biomédicas como Medline Plus o Scielo. Los criterios de inclusión establecidos han sido: artículos que incorporen referencia sobre el tema, que fuesen de los últimos 5 años. Se han excluido los que por su contenido no estaban relacionados con el tema.

RESULTADOS: Los síntomas son muy variables de una persona a otra y al principio pueden ser inapreciables. Pueden comenzar en los músculos del habla, de la función de tragar, o bien en manos, brazos, piernas o pies. El sentido de la vista, tacto, oído, gusto y olfato no se ven afectados. La mayoría de las personas que la desarrollan tienen entre 40 y 70 años de edad, siendo 55 la edad promedio al momento de hacer el diagnóstico. Más común en hombres que en mujeres. Riluzole, el primer tratamiento que se ha demostrado prolongar la vida, al menos unos meses. Es muy difícil de diagnosticar. Se realiza un examen clínico y una serie de pruebas de diagnóstico.

CONCLUSIÓN: La ELA es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta al sistema nervioso central. En la actualidad hay algunos tratamientos para paliar los síntomas pero son necesarias más investigaciones para poder conseguir frenar el progreso de la misma.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS, ENFERMEDAD RARA, TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO, SÍNTOMAS, AMIOTRÓFICA.

ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LA UNIDAD DE EPILEPSIA

ROBERTO GARCÍA BARRIUSO, LOURDES VILLAFRUELA PELAZ, MARIA BLANCA GÓMEZ CASTILLO, MARIA ROSARIO ECHEVERRIA IBAÑEZ, DIANA FERNANDEZ AGUIRRE, ELENA GARCÍA CAMARERO

INTRODUCCIÓN: La Epilepsia es la 2ª enfermedad más frecuente en consultas de neurología. En España se calcula una prevalencia de 6-7/1.000 Habitantes (240.000-280.000) De los cuales 2/3 controlan las crisis con medicación. El 1/3 restante es el que más se puede beneficiar de las Unidades de Epilepsia, gran desconocida en la población general, pero también entre las personas con epilepsia e incluso entre el personal sanitario.

OBJETIVOS: Identificar el grado de conocimiento sobre la unidad de epilepsia en la población general, personas con epilepsia y personal sanitario. Analizar la información sobre la unidad de epilepsia.

METODOLOGÍA: Estudio observacional en el que indagamos sobre si se conoce la unidad de epilepsia en varios grupos de población. Sujetos: Población general y personas con epilepsia, muestreo aleatorio simple provincia de Vizcaya. Personal sanitario muestreo aleatorio simple hospital universitario Cruces. Procedimiento: Cuestionario telefónico cerrado, para el personal sanitario mediante email. Instrumentos: Cuestionario cerrado de respuesta múltiple consensuado por el equipo, teléfono y Email.

RESULTADOS: El 27,4% de enfermeras desconoce la unidad de epilepsia, el 44,2% sabe que existe y el 28,4% sabe que se hace en ellas. El 27,1% de los médicos la desconoce, el 49,4% sabe que existe y el 23,5% sabe que se hace en ellas. El 29,3% de las personas con epilepsia la desconoce, el 51,5% sabe que existe y el 19,2% sabe que se hace en ellas. El 59,5% de la población general la desconoce, el 28,4% sabe que existe y el 12,1% sabe que se hace.

CONCLUSIÓN: La unidad de epilepsia es una gran desconocida por la población general (casi 2/3 no saben ni que existe), mejora un poco entre las personas con epilepsia y personal sanitario, destacaríamos que ¼ de los sanitarios desconocen su existencia y casi la mitad no saben que se hace. Son muy similares los datos de personas con epilepsia.

PALABRAS CLAVE: UNIDAD DE EPILEPSIA, EPILEPSIA, MONITORIZACIÓN, EEG.

NEUROCISTICERCOSIS EN MUJER DE 55 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

PATRICIA GALINDO GUDE, CELIA CALZADO RODRIGUEZ, CELIA GUDE CORRALES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 55 años que acude a Urgencias con episodios de dispepsia ocasionales. Presenta parestesias en las últimas 24 h en hemicara izquierda y miembro superior izquierdo con clonias hemifaciales de dicho lado de minutos de duración. No alteración del nivel de consciencia con recuperación completa. Ha presentado cefalea no severa días previos. Sin fiebre. Cuadro catarral faríngeo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 120/85 Afebril, no ingurgitación yugular, no adenopatías laterocervicales, tumoración de consistencia blanda no dolorosa a nivel axilar derecho que presenta desde hace 10 años. AC: rítmica, sin soplos, AP: con murmullo vesicular conservado, ABD: sin puntos dolorosos, con ruidos conservados, miembros inferiores sin edemas y sin signos TVP. Exploración neurológica: pares craneales normales, sin focalidad neurológica, fondo de ojo sin alteraciones. Analítica: Leucocitos 11020, N 83,2%, L 9,2% Y E 0,6%; serie roja y plaquetas normales. Coagulación dentro de los límites. Bioquímica: glucosa 148, resto normal. Orina: sin alteraciones. Se realiza RX de tórax sin hallazgos significativos. Electro: ritmo sinusal. TAC craneal: se observa imagen nodular de 14 mm, Hipodensa con pequeño realce en anillo y discreto edema periférico a nivel subcortical del lóbulo parietal derecho. Punción lumbar: acelular, bioquímica normal. RMN craneal: en lóbulo parietal derecha se observa una imagen quística con punto en su interior de 12 x 12 mm con edema a su alrededor que muestra zonas de realce en su proximidad y que no produce efecto masa. Ecografía abdominal sin hallazgos. Analítica IgE normal, PCR y VSG en límites normales. Mantoux negativo, serología: toxoplasmosis, lues hidatosis y cisticercosis negativo. Ecografía de partes blandas de axilas normal.

JUICIO CLÍNICO: Crisis focales sensitivo-motoras secundaria a lesión quística parietal derecha por probable neurocisticercosis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neoplasia cerebral, quistes hidatídicos, toxoplasma y absceso cerebrales.

PLAN DE CUIDADOS: Se inicia tratamiento, curas de la vía venosa periférica y control de constantes. Control neurológico.

CONCLUSIONES: Tras su ingreso se instaura tratamiento con carbamazepina, presentando algunas parestesias en cara en las 24/48 h del inicio de este, quedando posteriormente sin crisis. Se atribuye inicialmente la lesión a neurocisticercosis y se opta por no realizar tratamiento con ivermectina, optándose por una actitud vigilante. Al alta sigue con el mismo tratamiento.

PALABRAS CLAVE: NEUROCISTICERCOSIS, NEOPLASIA, MASA, DISPEPSIAS, NEUROLÓGICA.

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW

MARÍA ESPERANZA PORTILLO SÁNCHEZ, ESPERANZA LOPEZ FUENTES, SANDRA LÓPEZ CARRILLO, MARIA DEL CARMEN RUIZ BOSQUES

INTRODUCCIÓN: La evaluación del nivel de consciencia es vital en el cuidado de pacientes con daño cerebral agudo. La escala de Glasgow es una de las más utilizadas para evaluar el nivel de consciencia en diversas patologías como el traumatismo craneoencefálico y varios cuadros neurológicos como ictus, hemorragias subaracnoideas e intraparenquimatosas y diversos comas. A nivel mundial, estos traumatismos constituyen un grave problema de salud pública pues aumentan de manera importante la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con dichas patologías.

OBJETIVOS: Conocer en qué consiste la escala de Glasgow. Interpretar correctamente dicha escala.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Dialnet y Scielo, seleccionando artículos a texto completo tanto en español como en inglés.

RESULTADOS: La escala de Glasgow está dividida en tres grupos que se puntúan de manera independiente, calificando tres aspectos de la consciencia, que son: la apertura de ojos, obteniendo un valor de hasta 4 puntos, la respuesta verbal, hasta 5 y la respuesta motora, hasta 6. Las puntuaciones varían entre 15 (valor normal y máxima puntuación) y la mínima de 3. A la vista de los resultados, se interpreta que se trata de un traumatismo craneoencefálico leve si el Glasgow presenta unos valores de entre 15 a 13 puntos, moderado de 12 a 9 y grave si la puntuación es menor o igual a 8.

CONCLUSIÓN: Los estudios consultados confirman que la escala de coma de Glasgow es un gran predictor de la mortalidad intrahospitalaria, así como muy útil en el triaje anterior a la hospitalización. Presenta algunas limitaciones, sobre todo relacionadas con obtención de los datos en pacientes intubados, sedados o con traumatismos faciales y otras lesiones. Sin embargo, el precoz reconocimiento de los signos del daño cerebral que evalúa esta escala, es vital para implementar un rápido tratamiento y minimizar secuelas.

PALABRAS CLAVE: ESCALA DE GLASGOW, COMA, TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, NIVEL DE CONSCIENCIA.

EPILEPSIA VERSUS SÍNCOPE, PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ROBERTO GARCÍA BARRIUSO, LOURDES VILLAFRUELA PELAZ, MARIA BLANCA GÓMEZ CASTILLO, MARIA ROSARIO ECHEVERRIA IBAÑEZ, DIANA FERNANDEZ AGUIRRE, ELENA GARCÍA CAMARERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 56 años diagnosticado de epilepsia farmacorresistente hace 11 años, con distintos tratamientos durante más de 8 años sin control satisfactorio de sus crisis. Estas consisten en una pérdida de conocimiento con cortejo vegetativo seguida de clonias con las extremidades superiores de menos de un minuto de duración y posterior recuperación rápida. Ha presentado varios traumatismos craneoencefálicos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Pruebas complementarias: EEG: inferior a dos horas de duración, uno de ellos con privación de sueño. De características normales. Holter: de 24h sin detectar anomalías. Mesa basculante: sin resultados concluyentes. RMN 3T Cerebral: No se detectan anomalías. Se decide su ingreso en la unidad de epilepsia para una monitorización prolongada con 27 canales cefálicos y uno cardíaco. Al tercer día de monitorización presenta un evento paroxístico como los habituales, en la que aparece una bradicardia con una asistolia mayor de 15 segundos previa al cambio del EEG y con recuperación espontánea del ritmo y consciencia.

JUICIO CLÍNICO: Síncope cardiogénico. Se derivó a cardiología que implantó un marcapasos. Ausencia de crisis durante más de un año. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Epilepsia, drop attack, síncope, crisis psicógena, AIT.

PLAN DE CUIDADOS: La actuación de enfermería consistió en la detección de la crisis no epiléptica, corrección postural, aporte de O₂, toma de constantes, exploración física y neurológica y activación del protocolo de paradas.

CONCLUSIONES: El conocimiento enfermero sobre las patologías con clínica similar a la epilepsia facilita la consecución de un diagnóstico diferencial y es vital para una actuación precoz de calidad. Añadir un canal de ECG en monitorizaciones de EEG y supervisión del mismo es una tarea importante de enfermería en las Unidades de Epilepsia.

PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA, EVENTO PAROXÍSTICO, SÍNCOPE, **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

CASO DE PACIENTE CON DEMENCIA SENIL

MARIA LUISA MARIN VINUESA, NATALIA MARIN LOPEZ, JUAN JESUS BARBA CORDOBA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 87 años de edad, viuda, madre de 5 hijos. Desde hace 1 mes su hija decidió llevarla a su casa por haber visto que su hogar no reunía buenas condiciones, no era capaz de cocinar y en varias ocasiones ha tenido olvidos dejándose fuego encendido, puerta de la calle abierta; Desde que vive en casa de su hija me narran que está muy alterada, no reconoce el sitio, pasa gran parte del tiempo con su yerno al cual no reconoce y se agita cuando se acerca a ella. Su hija trabaja todo el día.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No fiebre. No manifestaciones de enfermedad concurrente, glicemia 87 mg/dl, TA 130/70.

JUICIO CLÍNICO: A pesar de todos los fármacos no duerme y está muy agitada. En el momento de la visita se muestra tranquila, paso test de pfeifer, resultado = 10. Hablo con su médica de familia que le sube 25 mg de quetiapina por la noche. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Deterioro de la memoria r/c trastornos neurológicos y m/p incapacidad para recordar.

PLAN DE CUIDADOS: Se le proporcionó a la familia las siguientes recomendaciones: Proporcionar ambiente de seguridad. Poca conversación con ella en los momentos de la agitación no contradecirla en sus fallos de memoria. Buen cumplimiento de la medicación, dejo hoja escrita. Seguridad ambiental, poner barandilla en la escalera para prevenir riesgo de caídas. Asesoramiento acerca del centro de día. Revaloración en una semana.

CONCLUSIONES: Anciana incluida en proceso de demencia en seguimiento por el servicio de neurología y atención primaria. Se planean visitas domiciliarias programadas.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA SENIL, TRASTORNOS NEUROLÓGICOS, DETERIORO DE LA MEMORIA, ANCIANO.

HEMATOMAS SUBDURALES CRÓNICOS BILATERALES EN NEUROCIRUGÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA PILAR PÉREZ SALAS, MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 86 años. No alergias medicamentosas conocidas. Vive con su esposo y su hija e independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). No presenta Factores de Riesgo Cardiovasculares (FRCV). Como única enfermedad presenta Bronquiectasias. Tratamiento domiciliario: Clopidogrel 75 mgr /24 horas. Acude a Urgencias por desorientación brusca e inestabilidad en la marcha y refiere sensación de desviación del cuerpo hacia la izquierda. El esposo refiere traumatismo hace mes y medio, con contusión en hemicara derecha y fractura de humero solucionada con tratamiento conservador.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración, paciente consciente, parcialmente orientada, sin focalidad aparente de Pares Craneales (PPCC) ni de vías largas sensitivo-motoras evidente. Marcha no explorada. Se realiza TAC craneal que evidencia hematomas subdurales bilaterales, de 28 mm de espesor en lado derecho y 32 mm en izquierdo con áreas de sangrado agudo en lado derecho. Estos hematomas producen efecto masa en el parénquima cerebral adyacente. No se observan otras alteraciones significativas.

JUICIO CLÍNICO: Hematomas subdurales crónicos bilaterales. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnóstico diferencial debe incluir la hidrocefalia comunicante reabsortiva y los tumores frontales (benignos o malignos). Hay otras enfermedades, que también pudieran dar un cuadro similar, como es la demencia por enfermedad de Alzheimer o de origen vascular.

CONCLUSIONES: Debido al tratamiento antiagregante de la paciente y la estabilidad clínica, se decide ingreso con suspensión de antiagregación y planificación de cirugía diferida. Aunque el hematoma subdural (HSD), tanto agudo como crónico, son un proceso relativamente simple y de tratamiento quirúrgico no complejo, pueden llegar a tener mal pronóstico en cuanto a capacidad de llevar a la muerte al paciente o a un deterioro grave de sus funciones intelectuales y neurológicas.

PALABRAS CLAVE: HEMATOMA SUBDURAL, CRÓNICO, DETERIORO, TRAUMATISMO, SANGRADO.

HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO EN NEUROCIRUGÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA PILAR PÉREZ SALAS, MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 70 años con buena calidad de vida. Sin alergias conocidas. HTA, DMII, DLP, Cardiopatía hipertensiva severa, disnea, retinopatía, parálisis de Bell. Los antecedentes quirúrgicos: prótesis aórtica, reducción de estómago, hematoma subdural crónico derecho hace un mes. El Tratamiento a través de Eplerenona, omeprazol, simvastatina, aspirina, bisoprolol, furosemida, lecardipino, metformina, sinagliptina, hierro, paracetamol, victoza.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, parcialmente orientado, bradipsíquico, bradilálico, disartria, hemiparexia izquierda de predominio braquial con claudicación en maniobra de Barré. TAC craneal: Se observa empeoramiento radiológico de la colección extraaxial derecha, que ha aumentado de espesor, con zonas de mayor densidad en su interior en las zonas más declives, no presentes en estudios previos, y en probable relación con resangrado. Presenta efecto masa sobre la línea media, así como colapso parcial del ventrículo derecho y borramiento de surcos de la convexidad derecha en relación con edema cerebral.

JUICIO CLÍNICO: Recidiva hematoma subdural crónico derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se plantea el diagnóstico diferencial con absceso en zona extraaxial derecha.

CONCLUSIONES: Por lo que el pronóstico posterior a un hematoma subdural varía dependiendo del tipo y localización del traumatismo craneal, del tamaño de la acumulación de sangre y de la rapidez con la que se realice el tratamiento. Existe una alta frecuencia de convulsiones después de un hematoma subdural, incluso después del drenaje. Estas generalmente se controlan bien con medicamentos. Las convulsiones pueden ocurrir en el momento en que se forma el hematoma o hasta meses o años después.

PALABRAS CLAVE: HEMATOMA SUBDURAL, CRÓNICO, RECIDIVA, ABSCESO.

PACIENTE DIAGNOSTICADA DE TUMORACIÓN SUPRASELAR EN NEUROCIRUGÍA

MARIA PILAR PÉREZ SALAS, MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: La paciente es una mujer de 43 años. Sin alergias conocidas. Los antecedentes personales: HTA , taquicardia con síndrome ansioso. Los antecedentes quirúrgicos: ooforectomía, hernia inguinal , injertos cutáneos. El tratamiento habitual: bromazepam, metamizol y trazodona. Ingresada en la unidad de neurociugía por hallazgo en resonancia magnética (RMN) de lesión ocupante de espacio(LOE) supraselar. La paciente presenta desde hace meses cefalea frontal, vómitos y visión borrosa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: RMN craneal : se visualiza LOE de localización extraaxial a nivel de la línea media de la región supraselar. Diámetros aproximados de 1,3x 1,5x 1,4 cm, encontrándose en íntima relación con el quiasma óptico, la arteria comunicante anterior y el hipotálamo derecho, contactando medialmente con el suelo del III ventrículo, que se encuentra parcialmente colapsado. Analítica: hemoglobina 15.3 Gr/dl, VCM 95 fL, plaquetas 268000 (268 x 109/L), leucocitos 10300/ml, neutrófilos 7200/ ml, linfocitos 2400/ml, INR 0.98%, Glucosa 96mgr/dl, creatinina 0.68MI/min, filtrado glomerular >90 mL/min/1.73 M2 , Na 137 meq/L, K 5.11. Meq/L. La paciente refiere en la últimas semanas astenia y aumento de peso no vinculados a cambios en hábitos de vida, última menstruación hace tres años.

JUICIO CLÍNICO: Tumoración supraselar con compresión de quiasma. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hallazgo compatible con proceso neofornativo de región supraselar, debiendo incluir en el diagnóstico diferencial el astrocitoma del quiasma óptico/hipotálamo, craneofaringioma o tumor de células granulosas, menos probable germinoma por la edad y el meningioma por la localización.

CONCLUSIONES: Se le explica a la paciente la necesidad de intervención quirúrgica para exéresis de la lesión. La silla turca es una depresión en la región posterior del hueso esfenoides que contiene la glándula hipofisiaria. Los adenomas hipofisarios son los tumores más frecuentes de la región sellar que aparecen típicamente en la edad adulta, siendo más frecuentes en mujeres.

PALABRAS CLAVE: TUMORACIÓN SUPRASELAR, GLÁNDULA HIPOFISIARIA, NEUROCIRUGÍA, ADENOMA.

PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN NEUROCIRUGÍA

MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ, MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARIA PILAR PÉREZ SALAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 71 años. No alergias medicamentosas conocidas. No refiere antecedentes tóxicos. Antecedentes médicos: HTA- FA anticoagulada con acecumarol. Cardiopatía hipertensiva. Hipotiroidismo. No refiere antecedentes quirúrgicos. Tratamiento habitual: levotiroxina 100 mcg, bisoprolol 5 mg, paracetamol 1000 mg, ramipril 2,5 mg, acecumarol 4 mg. Es trasladada al hospital por cuadro de confusión aguda tras tres horas de evolución, empezando después de un intenso episodio de cefalea.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración la paciente presenta un Glasgow de 11 con posterior deterioro hasta 9. Se realiza un TAC de cráneo dónde se evidencia una hemorragia subaracnoidea (HSA) a nivel temporal derecho. Los hallazgos plantean como primera posibilidad la rotura de un aneurisma a nivel del polígono de Willis. Posteriormente se decide realizar un AngioTac dónde se evidencia una HSA Fisher IV. No hay aumento del tamaño del sistema ventricular. Aneurisma de 2mm en bifurcación de ACM izquierda.

JUICIO CLÍNICO: HSA aneurismática secundaria a hidrocefalia posthemorrágica y aneurisma incidental de unos 2 mm en ACM izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnóstico diferencial debe incluir la migraña (el dolor no aparece después de una actividad física, no hay sangre en LCR), la hemorragia intraparenquimatosa (la debilidad focal y ataxia son más frecuentes), la meningitis aséptica y la enfermedad vascular cerebral.

CONCLUSIONES: Ante los resultados de las pruebas realizadas y el deterioro cognitivo progresivo de la paciente se decide la intubación oro traqueal (IOT) y cirugía urgente para colocación de drenaje ventricular externo (DVE) frontal izquierdo. Posteriormente se realiza tratamiento endovascular de aneurisma cerebral roto en ACM derecha.

PALABRAS CLAVE: HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, ANEURISMA, HIDROCEFALIA, GLASGOW.

PACIENTE AFECTADA DE ENCEFALITIS AGUDA DISEMINADA

MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ, MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARIA PILAR PÉREZ SALAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 36 años. No alergias medicamentosas conocidas. Como Factores de Riesgo Cardiovascular: HTA y Obesidad. Intervenida Quirúrgicamente de Cesárea. En tratamiento con Losartán 25 mgr /24 horas. Trasladada desde otro hospital donde consultó por cuadro infeccioso de vías altas (tos y fiebre), tratado con Azitromicina y tratamiento sintomático. Vuelve tras una semana por trastorno del comportamiento y fiebre refractaria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realizó TAC de cráneo que muestra herniación transcraneal frontal, disminución de surcos corticales bilaterales, foco hiperdenso lineal frontal izquierdo que podría estar en relación con restos de sangrado. Se observa un borramiento parcial de las cisternas de la base, sugestivo de herniación transtentorial descendente incipiente. También se observa una normal diferenciación entre sustancia blanca y gris, con una mayor hipodensidad de la sustancia blanca frontal derecha en relación con edema. Punción lumbar con resultados patológicos, por lo que se comienza tratamiento empírico con Aciclovir, Ceftriaxona y Vancomicina. La paciente presenta evolución tórpida con descenso del nivel de consciencia y signos de Hipertensión Intracraneal (HIC), precisando Craniectomía descompresiva bifrontal. A la exploración neurológica: No apertura ocular espontánea ni ante estímulos. No movimientos de retirada ante estímulos dolorosos ni movimientos de miembros de manera espontánea. No presenta espasticidad.

JUICIO CLÍNICO: Encefalitis aguda difusa de evolución tórpida en contexto de cuadro infeccioso de vías altas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnóstico diferencial debe incluir infecciones del Sistema Nervioso Central por bacterias, hongos, Rickettsias o protozoos. También intoxicaciones por salicilatos, barbitúricos y metales pesados, así como cuadros metabólicos o endocrinológicos por alteraciones del sodio o del calcio plasmático o porfirias.

CONCLUSIONES: La paciente se encuentra en coma vigil en este momento, con un pronóstico malo. Probablemente el coma no revierta, y si lo hiciera, su situación neurológica sería muy mala.

PALABRAS CLAVE: ENCEFALITIS, HERNIACIÓN, HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL, CRANEOCTOMÍA.

PACIENTE HOSPITALIZADO TRAS DIAGNÓSTICO DE MACROADENOMA HIPOFISIARIO

MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARIA PILAR PÉREZ SALAS, MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 45 años. No alergias medicamentosas conocidas. Intolerancia al cloranfenicol oftálmico. Antecedentes médicos: artritis reumatoide, Síndrome de Sjogren, insuficiencia mitral leve y espondilitis anquilosante. Antecedentes quirúrgicos: miopía magna intervenida con láser que redujo la miopía a 2 dioptrías que aumentaron de nuevo a 7-8 dioptrías en ambos ojos. Antecedentes familiares de patología tiroidea. Tratamiento habitual: embrel 50, opiren flash, inacid. Paciente que en seguimiento por oftalmología se realiza resonancia magnética (RNM) por molestias inespecíficas del ojo derecho desde hace un año, detectándose macroadenoma hipofisario.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza una RNM craneal con contraste dónde se observa un tumor bien definido lobulado de 22x13x12 mm en silla turca, que la ensancha, desplazando tallo hipofisario a la derecha, no contacta con quiasma óptico, presenta realce homogéneo de contraste siendo compatible con un macroadenoma hipofisario. La campimetría es normal. La analítica con hormonas es normal.

JUICIO CLÍNICO: Macroadenoma hipofisario no funcionante. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El principal diagnóstico diferencial debe incluir la hiperplasia pituitaria fisiológica. Otros a tener en cuenta son el meningioma, metástasis, craneofaringioma, carcinoma pituitario, aneurisma e hipofisitis.

CONCLUSIONES: Ante los resultados de las pruebas realizadas se procede a realizar una resección transfenoidal endoscópica y posterior seguimiento del endocrino para el control de una diabetes insípida postquirúrgica.

PALABRAS CLAVE: MACROADENOMA HIPOFISIARIO, TUMOR, SILLA TURCA, RESECCIÓN.

ACATISIA INVALIDANTE DE POSIBLE ORIGEN TÓXICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARIA PILAR PÉREZ SALAS, MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 71 años sin alergias medicamentosas conocidas. Factores de riesgo cardiovascular: HTA, diabetes mellitus tipo II, dislipemia mixta. Poliartrosis. Los antecedentes quirúrgicos: prótesis total de rodilla derecha hace dos meses. Tratamiento habitual: sertralina, AAS, metformina/sitagliptina, eprosartán/hidroclorotiazida, rifaximina, simvastatina, bisoprolol, bromazepam. Acude a urgencias por segunda vez en 24 horas por empeoramiento de inquietud/acatisia. Ha sufrido caída fortuita en su casa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente muy inquieta, con movimientos continuos, se viste y desviste continuamente con tendencia a mantener los ojos cerrados. Colabora en la exploración, sin aparente déficit focal y mostrando buena orientación. Ánimo lábil. TAC de cráneo: se observa hematoma subgaleal parietooccipital izquierdo. No se observan signos de sangrado a nivel intracraneal. Línea media centrada, cisternas de la base conservadas. A nivel supratentorial hay hipodensificación de la sustancia blanca periventricular, en relación con patología vasculo-degenerativa y huesos sin hallazgos destacables. Analítica y radiografía torácica sin alteraciones.

JUICIO CLÍNICO: Acatisia invalidante de posible origen tóxico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La acatisia debe distinguirse de los tics complejos, el síndrome de piernas inquietas, las estereotipias, el trastorno obsesivo-compulsivo, la agitación y la ansiedad.

CONCLUSIONES: Tras ingreso de la paciente se suspende tratamiento no estrictamente necesaria. Se realiza resonancia magnética craneal sin hallazgos significativos. Se realiza punción lumbar con resultados no patológicos. Actualmente la paciente se encuentra ingresada en la unidad para ampliación de estudio.

PALABRAS CLAVE: ACATISIA, ANSIEDAD, AGITACIÓN, TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO PRECOZ EN EL SÍNDROME DE LIMB SHAKING: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA ISABEL GONZALEZ MARTINEZ, NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, ANA BELEN GONZALVEZ FORTES, DIEGO ALBERTO MARTINEZ MORENO, FRANCISCO JULIÁN VALERO MERLOS, MARIA DEL CARMEN GARCIA ROMERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 72 años que ingresa en planta de Neurología remitido desde consultas externas para estudio. Paciente oncológico hace 10 años por carcinoma laríngeo con tratamiento de radioterapia. Presenta episodios de parestesias en MSI seguidas de sacudidas de dicho miembro cuando se levanta de la cama en la noche para ir al baño. En la mayoría de la ocasiones cae al suelo y tan solo una vez presentó pérdida de conocimiento. La recuperación es rápida y total al sentarse nuevamente en la cama.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: Consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. Constantes vitales estables, TA ligeramente disminuida. Auscultación carotídea: soplo derecho. Auscultación cardiopulmonar normal. No focalidad neurológica. Pruebas complementarias. Analítica completa (sin alteraciones), ECG (sin hallazgos significativos), EEG (sin alteraciones), ECO DOPPLER TSA (Arterioesclerosis carotídea bilateral), AngioRM cerebral (Estenosis bilateral carotídea, del 80% en derecha y 50% en izquierda).

JUICIO CLÍNICO: De acuerdo a los datos originados de la anamnesis, exploración y pruebas complementarias realizadas podemos establecer el diagnóstico de AIT hemodinámico tipo síndrome de LIMB SHAKING. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En todo paciente con este síndrome se debe demostrar su naturaleza isquémica y diferenciarla con otras patologías como las crisis epilépticas focales, teniendo en cuenta la información que nos da el EEG y el TAC.

CONCLUSIONES: El LIMB SHAKING es un síndrome raro que debe diferenciarse precozmente de otros procesos para tratarlo de forma apropiada. Dicho tratamiento irá destinado a restaurar el flujo sanguíneo cerebral mediante la revascularización quirúrgica (mediante endarterectomía carotídea) o endovascular del hemisferio isquémico (mediante un stent intrarterial). En algunos casos se utilizará tratamiento médico conservador con antiplaquetarios o anticoagulantes. El papel de enfermería en la atención del paciente es fundamental, en la fase aguda principalmente para el control de su seguridad; así como, en la prevención de los factores de riesgo fomentando y educando en hábitos de vida saludables.

PALABRAS CLAVE: LIMB SHAKING, ISQUEMIA, CUIDADOS, ENFERMERIA.

MANEJO DE CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS EN EL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

RICARDO FELIPE GIL MARTINEZ, SUSANA ESTEVE LISON, ANA BELEN MUÑOZ MARIN, JOSE DANIEL OLIVARES ARCE, MARIA JOSE CORBALÁN RUIZ, MONICA MARTINEZ FLORES

INTRODUCCIÓN: Canalizar una vía venosa periférica es una técnica que trata en colocar una cánula en el interior de una vena para mantener un acceso abierto de forma permanente al sistema vascular. Así, nos permite la administración de sueroterapia, medicación, obtención de muestras, NPT, transfusión de sangre y hemoderivados.

OBJETIVOS: Analizar la técnica de inserción de un catéter venoso periférico en el paciente con ACV.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda de estudios publicados los últimos cinco años, a texto completo en inglés, castellano y portugués en las bases de datos: Medline, Pubmed, Cinalh y Cuiden. Descriptores: accidente cerebrovascular, infarto cerebral, dispositivos de acceso vascular, catéter venoso, cateterización.

RESULTADOS: Tras informar al paciente de la técnica, se procede al lavado de manos y selección del punto de punción, preferiblemente de distal a proximal; evitando puncionar miembros paréticos, edematosos, con vaciado ganglionar-mastectomía y venas esclerosadas. Colocar el compresor 5-10 cm por encima de la zona elegida, situando la extremidad en declive. En el caso que la vena no se dilate, golpear ligeramente el vaso con los dedos, calentar la zona elegida, o usar NTG tópica. Tras colocación de guantes, se limpiará la zona, poner compresor y desinfectar. La punción se realizará con ángulo aproximado de 30°, introducir el catéter, retirar fiador y conectar tapón o llave de 3 vías. Lavar con SF 0,9% y fijar la vía con apósito adhesivo. Se lavará la vía antes y después de utilizarla. Se revisará la zona de punción cada 24h y se cambiará el apósito cuando sea necesario.

CONCLUSIÓN: La canalización de una vía venosa periférica nos permitirá la administración de líquidos, medicación, NPT, etc. Es de vital importancia para el profesional de enfermería conocer las estrategias y alternativas disponibles en la canalización de la misma, así como los cuidados necesarios para minimizar los riesgos de infección.

PALABRAS CLAVE: CATETERIZACIÓN, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, INFARTO CEREBRAL, DISPOSITIVOS DE ACCESO VASCULAR, CATÉTER VENOSO.

DECÚBITO LATERAL SOBRE EL LADO AFECTO EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

RICARDO FELIPE GIL MARTINEZ, SUSANA ESTEVE LISON, ANA BELEN MUÑOZ MARIN, JOSE DANIEL OLIVARES ARCE, MARIA JOSE CORBALÁN RUIZ, MONICA MARTINEZ FLORES

INTRODUCCIÓN: La correcta colocación del enfermo en decúbito lateral sobre su lado afecto con hemiplejía o hemiparesia tras un ACV favorecerá su comodidad y prevendrá posibles complicaciones.

OBJETIVOS: Analizar la técnica de colocación en decúbito lateral sobre el lado afecto en el ACV.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica a texto completo en inglés, castellano y portugués en las bases de datos: Cuiden, Medline, y Cochrane Plus. Descriptores: hemiparesia, posición decúbito lateral, accidente cerebrovascular, infarto cerebral.

RESULTADOS: Colocaremos al paciente acostado sobre el lado afecto. La cabeza descansa sobre la almohada y se posiciona un poco hacia delante con el tronco bien alineado y algo rotado hacia atrás. La espalda permanecerá recta y apoyada sobre un cojín, almohada o rulo tipo serpiente que encaja entre la cama y el paciente para evitar que éste se gire. El brazo pléjico permanece extendido con el antebrazo en supinación formando un ángulo no superior a 90° con el cuerpo y la palma de la mano hacia arriba. Para posicionar el hombro afecto pondremos una mano debajo del hombro y de la escápula, lo llevaremos tirando suavemente hacia delante consiguiendo que la caja torácica gire un poco hacia delante y que el peso no recaiga encima del hombro. Posicionaremos la cadera un poco hacia atrás para no apoyar sobre el trocánter. La pierna perjudicada estará extendida a nivel de la cadera con la rodilla ligeramente flexionada. La pierna no afectada se ubicará adelantada sobre una almohada con flexión de cadera y rodilla. El brazo no afectado en la postura más confortable para el paciente.

CONCLUSIÓN: El profesional de enfermería tiene un rol esencial en la prevención de las posibles complicaciones derivadas del incorrecto posicionamiento del paciente sobre su lado afecto tras un ACV, como subluxación de hombro, trocanteritis, pie equino, etc..

PALABRAS CLAVE: POSICIÓN DECÚBITO LATERAL, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, INFARTO CEREBRAL, HEMIPARESIA.

PACIENTE ADULTA DIAGNOSTICADA DE TRASTORNO OBSESIVO CONVULSIVO

MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARIA PILAR PÉREZ SALAS, MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 33 años, soltera. Antecedentes personales: No refiere alergias conocidas. Intervenida de apendicitis. En tratamiento psiquiátrico desde el año 2002 por diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Nula red social. Antecedentes familiares: Madre con hipotiroidismo e infarto agudo de miocardio hace dos años. Hermanastra con trastorno de personalidad y trastorno bipolar. Tratamiento actual: Diazepam 10 mgr, Aripripazol 5 mgr, Clomipramina 75 mgr, Sinogan 25 mgr si insomnio. Acude a urgencias acompañada por su padrastro debido a un cambio de conducta en domicilio secundario a un TOC que le provoca grandes bloqueos y dependencia absoluta de cuidados de la madre, que ejerce de cuidadora las 24 horas del día, limitando la convivencia familiar desde hace meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración está consciente, se muestra displicente con los padres, labilidad en la entrevista llora amargamente e ideas autolíticas. Reconoce síntomas reagudizados de su patología de base.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) refractario a tratamiento médico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: El diagnóstico diferencial incluye patologías como trastorno de la ansiedad, trastornos psicóticos, esquizofrenia, trastorno de tics, conductas compulsivas, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno dismórfico corporal, tricotilomanía, depresión mayor, trastorno por estrés, hipocondría, fobia, supersticiones no patológicas y comportamientos repetitivos y trastornos del espectro autista (TEA).

CONCLUSIONES: Ante el estado actual de la paciente se decide ingreso en la Unidad de Neurocirugía de forma programada para cirugía de estimulación cerebral profunda DBS (colocación de fiduciales e implantación de electrodos en núcleo accumbens).

PALABRAS CLAVE: PSIQUIATRÍA, TRASTORNO, OBSESIVO, COMPULSIVO, ESTIMULACIÓN CEREBRAL.

DIAGNÓSTICO DE LEIOMIOSARCOMA EN REGIÓN SELAR

MARIA JOSE GARCIA BAEZ, MARIA PILAR PÉREZ SALAS, MARÍA VICTORIA GIRÓN FERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 37 años. Antecedentes personales: No refiere alergias conocidas. Intolerancia al Paracetamol y metamizol. Hipotiroidismo primario y microprolactinoma en seguimiento desde los 18 años y en tratamiento con cabergolina. Antecedentes familiares: Padre con prolactinoma, madre con hipotiroidismo y abuelo materno con tumor en base de la lengua. Acude a urgencias por cuadro de cefalea súbita de alta intensidad acompañado de ptosis palpebral de ojo derecho y pérdida de la agudeza visual por ese ojo con visión de sombras.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada y colaboradora. Campimetría con confrontación normal y agudeza visual similar en ambos ojos. No afectación aparente de PPCC de vías largas sensitivo-motoras. TAC craneal: Imagen de partes blandas en base del cráneo con importante erosión ósea compatible con antecedentes de leiomiosarcoma descrito. Hemorragia subaracnoidea (HSA) localizada a nivel de la cisternas basales y cisterna de Silvio derecha. Sistema ventricular normal. RNM craneal: Se observa una masa sólida quística de línea media, hemorrágica y necrótica, de tamaño aproximado de 38x33 mm en los ejes axiales. La lesión es de bordes infiltrantes, con afectación de clivus, seno esfenoidal y espacios cavernosos. HSA severa.

JUICIO CLÍNICO: Leiomiosarcoma en región selar. Sangrado intratumoral y Hemorragia subaracnoidea.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: El diagnóstico diferencial de la patología localizada en la región selar depende de la clínica que presente el paciente así como de la localización anatómica precisa y de las características radiológicas y anatomopatológicas de la lesión. Es necesario distinguir entre lesiones tumorales benignas y malignas (adenoma y craneofaringioma) y lesiones "tumor like" (aneurismas, hamartomas, lesiones de etiología inflamatoria-infecciosa-granulomatosa).

CONCLUSIONES: Ante los resultados de la exploración y pruebas realizadas se decide ingreso de la paciente en la Unidad de Neurocirugía para vigilancia neurológica y control de la sintomatología.

PALABRAS CLAVE: REGIÓN SELAR, LEIOMIOSARCOMA, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, SANGRADO.

DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY: A PROPÓSITO DE UN CASO

NATALIA FRANCISCA RODRIGUEZ FUENTES, MARIA VANESA OLIVA DOMINGUEZ, ANA MARÍA PÉREZ RICO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude a consulta por temblor de manos de predominio derecho, episodio de pérdida de visión bilateral, pérdida de memoria desorientación temporo-espacial, además de episodios de alucinación con agresividad, fluctuaciones del nivel de alerta parkinsonismo tremorico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración se observa animia, acinesia, temblor mixto de grandes oscilaciones MMSE 13/30, BLESSED 6-8-6. Delirios, alucinaciones, agitación, ansiedad, apatía, desinhibición verbal e irritabilidad ocasional. Se realiza TAC de cráneo en el que se observa moderada atrofia córtico-subcortical con mínima dilatación de ventrículos laterales. EEG: moderada lentificación de la actividad bioeléctrica cerebral de base. Focalidad de onda lenta en región frontal bilateral. Resonancia magnética: moderada atrofia córtico-subcortical. Leucoaraiosis.

JUICIO CLÍNICO: Demencia con Cuerpos de Lewy moderada-avanzada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Demencia con Cuerpos de Lewy moderada-avanzada VS Alzheimer.

CONCLUSIONES: La demencia con cuerpos de Lewy es una enfermedad degenerativa y progresiva cerebral. Presenta diversos síntomas que son comunes a otras enfermedades, lo cual puede provocar confusiones en su diagnóstico, lo cual surge con mayor frecuencia con el Alzheimer (similitud en síntomas conductuales y de memoria) y el Parkinson (síntomas motores). Sin embargo, en los pacientes con Demencia con Cuerpos de Lewy los síntomas mentales suelen variar con frecuencia, sufriendo alucinaciones visuales muy sentidas, por su parte los síntomas motores suelen ser menos agudos que en la enfermedad de Parkinson.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, ALZHEIMER, PARKINSON, ALUCINACIONES.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

ROSA MARÍA FERNÁNDEZ BOLÍVAR, ANTONIO JESÚS GARCÍA SORIANO, MANUEL JOSÉ BAS MEDINA

INTRODUCCIÓN: El DVE consiste en la colocación de un catéter que conecta el espacio intraventricular con el exterior. Se utiliza para monitorizar la presión intracraneal, toma de muestras de LCR, drenaje y para la administración de antibióticos intraventriculares.

OBJETIVOS: Identificar los cuidados por parte de enfermería en los drenajes ventriculares.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de trabajos científicos. Las principales bases de datos consultadas han sido Cochrane y Scielo. Descriptores: catéter ventricular, drenaje ventricular, prevención, líquido cefalorraquídeo.

RESULTADOS: Cuidados del DVE: Lavado de manos con jabón antiséptico previo y posterior a la atención al paciente, y uso de guantes estériles. Clampar desde la llave más proximal y no más de 30 minutos ante cualquier movilización de paciente o bolsa y en los traslados. Cura de la piel en el sitio de salida del catéter diaria dejando apósito estéril. Controlar las conexiones del circuito y posibles acodamientos del sistema. Vigilar si hay pérdida de LCR pericatóter. Controlar que la altura de la bolsa de drenaje esté según indicación médica. Mantener cabecero del paciente a 30° salvo contraindicación médica. No realizar toma de muestras rutinarias, sólo si hay sospecha clínica de infección. Controlar cantidad de drenado al menos una vez por turno observando color y aspecto Cambio de bolsa colectora cuando llene $\frac{3}{4}$ partes o si han pasado 24h. Educación sanitaria al paciente y familia respecto al cuidado del drenaje y la movilización del paciente.

CONCLUSIÓN: Un manejo y mantenimiento correcto de estos drenajes reducen el riesgo de infección y complicaciones, mejorando la seguridad clínica, la calidad asistencial y los costes sanitarios. Es de suma importancia para enfermería sistematizar y protocolizar los cuidados minimizando así las complicaciones derivadas de su manejo.

PALABRAS CLAVE: CATÉTER VENTRICULAR, DRENAJE VENTRICULAR, PREVENCIÓN, LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO PORTADOR DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

RAQUEL BUENDIA FLORES, JUDIT CARRETERO AGUILA, LAIA DURÓ BARBERÀ, ANDREA FERNANDEZ CASTRO, RUBÉN GONZÁLEZ ANDÚJAR, CLÀUDIA PERIBÁÑEZ BIEDMA, MARIA VICTORIA VIVAS ARAUJO, QI LU ZHOU LIN

INTRODUCCIÓN: Los drenajes ventriculares externos (DVE) son catéteres insertados en la asta frontal del ventrículo lateral. Nos permite obtener la monitorización continua de la presión intracraneal, drenar líquido cefalorraquídeo para la descompresión del sistema cerebral, i la administración de ciertos fármacos. Los pacientes con DVE están expuestos a un gran riesgo y complicaciones ja que se trata de un procedimiento invasivo. Las complicaciones infecciosas suponen un incremento en la morbilidad, estancia hospitalaria y costes sanitarios. Estas aparecen como resultado, tanto de la inserción como de la manipulación del catéter. Describiremos los cuidados de enfermería necesarios para prevenir las complicaciones potenciales de los drenajes ventriculares.

OBJETIVOS: Definir la técnica de inserción del catéter ventricular y sus aplicaciones diagnósticas. Describir los cuidados enfermeros al paciente portador de drenaje ventricular. Citar las posibles complicaciones.

METODOLOGÍA: La metodología empleada ha sido la revisión bibliográfica de la base de datos Medline y Pubmed, de artículos publicados a partir del año 2012. Y la consulta del protocolo, actualmente utilizado, en las áreas críticas del Hospital Universitari de Bellvitge.

RESULTADOS: La ventriculitis es una importante complicación infecciosa del DVE, relacionada directamente tanto de la manipulación del catéter como de su inserción. El tiempo de permanencia del catéter es otro factor de riesgo importante a tener en cuenta. Por lo tanto, para evitar la incidencia de complicaciones potenciales es importante que el personal de enfermería esté formado para llevar a cabo un buen manejo, tanto durante la inserción como durante el mantenimiento.

CONCLUSIÓN: El papel de enfermería es fundamental para minimizar y detectar las complicaciones asociadas como el dolor, el sangrado, la obstrucción o desplazamiento del catéter, pérdida de LCR, etc.

PALABRAS CLAVE: DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO, VENTRICULITIS, COMPLICACIONES, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

PACIENTE CON ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO LEVE

MARIA DOLORES CORTES CORTES, PATRICIA BARRANCO SALMERON, JUANA GALLARDO LARA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 86 años acude a urgencias del hospital, refiere malestar general. Ha presentado vómitos desde esta madrugada (6 veces) de carácter bilioso, sin productos patológicos. No tolera deambulación por debilidad en MMII. Refiere que estaba disártrica. Cefalea biparietal que describe como tipo pinchazo. Desde hace 2-5 días clínica de tos no productiva sin fiebre. Sus antecedentes personales son: NORAMC. AM: coxartrosis, hipoacusia, insuf. Venosa periférica, cefalea tensional. ATCD no claro de isquemia cerebral. AQX: oído izquierdo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Habla levemente disártrica. Fuerza conservada, no claudicación motora. No alteración sensitiva. PCS normales. No mantiene bipedestación. No signos de meningismo. Se le realiza: Exploración neurológica. ECG. Analítica (H,BQ,C,ORINA). RX tórax.

JUICIO CLÍNICO: Accidente isquémico transitorio (AIT). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la exploración y la anamnesis la sospecha diagnóstica inicial fue AIT, aunque a priori no es posible descartar ninguna de las otras opciones contempladas (ITV, S. D. Febril, DEG, viriasis digestiva + IRVB no condensativa). Si las pruebas de la exploración Neurológica resultan positivas se puede asegurar que la paciente presenta AIT, en caso contrario será necesario evaluar mediante TAC craneal, angiografía craneal y/o dúplex carotideo.

CONCLUSIONES: El AIT es más frecuente en hombres y a partir de los 50 años. En actividades cotidianas se da un mayor riesgo de padecer esta patología tabaquismo, colesterol alto, HTA, mayor de 50 años.

PALABRAS CLAVE: SALUD, ENFERMEDAD, TERAPIA, DIAGNÓSTICO.

ENCEFALOPATÍA SUBAGUDA Y DEBUT DE DEMENCIA EN PACIENTES CON EDAD AVANZADA

PATRICIA BARRANCO SALMERON, JUANA GALLARDO LARA, MARIA DOLORES CORTES CORTES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 79 años de edad que acude a urgencias por inestabilidad en la marcha y deterioro cognitivo. Debut a final de octubre tras tomar un antitusígeno y comenzar con inestabilidad en la marcha y observándose aumento de transaminasas y diagnóstico de hepatitis tóxica y a pesar de suspensión del fármaco hay persistencia de síntomas y días después comienza con deterioro cognitivo. Actividades de la vida cotidiana disminuyen, deja de salir a la calle y requiere de ayuda de su mujer. Por lo que ingresa en planta.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le toman constantes temperatura de 36,3°C; T. A:110/70 MMHG, analítica en sangre coagulación, hemograma y bioquímica. Prueba de glucemia en sangre. Pendiente de Resonancia craneal y ECG. Se le coge vía periférica en MSI. HC a rehabilitación.

JUICIO CLÍNICO: Encefalopatía subaguda y debut de demencia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se puede hacer un diagnóstico entre encefalopatía subaguda y LES. Para ello se buscarán en el LCR, marcadores de LES.

CONCLUSIONES: Las causas de las encefalopatías son numerosas, se incluyen infecciones, problemas metabólicos, toxinas, medicamentos, cambios fisiológicos, traumatismos, entre otras. La mayoría de ellas se recupera completamente aunque los síntomas varían ampliamente y ocurre en edades entre 60-70 años. Se da alta hospitalaria derivación a rehabilitación.

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, DEMENCIA, DETERIORO, COGNITIVO, ENCÉFALO, GERIATRÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON DRENAJES VENTRICULARES

RUBÉN YEGUAS GÓMEZ, PAOLA PASTORIZA GALÁN, MARIA DOLORES PRIETO GÁLVEZ

INTRODUCCIÓN: La colocación de los drenajes ventriculares está indicado para monitorizar las PIC, drenaje del líquido cefalorraquídeo y administrar fármacos en caso de infección. Este procedimiento es muy utilizado en los pacientes neurológicos de UCI.

OBJETIVOS: Determinar la correcta manipulación de los drenajes ventriculares para disminuir las infecciones que acompañan a este procedimiento.

METODOLOGÍA: Realización de una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y búsqueda de planes de cuidados estandarizados para el cuidado de estos procedimientos.

RESULTADOS: El cuidado enfermero y un buen manejo en la manipulación de estos drenajes son fundamentales para evitar las infecciones en este tipo de paciente. Las cosas más importantes y comentadas por los profesionales de la materia son: manipular lo menos posible los drenajes y si fuera necesaria su manipulación se debe hacer de la forma aséptica con ayuda de otro profesional. Otra de las cosas necesarias es realizar una cura de forma estéril cada 24 horas o cuando el apósito esté despegado o manchado, es fundamental también que el catéter no se mantenga colocado más de 7 días en el paciente y finalmente mantener cerrado el drenaje cuando se realicen movilizaciones del paciente para evitar el sifonaje y/o reflujo de líquido. Es también necesario cambiar la bolsa del receptal antes de que se llene más de la mitad.

CONCLUSIÓN: La utilización de estos dispositivos es barata, se usa de forma diagnóstica y terapéutica ya que sirve para drenar el líquido cefalorraquídeo y también para monitorizar las PIC (presión intracraneal). Pero como inconvenientes pueden aparecer riesgos como las infecciones principalmente y también hemorragias en los pacientes, por eso es importante por parte de enfermería que dispongan de conocimientos sobre este procedimiento y con ello se produce una mejora profesional de los trabajadores que manipulan estos dispositivos.

PALABRAS CLAVE: UCI, DRENAJE VENTRICULAR, CUIDADOS ENFERMERÍA, PIC.

CONOCER QUÉ ES UNA UNIDAD DE ICTUS

SARAY HERNÁNDEZ ESTEVEZ, MARIA ISABEL MELGUIZO CASTILLO, EDUARDO HIDALGO LOPEZ

INTRODUCCIÓN: El Ictus supone una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental y la primera causa en incapacidad y coste económico. Su repercusión en el seno de las familias, en el campo profesional y laboral, y en el terreno de lo social es enorme, produciendo un gasto económico muy elevado. El Ictus ha estado asociado a un mal pronóstico, pero, con el desarrollo de las UI, han supuesto un hito en el manejo de la enfermedad cerebrovascular; demostrando su eficacia en disminuyendo la mortalidad en un 17% y la morbilidad o dependencia funcional en un 25%.

OBJETIVOS: Conocer una unidad de Ictus y sus objetivos.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión bibliográfica de las siguientes bases de datos; Scielo, Pubmed, Medline. De las 12 reseñas bibliográficas encontradas han sido 4 las utilizadas para realizar este trabajo. Con los descriptores: UNIDAD DE ICTUS, ENFERMERÍA, OBJETIVOS.

RESULTADOS: La UI, entendida como Unidad específica de cuidados agudos no intensivos para el tratamiento del paciente con ictus, ofrece el cuidado más efectivo del ictus agudo, es aquella estructura geográficamente delimitada para el cuidado de los pacientes con ictus, que tiene personal entrenado, específicamente dedicado, coordinado por un neurólogo experto, con servicios diagnósticos disponibles las 24 horas del día y que dispone de protocolos escritos para el manejo de los pacientes, basados en evidencias científicas. Los objetivos en la UI son: optimizar las estrategias diagnósticas urgentes para reducir el tiempo desde el inicio del ictus hasta la acción médica, dar tratamiento específico adaptado a subtipo de ictus, etiología, localización y tamaño; e iniciar la prevención secundaria.

CONCLUSIÓN: Es evidente que una unidad de Ictus es necesaria, ya que lo avalan sus resultados, disminuyendo la mortalidad y morbilidad de los pacientes. Éstos deben de recibir una atención neurológica especializada y unos cuidados de forma precoz.

PALABRAS CLAVE: UNIDAD, ICTUS, OBJETIVOS, ENFERMERÍA.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA CEREBRAL

RUBÉN YEGUAS GÓMEZ, PAOLA PASTORIZA GALÁN, MARIA DOLORES PRIETO GÁLVEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre con 45 años que acude con su mujer a urgencias por fuerte dolor de cabeza, dificultad en el lenguaje y por ver doble. AP: Hipertenso desde hace 5 años con medicación de Ramipril, obesidad y colesterol alto (Atorvastatina 40mg). Alérgico a la Penicilina. A su llegada le toman constantes vitales, y está hipertenso lo que creen que puede provocar su dolor de cabeza.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración general, analítica completa, TAC cabeza, TA: 195/102.

JUICIO CLÍNICO: Sospecha de hemorragia cerebral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras la realización de las pruebas de imagen es etiquetado por hematoma cápsulo-talámico izquierdo. Es visto por neurología y esta especialidad lo ingresa en su unidad para el seguimiento del estudio. Tras varios días ingresados, y no conseguir mejora del paciente, realizan una hoja de consulta para la realización de una arteriografía cerebral. Esta prueba se realiza con una punción en la femoral derecha para ver la gravedad del diagnóstico. Tras la valoración deciden que sean tratado por radiocirugía.

PLAN DE CUIDADOS: En este paciente encontramos de diagnóstico de enfermería. **NANDA:** Ansiedad (00146) r/c la dificultad para hablar m/p su nerviosismo. **NOC:** Adaptación psicosocial: aceptación estado salud. **NIC:** Disminución de la ansiedad: administrando medicación para tranquilizarlo, animando al paciente con que se va a recuperar... **NANDA:** Afrontamiento ineficaz (00069). **NOC:** Afrontamiento de problemas; Utiliza estrategias de superación efectivas; **Aceptación:** estado de salud. **NIC:** Aumentar el afrontamiento: escuchar con atención, explicar todos los procedimientos...

CONCLUSIONES: Tras la realización de la prueba, el paciente es dado de alta y se le comenta que en 15 días deberá acudir a la consulta de neurorradiología. Tras estas pruebas el paciente debe seguir con el mismo régimen de vida y seguir con su medicación habitual.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, PLAN DE CUIDADOS, HEMATOMA CEREBRAL, HEMORRAGIA CEREBRAL.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL CATÉTER INTRAVENTRICULAR

MARÍA ISABEL SÁEZ JIMÉNEZ, ARANZAZU RUIZ MIÑAN, ALMUDENA MARTÍN MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: Para introducir el catéter intraventricular se perfora un orificio en el cráneo, atravesando con el catéter desde el cerebro hasta el ventrículo lateral. Este nos permite realizar mediciones de la presión intracraneal (PIC), drenar líquido cefalorraquídeo (LCR) y también administrar medicación. Esta técnica se realiza en pacientes con hidrocefalia, hemorragias intraventriculares, tumores cerebrales que cursan con edema e hipertensión cerebral.

OBJETIVOS: Conocer el material. Manejarlo correctamente, llevar un mantenimiento continuo del catéter y del sistema colector y disminuir las infecciones. Prevenir y detectar las posibles complicaciones.

METODOLOGÍA: A través de la búsqueda de bibliografía, revistas científicas y con operadores booleanos (usando las palabras claves); nos permite crear un plan de cuidados adaptado al paciente portador de dicho catéter y elaborar una guía que sirve de referencia al personal que trabaja con este dispositivos.

RESULTADOS: Cuidados de enfermería: Lavado de manos y guantes estériles durante la cura, que se realizará diariamente. Se colocará al paciente en decúbito supino 25-30°, evitando la flexión lateral del cuello. Mantener el drenaje cerrado ante cualquier movimiento o manipulación del paciente. Ajustar la altura, manteniendo el cero del depósito colector a la altura del pabellón auricular. Vigilar la permeabilidad del sistema, el nivel del LCR debe oscilar. Se vaciará la bolsa colectora cuando ocupe tres cuartas partes de la misma o a las 24h. No se tomarán muestras de LCR de forma rutinarias, solo en caso de sospecha de infección.

CONCLUSIÓN: Este sistema tiene un coste económico. Las desventajas que presenta son: riesgo de infección del sistema nervioso central, desplazamiento del catéter, colapso ventricular, los cambios de posición del traductor o de la cabeza pueden provocar oclusión de la columna por aire o restos cerebrales. La responsabilidad directa de poder ofrecer unos buenos cuidados es de la enfermería.

PALABRAS CLAVE: CATÉTER INTRAVENTRICULAR, INFECCIÓN, PIC, LCR, CATÉTER.

LESIÓN DEL NERVIIO FEMORAL DURANTE EL PARTO

MARIA ELENA CANOVAS CASADO, ANA MARÍA TORRES PERALES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 35 años que, tras parto vía vaginal, presenta dificultad para la deambulaci3n secundaria a debilidad en la extremidad inferior derecha. Percibi3 tal clínic a tras remisi3n de anestesia epidural. El parto se realiz3 en posici3n de litotomía y no fue instrumentado.

EXPLORACI3N Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploraci3n físic a: a nivel de la extremidad inferior derecha se objetiva una hipoestesia en la regi3n interna de la pierna, balance muscular 1/5 a nivel de psoas y cuádriceps y ausencia de ROT patelar. Rx y RMN lumbo-sacra: dentro de la normalidad. Estudio electromiográfico (25 días despu3s del inicio de la clínic a): caída significativa de la amplitud del potencial evocado sensitivo del nervio safeno interno derecho respecto al izquierdo. Incremento importante de la latencia motora distal y caída de la amplitud del potencial evocado motor del nervio femoral derecho con registro en el músculo vasto interno. Silencio eléctrico en reposo y pérdida de unidades motoras al valorar el músculo vasto externo electromiográficamente; el estudio con aguja del musculo adductor magnus es normal.

JUICIO CLÍNICO: Neuropraxia del nervio femoral derecho a nivel de ligamento inguinal.

DIAGN3STICO DIFERENCIAL: Lesi3n de sistema nervioso central, lesi3n de raíces L2/L3/L4, lesi3n de plexo lumbar y lesi3n del nervio femoral.

CONCLUSIONES: La lesi3n del nervio femoral o crural a nivel de conducto inguinal provocará una alteraci3n sensitiva en la regi3n medial de la pierna y el pie, dificultad e imposibilidad para la extensi3n de rodilla y disminuci3n y ausencia del reflejo rotuliano. La afectaci3n de dicho nervio durante el proceso del parto se ha descrito por compresi3n a nivel del ligamento inguinal ante una flexi3n prolongada durante la posici3n de litotomía y asociada a tracci3n en la maniobra de McRoberts por separaci3n sinfisaria; tambi3n se ha descrito por el uso de separadores (compresi3n por valva suprapúbica y retractor quirúrgico durante la cesárea).

PALABRAS CLAVE: FEMORAL, PARTO, NEUROPRAXIA, LITOTOMÍA.

ESTUDIO SOBRE LAS ENFERMEDADES POR PRIONES: DIAGNÓSTICO Y EXPECTATIVAS

JERÓNIMO MALDONADO ROLDÁN, RAQUEL CASTILLO SÁNCHEZ-HEREDERO, MARÍA ÁNGELES QUIÑONES DELGADO

INTRODUCCIÓN: Los priones son unas proteínas anómalas que cuando se acumulan en el tejido cerebral provocan enfermedades diversas, pero todas ellas progresivas y de diagnóstico infausto, con muerte precoz en la mayoría de los casos.

OBJETIVOS: Determinar las características y las pruebas diagnósticas que se establecen en estos pacientes ante estas enfermedades.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática bibliográfica en la base de datos “Science Direct” de Elsevier, con los descriptores: Priones, disease, enfermedad y encefalopatía. Seleccionamos algunos artículos y valoramos la información útil encontrada en dicha literatura.

RESULTADOS: Estas enfermedades se clasifican en adquiridas, hereditarias y esporádicas. Aunque las enfermedades difieren entre sí en cuanto a sintomatología y rasgos diagnósticos, todas ellas se caracterizan por su evolución desfavorable y pronóstico fatal. El diagnóstico suele diferirse en el tiempo por el desconocimiento y la ausencia de pruebas diagnósticas, siendo en la mayoría de los casos un diagnóstico anatomopatológico posterior al fallecimiento del paciente. De momento solo la detección de la proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo se ha mostrado como definitiva para diagnosticar. Los primeros síntomas son compatibles con los de cualquier demencia pero su rápida evolución debe hacernos sospechar de esta enfermedad. No existe tratamiento para ninguna de las variedades de las enfermedades por priones y actualmente solo se trata a los paciente en unidades de cuidados paliativos.

CONCLUSIÓN: El entrenamiento del personal para el diagnóstico precoz de estas enfermedades debe servir para mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares que sufren estas enfermedades.

PALABRAS CLAVE: PRIONES, DISEASE, ENFERMEDAD, DIAGNÓSTICO, ENCEFALOPATÍA.

SÍNDROME DE WALLEBERG: SÍNDROME BULBAR LATERAL EN PACIENTE GERIÁTRICO

JAVIER SANTAMARIA DEL TIO, LUCÍA NORIEGA SICILIANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 68 años fumador y bebedor importante, con HTA de 12 años de evolución a tratamiento ARAII e hipercolesterolemia de reciente diagnóstico a tratamiento dietético, sin otros antecedentes de interés. Acude por diplopía, disfagia, déficit sensitivo e inestabilidad de la marcha de 3 días de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente se encuentra afebril, hemodinámicamente estable, con presión arterial 165/95 mmHg y con buen intercambio gaseoso. Presenta ptosis palpebral derecha, hipoestesia facial derecha y braquiocrural izquierda, dismetría y marcha atáxica con pulsión derecha. LA exploración sistémica es normal. Se realiza una analítica anodina salvo hipercolesterolemia con LDL 165 y una radiografía de tórax normal. El TC craneal al ingreso y a las 72 horas es normal. Se realiza estudio etiológico con EcoDoppler TSA con ateromatosis carotídea sin estenosis significativas, monitorización ECG sin arritmias emboégenas y ecocardiograma normal. Finalmente se realiza RNM craneal que confirma la sospecha diagnóstica de ictus de tronco, evidenciando un infarto hemibulbar derecho.

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico de tronco-bulbar lateral derecho, de perfil aterotrombótico. FRCV: HTA y dislipemia de mal control, tabaquismo y enolismo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ictus hemorrágico, Polineuropatías, Enfermedades desmielinizantes.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente no fue candidato a fibrinólisis dado el tiempo de evolución de los síntomas. Se inicia antiagregación con AAS y control de FRCV, y se inicia rehabilitación durante su estancia en el hospital.

CONCLUSIONES: El síndrome bulbar lateral o síndrome de Wallenberg, es un tipo de ictus de tronco característico, generalmente de etiología aterotrombótica, producido por la oclusión de la arteria cerebelosa posteroinferior (PICA). Produce un síndrome sensitivo cruzado, síndrome vertiginoso, diplopía, disfagia y disartría, síndrome de Horner y ataxia cerebelosa ipsilaterales. En su diagnóstico es importante una buena exploración neurológica y en su tratamiento además de la antiagregación y control de FRCV es fundamental una rehabilitación precoz y de calidad.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, NEUROVASCULAR, NEUROLOGÍA, ICTUS ISQUÉMICO.

ANÁLISIS SOBRE LA ENFERMEDAD DE ICTUS EN LA POBLACIÓN

ANA BELEN BLESA RODRIGUEZ, ANA BELEN ORTEGA CHACON, ISABEL GRANADOS QUILES

INTRODUCCIÓN: El ictus engloba diversas enfermedades que afectan a los vasos sanguíneos que suministran la sangre al cerebro. Este tipo de patologías conocido popularmente como embolia o ACV (accidente Cerebrovascular), es el equivalente a un infarto de corazón pero en el cerebro y se manifiesta súbitamente. El ictus constituye un problema de salud de primer orden en España y la primera causa de discapacidad.

OBJETIVOS: Determinar el grado de conocimiento sobre el ictus de la población en general para establecer la percepción-conciencia de la gravedad y actitud frente a los síntomas. Identificar los órganos más afectados según dicha patología.

METODOLOGÍA: A través de un estudio descriptivo, transversal, el muestreo fue consecutivo, la captación se realizó el día internacional del ictus en los stands que se colocaron para dar a conocer la enfermedad cerebrovascular y se llevó a cabo en el Complejo Hospitalario de Cáceres.

RESULTADOS: Por lo que en el estudio participaron 112 personas con edades comprendidas entre los 22 y los 86 años. El estudio indicó especial hincapié en los órganos que se verían más afectados, a causa de dicha patología. Destacando con un 93,80%, considera el cerebro como principal órgano afectado, seguido de los brazos con un 63,40%. Un 62,50% considera como tercer órgano afectado las piernas. Hasta un 50,90% manifiesta que es el corazón y por último, con un 20,50% el riñón.

CONCLUSIÓN: Existe un déficit de conocimiento del término ictus y de la enfermedad, así como la actitud ante los síntomas leves. Según el estudio realizado, la población considera como principales órganos afectados : el cerebro, los brazos y las piernas. En este marco, se podrían diseñar intervenciones educativas por parte de enfermería en cuanto a las señales de alarma frente al ictus y concienciar a la población, la urgencia que supone dicha enfermedad.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, ACV, POBLACIÓN, CONOCIMIENTO, EMBOLIA.

A PROPÓSITO DE UN CASO: ENFERMEDAD DE RAYNAUD

MONICA RODRIGUEZ MENENDEZ, CRISTINA ALVAREZ DIAZ, JUAN OTERO PANIZO, LAURA FERNÁNDEZ PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 40 años que acude al servicio de urgencias por frialdad y cambios de coloración en los pulpejos del 3º, 4º y 5º dedo de la mano derecha. Antecedentes de interés: Artritis, fumadora de 10 cigarrillos/día, estrés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: TA:145/70, FC:68 lpm, T:36ª. Se objetiva una cianosis, palidez de 3º, 4º y 5º dedo de la mano derecha, refiere parestesias y entumecimiento en dichos dedos. Pruebas complementarias: Análisis sanguíneo: estudio de anticuerpos y capilaroscopia.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Raynaud. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Acrocianosis, esclerodermia, Lupus, artritis reumatoide, vasculitis.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Raynaud es un fenómeno vascular desencadenado principalmente por frío y estrés, manifestándose preferentemente en zonas acras, suele ser reversible diferenciándose 3 fases: Palidez, cianosis e hiperemia. Tratamiento: evitar el frío en las zonas afectadas y fármacos vasoconstrictores. Se ha comprobado mayor incidencia de complicaciones en pacientes fumadores y con terapia hormonal sustitutiva.

PALABRAS CLAVE: CIANOSIS, ARTRITIS, DOLOR, CIRCULACIÓN SANGUÍNEA, FRÍO.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

MARIA DEL MAR BURGOS MORAL, MARÍA LUISA QUIROS OLMO, SUSANA LOPEZ EXPOSITO

INTRODUCCIÓN: El traumatismo craneoencefálico (TCE) está considerado como la lesión neurológica más frecuente. La lesión cerebral traumática es, en mayor o menor medida, dinámica y evolutiva durante al menos las primeras 48 horas. El cráneo forma un compartimento rígido que contiene mas encefálica (85%), sangre (7%) y liquido cefalorraquídeo (8%). El aumento de alguno de estos componentes durante un TCE da lugar a: Aumento de presión intracraneal (PIC). Desplazamientos con deformaciones y herniaciones de estructuras intracraneales que dependen de la localización de la expansividad.

OBJETIVOS: Analizar el papel del auxiliar de enfermería ante pacientes con traumatismo craneoencefálico.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente en las palabras clave.

RESULTADOS: Se realizara de inmediato una exploración siguiendo los siguientes pasos: Inspección y palpación del cráneo y de la cara. Identificar signos indicadores de aumento de PIC. Vigilancia del tamaño pupilar y reactividad a la luz. Vigilar el nivel de conciencia. Tras la exploración rápida seguidamente se actúa con unas medida básicas continuadas: Limpieza de heridas y lavado con solución salina y antiséptica. Control de hemorragias. Radiografía simple del cráneo y proyecciones específicas. TAC craneal. Sutura y cierre de heridas, si esta indicado. Vendajes compresivos para evitar la formación de hematomas. Incorporar la cabeza del enfermo aproximadamente 30° para favorecer el retorno venoso y el descenso de la presión intracraneal (PIC). Administración de profilaxis antitetánica.

CONCLUSIÓN: Es conocido que entre el 25 y el 35% de todas las muertes por traumatismos podrían haber sido evitadas con tratamiento inicial más eficaz, y las primeras tomas de decisiones y calidad de los cuidados en el primer momento son claves para los resultados globales en la atención al traumatismo.

PALABRAS CLAVE: TRAUMATISMO, LESIÓN, PACIENTE, RIESGO.

PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA BENAVIDES ORTIZ, CRISTINA GOMEZ LAMAPEREIRA, MARIA ANGUSTIAS GARCIA MOTOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 55 años, que comienza con cuadro súbito de pérdida de fuerza en miembros inferiores que va ascendiendo paulatinamente hasta provocarle una parada respiratoria. Ingresa en UCI, se realiza intubación orotraqueal y se comienza tratamiento médico y cuidados enfermeros.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza: TAC, analítica completa, RMN, RX de tórax, electromiograma y electroencefalograma.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Guillain-Barré. **PLAN DE CUIDADOS:** Tras valoración según las necesidades básicas de Virginia Henderson, obtenemos los siguientes diagnósticos enfermeros: 00040. Riesgo síndrome de desuso; 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea; 00051 Deterioro de la comunicación verbal; 00126 Conocimientos deficientes; 00149 Temor; 00004 Riesgo de infección. Con sus respectivas NOC y NIC.

CONCLUSIONES: Tras 3 semanas en UCI, el paciente se traslada a planta con traqueostomía, poniendo válvula fonadora para que pueda comunicarse y se ha recuperado gran parte de la movilidad perdida. Al alta de la unidad de cuidados críticos, no presentaba ninguna UPP.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ, DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CUIDADOS CRÍTICOS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE

ANTONIA PARRA ORTEGA, MAGDALENA ORTEGA MARTINEZ, ANA ESTER URIBE PARRA

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Guillain-Barré es una afección rara en la que el sistema inmunológico del cuerpo ataca a parte del sistema nervioso periférico, atacando a los nervios que controlan los movimientos musculares. Es un síndrome que se presenta con más frecuencia en la edad adulta y en el sexo masculino. La mayoría de los casos se recuperan totalmente, aunque en algunos casos puede ser mortal.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados de enfermería que debe realizar en pacientes con síndrome de Guillain-Barré.

METODOLOGÍA: Se realiza revisión bibliográfica en bases de datos como Dialnet, Scielo, Medlineplus y google académico usando los descriptores. Limitando la búsqueda a artículos publicados entre los años 2008 y 2018 escritos en inglés y español.

RESULTADOS: Los primeros síntomas son debilidad o sensaciones de hormigueo en las piernas, aunque a veces se expanden a los brazos, al tórax y a la cara. Estos síntomas pueden aumentar hasta producir parálisis en los músculos lo que supone un caso de gravedad para el paciente. Las causas serían infecciones víricas (Zika) o bacterianas, vacunaciones o intervenciones quirúrgicas. El diagnóstico mediante la exploración neurológica para corroborar la sintomatología y ocasionalmente realización de punción lumbar. Los cuidados de enfermería serían controlar frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial. En algunos casos es posible la necesidad de ventilación mecánica y evitar posibles complicaciones como infecciones o arritmias. El tratamiento estaría encaminado a evitar complicaciones, controlar síntomas y aligerar la recuperación. Tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas o plasmaféresis.

CONCLUSIÓN: Al tratarse de una afección rara y ya que su diagnóstico es principalmente por exploración neurológica para corroborar los síntomas, se hace evidente la necesidad de estudiar más este síndrome para tratar las causas que lo producen y evitar así su aparición. Además, el equipo de enfermería debe estar formado en la aparición de estos síntomas y la pronta actuación sobre ellos.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME GUILLAIN- BARRE, DEBILIDAD MUSCULAR, SISTEMA INMUNE, ENFERMERÍA.

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON ICTUS

MARIA DEL CARMEN LUCENA RUBIO, ROSARIO EXPÓSITO NOGALES, MÓNICA ALFARO CABALLERO

INTRODUCCIÓN: Trastorno brusco de la circulación cerebral por la interrupción de llegada de sangre al cerebro lo que provoca una alteración de forma transitoria o definida en el funcionamiento del encéfalo.

OBJETIVOS: Determinar medidas para poder lograr que el paciente y sus familiares aprendan y entienda la nueva situación de las personas que hayan sufrido esta dolencia y así poder lograr llevar una normal vida antes del ictus.

METODOLOGÍA: Diversos estudios complementarios (tac, electrocardiogramas, doopler,) recogida en entrevista tanto con familiares y con el propio paciente(alimentación, trabajo, ejercicios físicos)se realiza unos estudios a pacientes durante 10-14 meses después de sufrir el ictus para valorar la evolución que hayan podido restablecer tanto en la parte psíquica, motora y comunicación.

RESULTADOS: Los resultados de dichos estudios da como resultado un alto porcentaje de pacientes que necesitan mas cuidados durante su recuperación para poder realizar las actividades tan simples como vestirse, hablar, entre otras.

CONCLUSIÓN: Después de estudiar los diversos estudios realizados se llega a la conclusión que casi la mayoría de pacientes que sufre esta dolencia necesitan mas cuidados para ser del todo independientes.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ICTUS, SALUD, BIENESTAR.

GESTIÓN ENFERMERA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON PRESIÓN INTRACRANEAL ALTA

MARIA JESUS TUNEZ MURCIA, CANDIDO CALIZ JIMENEZ, ALICIA LOPEZ MENDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 36 años, admitida a UCI post trauma en la cabeza, intubada y ventilada, cardiovascularmente es estable, neurológicamente GCS es 3 debido a infusiones de Midazolam y Fentanyl Pupilas no reactivas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente sometido a TAC, re valoración de GCS, pupilómetro para medir sensibilidad a la luz de las pupilas.

JUICIO CLÍNICO: Post-trauma hemorragia cerebral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hemorragia subaracnoidea y subdural en TAC. La presión intracraneal es alta >20 mmHg.

CONCLUSIONES: Causas y soluciones de un incremento en la PIC. Mantener la cabeza y el cuello en una posición neutra y bien alineada, en su estudio demuestra con esta acción aumenta el volumen venoso cerebral y mejora el retorno venoso de las yugulares. Tensión arterial: para mantener una función neural el cerebro necesita un abastecimiento constante de sangre rica en oxígeno y glucosa, el flujo sanguíneo cerebral debe ser de 50-60 ml/100g/min; la perfusión cerebral es la fuerza motriz para el suministro de sangre al cerebro y es una estimación de la adecuación de la circulación cerebral Temperatura a 37°C: las elevaciones en la temperatura empeoran el resultado y se debe evitar la pirexia, ya que la tasa metabólica cerebral por consumo de oxígeno aumenta 6-9% por cada grado. Sedación: Los anestésicos y sedantes, como los barbitúricos, también pueden mejorar el acoplamiento del flujo sanguíneo regional a las demandas metabólicas, lo que resulta en una mayor oxigenación cerebral con un menor flujo sanguíneo cerebral y una disminución de la PIC por la disminución del volumen sanguíneo cerebral (BTF 2016). Oxigenación y dióxido de carbono sanguíneo: La hiperventilación se usa regularmente para reducir el volumen de sangre cerebral y, por lo tanto, la PIC.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, GESTIÓN ENFERMERA, PRESIÓN INTRACRANEAL, CUIDADOS NEUROLÓGICOS.

ENFERMERÍA Y LA TERAPIA HIPEROSMOLAR EN PACIENTE CON PRESIÓN INTRACRANEAL ALTA

MARIA JESUS TUNEZ MURCIA, CANDIDO CALIZ JIMENEZ, ALICIA LOPEZ MENDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 50 años, admitida a UCI post trauma, intubada y ventilada, cardiovascularmente es estable, neurológicamente GCS es 3 debido a infusiones de Propofol y Fentanyl, Pupilas no reactivas pero con un PIC elevada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Diagnosticada con hemorragia subaracnoidea y subdural en TAC.

JUICIO CLÍNICO: Alta presión intracraneal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Edema cerebral.

CONCLUSIONES: Manitol y solución salina hipertónica son agentes hiperosmolares rutinariamente empleados, en cuidados intensivos para reducir la presión intracraneal. El agente hiperosmolar Manitol se ha usado durante varias décadas para reducir la PIC elevada, y hay evidencia acumulada de estudios piloto que sugieren efectos beneficiosos del salina hipertónico para fines similares. Un agente terapéutico ideal para la reducción de la PIC debe reducir PIC mientras se mantiene la perfusión cerebral (presión). Las circunstancias específicas pueden impulsar la selección de un agente específico por un lado Solución salina hipertónica la administración puede ser peligrosa para un paciente con hipernatremia, aunque puede usarse manitol como un fluido de reanimación, su efecto diurético eventual es indeseable en pacientes hipotensos. El manitol es un alcohol de azúcar que se excreta sin cambios por los riñones y por lo tanto causa un diuresis osmótica y puede causar deshidratación. La fundación de trauma cerebral en su 4ª edición menciona que, aunque la terapia hiperosmolar puede disminuir la presión intracraneal, no hubo pruebas suficientes sobre los efectos en la clínica resultados para apoyar una recomendación específica, o para apoyar el uso de cualquier agente hiperosmolar, para pacientes con lesión cerebral traumática grave, en los niveles I, II y III.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA HIPEROSMOLAR, EDEMA CEREBRAL, ENFERMERÍA, MANITOL, SALINO HIPERTÓNICO.

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN CÓDIGO ICTUS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

PIEDAD TARIFA PEREZ, ENCARNACION SIERRA SALVAGO, MARÍA CONCEPCIÓN OCÓN DOMINGO

INTRODUCCIÓN: La patología vascular cerebral o ictus es la tercera causa de muerte en los países occidentales y la primera causa de muerte en España. La tasa de mortalidad anual es del 27 por 100.000 Habitantes. Una cifra media de incidencia entre 150-200 casos por 1.000 Habitantes/año y una prevalencia de 500-600 casos por 100.000 Habitantes.

OBJETIVOS: Determinar la actuación del TCAE ante un código de ictus en las urgencias hospitalarias.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliografía. Bases de datos: Pubmed, Dialnet, Medline. Los descriptores de búsqueda: Patología cerebral, mortalidad por ictus, patología vascular, hipertensión.

RESULTADOS: Es importante estudiar variables para tomar la mejor decisión terapéutica como la edad, la calidad de las colaterales, la presencia de signos asociados al mal pronóstico como la cerebral media hipertensa (se asocia a un peor resultado clínico) o la localización del trombo (cuanto más distal, el trombo mayores son las posibilidades de un buen resultado clínico). Las variables de seguridad del tratamiento fueron la tasa de hemorragia sintomática 9,8% y la mortalidad 22%. Se concluye que la trombectomía mecánica es segura y eficaz, obteniendo recanalización del 84% en pacientes en los que el tratamiento intravenoso ha fracasado o está contraindicado. El principal objetivo es mejorar la atención a la patología vascular cerebral y paliar las graves consecuencias que padecen los pacientes que sufren un ataque cerebral agudo. Además de conseguir el acceso rápido de la persona que sufre un ictus al medio hospitalario y realizar el tratamiento de reperusión antes de las 3 horas del comienzo de los síntomas que aumentarán a las 4,5 horas.

CONCLUSIÓN: Por lo tanto la patología de alta incidencia y alto índice de mortalidad, representando un problema sociosanitario de primer nivel por los costes sanitarios y sociales derivados de su atención.

PALABRAS CLAVE: CÓDIGO ICTUS, TROMBOLISIS, URGENCIA HOSPITALARIA, NEUROLOGÍA.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UNIDAD DE ICTUS

NATIVIDAD GUIJO MARTÍN, SINUHÉ CHAPARRO PALAZUELO, LIDIA NADALES RAMOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 21 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por presentar debilidad en hemicuerpo derecho mientras caminaba con familiares. No hábitos tóxicos. Niega alergias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza exploración neurológica. Pares craneales conservados. Se confirma debilidad en miembro superior e inferior derecho. Se realiza TAC de urgencia.

JUICIO CLÍNICO: Esclerosis múltiple **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dada la aparición de la sintomatología, se activa código ictus y se deriva a la unidad. La visualización del TAC confirma regiones inflamatorias cerebrales con áreas de pérdida axonal y mielina.

CONCLUSIONES: La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica del sistema nervioso central que afecta con frecuencia a personas jóvenes. Los síntomas de inicio siguen un curso variado e impredecible (síntomas aislados de meses o años sin la presentación de mas síntomas). Se procede al alta de la paciente de la unidad a planta de hospitalización para ser valorada y estudiada posteriormente.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, DEBILIDAD MUSCULAR.

BENEFICIOS DE LA ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA PARA PACIENTES CON PARKINSON

AZAHARA LUCÍA DEL PINO MORALES, MARTA ROBLES ANGELES, NATALIA FERNÁNDEZ GARCIA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa la cual se produce debido a una pérdida de dopamina en el cerebro, más concretamente en la sustancia negra reticulada. Es una enfermedad degenerativa y progresiva que ocurre en el sistema nervioso central. Los síntomas cardinales que se presenta son rigidez muscular, bradicinesia y temblor. La estimulación cerebral profunda es un tratamiento sintomático actual para esta enfermedad.

OBJETIVOS: Determinar la eficacia de la estimulación cerebral profunda para pacientes con Parkinson. Analizar los beneficios que produce esta terapia en este tipo de pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica, consultando las siguientes bases de datos: Dialnet, Elsevier y Pubmed. Se han seleccionado 14 artículos publicados entre el año 2013 hasta la actualidad escritos en Español e inglés. Los descriptores utilizados para la búsqueda han sido: estimulación cerebral profunda, deep brain stimulation, tratamiento Parkinson, treatment Parkinson disease, DBS, ECP.

RESULTADOS: El DBS es un aparato que provoca numerosos beneficios para personas que padecen la enfermedad de Parkinson, así, mejora el tiempo activo, reduce los períodos pasivos y disminuye las discinesias. Por lo que reduce la cantidad de medicación que toma este tipo de pacientes. Además colabora a prevenir los problemas de sueño y el dolor, produce una mejoría en la atención visual dividida y la memoria verbal y ayuda a que los pacientes tengan una mayor independencia en actividades del día a día.

CONCLUSIÓN: Como puede observarse la estimulación cerebral profunda es un tratamiento adecuado para los pacientes con Parkinson, ya que produce numerosos beneficios a este tipo de pacientes y ayuda a reducir los efectos adversos que produce la medicación. Este método ayuda a controlar mejor los síntomas de la enfermedad y aumenta la calidad de vida de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: PARKINSON, TRATAMIENTO, ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA, DBS, ECP.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE COREA DE HUNTINGTON

ISABEL MARIA SANCHEZ PASTOR, MERCEDES COLLADO HERRANZ, ESTHER GRANADOS RAMOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 42 años acude acompañada de su marido a la consulta de neurología para darle los resultados de unos exámenes realizados por sospecha de padecer la enfermedad de Corea de Huntington. Antecedentes médicos: antecedentes maternos de Corea de Huntington, HTA.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA:145/80 mmHg. FC: 87 lpm. Sat. O2: 97 %. Análisis de sangre, análisis genético, examen neurológico y TAC.

JUICIO CLÍNICO: Corea de Huntington. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** (00148) Temor r/c desconocimiento de la enfermedad. NOC: Nivel de miedo. NIC: Escucha activa, presencia. (00069) Afrontamiento inefectivo r/c incertidumbre m/p expresiones de incapacidad para afrontar la situación. NOC: Afrontamiento de problemas. NIC: Aumentar el afrontamiento, asesoramiento, apoyo emocional, aumentar los sistemas de apoyo, disminución de la ansiedad. (00120) Baja autoestima situacional r/c deterioro funcional m/p expresiones de desesperanza. NOC: Autoestima, adaptación a la discapacidad física, adaptación psicosocial: cambio de vida. NIC: Escucha activa, asesoramiento, apoyo emocional, dar esperanza.

CONCLUSIONES: Dentro de los cuidados de enfermería en la enfermedad de Corea de Huntington es muy importante el apoyo psicológico tanto al paciente como a la familia. La educación sanitaria es imprescindible para un buen control de la enfermedad, por eso la enfermera tiene un papel muy importante en los casos de Corea de Huntington.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMEDAD, COREA, HUNTINGTON, ENFERMERÍA.

MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

ESTHER GRANADOS RAMOS, ISABEL MARIA SANCHEZ PASTOR, MERCEDES COLLADO HERRANZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 44 años diagnosticada hace 3 años de esquizofrenia paranoide que acude convencida por su hija a su Centro de Atención Primaria. La hija refiere que su madre toma la medicación cuando se acuerda, que tiene numerosos episodios de alucinaciones y delirios los cuales refiere que le asustan y atemorizan al ver que no posee el control de la situación. Fumadora de un paquete diario. Antecedentes médicos: No Alergias Medicamentosas conocidas. Esquizofrenia paranoide diagnosticada hace 3 años.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 115/70 mmHg. FC: 71 lpm. Sat. O2: 98%. Temperatura: 35.9 °C.

JUICIO CLÍNICO: Empeoramiento de la enfermedad crónica por mal control. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** (00130) Trastorno de los procesos de pensamiento r/c Interpretación incorrecta de los estímulos internos o externos m/p Interpretación inexacta del entorno, Disonancia cognitiva/distraibilidad. (00079) Riesgo de incumplimiento del tratamiento r/c Ideas sobre la salud.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: Autocontrol del pensamiento distorsionado. NIC: Manejo de las ideas delirantes, apoyo emocional. NOC: Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión. NIC: Enseñanza: medicamentos prescritos, administración de la medicación: oral.

CONCLUSIONES: En estos casos, el médico y la enfermera de Atención Primaria son una figura muy importante en el abordaje de estas enfermedades, ya que son los responsables de que el paciente consiga un buen control de su enfermedad mediante la enseñanza de la medicación y su administración correcta al igual que enseñarle al paciente a cómo poder manejar las ideas delirantes y a no culpabilizarse por tener alucinaciones o delirios. Enfermería hace un papel fundamental en estas enfermedades, ya que junto con psicólogos, trabajadores sociales, somos los encargados de dar apoyo emocional al paciente y ayudarlo a ver su enfermedad con naturalidad.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, MANEJO, CASO CLÍNICO, SALUD.

CUIDADOS Y CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON GUILLAIN-BARRÉ

ROSA MARIA MANCEBO SANCHEZ, FRANCISCO PLATA SOLIS, ANTONIA ALVAREZ AVILES

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Guillain-Barré es un trastorno autoinmunitario (el propio sistema inmunitario del cuerpo se ataca a sí mismo) y se desconoce que lo desencadena exactamente. Esto lleva a que se presente inflamación del nervio que ocasiona debilidad muscular y otros síntomas. La mortalidad sigue siendo de un 6% y hasta un 16% queda con algún grado de discapacidad.

OBJETIVOS: Determinar las medidas que se establecen para la prevención de las complicaciones secundarias de la enfermedad.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: En pacientes hospitalizados se debe controlar la postura para evitar posiciones viciosas y retracciones, realizar cambios de posición para evitar aparición de úlceras. Además de realizar movilizaciones pasivas de todas las articulaciones, termoterapia para relajar y aliviar dolor, masajes circulatorios (retorno venoso) y fisioterapia respiratoria, si el paciente se encuentra con respirador debe ensayar algunos minutos de respiración libre. Es importante tomar en cuenta que se debe trabajar con el paciente tiempos fraccionados de corta duración ya que se encuentra débil. No existe cura para el síndrome del Guillain-Barre. Sin embargo, hay disponibilidad de muchos tratamientos para reducir los síntomas, tratar las complicaciones y acelerar la recuperación. En las primeras etapas de la enfermedad, los tratamientos que eliminan o bloquean las proteínas que atacan las neuronas, llamadas anticuerpos, pueden reducir la gravedad y los síntomas del Guillain-Barré.

CONCLUSIÓN: La recuperación de una persona que ha sufrido el síndrome de Guillain-Barré exige paciencia, ya que puede prolongarse de meses o hasta de años. Lo importante es efectuar todo lo que se encuentre al alcance, cumplir con la fisioterapia y realizar el mayor esfuerzo posible.

PALABRAS CLAVE: GUILLAIN-BARRÉ, CUIDADOS, ENFERMERÍA, DIAGNÓSTICOS.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

MARIA TERESA SAIZ CAREAGA, ESTHER HOYA GOMEZ, NURIA VIRSEDA MARIN, ANTONIO RUIZ RODRÍGUEZ, JOSE ANTONIO BLASCO VELARDE, ALFONSO MARIO GARCIA OCHOA DEL OLMO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer: 33 años, monorrena, fumadora. Consulta por dolor lumbar irradiado a glúteo y pesadez de piernas. Es la tercera vez que la pasa, siempre limitados a una semana. Esta vez se añade acorchamiento en la planta de los pies con inestabilidad en la marcha; clínica es mas intensa con hipoestesia térmica y analgesia bilateral. Posteriormente parestesia en abdomen a nivel infraumbilical y anestesia en región genital acompañado de fiebre, por lo que se deriva y es ingresada en Neurología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientada, pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales normales, no nistagmus, pruebas cerebelosas normales. Fuerza 5/5, sensibilidad 3/5, Babinski indiferente, ROT muy positivos, marcha taloneante. Hemograma y bioquímica normal. Serología Lues, Borrelia Burdogferi, M pneumoniae, C burnetii, Brucella, Rosa bengala, Toxoplasma, CMV, Epstein-Barr, herpes. VIH, parvovirus negativos. Ac lúpico, antifosfolípido y anticardiolípina negativos. RMN cerebro normal. RMN columna: lesiones de pequeño tamaño una expansiva centromedular a nivel de T6 con captación indicativo de lesión aguda/subaguda y otra a nivel de T10 que no capta contraste, no hay efecto compresivo. Punción lumbar normal, potenciales evocados visuales y electroretinograma normales. Interconsulta a Oftalmología normal. Posteriormente presenta otro episodio al que se añade disminución de sensibilidad de mano izquierda acompañado de cefalea fiebre y alteración visual.

JUICIO CLÍNICO: Esclerosis múltiple. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Mielitis transversa, radiculopatía, parkinsonismo, sarcoidosis.

CONCLUSIONES: Esclerosis múltiple es una enfermedad desmielinizante con una triada de inflamación, desmielinización y gliosis con infiltrados de linfocitos T y macrófagos. No existe un diagnóstico específico, se basa en síntomas (que presenta nuestra paciente) y signos, que en nuestro caso sólo es positiva la RMN. LCR no tiene aumentada IgG y los potenciales no tienen una conducción lenta. En primer ingreso se trata con metilprednisolona 1gr/24 horas con mejoría. Tras el segundo ingreso se diagnostica de esclerosis y actualmente a la espera de iniciar tratamiento con interferón.

PALABRAS CLAVE: MIELITIS, ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, DIAGNÓSTICO.

PACIENTE ADULTA DIAGNOSTICADA DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

DOLORES ANGELES MUÑOZ ESCOLAR, MARÍA EUGENIA REALES MORENO, ROSA MARIA ESTRADA ALCARAZ, CECILIA FUENSANTA HERNANDEZ PEREZ, ANA BELEN GOMEZ SANCHEZ, ANA BELÉN SÁNCHEZ GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 76 años, refiere presentar pérdida brusca de visión por ojo derecho con recuperación total en 5-10 minutos. Sin cefalea, sin déficit motor ni sensitivo ni dolor retroocular. Refiere febrícula vespertina, diariamente desde hace dos meses, con mialgias y dolor leve en hombros. Un mes antes le implantaron dos tornillos en mandíbula inferior e inician tratamiento con corticoides y amoxicilina. La medicación provoca una desaparición completa de fiebre y dolor articular y muscular, reapareciendo al suspenderla siete días después. Describe episodios de amourosis, sin dolor, recuperación progresiva, durante un cambio postural, de estar inclinada a erguirse. En ellos se aprecia midriasis derecha. Acaecieron al menos cinco episodios similares, en valsas o cambios posturales, sin dolor, sin sintomatología autonómica ocular y sin otra focalidad neurológica. Sufré dos episodios por el ojo izquierdo con semiología ligeramente diferente, refiere ver “como una gota de agua” y cambios de colores. Persisten febrícula vespertina y mialgias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada, obedece órdenes complejas, nomina y repite. No disartria, ni lenguaje con elementos afásicos. No claudicación en maniobras antigravitatorias. No alteración de la marcha. Con fotoestrés se desencadena pérdida de visión por OD, no discromatopsia, pupilas simétricas y reactivas, fondo de ojo normal. Resto de exploración neurológica normal. Se realiza analítica completa, hemocultivo, ecografía de arterias temporales, Resonancia Magnética orbitaria y Doppler de troncos supraaórticos.

JUICIO CLÍNICO: Arteritis de células gigantes. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se descarta Ictus.

CONCLUSIONES: La arteritis de células gigantes (ACG) se conoce como arteritis temporal, ya que afecta especialmente a las arterias del cuero cabelludo y la cabeza, siendo los vasos más frecuentemente implicados. Es el tipo de vasculitis más frecuente en mujeres mayores de 50 años. Pertenece a un grupo de enfermedades cuya característica principal es la inflamación de vasos sanguíneos grandes y medianos, pudiendo solaparse con polimialgia reumática.

PALABRAS CLAVE: ARTERITIS, MIALGIA, AMAUROXIS, VALSALVAS, CÉLULAS GIGANTES, FEBRÍCULA.

CUIDADOS ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO

PATRICIA GARCIA FERNANDEZ, CRISTINA JIMENEZ HERNANDEZ, MARIA DEL CARMEN SERRANO RODRÍGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 77 años de edad que residen en casa con su esposa. Consciente y orientado, necesita ayuda para las ABVD. Jubilado desde hace unos años. Como antecedentes, es hipertenso y diabético. Desde hace unos días presenta decaimiento y permanece en cama. Su familia solicita una visita domiciliaria por parte de su médico. A su llegada el paciente se encuentra encamado, refiere sentirse débil, no moviliza la pierna izquierda, se observa leve desviación de la comisura labial, presenta cierta dificultad en el habla. TA 190/100mmhg, FC 110lpm. Se decide derivación hospitalaria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Orientado y consciente. TA 200/110mmHg, FC 110lpm, SATO2 97%, T° 36.2°C. Glucemia capilar 99 mg/dl. Se realiza analítica de sangre completa, ECG, Rx de Tórax, TAC, Eco Doppler de vasos del cuello. Se canaliza VP, pasando SSF al 0.9%.

JUICIO CLÍNICO: Accidente cerebro vascular hemorrágico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Según la sintomatología, exploración y pruebas complementarias, se descartan otras patologías como hipoglucemia, accidente isquémico transitorio o encefalopatía hipertensiva.

PLAN DE CUIDADOS: Monitorización continua del paciente los primeros días. Cuidados VP. Toma de constantes por turno. Dieta sosa diabética. Higiene del paciente y cuidados de la piel. Cambios posturales c/3 horas. Dar seguridad y disminuir la ansiedad del paciente. Control de la diuresis.

CONCLUSIONES: El accidente cerebro vascular puede ser isquémico o hemorrágico. El hemorrágico es menos común, y se produce tras liberarse sangre en el cerebro tras la rotura de un vaso. Como consecuencia las células cerebrales comienzan a morir. Esto puede ocurrir por varios motivos, entre ellos está la aneurisma, la rotura de pared arterial o una malformación arteriovenosa. Algunos factores de riesgo del ACV son HTA, diabetes, colesterol, antecedentes familiares y edad entre otros. Esta patología afecta gravemente a nuestra población y necesita de planes de cuidados individualizados para cada paciente dada la complejidad del problema, llevando al paciente de la dependencia a la mayor independencia posible.

PALABRAS CLAVE: ACV, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, HIPERTENSIÓN, DIABÉTES.

SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

JENNIFER FERNANDEZ ALVAREZ, PAULA MENÉNDEZ ÁLVAREZ, BEATRIZ BÁRZANA BÁRZANA, LAURA GARCÍA FERNÁNDEZ, MARIA TERESA CANO SANCHEZ, MARÍA GARCÍA PELÁEZ, YLENIA FERNANDEZ ALVAREZ, ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ

INTRODUCCIÓN: El accidente cerebro vascular (ACV) o ictus es una enfermedad cerebrovascular aguda que se produce como consecuencia de una alteración brusca de la circulación cerebral, ocasionando por ello un déficit transitorio o permanente del funcionamiento de la región del encéfalo afectada. Por lo que es una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental.

OBJETIVOS: Identificar los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento del ACV en los pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como: Medline, Web of Knowledge, Cochrane y diversos protocolos y guías.

RESULTADOS: Según la naturaleza de la lesión el ACV puede ser isquémico (coagulo que impide el aporte sanguíneo en una zona del cerebro) y hemorrágico (hemorragia ocasionada por rotura de un vaso sanguíneo cerebral). Los síntomas del ACV dependen del área del cerebro afectada. Los más comunes son pérdida de movilidad o sensibilidad en una mitad del cuerpo, alteración de la visión, afasia, ataxia y dolor de cabeza súbito y severo sin causa conocida. Respecto al diagnóstico las técnicas de neuroimagen son una herramienta imprescindible. Se deberá confirmar el diagnóstico y descartar otras patologías. El TAC nos muestra el tipo de ictus y la RM nos informa además, de la extensión, topografía y etiología de la lesión. El tratamiento también depende del tipo de ACV, en el caso del ACV isquémico: fármacos fibrinolíticos o trombectomía mecánica (extracción del trombo a través de catéteres endovasculares). Ambos efectivos si se realizan antes de 4,5 horas. ACV hemorrágico tratamiento expectante o se intervendrá dependiendo de la gravedad, etiología y topografía de la lesión.

CONCLUSIÓN: Una de las claves del éxito en caso de ACV es la detección temprana, por lo que es muy importante saber reconocer los síntomas para poder disminuir el tiempo entre el inicio del ictus y el diagnóstico y tratamiento y reducir así las secuelas y el número de víctimas mortales.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, TRATAMIENTO ICTUS, DIAGNÓSTICO ICTUS, CÓDIGO ICTUS, TROMBECTOMÍA.

DETERIORO COGNITIVO LEVE EN ANCIANO DE 86 AÑOS

IRENE MOLINA CABELLO, MIRIAM MORENO CALVO, MARIA DEL CARMEN RUIZ GONZALEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 86 años deriva a neurología desde urgencias por episodios reiterados donde refleja incoherencias y habla en ocasiones inteligible. Ha comenzado con fallos de memoria, fundamentalmente basados en la reiteración de los mismos aspectos, ideas obsesivas, insomnio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Desorientada en tiempo parcialmente, no recuerda el día, si el mes y año. Recuerda el nombre de sus hijas y nietos, dirección, edad. Fototest 32 puntos (6, 8, 2, 8+8) FVS 11 animales en un minuto. Praxias imitación $\frac{3}{4}$. Realiza asociaciones semánticas correctamente. MOE conservados, no signos de liberación frontal. No parkinsonismo, salvo leve aumento de tono con maniobra. No temblor. ROTs +/++++.

JUICIO CLÍNICO: Deterioro cognitivo leve que podría estar en relación a cuadro depresivo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Actualmente no hay datos que hagan presentar en claro deterioro neurodegenerativo.

PLAN DE CUIDADOS: Como dx se puede establecer: 00095 Deterioro del patrón del sueño. 00099 Mantenimiento inefectivo de la salud. 00074 Afrontamiento familiar comprometido.

CONCLUSIONES: Debe mantenerse activa desde el punto de vista físico, social y cognitivo. Su MAP debe realizar analítica con B12, fólico, TSH y serología de LUES. Evitar en la mediad de lo posible BZD. Tomará sertralina 50 mg por la mañana y trazodona 50 mg por la noche. Realización de TAC craneal para completar estudio.

PALABRAS CLAVE: DETERIORO, MEMORIA, INCOHERENCIAS, NEUROLOGÍA.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO

JESÚS FRANCISCO MALDONADO MALDONADO, MARIA DEL MAR GARCIA REYES, MARÍA BELÉN DÍAZ SEGURA

INTRODUCCIÓN: Un AIT es un tipo de ictus isquémico, este suele producirse cuando ocurre una interrupción del flujo sanguíneo momentáneamente y a continuación desaparece esa obstrucción. En este tipo de pacientes tenemos que tener en cuenta varios aspectos para valorar la evolución de la enfermedad en el paciente. Así como un accidente isquémico transitorio puede ocurrir sin aparecer ningún tipo de secuela, también puede producir alteraciones en el paciente en un tiempo.

OBJETIVOS: Enfermería debe saber valorar signos y síntomas de la evolución del AIT en un paciente ingresado.

METODOLOGÍA: Revisión realizada mediante búsqueda bibliográfica en PubMed, Gerion y Scielo. Artículos en español e inglés, durante el periodo de tiempo entre 2000-2018, se seleccionan 15 artículos de 92 encontrados.

RESULTADOS: Enfermería debe observar varios aspectos del paciente mientras está ingresado para mejorar su atención. Durante su ingreso valoraremos varios aspectos del paciente para avisar en el caso de aparición de secuelas o nuevos síntomas que le ocurran al paciente y que anteriormente no existían.

CONCLUSIÓN: Enfermería debe realizar una atención individualizada en todos los pacientes con AIT, ya que puede aparecer varias complicaciones durante su ingreso. El trabajo de enfermería en contacto directo con el paciente hace que sea el principal observador del cambio del paciente, y debe referirlo al facultativo en cuanto aparezca para valorar nuevas pruebas diagnósticas o valorar cambios de tratamientos en el paciente con accidente isquémico transitorio o AIT.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO, NEUROLOGÍA, ENFERMERÍA.

CRISIS CONVULSIVA EN PACIENTE VARÓN ADULTO

CRISTINA ARIAS RIVERA, ISABEL MARÍA GARCÍA FRANCO, MARIA DE LA SOLEDAD LOZANO GOMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 40 años de edad que acude al servicio de urgencias tras haber sufrido un episodio de convulsiones en su domicilio de unos 7 minutos de duración. Refiere mordedura de lengua y pérdida de control de esfínteres. No recuerda el episodio. Cuenta que ayer consumió alcohol. Antecedentes personales: NAMC, ex alcohólico y ex consumidor de cannabis, trastorno ansioso depresivo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Durante la exploración física obtenemos los siguientes datos: TA: 120/60 mmHg; FC: 80 lpm, Sat O₂: 96%; Glucemia capilar: 86 mgr/dl. Paciente consciente, orientado y colaborador. Buen estado general. Eupneico en reposo. Exploración neurológica: pupilas isocóricas normoreactivas, pares craneales normales, marcha normal, fuerza simétrica. Se solicita Rx tórax, TAC cráneo y analítica de sangre y orina.

JUICIO CLÍNICO: Crisis convulsiva. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los resultados obtenidos en el TAC de cráneo se descarta la hemorragia intracraneal. Se observa sistema ventricular de morfología y situación normal. No se aprecia desplazamiento ni efecto de masa a nivel supra ni infratentorial. Resultados negativos para tóxicos en las analíticas de orina y sangre.

CONCLUSIONES: Tras confirmar el diagnóstico se aconseja observación domiciliaria y control por su médico de atención primaria. Ante empeoramiento o nuevos síntomas, volver a consultar.

PALABRAS CLAVE: CONVULSIÓN, HEMORRAGIA INTRACRANEAL, NEUROLOGÍA, TÓXICOS.

PRINCIPALES SÍNTOMAS DEL ICTUS ISQUÉMICO Y HEMORRÁGICO PARA UN TRATAMIENTO EFICAZ

PILAR RECHE GARCÍA, CARMEN AGUILAR ASENSIO, MANUELA RECHE GARCÍA

INTRODUCCIÓN: En la isquemia cerebral, la llegada de sangre al cerebro es interrumpida y origina una disfunción cerebral. En la hemorragia cerebral, se produce una rotura de una arteria o vena cerebral y la sangre sale de los vasos por los que se transporta.

OBJETIVOS: Analizar los principales síntomas del ictus por isquemia y por hemorragia, para utilizar un tratamiento apropiado en cada caso.

METODOLOGÍA: Se consultaron bases de datos (Dialnet, IME Biomedicina, CINHALL, PubMed). Búsqueda en el intervalo 2010-2017. Descriptores (“ictus por isquemia”, “ictus por hemorragia” y “síntomas del ictus”). Los criterios establecidos fueron: que aportasen datos sobre los principales síntomas del ictus; y con acceso al texto completo. De un total de 30 publicaciones, se seleccionaron 7.

RESULTADOS: El ictus Isquémico, es causado por un coágulo sanguíneo que bloquea o tapa un vaso sanguíneo en el cerebro. El ictus Hemorrágico, puede ser causado por un aneurisma hemorrágico, una malformación arteriovenosa o la rotura de una pared arterial, con la consiguiente hemorragia cerebral. Las principales síntomas en ambos casos: Entumecimiento o debilidad repentina de la cara, brazo o pierna (especialmente en un lado del cuerpo). Confusión repentina, dificultad para hablar o entender el lenguaje. Dificultad repentina para ver con uno o ambos ojos. Problemas para caminar repentino, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación. Dolor de cabeza severo repentino sin causa conocida.

CONCLUSIÓN: Los síntomas, son parecidos, por lo que se tendrá que hacer pruebas como una TAC, Resonancia magnética (RM) y análisis de sangre, para saber si el ictus es isquémico o hemorrágico, y así poder tratarlo correctamente.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, ISQUEMIA, HEMORRAGIA, SÍNTOMAS, DERRAME.

EFFECTOS Y BENEFICIOS DE LA HIDROTERAPIA EN EL PACIENTE NEUROLÓGICO

ROCIO MARIN CARMONA, MARIA INMACULADA MARIN CARMONA, BEATRIZ PUNTAS ORTIZ

INTRODUCCIÓN: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen en el mundo entre 250.000 Y 500.000 Lesiones medulares. Cada vez va aumentando más la cantidad de pacientes con discapacidades producidas por un traumatismo, accidente vascular cerebral, patologías congénitas y personas afectadas por una enfermedad o lesión del sistema nervioso central. La terapia acuática puede mejorar en gran medida la recuperación de muchos de estos pacientes.

OBJETIVOS: Conocer los efectos y los beneficios de la hidroterapia en los pacientes con enfermedades neurológicas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos de ciencias de la salud: Cochrane Library, Pubmed. Los criterios de selección: relevancia de artículos, escogiendo los más recientes.

RESULTADOS: La hidroterapia tiene los siguientes efectos y beneficios como aumento del trabajo de la musculatura respiratoria y un importante efecto antiedema, favorece el retorno venoso y provoca el incremento del trabajo cardíaco y disminución de carga a nivel articular y acción sobre el tono muscular (recuperación de músculos debilitados y disminución de hipertonía). Además de la reducción del dolor, favoreciendo el movimiento y entrenamiento al esfuerzo, reeducación postural y equilibrio, reducción de rigideces y posturas incorrectas favoreciendo una adecuada alineación corporal. Aprendizaje de las transferencias para entrar en piscina, moverse dentro y salir de ella y la reeducación de la marcha. El efecto psicológico con la mejora de la autoestima, autoconfianza, autonomía, independencia, autocontrol, concentración, memoria, motivación, favorece el desarrollo de su personalidad y mejora la confianza en sus capacidades corporales. A nivel social debe compartir actividades de grupo y conocer personas con sus mismas preocupaciones e inquietudes.

CONCLUSIÓN: Los conocimientos actuales sobre la hidroterapia nos permiten afirmar que se configura en una terapia altamente recomendable en pacientes con enfermedades neurológicas, puesto que debido a sus efectos y grandes beneficios, supone una mejoría notable en el transcurso de su enfermedad, una disminución de secuelas y complicaciones asociadas.

PALABRAS CLAVE: HIDROTERAPIA, TERAPIA, AGUA, LESIONADOS, MEDULARES.

MENINGITIS BACTERIANA POR NEUMOCOCO EN ANCIANOS

CRISTINA MARTÍNEZ GARCÍA, ROSA MARIA PIULESTAN NIETO, PILAR ALCEDO FERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente con 80 años que acude a urgencias por cuadro de desorientación. Además, presenta cuadro catarral con tos y expectoración los días previos, presentando ayer otalgia y tiritona, junto con una disminución del nivel de consciencia de forma progresiva. Ha tenido varios vómitos de contenido alimenticios sin dolor abdominal. Presenta antecedentes de HTA, DM y DLP. En el domicilio vive sola y es independiente para las actividades de la vida diaria hasta esta disminución de la consciencia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente consciente, no orientada en tiempo, sí en espacio y persona. Como signos vitales mantiene TA 140/80, Sat. 98%, FC 60 lpm y Tª 37,6°C. Tonos rítmicos sin soplos, Abdomen blando, no dolorosa a la palpación, no alteración en la fuerza ni en la sensibilidad, temblor en mandíbula inferior presente desde hace dos años, Discreta rigidez en MMSS, dudosa rigidez nuchal y signos meníngeos ausentes. Como pruebas complementarias se realiza un TAC Craneal, una analítica de sangre con PCR de 103,9, una radiografía de tórax y abdomen y una muestra de líquido cefalorraquídeo a través de una punción con Leucocitos 3900 95% PMN, Hematíes 500, proteínas 660 y glucosa 86. Antígeno Neumococo positivo.

JUICIO CLÍNICO: Meningitis Bacteriana por Neumococo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Es necesario realizar un diagnóstico diferencial con un Accidente cerebro vascular, con patologías de origen cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal a nivel infeccioso, ya que los ancianos mantienen unas manifestaciones clínicas más sutiles dando lugar a desorientación.

CONCLUSIONES: Como conclusiones obtenemos que las personas ancianas pueden presentar una sintomatología muy difusa con respecto a su diagnóstico, por lo que es de gran relevancia realizar un examen exhaustivo para llevar al verdadero foco de la situación presente.

PALABRAS CLAVE: MENINGITIS, NEUMOCOCO, ANCIANO, DESORIENTACIÓN.

HEMORRAGIA CEREBRAL POR ANGIOPATÍA AMILOIDE EN PACIENTE GERIÁTRICO

MARIA JOSE MACHUCA ALBERTOS, MARIA CASSIA NARANJO RATIA, PILAR BELLANCO ESTEBAN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 75 años que acude al Centro de Salud por presentar cuadro de torpeza motora con dificultad para coger las cosas y manipularlas, con intenso nerviosismo, sin clara pérdida de fuerza en las últimas 12-24 horas, niega cefalea, ni cuadro constitucional ni otra clínica, por este motivo es derivada a Urgencias hospitalarias para valoración.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada, bien hidratada, normocoloreada, eupneica. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen normal. Extremidades sin edemas ni signos de trombosis. Neurológico: lenguaje coherente, fluido y gramaticalmente correcto, pupilas isocóricas y normoreactivas, aparente hemianopsia homónima derecha. Resto de pares craneales normales. Fuerza, tono y sensibilidad sin alteraciones. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Importante disimetría, que impresiona ser por limitación visual. Hemograma y bioquímica normales. Electrocardiograma en ritmo sinusal a 75 lpm, sin alteraciones agudas en la repolarización. Radiografía de tórax con cardiomegalia. En tac craneal se identifican dos focos de sangrado intraparenquimatoso, de 31 mm en lóbulo parietal izquierdo y de 11 mm en lóbulo frontal derecho. En resonancia craneal realizada posteriormente se objetivan hematomas lobares en fase subaguda precoz y subaguda tardía y otro en fase crónica e incontables depósitos hemosideróticos a valorar como primera opción diagnóstica angiopatía amiloide. Se inició tratamiento con corticoides con notable mejoría.

JUICIO CLÍNICO: Hemorragia intracraneal multifocal en relación a angiopatía amiloide cerebral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: ICTUS, HTA maligna, vasculitis, hemangioma cavernoso, aneurisma, malformación AV, Coagulopatías.

CONCLUSIONES: La angiopatía amiloide cerebral es una enfermedad de los vasos de pequeño y mediano calibre del cerebro donde se deposita una sustancia amiloide. Es responsable de buena parte de casos de hemorragias cerebrales. A medida que aumenta el depósito de amiloide en los vasos, éstos se hacen más frágiles y con mayores posibilidades de romperse, siendo los lóbulos cerebrales más frecuentemente afectados los temporales y frontales.

PALABRAS CLAVE: DÉFICIT MOTOR, HEMATOMAS CEREBRALES, HEMOSIDERINA, ANGIOPATÍA AMILOIDE.

PACIENTE ADULTA CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA

PATRICIA ARMENTEROS COSTA, MARÍA BELÉN CALLEJAS MARTÍN, FLORA CONSUELO SANTAELLA BARCOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 36 años que estando en la montaña empieza sentir que no tenía fuerza con sensación de mareo y no podía desplazarse. Posterior a ello refiere refiere cefalea intensa holocraneal de predominio occipital con nauseas, vómitos y sensación de mareo, sin perder la conciencia. Es traída a nuestro hospital por el 061. Antecedentes personales de HTA con tratamiento de Atenolol 25. Sin hábitos tóxicos. NACM.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 131/92mmHg ,FC 85 latidos/minuto ,Tª 36,4. Sat O2 91%. ACR: tonos rítmicos sin ruidos de secreciones, MVC sin ruidos añadidos. MMIII no edemas ni signos de TVP. Abdomen blando depresible. Las pruebas complementarias que se realizan son: Angio TC, TC sin contraste de cráneo, analítica completa. En el Angio TC se visualiza una pequeña imagen sacular de 3mm en la unión de la arteria cerebral anterior derecha con la arteria comunicante anterior, que podría corresponder a una aneurisma de arteria comunicante anterior. En el TC de cráneo se aprecian hiperdensidades lineales localizadas de predominio en surcos frontales, cisura de Silvio y cisternas de la base. Borramiento de los surcos. Imagen hiperdensa de morfología redondeada, mal delimitada, sobre la arteria cerebral anterior izquierda, que podría ser de origen aneurismático de los hallazgos, compatibles con hemorragia subaracnoidea.

JUICIO CLÍNICO: Hemorragia subaracnoidea espontánea. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos recogidos en la anamnesis, se sospechó de una hemorragia subaracnoidea espontánea sin descartar otros diagnóstico como la aneurisma. Para ello se le realiza al paciente arteriografía cerebral en la que nos permite visualizar una disección arterial cerebral derecha.

CONCLUSIONES: La hemorragia subaracnoidea espontánea (HSA) es la extravasación de sangre, por lo general súbita, en el espacio subaracnoideo cerebral o espinal. La HSA es representa el 8-10% de las enfermedades vasculares cerebrales.

PALABRAS CLAVE: MAREO, VÓMITOS, CEFALEA, NAUSEA.

PACIENTE ADOLESCENTE CON POLINEUROPATÍA SENSITIVO MOTORA DESMIELINIZANTE

PATRICIA ARMENTEROS COSTA, FLORA CONSUELO SANTAELLA BARCOS, MARÍA BELÉN CALLEJAS MARTÍN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 15 años de edad que acude a nuestro servicio de urgencias por que hace unos días mientras jugaba un partido de fútbol, ha comenzado a notar sensación de debilidad en ambas extremidades inferiores. Acude a nuestro servicio por un empeoramiento progresivo de la debilidad en ambos pies, que incluso le condiciona dificultad para subir escaleras y desde ayer ha empezado a sentir debilidad en ambas manos. No refiere fiebre ni clínica infecciosa en días anteriores. Sin antecedentes personales NACM. Sin hábitos tóxicos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 109/56mmHg, FC 70latidos/minuto, Tª 36,5°C Sat O2 97%. BEG. Alerta, atento y colaborador. Lenguaje normal. MOE conservada, resto de pares craneales normales. ROTs estilorradiar ++/++++ bilateral, resto abolidos. RCP flexor izquierdo, extensor derecho. No alteración de sensibilidad tacto- analgésica. Vibratoria y posicional conservada. No disimetría en la maniobra dedo-nariz ni talón- rodilla. No temblor. Marcha: estepaje, puntillas posibles. No atáxica. Tandem con dificultad. Romberg inestable, pero no llega a caer. Pies cavos con retracción aquilea, pero sin atrofia de músculos intrínsecos de plantas de pies y casi hipertrofia de pedios. Las pruebas complementarias que se realizan son: Rx de columna y miembros inferiores, analítica completa y RM. En la analítica destacar: plaquetas 441,000

JUICIO CLÍNICO: Polineuropatía sensitivo motora desmielinizante. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos recogidos en la anamnesis, el diagnóstico inicial fue de Polineuropatía Sensitivo Motora Desmielinizante, sin descartar otro diagnóstico como Mononeuropatías. Para ello se le realiza al paciente electromiografía, estudios genéticos y biopsia del nervio.

CONCLUSIONES: En cuanto a la Polineuropatía Sensitivo Motora Desmielinizante se presenta con pérdida de fuerza, produciendo primero una debilidad distal de los extensores de los dedos del pie y del tobillo o dificultad para tareas como abrir una botella si la debilidad se presenta en los dedos de las manos.

PALABRAS CLAVE: DEBILIDAD, INESTABILIDAD, PARESTESIA, CANSANCIO.

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN PACIENTE ANTICOAGULADA CON SINTROM

MARIA ISABEL GALINDO GUDE, SARA VALLE TORRES, ANA MORENO SALAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 75 años de edad anticoagulada con sintrom por fibrilación auricular permanente que sufre episodio sincopal en vía pública golpeándose en la cabeza.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la llegada de uvi móvil, paciente en el suelo, consciente pero desorientada, con amnesia de lo ocurrido, con cierta tendencia al sueño. Hemodinámicamente estable. Eupneica en reposo. Presenta hematoma en región frontal izda. ACR: arrítmica a buena frecuencia sin soplos ni rones. MVC. Exploración neurológica: Glasgow 11. PICNR. Resto de exploración imposible por no colaboración de la paciente comienza con agitación. TA: 123/56 mmHg. Temp: 36.2°C. Sat: 97%. FC: 75-82 lpm. ECG: FA con RV a 60, sin alteraciones de la repolarización ni signos de isquemia aguda.

JUICIO CLÍNICO: TCE en paciente anticoagulada con sintrom. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ictus hemorrágico.

PLAN DE CUIDADOS: Se canaliza vía venosa, se administra 5 mgr de diazepam i. V. Y se traslada a hospital de referencia ingresando en unidad de críticos.

CONCLUSIONES: Una vez en hospital se realiza TAC cráneo en el que se visualiza hematoma subdural agudo fronto-temporo-parieto-occipital izdo de 2,2 cm de grosor que se extiende a la hoz cerebral, comprime y desplaza el sistema ventricular y la línea media 2 cm hacia la derecha con herniación uncal. Los TCEs constituyen un motivo de consulta frecuente en el servicio de urgencias. La asociación con tratamiento anticoagulante oral agrega una mayor complejidad a su manejo y empeora su pronóstico.

PALABRAS CLAVE: TCE, SINTROM, FIBRILACIÓN AURICULAR, ANTICOGULACIÓN ORAL.

SÍNDROME NEUROLÓGICO TARDÍO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO: A PROPÓSITO DE UN CASO

NOELIA MATAMOROS CONTRERAS, FRANCISCO JAVIER COTRINA MARTINEZ, GABRIELA CASTILLO CALVO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 61 años. Antecedentes: sin alergias, trastorno ansioso-depresivo en tratamiento. La paciente es encontrada en estado de coma, con sospecha de intoxicación por monóxido de carbono. Tras pasar un fin de semana en una casa rural con otra compañera, ante las bajas temperaturas introdujeron en una habitación cerrada un brasero de leña. Comienza protocolo de oxigenación hiperbárica (OHB) y la paciente mejora desde el punto de vista cognitivo, menor fluctuación del nivel de atención y bradipsiquia. Días más tarde, los familiares refieren empeoramiento cognitivo progresivo con desconexión del medio, poca respuesta a estímulos, marcha atáxica y afasia progresiva.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada a Urgencias buen nivel de conciencia, marcada agitación. No obedece a órdenes simples ni responde a lo que se le pregunta. No emite lenguaje. Rigidez en extremidades, moviliza los cuatro miembros. Analíticamente: leucocitosis (12360/microL), pH normal, pCO₂ 49 mmHg y bicarbonato 32 mmol/L. TAC craneal: lesiones hipodensas bilaterales en núcleos de la base, descritas previamente en probable relación con la intoxicación por monóxido de carbono.

JUICIO CLÍNICO: Sospecha de síndrome neurológico tardío secundario a intoxicación por monóxido de carbono. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Encefalitis letárgica, distonía aguda por neurolépticos, corea de sydenham, encefalitis de Hashimoto, enfermedad priónica.

PLAN DE CUIDADOS: La paciente ingresa en planta de Neurología. Continúa con marcada rigidez y realiza movimientos orofaciales y con miembros izquierdos de tipo coréico. Valorada por el Servicio de Rehabilitación. Destacan una tetraparesia espástica, apertura ocular espontánea ocasional y no relacionada con estímulos, no respuesta a estímulos dolorosos, alimentación por sonda nasogástrica. Empeoramiento en el EEG. Se inicia fisioterapia y se estudia LCR, que ante sospecha de posible enfermedad priónica se manda para estudio de proteína 14-3-3. Continúa con sesiones de OHB.

CONCLUSIONES: Ante un caso como el descrito, debemos realizar un amplio diagnóstico diferencial, no sólo centrarnos en la causa inicial, ya que detrás puede haber otras patologías que provoquen un empeoramiento o una evolución tórpida.

PALABRAS CLAVE: INTOXICACIÓN, COMA, SÍNDROME, ESTÍMULOS.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO

INMACULADA SANCHEZ OSUNA, JOSE MANUEL AFÁN TENA, BEATRIZ DE TORRES NAVAJAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 60 años de edad que ingresa a planta de neurología procedente de Urgencias tras ser diagnosticada de ACVA hemorrágico tras ser desestimado su ingreso en UCI. No AMC. Padece de HTA, síndrome ansioso depresivo y migrañas. TTo domiciliario: verapamilo, trazadona, lormetacepam, clonacepam y fluoxetina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Llega a planta con tendencia al sueño. Ausencia total de lenguaje espontáneo ni de comprensión alguna. Desviación ocular a la izquierda. Paresia facial y hemiplejía derecha. Tª 35,8 °C TA: 185/110 FC: 96. En urgencias se le ha realizado analítica, EKG y TAC craneal donde se aprecia hematoma intraparenquimatoso en lenticular izquierdo con edema perilesional.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: 00051 Deterioro de la comunicación verbal R/C disminución de la circulación cerebral. 00039 Riesgo de aspiración R/C alteración de la deglución. 00085 Deterioro de la movilidad física R/C afección neuromuscular. 00110 Déficit de autocuidado R/C deterioro músculo esquelético. 00004 Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos. 00201 Riesgo perfusión tisular cerebral ineficaz R/C lesión cerebral.

PLAN DE CUIDADOS: Conservar la integridad cutánea: cambios de postura, extremidades en posición funcional, cabeza posición neutra, observar la piel en cuanto a color, edemas y circulación e inspeccionar prominencias óseas. Proporciona técnicas adecuadas de asepsia e higiene. Educar a los familiares explicando técnicas que puede tolerar el paciente y motivarlo a realizar por si solo dichas actividades. Controlar estado de conciencia. Proporcionar ambiente tranquilo.

CONCLUSIONES: La fisioterapia, la terapia ocupacional, logopedia y la terapia de deglución se iniciarán en el hospital. La recuperación comenzara mientras el paciente este todavía en el hospital y continuara con su alta. El objetivo es ayudarle a recuperar la mayor funcionalidad posible y prevenir ACV futuros. Para ello deberá controlar la TA y el colesterol cuidando la alimentación y realizando actividades físicas y evitar alcohol, drogas y tabaco. En definitiva, mantener una vida saludable.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, DETERIORO, PARESIA, EDUCACIÓN, HIPERTENSIÓN, ENFERMERÍA.

DETERIORO COGNITIVO ASOCIADO A VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA PREVALENCIA DE LA ALTERACIÓN DE LOS DISTINTOS DOMINIOS

ANA MARÍA TORRES PERALES, JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS, CRISTINA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BUENDÍA, MARIA ELENA CANOVAS CASADO, INMACULADA DIAZ JIMENEZ, MARIA CHIAN ALVAREZ MARTIN

INTRODUCCIÓN: Pese a la introducción de la terapia antirretroviral (TAR), la prevalencia del deterioro cognitivo asociado a VIH sigue siendo elevada y su diagnóstico requiere de la minuciosa evaluación de los distintos dominios cognitivos que pueden verse afectados por el mismo. La afectación cognitiva varía según el estadio de enfermedad y así en los pacientes con VIH asintomáticos se afectan fundamentalmente las funciones ejecutivas sumándose afectaciones en otros dominios conforme avanza la infección.

OBJETIVOS: Estudiar la prevalencia de la afectación de los distintos dominios cognitivos en un grupo de pacientes VIH+ menores de 60 años con deterioro cognitivo asociado y en tratamiento antirretroviral (TAR).

METODOLOGÍA: Estudio transversal, observacional, descriptivo de 52 pacientes con infección por VIH y deterioro cognitivo asociado, estudiados mediante una evaluación neuropsicológica completa utilizando los criterios de Antironi.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue de 46 años (DE 7,8) y el 76,9% de ellos eran varones. Un 32,7% de los pacientes se encontraba en tratamiento con ITINN, el 46,2% con IP y el 34,6% con IIS. La media de nadir de CD4 fue de 243,14 (184,10) células/ml y el porcentaje de pacientes con carga viral indetectable fue 71,2%. En cuanto a las funciones cognitivas alteradas, el 17,3% de los pacientes presentaba alteración del aprendizaje, el 51,9% alteraciones de memoria, el 67,3% de la atención, el 76,9% de los pacientes tenía alteraciones en la velocidad de procesamiento de la información y el 80,8% de las funciones ejecutivas, el 73,1% alteraciones en el lenguaje y el 48,1% en las habilidades motoras.

CONCLUSIÓN: En los pacientes con infección VIH y deterioro cognitivo asociado de nuestro estudio, el dominio cognitivo más afectado fue la función ejecutiva (80,8%) y el menos afectado el aprendizaje (17,3%).

PALABRAS CLAVE: VIH, DETERIORO COGNITIVO, DOMINIOS COGNITIVOS, NEUROCOGNITIVO.

PLAN DE ACTUACIÓN ENFERMERO ANTE EL PACIENTE CON ICTUS

ELENA BENITEZ FUENTES, JOSE MIGUEL MARIN SERENO, MARÍA SOLEDAD BARRERA DOMÍNGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 80 años, acude al servicio de urgencias del hospital, llevado por su hija por dificultad para hablar desde el despertar con ojos cerrados. Últimamente tiene ideas delirantes. Antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo 2 controlado, dislipemia, aceptada calidad de vida y operado de prótesis de rodilla.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Continua dormido, despierta a la llamada fácilmente, desorientado en espacio y tiempo, ojo ausente derecho, disartria moderada, no paresia facial. Se solicita TAC de cráneo, analítica y EKG. Se decide ingreso con tratamiento.

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras la realización de pruebas diagnósticas se observa atrofia córtico-subcortical lesiones isquémicas lacunares antiguas a nivel capsulo ganglionar bilateral. Analítica normal y ritmo sinusal a buena frecuencia.

PLAN DE CUIDADOS: Se realiza una valoración de enfermería según las necesidades de Virginia Henderson, en todas dependiente y con riesgo de UPP, cuyo diagnóstico NANDA sería deterioro de la movilidad física R/C desnutrición, deterioro cognitivo, disminución de la fuerza central o masa muscular y malestar o dolor M/P limitación de realizar las actividades físicas de la vida diaria y limitación de la movilidad física.

CONCLUSIONES: La enfermera en el paciente con Ictus realiza una gran labor en el auto-cuidado, pasara a realizar un plan de cuidados estandarizado para llevar a cabo una serie de intervenciones que pueden mejorar la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, ENFERMERÍA, ACTUACIÓN, PROTOCOLO.

ANÁLISIS SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

MARIA DE LA LUZ DIAZ HUESCA, ANA BELEN GAMEZ CABRERA, YASMINA GALLARDO FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: El TDAH es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes y de mayor impacto durante la infancia con una alta probabilidad de persistir en la adolescencia y edad adulta, causante de múltiples problemas que se traducen en escaso rendimiento académico y laboral, disfunción social y frustración. En el diagnóstico participan además del paciente aquellas personas relacionadas con su entorno. Es por esta razón que el diagnóstico debe realizarse de forma metodológica, incluyendo una buena historia clínica acompañada del uso de escalas de valoración estandarizadas; siendo por tanto un paso fundamental para prevenir, o al menos paliar, los posibles efectos perjudiciales del trastorno sobre el desarrollo normal del paciente.

OBJETIVOS: Determinar las manifestación clínicas que presentan los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Por lo que debe de tener un conocimiento del régimen terapéutico para mejorar la implicación de los padres en el tratamiento, mantenimiento de las constantes vitales dentro de los valores normales, mejorar el apetito y el aumento de peso, participación de juegos y aumentar la autoestima, mejorar el patrón de sueño, autocontrol de impulsos (identificar problema y buscar ayuda) y control de la hiperactividad y la falta de atención. Además recientemente en un estudio con 1713 individuos con TDA y 1529 controles en edad de 14 años y sometiéndolos a escáner obtenemos los siguientes resultados: Nucleo accumbens, amígdala, núcleo caudado, hipocampo, núcleo putamen y espacio intracraneal eran menores en la muestra con TDA en comparación con la muestra control, reflejando un retraso en la madurez cerebral. Sin embargo, ninguno de los hallazgos vistos son diagnósticos.

CONCLUSIÓN: Por lo que debido a la frecuencia con la que se da en nuestras consultas este tipo de trastorno, el conocimiento de los aspectos más importantes es fundamental para establecer una atención temprana e individualizada tanto a paciente como a la familia, además de establecer una buena intervención enfermera.

PALABRAS CLAVE: NIÑOS, DIAGNÓSTICO, SÍNTOMAS, TRASTORNO, ATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD.

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS RARAS: EL SÍNDROME DE WEST

MARÍA DEL MAR RUIZ RAMOS, EMMA FERNANDEZ RUIZ, JUAN MORENO LOSILLA

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de West (SW) es una encefalopatía epiléptica infrecuente dependiente de la edad, de comienzo temprano en la lactancia y la niñez.

OBJETIVOS: El objetivo principal de este trabajo es presentar las características más importantes del Síndrome de West, incluyendo etiología, manifestaciones clínicas, pronóstico y tratamiento.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura existente en las siguientes bases de datos: Scielo, Pubmed, Lilacs y Fistera y en el buscador Google Académico. Los términos de búsqueda fueron “Síndrome de West” y “West syndrome”. Los límites de la búsqueda fueron: últimos 10 años, en español e inglés, texto completo disponible.

RESULTADOS: Esta patología se caracteriza por tres manifestaciones clínicas principales: espasmos infantiles, retraso en el desarrollo psicomotor y patrón de hipsarritmia en el electroencefalograma (EEG). Según la Liga Internacional contra la Epilepsia su etiología puede ser sintomática o criptogénica. Su fisiopatología es desconocida, hay varias hipótesis en estudio. El pronóstico es malo. El retraso psicomotor ocurre en el 90% de los casos y con frecuencia se asocia con trastornos de conducta y rasgos autistas. El 55-60% desarrollarán otros tipos de epilepsia. Existen dos clasificaciones. La clasificación más utilizada las divide según la aparición de la etiología en prenatales, perinatales y postnatales. La otra clasificación la denomina como primaria, secundaria o tardía, según cuándo se manifieste la enfermedad. En cuanto al tratamiento, no responde a anticonvulsionantes tradicionales, algunos de los utilizados son la ACTH, prednisolona, hidrocortisona, vigabatrina, nitrazepam y ácido valproico.

CONCLUSIÓN: A pesar de ser una enfermedad conocida desde largo tiempo su pronóstico es malo, debido a su alto grado de complejidad etiológica, a que su fisiopatología aún es desconocida y al tratamiento existente en la actualidad.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME DE WEST, INFANCIA, MANIFESTACIONES CLÍNICAS, CLASIFICACIÓN, PRONÓSTICO.

HIGIENE BUCAL COMO MEDIDA PREVENTIVA EN LA NEUMONÍA DE LOS PACIENTES INTUBADOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

VERONICA ARMENTEROS ALBA, VICTORIA ORIHUELA COBO, BEATRIZ NAVASAL MARTÍN

INTRODUCCIÓN: La infección nosocomial, más conocida asociadas a pacientes intubados en cuidados intensivos es la neumonía representando una elevada morbimortalidad y mortalidad. Se produce por una invasión bacteriana, debido a múltiples factores de riesgo (edad, días de ventilación, coma y uso de medicamentos). Por lo que una buena higiene de la cavidad bucal reduce el padecer dicha patología, por eso es necesario conocer la técnica y realizarla de forma adecuada.

OBJETIVOS: Determinar las pautas de actuación para realiza la técnica de forma correcta.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de estudios publicados en bases de datos como Cochrane Plus, Medline, Cuiden, y en el buscador Google académico, con los descriptores: neumonía, cuidados bucales, pacientes intubados y cuidados intensivos.

RESULTADOS: Conocer la técnica, de forma adecuada para reducir los casos de neumonía, así como, dar una buena calidad a los cuidados de enfermería. Preparación del material: guantes estériles, mascarilla, antiséptico oral (Clorhexidina 0,12-0,2%), gasas, sondas desechables, aspirador, vendas, etc. Colocamos mascarilla y gafas seguidamente nos lavamos las manos y nos ponemos los guantes. Medición de presión del neumotaponamiento, entre 20 -30 mmHg. Posición semi-incorporada, cabecero entre 30-35 grados. Procedemos al lavado de la cavidad bucal de forma exhaustiva (encías lengua, paladar) irrigando la cavidad bucal mediante una jeringa con clorhexidina, aspirando intermitente y suave. C/ 6-8 horas. Seguidamente secamos cara y cuello de las salpicaduras durante el lavado y retiramos con precaución la venda que sujeta el tubo endotraqueal y le colocaremos una nueva y gasas protectoras en las comisuras labiales. Finalmente retiraremos todo el material usado y nos lavamos las manos.

CONCLUSIÓN: El cuidado de la cavidad bucal a los pacientes intubados es una técnica esencial de enfermería con ella disminuimos la mortalidad y la morbimortalidad a causa de la neumonía en la unidad de cuidados intensivos.

PALABRAS CLAVE: NEUMONÍA, CUIDADOS BUCALES, PACIENTES INTUBADOS, CUIDADOS INTENSIVOS.

PACIENTE CON MIASTENIA GRAVIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

OLAYA GUILLEN MARTINEZ, MARIA DOLORES ASENCIO HERNANDEZ, NOELIA MORENO CORRALES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 59 años que refiere caída del párpado izquierdo de forma progresiva en los últimos 5 meses. Visión doble y decaimiento ocasional. Refiere que le cuesta levantarse del sillón y subir las escaleras.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración neurológica: Se aprecia debilidad en párpado superior izquierdo. Pupilas isocóricas normoreactivas. Fuerza disminuida en MII; conservados tonos y sensibilidad. Romberg y Babinski, negativos. Se demuestra la existencia de debilidad al efectuar movimientos repetitivos. Estudio electrofisiológico: demuestra la alteración en la transmisión neuromuscular a nivel postsináptico. Test Farmacológico: cloruro de edrofonio. Pruebas complementarias: Rayos X de tórax, TAC y RMN para descartar la existencia de hiperplasia tímica o timomas. Test de Miastenia de Jolly, positivo. Test para determinar anticuerpos anti-ACH.

JUICIO CLÍNICO: Miastenia Gravis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos recogidos en la exploración y pruebas realizadas se debe descartar estados de fatiga emocional, así como debilidad muscular histérica o simulada y cuadros neurológicos que ocasionan debilidad generalizada y ocular como la esclerosis lateral amiotrófica, neuropatías periféricas y craneales, distrofia muscular oculofaríngea o miopatía por alteración de la función tiroidea.

CONCLUSIONES: La Miastenia Gravis, es una enfermedad autoinmune crónica que se caracteriza por la debilidad y cansancio de los músculos esqueléticos. Se produce por un trastorno de la transmisión neuromuscular debido a una disminución del número de receptores de acetilcolina en la placa motora. En situaciones de estrés, como infecciones o cirugía se puede producir un empeoramiento que puede llevar a un fallo respiratorio y amenazar la vida. La clínica se caracteriza por debilidad muscular que empeora con el ejercicio y mejora tras el reposo y el frío. El tratamiento incluye fármacos anticolinesterásicos, corticoides, inmunosupresores y plasmaféresis. La paciente mejoró de forma lenta y progresiva hasta recibir el alta hospitalaria.

PALABRAS CLAVE: MIASTENIA GRAVIS, ENFERMEDAD AUTOINMUNE, ACETILCOLINA, UNIÓN NEUROMUSCULAR.

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TRATAMIENTO MEDIANTE INFUSIÓN INTRATECAL DE BACLOFENO PARA ENFERMERÍA

LAURA GRIMA MIGUELES, SARA BENITEZ CAMPOS, MARIA TERESA DIAZ GARCIA, SEBASTIAN VALENCIA BELTRAN, ROSA BERTRAN ESTOPA, ROSALIA MARI PALAU, MARÍA DEL ROCÍO SÁNCHEZ TORRELO, MARIA TERESA BOTEY BALADA, YUVINSKA SALINAS CESPEDES, ENRIC BLANCO RUIZ, CRISTINA SAMPER HEREDERO

INTRODUCCIÓN: La espasticidad es desencadenada por una alteración en el sistema nervioso central que provoca un aumento del tono. El baclofeno es un agonista GABA que actúa sobre receptores medulares inhibiendo la respuesta excitatoria de las motoneuronas y disminuyendo la espasticidad. La bomba de baclofeno consiste en la colocación de la infusión intratecal de baclofeno a través de un sistema de perfusión continuo.

OBJETIVOS: Analizar la información encontrada sobre el tema para tener un mejor conocimiento de la bomba de baclofeno y conseguir establecer unas normas de actuación enfermera para el correcto manejo.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre la cuestión. Consultando las bases de datos: Pubmed, Dialnet y Cochrane. Con los descriptores: “bomba baclofeno”, “espasticidad”, “intratecal” y “cuidados de enfermería”. Se han consultado las páginas web del Instituto Guttmann y de Medtronic. Sin restricciones de idioma y aplicando un filtro de período temporal (2008- 2018).

RESULTADOS: Según la información encontrada, los cuidados de enfermería van dirigidos a disminuir la aparición de complicaciones. El personal de enfermería de las unidades neurológicas deberá ser conocedor de los beneficios que aporta la bomba de baclofeno y hará educación sanitaria de los signos de alerta de mal funcionamiento de ésta al paciente y a su familia. Además, debe entender su funcionamiento y su sistema de telemetría en cada caso, extremando las precauciones de asepsia durante la implantación en quirófano hasta su manipulación en consulta para los rellenados.

CONCLUSIÓN: La terapia intratecal con baclofeno es efectiva y bien tolerada. Representa un tratamiento seguro para la espasticidad grave de origen espinal o cerebral. Son necesarias unas pautas que optimicen el manejo clínico de la bomba de baclofeno. El personal de enfermería debe estar capacitado para el manejo, vigilancia y cuidado del paciente portador de ésta, para ofrecer una atención enfermera de calidad.

PALABRAS CLAVE: BOMBA BACLOFENO, ESPASTICIDAD, INTRATECAL, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

PÉRDIDA DE VISIÓN EN MUJER JOVEN COMO SÍNTOMA DE ENFERMEDAD SISTÉMICA

TATIANA ESPINOSA OLTRA, JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ VILLALOBOS, INMACULADA DIAZ JIMENEZ, CRISTINA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BUENDÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 41 años, fibroadenoma mamario y migraña, hermana con neuritis óptica (NO) y lesiones desmielinizantes atípicas, que consulta por visión borrosa ojo izquierdo (OI), progresiva de 2 meses de evolución, que ingresa por sospecha de NO, iniciándose tratamiento con metilprednisolona intravenosa (MPiv) durante 5 días y posterior tapering lento de corticoterapia oral, con mejoría progresiva. Se realiza estudio etiológico extenso descartándose origen infeccioso, desmielinizante, oncológico y hereditario. Tras anticuerpos relacionados con Lupus eritematoso sistémico (LES) positivos, se interroga por síntomas sistémicos relatando episodios recurrentes compatibles con fenómeno Raynaud, eritromelalgia, rash malar y artritis metacarpofalángicas en el último año, confirmándose diagnóstico de sospecha.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: disminución de agudeza visual y discromatopsia OI. Fondo ojo: edema papilar bilateral, hemorragias peripapilares OI. Analítica sanguínea: anticuerpo antiSm, antiU1RNP, anticardiolipina y Coombs directo positivos. Resto autoinmunidad y marcadores tumorales negativos. Serologías para papilitis negativas. RM cerebral: focos puntiformes hiperintensos subcorticales frontoparietales, sin captaciones tras contraste. PL: LCR cristalino, glucosa-50, proteínas-46. Microbiología, citología, bandas oligoclonales y AntiNMO negativos. Potenciales evocados visuales OI patológico.

JUICIO CLÍNICO: Neuritis óptica izquierda corticosensible asociada a LES. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** NO isquémica anterior. Esclerosis múltiple. NO paraneoplásica. NO hereditaria Leber. Papilitis infecciosa.

CONCLUSIONES: La NO relacionada con LES es muy infrecuente (1% casos), caracterizada por un curso atípico con hasta 1/3 afectación bilateral, hemorragias retinianas en fondo ojo, mayor gravedad y mal pronóstico visual. Ocurre en pacientes diagnosticados previamente de LES y otras manifestaciones sistémicas, más frecuentemente en períodos de baja actividad, aunque existen casos aislados de debut con NO. Presenta rápida respuesta a MPiv, siendo muy corticodependiente, con recaídas frecuentes al disminuir dosis, llegando a precisar inmunosupresión con ciclofosfamida o azatioprina. Debemos considerar LES como diagnóstico diferencial de NO, especialmente si características atípicas, realizando una anamnesis y estudios de laboratorio oportunos, pues su diagnóstico y tratamiento precoz, en los primeros 10 días, son imprescindibles para una mejor recuperación visual.

PALABRAS CLAVE: NEURITIS ÓPTICA, LUPUS, DESMIELINIZANTE, ENFERMEDAD SISTÉMICA.

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON ICTUS

FRANCISCO JOSE PERALES GAMEZ, MERCEDES FUNES PÉREZ, MARIA CARMEN GARCIA HERMOSO

INTRODUCCIÓN: El ictus es una de las enfermedades neurológicas más conocida en estos últimos tiempos entre la población ,ya que no existe una edad para esta enfermedad. Esta enfermedad no entiende de edades ,cuando antes si que la padecían las personas mayores y ahora la padecen personas cada vez mas jóvenes siendo el principal motivo de la dependencia de estos pacientes, pasando a ser la principal causa de discapacidad en el adulto.

OBJETIVOS: Determinar medidas para establecer un plan de actuación para atender al paciente con la mayor eficacia.

METODOLOGÍA: Para realizar este trabajo nos basamos en las distintas publicaciones y entrevistas realizadas a través de las redes sociales y personal responsable de la unidad.

RESULTADOS: El resultado de esta información es que los TCAE el derecho y obligación de formarse y adquirir las habilidades necesarias para reconocer el ictus en un paciente, conocer los cuidados necesarios en la fase aguda del ictus y cómo trabajar en la posterior rehabilitación.

CONCLUSIÓN: El ictus es una de las causas por las que la persona pierde una gran parte de su capacidad funcional y su evolución en las primeras 24-48 horas es primordial para su rehabilitación. Por eso , la creación de las Unidades de Ictus, encargadas de minimizar las secuelas del ictus. Es por eso que el TCAE y todos los componentes de la unidad deben tener formación específica.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, ENFERMEDAD, UNIDAD, DISCAPACIDAD, PATOLOGÍA, SÍNTOMAS.

DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO: USO Y MANTENIMIENTO

MARÍA MOLERO MONSONÍS, PATRICIA EGEA PINEL, MARINA GÁLVEZ URIS, MAR CANALS PEDROLA, JONATAN OLIMPO CARDENAS SUAREZ, MONTSERRAT PÀMIES LLOPIS, MONTSERRAT LLAURADÓ VERNET, YASMINA SERES FONTANET, MARIA DE LOS REYES PONCELA GUTIÉRREZ, ANA CARABANTE MORATA, ROBERT LOZADA GUEVARA

INTRODUCCIÓN: El sistema de drenaje ventricular externo permite drenar el líquido cefaloraquídeo (LCR) de los ventrículos laterales del cerebro. Su uso está indicado en hidrocefalia aguda, hemorragia subaracnoidea/intracerebral (en caso de haber ocupación del espacio ventricular), y en las siguientes patologías siempre que haya hidrocefalia: meningitis, encefalitis y crecimiento tumoral que obstaculice la circulación del líquido cefaloraquídeo. Este sistema debe reunir 4 características: sistema cerrado, hermético a goteo y receptáculo no colapsable; toma de aire con filtro antibacteriano; válvula antireflujo en la línea pre-receptáculo y tapones de goma, incluidos en las pequeñas colaterales de la línea de conexión.

OBJETIVOS: Unificación de criterios de enfermería para establecer una mejora en la calidad de las curas del paciente que precise drenaje del líquido cefaloraquídeo (LCR).

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos, utilizando descriptores relacionados con el tema a tratar.

RESULTADOS: Control y cura: -Asegurar la permeabilidad del sistema: mediante la observación de la oscilación del líquido cefaloraquídeo. -Nivelar el cero (tapón rojo) con el Agujero de Monro (Canal Auditivo Externo). -Será el médico quien nos indicará los milímetros de mercurio o de agua al que debemos colocar el recipiente recolector. -Registrar la cantidad drenada cada hora (máx. 20Cc). -Cerrar el sistema de drenaje con la llave más cercana la paciente en cualquier movilización del paciente o para vaciar el recipiente recolector. -Evitar flexiones laterales del cuello y mantener el cabezal a 30°. -Valoración neurológica del paciente (escala Glasgow y nivel pupilar) de manera horaria. -Realizar cura tópica del punto de inserción del catéter de manera estéril c/24.

CONCLUSIÓN: Un buen uso y control del sistema de drenaje ventricular evitará posibles complicaciones como obstrucción, sección/ruptura del catéter, infección asociada a éste, hemorragia y salida del punto de inserción del catéter; junto con una correcta valoración neurológica del paciente evitará complicaciones neurológicas como el aumento de la PIC o descompresión ventricular por exceso de drenaje de LCR.

PALABRAS CLAVE: DRENAJE VENTRICULAR, NEUROCIJUGÍA, CONTROL NEUROLÓGICO, DRENAJES.

DIAGNÓSTICO DE ICTUS ISQUÉMICO AGUDO TRAS CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

INMACULADA DIAZ JIMENEZ, TATIANA ESPINOSA OLTRA, ANA MARÍA TORRES PERALES, JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 59 años. Hipertensa. Dislipémica. FA paroxística cardiovertida en 2009. Acude a Urgencias por palpitaciones y se detecta FA en el electrocardiograma. Se decide cardioversión eléctrica (CVE) programada, previa anticoagulación con dabigatrán 150mg/24h un mes y realización de ecocardiograma transtorácico que no objetiva trombo intracavitario. La CVE es efectiva y se mantiene dabigatrán hasta próxima revisión. La paciente es traída a Urgencias del hospital 72 horas después por cuadro brusco de afasia global y hemiplejía derecha. Se realiza protocolo de código ictus. Durante el ingreso sufre empeoramiento clínico progresivo hasta muerte encefálica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración neurológica: Estupor. Afasia global. Reflejo de amenaza ausente bilateral. Paresia facial derecha. Hemiplejía derecha. NIHSS 27 puntos. Analítica de sangre: bioquímica, hemograma y coagulación normales. Ecocardiograma transtorácico: FEVI 38%. TC cráneo simple: lesión isquémica aguda en territorio ACM izquierda. Perfusión cerebral: área de penumbra <30% en territorio ACM izquierda. Angio-TC: trombosis aguda ACI y ACM izquierdas. TC cráneo control: Desviación de línea media, herniación subfalcina y uncal.

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico agudo en territorio carotídeo izquierdo, de etiología cardioembólica.

CONCLUSIONES: Tras la CVE la aurícula queda aturrida y existe riesgo de formación de trombos por estasis sanguíneo. El riesgo estimado de ictus después de CVE con anticoagulación oral es del 0.6-0.8% Y el 80% ocurren en los tres primeros días. Estudios demuestran que los nuevos anticoagulantes orales tienen eficacia y seguridad similares a anti-vitamina K y permiten acortar el tiempo hasta la realización de CVE. Existe controversia en la adherencia al tratamiento puesto que no se dispone de monitorización. Es necesario definir aquellos pacientes que a pesar de estar correctamente anticoagulados, tienen más riesgo de complicaciones tromboembólicas y podrían beneficiarse del ecocardiograma transesofágico para la detección de trombo intracavitario.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, CARDIOVERSIÓN, ANTICOAGULACIÓN, ECOCARDIOGRAMA.

CAVERNOMA MESENCEFALICO CON SANGRADO INTERLESIONAL

ANGELA MARIA ACOSTA QUINTERO, ANA BELÉN JURADO VÁZQUEZ, JUAN JESÚS PÉREZ PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 74 años con antecedentes de hemorragia mesencefálica. Acude a urgencias al presentar pérdida de fuerza en mano derecha con mayor torpeza y con caída de objetos. Ya previamente presentaba como secuela del sangrado cierta dificultad para hablar e inestabilidad de la marcha y diplopía bioncular.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración consciente y orientado. Glasgow de 15, tensión arterial 125/72 mmHg. Saturación de oxígeno al 97%. Analítica dentro de lo normal. Se le realiza tac craneal donde no se aprecian signos de hidrocefalia ni edema vasogenico. Se le realiza resonancia magnética craneal donde hay un cavernoma ya conocido de antes, el cual es muy probable que haya sufrido un episodio reciente de sangrado, lo cual justificaría la presencia minima de edema periférico. En la ecodoppler se observa flujo normal en arteria carótida y arteria vertebral.

JUICIO CLÍNICO: Cavernoma mesencefálico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ictus.

CONCLUSIONES: El paciente ha permanecido estable sin progresión del déficit neurológico. Ante los hallazgos de la resonancia se pauta dexametasona en pauta descendente durante 5 días y se solicita una nueva valoración en consulta externa de neurocirugía. Se realiza interconsulta con rehabilitación.

PALABRAS CLAVE: CAVERNOMA, ESCALA GLASGOW, HIDROCEFALIA, HEMORRAGIA MESENCEFÁLICA.

ESTUDIO DEL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

JORGE LLUIS SAN MARTIN, MARÍA ISABEL PAVÓN PADILLA, VANESSA GALLEGO LARA

INTRODUCCIÓN: El accidente cerebrovascular también conocido como(ictus), se produce cuando una arteria que va al cerebro se rompe o se obstruye, provocando la falta de irrigación sanguíneo a otra parte del cerebro, causando muerte a un área del tejido cerebral, los podemos distinguir de dos tipos: Accidente cerebrovascular isquémico, que es cuando se produce un trombo. Accidente cerebrovascular hemorrágico, que es cuando se rompe la arteria. Los síntomas aparecen al momento que suelen ser, sensibilidad en una parte del cuerpo, parálisis, debilidad muscular, confusión, dificultar en el lenguaje verbal, pérdida de coordinación y equilibrio.

OBJETIVOS: El objetivo es conocer las causas que han provocado el accidente cerebrovascular, a través de pruebas clínicas como, TAC, analítica de sangre, analítica de orina. Una vez conocidas las causas que provoca el ictus se actúa a su tratamiento pertinente para solucionar el problema que lo provoca, ya solucionado el problema la recuperación continua con rehabilitación.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en la base de datos de publicaciones científicas de Slideshare, Medinet, Medtineplus.

RESULTADOS: Cuando actuamos ante un paciente con accidente cardiovascular hay que estabilizar las causas que lo ha provocado, para evitar disminuir el mayor daño posible al cerebro y poder conseguir la estabilización del paciente,

CONCLUSIÓN: Las personas deben de llevar una vida saludable tanto en el aspecto físico como en el alimenticio, evitar tener una vida sedentaria para no tener obesidad y poder estimular el sistema circulatorio, es aconsejable realizar ejercicios físicos a diario. Referente en la alimentación las personas deben de evitar de tomar muchas cantidades de sal en las comidas, llevar una dieta equilibrada de verdura, carne, pescado, fruta, etc. Evitar tener malos hábitos como el tabaco, alcohol, drogas, etc. Tener un control de la presión arterial para evitar enfermedades cardíacas.

PALABRAS CLAVE: ISQUEMICO, CEREBRO, TAC, HEMORRÁGICO.

ICTUS LACI IZQUIERDO EN PACIENTE CON PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA

SERGI SOLER MARTINEZ, MARGARITA PUJADAS MOLINA, NURIA BATLLE ARAGONES, LAIA ALVAREZ SUBIRA, MARIONA COLL MOLINOS, RUBEN VALERO VALERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 66 años independiente para las ABVD acude a urgencias porque sufre caída por pérdida de fuerza en EID al ir al baño y evolución. Se ingresa en unidad de ictus para monitorización.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TC donde se observan lesiones agudas y angioTC donde no se observa oclusión de gran vaso, posible zona isquémica a nivel frontal izq con volumen y flujo conservado. TA: 138/59 FC: 70 Tª: 36,9 Sat O2: 97 NRL: Consciente y orientado. Campimetría sin alteraciones, Leve disartria, hemiparesia braqui-crural D, sensibilidad conservada. ECG urgencias ya que es portador de prótesis mecánica aórtica.

JUICIO CLÍNICO: Se activa código ictus intrahospitalario. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Paciente con factores de riesgo vascular que ha presentado varios ictus de semiología lacunar a pesar de tratamiento anticoagulante.

PLAN DE CUIDADOS: Fisioterapia y Terapia ocupacional. Se ajusta la pauta de sintrom y se retira la toteridona. TT anticoagulante y antiagregante. Seguir controles de neurología y de RHB programadas.

CONCLUSIONES: Control estricto de la TA, colesterol, diabetes, y enfermedades del corazón. Dieta con poca sal, sin grasas, evitar sobre peso. Ejercicio físico moderado de forma regular.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, HTA, HEMIPARESIA, PRÓTESIS AÓRTICA.

DONACIÓN DE ÓRGANOS ANTE UN PACIENTE EN MUERTE ENCEFÁLICA

LETICIA VALLE GARCÍA, SANDRA DE TORO CLAVIJO, MELISA ACOSTA PACHECO

INTRODUCCIÓN: La "muerte encefálica implica el cese irreversible de la actividad vital de todo el encéfalo, incluido el tronco encefálico". Esto llevará a una serie de cambios universales a nivel de todos los sistemas. Para que la donación pueda ser llevada a cabo satisfactoriamente, será primordial el mantenimiento adecuado de este tipo de pacientes.

OBJETIVOS: Identificar los diferentes cambios fisiopatológicos que se producen en estos pacientes para así asegurar el correcto mantenimiento de los diferentes órganos y tejidos a trasplantar.

METODOLOGÍA: Llevamos a cabo una revisión de la bibliografía además de compararlo con nuestra experiencia en el manejo de este tipo de pacientes. Para ello tuvimos en cuenta a todos los pacientes que estuvieron en esta situación en nuestra unidad, durante el año 2015.

RESULTADOS: De los 67 pacientes en situación de muerte encefálica atendidos en nuestra unidad, finalmente participaron en el proceso de donación de órganos 64 de ellos (48 hombres y 16 mujeres, de edades comprendidas entre 34 y 82 años). Se llevó a cabo una recogida de los principales cambios fisiopatológicos experimentados en estos pacientes y posteriormente realizamos una descripción de los cuidados de enfermería llevados a cabo, con la idea de estandarizarlos en nuestra unidad.

CONCLUSIÓN: Resulta fundamental el conocimiento de los cuidados específicos a este tipo de pacientes por parte del personal de enfermería, en los que cabe englobar las habilidades para el afrontamiento de problemas relacionados con la muerte y el duelo.

PALABRAS CLAVE: MUERTE ENCEFÁLICA, ÓRGANOS, CUIDADOS, DONACIÓN, CAMBIOS FISIOPATOLÓGICOS.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN DE APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

MARIA JOSE LINARES CASTILLO, MARIA INMACULADA RODRIGUEZ MARTIN, MARIA ROSA GALVEZ PALACIOS

INTRODUCCIÓN: El 60% de los pacientes tuvo que ser traqueostomizado, aumentando así su índice de complejidad, su coste económico y necesidad de cuidados. El 90% de los pacientes sufrió algún tipo de secuelas.

OBJETIVOS: General: Conocer la efectividad de la intervención de apoyo al cuidador principal en pacientes con daño cerebral adquirido y sus cuidadores. Específicos: Identificar mejoras en la calidad de vida. Identificar el grado de satisfacción. Analizar las causas de prolongación de estancia y de reingreso. Disminuir el número de estancias y reingresos de pacientes con daño cerebral adquirido.

METODOLOGÍA: Diseño: Cuasi-experimental con grupo control retrospectivo. El grupo intervención lo componen los pacientes hospitalizados en el Hospital por daño cerebral adquirido, que precisaron estabilización clínica en la uCi y su cuidadora principal. Variable independiente implantación de la intervención de apoyo al cuidador principal.

RESULTADOS: El 100% de pacientes tuvo complicaciones durante su estancia, siendo la más frecuente la infección nosocomial. En el 80% de los pacientes se aprecia un aumento de la estancia hospitalaria asociada a infección nosocomial durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos. El 20% de los pacientes tuvieron un reingreso asociado a la misma causa durante los seis meses posteriores. Todos los pacientes sufrieron un periodo de coma variable entre 3 y 245 días.

CONCLUSIÓN: El estudio descriptivo de la variables del grupo control muestra la dificultad de encontrar en la historia clínica de los pacientes el registro de la intervención de apoyo al cuidador principal) en el 80% de los casos no consta que se haya realizado la intervención de apoyo al cuidador principal y en el 20% restante aparecen determinadas actividades de la misma pero no registradas de forma sistemática.

PALABRAS CLAVE: TCAE, APOYO, CUIDADOR, PACIENTES, DAÑO CEREBRAL, INTEREVENCIÓN.

BIOMARCADORES EN EL ALZHEIMER PRESINTOMÁTICO

LORENA EDITA DEL POZO RODRIGUEZ, NOELIA GONZALEZ PRIETO, BELEN VEGA RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: La EA es la demencia neurodegenerativa más frecuente en los países desarrollados. Se sabe que las alteraciones biológicas en la EA empiezan mucho tiempo antes de manifestarse los síntomas lo que implica un gran reto para conocer la patología y la obtención de marcadores biológicos in vivo.

OBJETIVOS: Identificar los biomarcadores diagnósticos en la EA. Identificar las muestras en las que se estudian los biomarcadores de estado cognitivo.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de artículos con las palabras claves en PubMed, Lilacs, Scielo y Cuiden.

RESULTADOS: Los biomarcadores son una herramienta fundamental para el diagnóstico precoz, screening y tratamiento de la patología. ¿Qué es un biomarcador? Es un indicador usado para valorar el riesgo de enfermedad o detectar hallazgos neuropatológicos. Un biomarcador debe ser cumplir unos criterios: ser reproducible, fiable, no invasivo, económico, sencillo de realizar y con una sensibilidad y especificidad mayor del 80 %. Estos parámetros se pueden estudiar en sangre, orina, saliva y LCR siendo la orina y saliva las más usadas al ser menos invasivas. En esta revisión bibliográfica los marcadores se encuentran en período de investigación y por tanto, no están recomendados para su uso diagnóstico. Los biomarcadores que más se repiten en la revisión bibliográfica son la T-tau/P-tau, biomarcador de inflamación, asociación con citosinas, péptido beta-amiloide, PiB, IGFBP, CCR2, ACE y Apo E.

CONCLUSIÓN: Esta enfermedad constituye uno de los mayores retos en salud pública y los biomarcadores se presentan como una gran herramienta para ello, prediciendo la enfermedad y su desarrollo. Un diagnóstico de EA basado en ellos, es decir, en cambios cerebrales, no en cambios funcionales o cognitivos modificaría la prevalencia e incidencia de la misma.

PALABRAS CLAVE: APO E4, ALZHEIMER, PROTEINA TAU, BETA-AMILOIDE.

DIPLOPIA Y PTOSIS PALPEBRAL BILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

JOSE ANTONIO BLASCO VELARDE, ALFONSO MARIO GARCIA OCHOA DEL OLMO, MARÍA CRISTINA BLANCO HEREDERO, MARIA TERESA SAIZ CAREAGA, ESTHER HOYA GOMEZ, NURIA VIRSEDA MARIN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 65 años sin datos de interés. No alergias. Acude por presencia de visión doble y caída de ambos párpados. Dificultad para fijar la mirada, más acusada en ojo derecho. No debilidad, disfagia ó disfonía.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Ptosis bilateral de predominio derecho. Pupilas normales. Reflejos aumentados. No alteración en la fuerza y sensibilidad. Coordinación normal. Es derivada para valoración neurológica. Se confirma ptosis bilateral con fatiga a la supraversion mantenida y diplopía con la mirada a la izquierda. Test del hielo positivo. Ac anti-receptor acetilcolina positivo. TAC cerebral y torácico normales. Estudio neurofisiológico con trastorno de transmisión neuromuscular. Tratada con piridostigmina y corticoides, presenta mejoría clínica.

JUICIO CLÍNICO: Miastenia gravis ocular. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Patología ocupante de espacio. Patología vascular isquémica. Esclerosis múltiple.

CONCLUSIONES: La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune, caracterizada por debilidad y fatiga de los músculos esqueléticos. Los síntomas de ptosis y diplopía son sugestivos para el diagnóstico. La debilidad ocular es la manifestación inicial más común. Precisa ser valorada por neurología para confirmación diagnóstica con pruebas complementarias. El tratamiento será con inhibidores de la colinesterasa, corticoides, inmunoglobulinas y la plasmaféresis. El papel de la atención primaria se centra en la sospecha diagnóstica, en el seguimiento y en el control de la toma de fármacos que pudieran agravar la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: PTOSIS, DEBILIDAD MUSCULAR, DIPLOPIA, ACETILCOLINA, AUTOANTICUERPOS.

COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON AFASIA

ANTONIA ROLDÁN BACHILLER, ANDREA SIERRA YAGÜE, RUBEN SALMERON HIDALGO, ANNA ROMERO LÓPEZ, FRANC CAPILLA ALCARAZ, TESLA VERÓNICA CHAPAS AGUILAR, MARTA MORALES VALLVÉ, ELENA VIDAL HERAS, MARTA SEGURA SERVENT, ISABEL FLORIT ALCAINA, FRANCISCA ESPINOSA MONTERO, MARIA SOLEDAD CORRAL MONTORO

INTRODUCCIÓN: La afasia es una alteración del lenguaje resultado de un daño cerebral (AVC, tumores, traumatismos...) que provoca problemas en la emisión o comprensión del lenguaje, dependiendo del área afectada, puede afectar también la escritura y lectura. Esta alteración dificulta la comunicación de la persona que la padece llevando a una gran frustración tanto al paciente como a la familia. Las terapias del lenguaje ayudan a recuperar su habilidad o a aprender métodos para comunicarse más eficazmente.

OBJETIVOS: Identificar estrategias para facilitar y mejorar la comunicación del paciente con afasia.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de artículos y trabajos publicados mediante la búsqueda electrónica en las principales bases de datos: Medline, Scielo, Cuiden, PubMed. Los descriptores utilizados fueron: afasia de expresión, afasia de comprensión, paciente con afasia, estrategias de comunicación, terapia del lenguaje.

RESULTADOS: Recomendaciones para mejorar la comunicación con los pacientes con afasia: No gritar, utilizar un tono normal. Dar información en pasos pequeños y simples, utilizar frases cortas y enfatizar las palabras importantes para evitar los malos entendidos. Limitar las distracciones y el ruido. Establecer contacto visual con la persona en un lugar iluminado. Si el paciente se frustra descansar y volver más tarde. Realizar preguntas con respuestas cerradas como si o no o dar opciones claras como posibles respuestas. No asumir que la persona afectada lo ha entendido. Ayudar con otros métodos como señalar, gestos con las manos, dibujos, escritura. Comunicarse con alguien con afasia requiere mucho tiempo y paciencia.

CONCLUSIÓN: El equipo de enfermería inicia la recuperación del paciente con afasia durante su hospitalización. Con el conocimiento de estas sencillas técnicas se facilita la comunicación y ayuda a disminuir la angustia del paciente y de su familia.

PALABRAS CLAVE: AFASIA, COMUNICACIÓN, ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN, TERAPIA DEL LENGUAJE.

ESTUDIO SOBRE LA MENINGOENCEFALITIS HERPÉTICA CON CODIFICACIÓN EN CIE-10-ES

RAFAEL ANGEL DELGADO NARANJO, DOLORES MORENO LUCENA, ROSA MARIA PINTOR LUNA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se trata de un paciente de 64 años con demencia mixta vascular y alzheimer que es traído por deterioro del nivel de conciencia en el día de hoy, más agudizado tras volver a domicilio del centro de día. La familia niega ningún tipo de clínica en los días previos, no tos ni expectoración, no trabajo respiratorio, no nauseas ni vómitos, no dolor abdominal, no clínica miccional ni cambios en el ámbito intestinal. Niega fiebre o tiritona en domicilio. A su llegada a observación, pico febril de 38 grados, y un episodio de vomito sin productos patológicos. No otra sintomatología asociada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Ligeramente deshidratada de piel y mucosa. Abdomen globuloso, no doloroso a la palpación, ni signos de irritación peritoneal. MMII sin edemas ni signos de tvp. Neuro: pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, resto de exploración no valorable. Se realizan resonancia de cráneo (B030ZZZ), electroencefalograma (4A02X4Z) y punción lumbar (009U3ZX) para la determinación del diagnóstico.

JUICIO CLÍNICO: Meningoencefalitis probablemente herpética, su codificación con cie 10, b00.4. Secundaria a demencia mixta, Dm tipo 2, HTA, dislipemia, obesidad, cardiopatía isquémica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Evolución muy favorable del nivel de conciencia y fiebre. Hemos tratado durante los 14 días con Aciclovir y actualmente el paciente se encuentra en su situación basal habitual. Destacar que el paciente ha presentado episodios de agitación sobre todo por las tardes, precisando el uso de haloperidol como medicación de rescate.

CONCLUSIONES: Es un tipo de encefalitis asociada al virus del herpes simple. La encefalitis herpética es una infección grave del sistema nervioso central. Un 90% de los adultos están infectados con VHS, aunque la mayoría de las personas infectadas nunca llegan a ser sintomáticas.

PALABRAS CLAVE: MENINGOENCEFALITIS, ELECTROENCEFALOGRAMA, CODIFICACIÓN, NEUROLOGÍA.

ANÁLISIS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y LA COMPLICACIÓN RELACIONADA CON LA BOMBA DE DUODOPA: CODIFICACIÓN CIE 10-ES

RAFAEL ANGEL DELGADO NARANJO, DOLORES MORENO LUCENA, ROSA MARIA PINTOR LUNA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 72 años con enfermedad de Parkinson, en tratamiento con bomba de duodopa. Ingresa para la retirada de dispositivo de forma quirúrgica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, no presenta dolor abdominal. Abdomen blando y depresible. Ha tolerado bien la medicación por vía oral sin incidencias se realiza tomografía de abdomen, con codificación en CIE 10 (BW20ZZZ), se visualiza mínima colección líquida en el trayecto de la sonda en tejido celular subcutáneo con bordes fibrosos. Se interviene: se identifica granuloma a cuerpo extraño con trayecto fibroso y mínimo orificio de gastrostomía prácticamente cerrado. La retirada de la bomba de infusión se codifica como, 0DP003Z Extraer el granuloma de la piel se codifica como, 0HC7XZZ. Puede tolerar alimentación a las 48 horas. Pero si precisa por vía oral el tratamiento imprescindible.

JUICIO CLÍNICO: Enfermedad de Parkinson, con codificación en CIE 10 (G20), complicada y avanzada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Durante su estancia en nuestro servicio la paciente ha permanecido estable y sin incidencias desde el punto de vista neurológico.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Parkinson es un tipo de trastorno del movimiento. Ocurre cuando las células nerviosas (neuronas) no producen suficiente cantidad de una sustancia química importante en el cerebro conocida como dopamina. A medida que los síntomas empeoran, las personas con la enfermedad pueden tener dificultades para caminar o hacer labores simples. También pueden tener problemas como depresión, trastornos del sueño o dificultades para masticar, tragar o hablar.

PALABRAS CLAVE: PARKINSON, DUODOPA, GRANULOMA, CIE10ES.

A PROPÓSITO DE UN CASO: EPISODIO DE DESCONEJIÓN DEL MEDIO

ELENA MORENO MONTERO, PATRICIA DE LA CRUZ GUIsADO, ANGELA SAN JUAN ROBLEDILLO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Acude paciente de 3 años por episodio de desconexión del medio con mirada perdida y movimientos clónicos de brazo y pierna izquierda rítmicos que no ceden con la sujeción.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Embarazo gemelar. RNPT 31 semanas. Diagnosticado de Hemorragia intraventricular. En seguimiento por neonatología. Peso: 13,2kg, TAs: 107 mmHg, TAd: 54 mmHg, FC: 130lpm, T° 36,6°C. Estable normocoloreado, bien hidratado, no exantemas, no petequias. ACP Tonos rítmicos, no soplos, murmullo conservado en ambos campos pulmonares. SN mirada errática, no conecta con la mirada. No clonias, ni movimientos espásticos. Responde a estímulos dolorosos. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Relajación de esfínteres.

JUICIO CLÍNICO: Convulsión atípica en niño con antecedentes de PCI y hemorragia intraventricular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Ingreso en Urgencias tras 5 minutos con movimientos de chupeteo, mirada hacia el lado derecho y movimientos en ambos brazos, sin movimiento de miembros inferiores. Se administra dosis de diazepam y tarda en ceder 5 minutos y nuevamente presenta a los 10 minutos de la anterior nueva crisis con aumento de movimientos de chupeteo.

CONCLUSIONES: Se solicita analítica y ECG en un mes. Se cita en resultados de neurología. Y se pauta tratamiento de Valproico 90mgr cada 8/H. En control por médico de familia.

PALABRAS CLAVE: HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR, DESCONEJIÓN, LATERALIZACIÓN, MIRADA PERDIDA.

ESTUDIO SOBRE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR TROMBÓTICO Y SU CODIFICACIÓN CON CIE- 10

RAFAEL ANGEL DELGADO NARANJO, ROSA MARIA PINTOR LUNA, DOLORES MORENO LUCENA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 89 años con vida independiente, queda forma brusca, estando en cafetera comienza con hemiplejía izquierda y disartria, así como desviación de la mirada. Se realiza angio-TAC en urgencias donde se observa trombo en arteria cerebral media.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se encuentra consciente, poco colaborador por tendencia al sueño, disartrico. Hemianopsia homónima derecha. Balance motor: 0/5 en hemicuerpo izquierdo. A su llegada se realiza angio-tac cerebral, codificación cie 10, (B020YZ), se observa isquemia de arteria cerebral media derecha. Se realiza TSA, (es igual a eco doppler vascular codificación cie 10, B341ZZZ, B42ZZZ, B345ZZZ, B348ZZZ) para observar las arterias carótidas, objetivándose oclusión de la arteria carótida interna, extendiéndose a la ACM. Realización de trombectomía mecánica, codificación (03CL3ZZ) con complicación de pequeña perforación y hemorragia autolimitada.

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico carotídeo derecho, codificación cie 10, (i63.031) Transformación hemorrágica, codificación cie 10, (G97.31 + Y83.8) Secundaria a Parada cardiorrespiratoria, provocando exitus del paciente (según la normativa d codificación esta parada no se codifica). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Durante todo el ingreso siguió con tendencia al sueño, sin apertura de ojos. Dada la situación clínica se decide el alta a planta. La familia es informada dese su llegada a planta de la situación, decidió LET. Se informa del mal pronóstico, priorizando tratamiento paliativo hasta hacerse exitus.

CONCLUSIONES: El ictus son un conjunto de enfermedades que afectan a los vasos sanguíneos que suministran la sangre al cerebro. El infarto cerebral está entre las tres primeras causas de fallecimiento en ambos sexos. Hay dos tipos de ictus: el hemorrágico, en el que se produce un sangrado dentro del cerebro y el isquémico en el que un coágulo ocluye las arterias, impidiendo el flujo normal de sangre.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, TROMBOSIS, CODIFICACIÓN, COMPLICACIÓN HEMORRÁGICA.

DETERIORO GENERAL EN EL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

JUAN JOSE TORRES TORRES, CRISTINA FORNELL CHUMILLA, MARIA YOLANDA BARO BARRIOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 68 años de edad, con antecedentes de ACVA que menciona empeoramiento de su situación basal que cursa con dificultad respiratoria, inestabilidad en la marcha, astenia y disnea.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Regular estado general, tendencia al sueño y eupneico. Presenta hemiparesia derecha y desviación de comisura labial. Dada la sintomatología presente se realiza: analítica completa, rx tórax, ECG, TAC craneal así como interconsulta a neurología.

JUICIO CLÍNICO: El cuadro descrito se relaciona con: ACVA isquémico y neumonía de lóbulo izquierdo junto con cardiopatía hipertensiva y ansiedad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hipertensión arterial en relación a síndrome ansioso. ACVA isquémico en relación a hemiparesia derecha residual e infartos lacunares.

PLAN DE CUIDADOS: Controles habituales por su medico seguimiento terapéutico prescrito vigilancia ante la presencia de nuevos signos o síntomas, rehabilitación en medida de lo posible.

CONCLUSIONES: Al ajustar dosis de ansiolíticos y antidepresivos el paciente presenta mejoría clínica. La recuperación de un accidente cerebrovascular comenzará en el hospital, continuará en el domicilio del paciente y será controlado por su médico de cabecera.

PALABRAS CLAVE: ACVA, HEMIPARESIA, HIPERTENSIÓN, CARDIOPATÍA.

ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

LETICIA VIOLANTA ORTEGA, DARIA PIOZAS AROZARENA, SANDRA GONZALEZ CARMONA

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia renal crónica(IRC) se define como un daño renal durante, que tiene de duración mínimo tres meses, secundario a reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas. Deteriorándose las funciones excretoras, depurativas, reguladoras y endocrino-metabólicas de los riñones.

OBJETIVOS: El objetivo principal de nuestro trabajo es conocer la importancia de una correcta alimentación y hábitos alimentarios saludables para pacientes con IRC

METODOLOGÍA: Realizamos una búsqueda bibliográfica, utilizando base de datos de ciencias de la salud como; ciberindex, scopus y cochrane. Así como webs especializadas, portales de salud, revistas científicas, excluyendo artículos de más de 10 años.

RESULTADOS: Los pacientes con IRC deben fundamentalmente: Evitar la ingesta de líquidos ya que al estar alterada la función excretora y no orinar el paciente, puede provocarle una insuficiencia cardiaca ó edema agudo de pulmón por el acumulo de líquidos. Lo aconsejable, no aumentar más de 1 kg/día. Evitar alimentos ricos en potasio como frutas, verduras, legumbres y frutos secos. Al no ser eliminado, este mineral puede provocar calambres, debilidad muscular, arritmias e incluso parada cardiaca.

CONCLUSIÓN: Uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la insuficiencia renal, junto a la diálisis y los fármacos es la alimentación. Es importante hacer que los pacientes y familia tomen conciencia de ello, ya que como hemos hecho referencia anteriormente, un exceso de líquidos o potasio puede ocasionarles complicaciones graves El potasio al ser soluble en agua, gran parte de él se puede eliminar haciendo remojo (bien troceado y durante al menos 8 horas con dos cambios de agua mínimo) o doble cocción del alimento, utilizando agua nueva para cada cocción. Frutas tomar sólo una fresca al día y otra cocida o en almíbar (sin el jugo) Eliminar la piel de frutas y verduras. Evitar chocolate, concentrados de carne o pescado, platos precocinados, cereales...

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA RENAL, POTASIO, ALIMENTACIÓN, HÁBITOS SALUDABLES, HEMODIÁLISIS.

PROCESO DE ACTUACIÓN ENFERMERA EN PACIENTE AFECTADO DE ICTUS CON AFASIA Y HEMIPARESIA

LUCÍA ALIJA MATORRA, GREGORIO SANTAMARÍA GALLEGO, SAMUEL CELEMIN AYUSO,
VERONICA ARGÜELLO BERNARDO, MIREYA MASEGOSA VALLE, REBECA ALBA GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: El accidente cerebrovascular es una de las principales causas de morbi-mortalidad de los países occidentales y se encuentra entre las primeras causas de muerte de los mismos. Esto se debe, en gran medida, a factores que fácilmente podrían controlarse o modificarse, como la hipertensión arterial, el colesterol o la dieta. Representa la tercera causa de muerte en los países desarrollados y la primera causa de invalidez a partir de los 65 años. Se calcula que en España tienen lugar unos 100000 ictus anuales, aproximadamente y es la enfermedad neurológica que ocasiona mayor número de ingresos hospitalarios.

OBJETIVOS: Realizar un PAE para un caso clínico de un paciente afectado de ICTUS que permita servir de guía para casos similares. Comprobar la evolución que el paciente obtiene tras la realización de las actividades incluidas en el proceso.

METODOLOGÍA: Valoración de enfermería a partir de las Necesidades Básicas de Virginia Henderson. Plan de cuidados enfermeros basados en los diagnósticos de la taxonomía II de la NANDA, los marcadores de resultado (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC).

RESULTADOS: 00051. - Deterioro de la comunicación verbal. 00085. - Deterioro de la movilidad física. 00155. - Riesgo de caídas.

CONCLUSIÓN: Los pacientes consiguen tener una movilidad independiente. El lenguaje mejora considerablemente. Se sienten más seguros de sí mismos al ver que son capaces de hacer más cosas sin ayuda.

PALABRAS CLAVE: ICTUS ÍSQUÉMICO, PROCESO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA, AFASIA, HEMIPARESIA.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN MUJER DE 63 AÑOS

ANA BELÉN VALERO MERLOS, MARIA LUISA ROMAN GARCIA, MARÍA JOSÉ ASUNCIÓN SAN VICENTE, INMACULADA HERNÁNDEZ BELMONTE, ELIZABETH RIOS MOLINA, JESUS ASUNCION SAN VICENTE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 63 años con demencia tipo Alzheimer de inicio precoz, derivada a consulta de neurología por pérdida total de autonomía con periodos de agitación y progresión rápida de la enfermedad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: Hábito y expresión parkinsoniana pero sin síndrome rígido-acinético franco, camina sin ayuda con leve arrastre de pies, valoración cognitiva prácticamente imposible porque no mantiene contacto ni conversación básica. Es completamente dependiente para las actividades básicas, manteniendo una autonomía parcial en la alimentación, no controla esfínteres.

JUICIO CLÍNICO: Enfermedad de Alzheimer de inicio precoz en estadio severo (GDS 6).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: No se plantea la realización de diagnóstico diferencial alguno.

PLAN DE CUIDADOS: Debe mantenerse activa desde el punto de vista físico, cognitivo y social. Es conveniente que reciba estimulación cognitiva. Tratamiento con donepezilo 10: 1comp/día, memantina solución: 4 pulsaciones, dosis a la que llegará de forma progresiva, Quetiapina 50: 1-0-1 esta dosis puede modificarse al alza/baja en función de la respuesta y la posible aparición de efectos secundarios, este fármaco debería siempre mantenerse a la menos dosis y durante el menor tiempo posible. Distraneurine: 1 capsula al acostarse. Evitar en la medida de lo posible el uso de neurolépticos típicos (haloperidol, sinogán, meleril, etc) y benzodicepinas de vida media-larga. Control y seguimiento en atención primaria en las condiciones contempladas en el PAI demencia.

CONCLUSIONES: El enfermo con demencia sufre un proceso crónico-evolutivo, sin tratamiento específico y con escasa respuesta terapéutica. Los pilares de tratamiento por parte del personal de enfermería a los pacientes con demencia de Alzheimer son la prevención y control de manifestaciones clínicas de la enfermedad, la promoción de la máxima independencia física, emocional y social de los enfermos según los diferentes estadios, con el objetivo de prevenir complicaciones y la educación al enfermo y familia sobre los aspectos mas relevantes de la enfermedad y su tratamiento.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, DETERIORO COGNITIVO.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CRISIS EPILÉPTICA

IRENE CHINCHURRETA GARCIA, ANA BELEN SEGURA BEDMAR, YOLANDA MUÑOZ PALOMINO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 74 años que ingresa en el servicio de urgencias en ambulancia medicalizada procedente de su domicilio por crisis convulsiva. Sus principales patologías son: Hipertensión arterial, hiperplasia benigna de próstata, dislipemia, artritis, ictus isquémico agudo con hemiparesia derecha y afasia motora, como secuelas. Presenta en un primer momento un episodio de crisis tónico-clónica con cianosis central, no parece que haya habido mordedura lingual, seguido de estado poscrítico que ha ido mejorando hasta el momento del ingreso en urgencias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientado y colaborador en la anamnesis, signos y síntomas compatible con secuelas de ictus isquémico previo. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado bilateral. Abdomen globuloso y dolor difuso a la palpación. Se le realiza: ECG, Rx de Tórax y abdomen, analítica con sistemático de orina y gases venoso, TAC craneal y se le canaliza Vía venosa periférica. Se realiza consulta con neurología que pide realizar electroencefalograma donde no se aprecia hallazgos de tipo epileptiforme.

JUICIO CLÍNICO: Crisis epiléptica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Convulsión tónico-clónica.

CONCLUSIONES: Ante un paciente con una crisis epiléptica, la prioridad será liberar vía aérea, controlar el riesgo de traumatismo y avisar al servicio de urgencias. Una vez estabilizada la crisis se le realizara educación sanitaria sobre crisis epilépticas a la familia y se le ajustara tratamiento según hallazgos médicos. Se le aconsejara control y seguimiento por su médico de atención primaria.

PALABRAS CLAVE: CRISIS TONICO CLONICAS, EPILEPSIA, NEUROLOGÍA, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

VALORACIÓN DE LA RESPUESTA A LEVODOPA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: OTRA OPCIÓN VÁLIDA

JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS, ANA MARÍA TORRES PERALES, TATIANA ESPINOSA OLTRA, INMACULADA DIAZ JIMENEZ

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de la enfermedad de parkinson se establece según los criterios del UK-PDSBB. La respuesta a levodopa es un criterio de apoyo diagnóstico fundamental. Además se requiere comprobar una buena respuesta a levodopa para plantear tratamiento quirúrgico mediante estimulación cerebral profunda (ECP). Existen problemas importantes para comprobar esta respuesta en pacientes que no toleran medicación dopaminérgica oral. Una manera de comprobar la respuesta podría ser la administración de levodopa-carbidopa en gel (IICLC) a través de sonda nasoyeyunal.

OBJETIVOS: Analizar la eficacia y seguridad del test de levodopa mediante su formulación en gel para administración intestinal a través de sonda nasoyeyunal en pacientes intolerantes a cualquier tratamiento oral o transdérmico.

METODOLOGÍA: Se presentan dos pacientes con enfermedad de Parkinson e intolerancia a cualquier tratamiento dopaminérgico oral o transdérmico, a los cuales se les realiza tratamiento con gel de levodopa-carbidopa en dosis crecientes a lo largo de 4 días.

RESULTADOS: Paciente 1. Mujer de 55 años. Parkinson de 7 años de evolución. UPDRS off 63. Con levodopa-carbidopa duodenal UPDRS on 30 (mejoría 53%). Excelente tolerancia, sin complicaciones. Un año después se interviene mediante ECP de núcleo subtalámico. Paciente 2. Hombre 47 años. Parkinson de 6 años de evolución. MDS-UPDRS off 103. Con levodopa-carbidopa duodenal UPDRS on 18 (mejoría 83%). Excelente tolerancia, sin complicaciones. Inicia tratamiento con IICLC a través de gastrostomía percutánea. Pendiente de cirugía de ECP.

CONCLUSIÓN: En pacientes intolerantes a tratamiento dopaminérgico convencional la prueba con levodopa-carbidopa en gel intestinal a través de sonda nasoyeyunal es un procedimiento eficaz, seguro y bien tolerado para valorar respuesta a levodopa. En estos pacientes conocer la respuesta positiva a levodopa supone un criterio de apoyo diagnóstico y es de gran importancia en la decisión de proponer al paciente tratamiento quirúrgico. Este tratamiento se podría mantener definitivamente o servir de tratamiento de transición hasta la cirugía.

PALABRAS CLAVE: LEVODOPA DUODENAL, PARKINSON, TEST LEVODOPA, DIAGNOSTICO.

NEUROLÚES MENINGOVASCULAR E ICTUS ISQUÉMICO: UNA ASOCIACIÓN INTERESANTE A CONSIDERAR

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ VILLALOBOS, JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y neurolúes tratada. Tras despertarse una mañana aprecia debilidad de extremidades izquierdas por lo que acude a Urgencias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física solo destaca disartria y hemiparesia de extremidades izquierdas, con disimetría dedo-nariz izquierda. En tomografía computerizada multimodal no se aprecia lesión isquémica aguda, ni stop/estenosis de gran vaso, ni alteración de los mapas de perfusión. En estudio microbiológico (suero) se objetiva serología luética positiva, con VDRL negativo en líquido cefalorraquídeo (LCR). La citobioquímica de LCR muestra hiperproteínorraquia con discreta leucorraquia. La resonancia magnética objetivó lesiones isquémicas agudas córtico-subcorticales en territorio de la arteria cerebral media (ACM) derecha; así como probable afectación por neurolúes en la sustancia blanca.

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico en el territorio vascular de ACM derecha probablemente secundario a sífilis meningovascular. Neurolúes presunta. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ictus isquémico aterotrombótico. Ictus isquémico cardioembólico. Ictus isquémico lacunar. Ictus isquémico asociado a sífilis meningovascular. Hematoma cerebral.

PLAN DE CUIDADOS: Se realiza tratamiento con penicilina cristalina intravenosa durante diez días, seguida de penicilina benzatina en pauta semanal, durante tres semanas consecutivas. Mejoría clínica global tras tratamiento.

CONCLUSIONES: El ictus isquémico secundario a sífilis meningovascular representa una causa poco frecuente de ictus pero que exige un manejo diagnóstico y terapéutico específico. Tiene como base fisiopatológica la arteritis sifilítica, que compromete principalmente los vasos meníngeos y ocasionalmente grandes arterias (más frecuentemente la ACM). El diagnóstico de neurolúes se alcanza cuando el paciente con sífilis presenta VDRL positivo en LCR (neurolúes confirmada); o cuando el VDRL en LCR es negativo, pero existe pleocitosis e hiperproteínorraquia asociado a clínica sugestiva en ausencia de otra etiología posible (presunta).

PALABRAS CLAVE: ICTUS ISQUÉMICO, SÍFILIS MENINGOVASCULAR, RESONANCIA MAGNÉTICA, PENICILINA CRISTALINA, LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO.

ROMBOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ VILLALOBOS, JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 57 años con antecedentes de carcinoma de mama y linfoma T. Acude a Urgencias por cuadro de fiebre, mal estar general, tos y expectoración purulenta. Se inicia antibioterapia empírica. Inicialmente presenta mejoría clínica, aunque posteriormente reaparece el cuadro febril, asociado a paresia facial e inestabilidad de la marcha.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física destaca paresia facial completa izquierda, y marcha inestable. Resto anodino. En resonancia magnética (RM) cerebral inicial, se objetivan hallazgos compatibles con romboencefalitis (afectación de mesencéfalo y pedúnculos cerebelosos). Sin efecto de masa ni realces patológicos. En RM (control) se evidencia mejoría radiológica con persistencia de mínima hiperseñal en ambos pedúnculos cerebelosos superiores. Analítica: Anemia con neutropenia. Citobioquímica de líquido cefalorraquídeo (LCR): leucorraquia, hiperproteíorraquia e hipogluorraquia. No se detectan células neoplásicas en citología (LCR). En cultivo (LCR) se aísla Streptococcus agalactiae grupo B.

JUICIO CLÍNICO: Romboencefalitis por Streptococcus agalactiae. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Romboencefalitis infecciosas (Listeria monocytogenes, primera opción). Infiltración linfomatosa de tronco cerebral. Encefalitis de tronco paraneoplásica.

PLAN DE CUIDADOS: Cobertura antibiótica empírica a la espera de documentación microbiológica. Tras aislamiento en cultivo (LCR) de Streptococcus agalactiae -sensible a ampicilina-, se mantiene antibioterapia añadiéndose linezolid. Tras tratamiento, la paciente presenta mejoría clínica y radiológica de las lesiones.

CONCLUSIONES: Aunque la infección por Listeria es una de las causas más frecuentes de romboencefalitis, se deben tener en cuenta otros agentes etiológicos, especialmente en pacientes inmunodeprimidos. A pesar de ello, la infección del sistema nervioso central por Streptococcus agalactiae en adultos, es una entidad rara (0,3-4,3% de todas las meningitis bacterianas). Los pacientes suelen presentar algún factor favorecedor de la infección, como diabetes, gestación, insuficiencia renal, neoplasias malignas, hepatopatía y enfermedad cardiovascular.

PALABRAS CLAVE: ROMBOENCEFALITIS, STREPTOCOCCUS AGALACTIAE, RESONANCIA MAGNÉTICA, LINFOMA T, LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO.

ROL DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

LUCÍA FERRER BAÑOLAS, AROA LARA GARCIA, MARTA ORGANISTA GUERRERO, MIREIA MARQUEZ HERNANDEZ, LAIA TORRA RICART, VIRGINIA SÁNCHEZ VIEDMA

INTRODUCCIÓN: Se conoce como síndrome confusional agudo al cuadro clínico de presentación brusca y evolución fluctuante que cursa con síntomas como desorientación, agitación, ideas paranoides y alucinaciones. Suele ser transitorio y reversible. Es uno de los trastornos mentales más frecuente en pacientes hospitalizados, especialmente en ancianos. De etiología multifactorial aunque comúnmente relacionado con infecciones, enfermedades que producen hipoxemia, intoxicaciones o el abandono de medicación para el sistema nervioso central.

OBJETIVOS: Conocer la sintomatología y prevalencia del síndrome confusional agudo en pacientes hospitalizados.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de artículos publicados en bases de datos como Scielo ,Medline y Cuiden de los últimos 10 años con las siguientes palabras clave: síndrome confusional agudo, diagnóstico, prevención, enfermería.

RESULTADOS: La prevalencia del SCA se sitúa en torno al 0'4% para el grupo de edad comprendido entre los 18 y 64 años aunque alcanza el 1'1% en mayores de 55%. Se estima que un 5-15% de los pacientes ingresados en el hospital lo presentan. La realización de protocolos estandarizados en hospitales en relación con este cuadro tiene vital importancia en la detección temprana y diagnóstico, que es básicamente clínico. De esta manera se puede disminuir la prevalencia de casos y el riesgo de complicaciones.

CONCLUSIÓN: Es importante realizar una valoración de los antecedentes del paciente, así como un seguimiento de las constantes vitales para valorar cualquier cambio que pueda dar lugar a la aparición de estos signos. Desde el punto de vista de enfermería deberíamos favorecer un ambiente tranquilo y relajado a los pacientes, evitando una sobreestimulación sensorial, mantener un correcto estado nutricional y de hidratación del paciente; favorecer el reposo y el sueño y ayudar a la orientación de estos pacientes mediante la presencia de familiares u objetos personales.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO, ENFERMERÍA, DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN.

ARTERITIS TEMPORAL O ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

JULIA PORCEL RUIZ, MARIA DE LAS NIEVES LAO GIMENEZ, BELÉN GRANADOS LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 61 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y dolor articular en ambos hombros. Consulta por varios episodios en las últimas semanas de cefalea intensa lancinante de localización temporal izquierda con dolor al tocarse cuero cabelludo en dicha región, asociado a visión borrosa y fotopsias en ojo izquierdo en el último episodio. Además comenta dolor con la masticación a nivel de mandíbula desde hace un mes sin mejoría con analgésicos. Niega episodios de cefalea previamente con esas características.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tensión arterial 140/85. Exploración neurológica: pupilas isocóricas reactivas. Aumento de sensibilidad en cuero cabelludo en territorio temporal izquierdo. Fuerza conservada en todos los miembros. Pruebas cerebelosas normales. Exploración oftalmológica normal. Limitación de apertura bucal completa por dolor a nivel de ambas articulaciones temporomandibulares con chasquido articular. Análíticamente destaca aumento de velocidad de sedimentación globular (60mm/h) y de la proteína C reactiva. Estudio de inmunidad negativo. TAC y RMN craneal normales. Eco doppler de troncos supraaórticos y de arteria temporal normales. Biopsia de arteria temporal positiva.

JUICIO CLÍNICO: Arteritis temporal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Habrá que descartar otras causas de cefalea como origen infeccioso (meningitis, encefalitis), causa hemorrágica o trombosis, migraña con aura, cefalea en racimos, cefalea hemicraneal paroxística o neuralgia del trigémino.

CONCLUSIONES: La arteritis temporal o arteritis de células gigantes es una vasculitis granulomatosa que afecta a grandes y medianos vasos de etiología desconocida. Puede presentar múltiples afectaciones sistémicas siendo la cefalea temporal el síntoma más frecuente. Los criterios diagnósticos son la edad mayor de 50 años, cefalea temporal de aparición reciente, VSG elevada, aumento de sensibilidad en territorio temporal o ausencia de pulso, confirmación histológica de arteritis. Su diagnóstico de confirmación es con la biopsia aunque un resultado negativo no es excluyente. Se trata con glucocorticoides.

PALABRAS CLAVE: CEFALEA TEMPORAL, ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES, ENFERMEDAD DE HORTON, ARTERITIS TEMPORAL.

NECROSIS EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO EN PACIENTE CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

MARIA DEL CARMEN RAMIREZ SANCHEZ, DIANA RAQUEL PEÑA LUYO, ROCÍO ORTA CHINCOA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 54 años de edad diagnosticada de síndrome antifosfolípido primario, tras sufrir un ACVA por estenosis carotídea izquierda que deja como secuela una hemiparesia derecha y afasia motora. Se encuentra anticoagulada con Acenocumarol. Acude por urgencias refiriendo dolor en zona plantar de pie derecho y zona gemelar de más de un mes de evolución, acompañado de espasticidad y contracciones s. T. En extensor de primer dedo de dicho pie prolongadas y dolorosas ante mínimo estímulos. Ha precisado tratamiento para ello en servicio de RHB , HUPR con infiltraciones de toxina botulínica desde entonces el dolor ha ido en aumento sobre todo en las últimas 24 horas, impidiendo el apoyo del pie en el suelo, lo refiere en planta del pie a nivel del talón y primer dedo. Este presenta coloración azul y fario desde el día de ayer está peor. Esta clínica parece que mejora parcialmente a la elevación del MMID, los síntomas aparecieron aproximadamente a las 24-48 horas de la infiltración.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: BEG ,COC, eupneica en reposo, dolor a la palpación de planta del pie de predominio en base del primer dedo y coloración azul, pulso débil. Se solicita ECO Doppler.

JUICIO CLÍNICO: Isquemia distal en dedo de pie derecho y talón. (Tras inyección de TX Botulínica en la misma pierna). ACVA antiguo y estenosis carotídea izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Isquemia distal, dolor neuropático, enfermedad arterial periférica; ACV antiguo/Estenosis carotídea izquierda.

PLAN DE CUIDADOS: Analítica, Rx de pie, PIC Cirugía, PIC Hematología. Se solicita Eco Doppler, no se detectan signos de isquemia aguda, se decide tratamiento conservador y curas diarias por enfermero de zona.

CONCLUSIONES: Dado que no hay afectación de vasos principales se desestima la intervención, se aconseja ingreso para tratamiento iv con prostaglandina. Una vez dada de alta control y seguimiento por su MAP y controles por cirugía.

PALABRAS CLAVE: NECROSIS, DOLOR, COMPLICACIONES ACV, HEMIPARESIA, TOXINA BOTULÍNICA.

LA NARCOLEPSIA: ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO EXISTENTE

JOSE GOMEZ JIMENEZ, BELEN ANAYA COTILLA, INÉS MARÍA COLCHERO CAMACHO

INTRODUCCIÓN: Se considera narcolepsia al trastorno neurológico crónico que se caracteriza por somnolencia diurna excesiva y otros síntomas centrales, que abarcan alucinaciones hipnagógicas / hipnopómpicas, parálisis del sueño y trastornos del sueño nocturno. Aproximadamente del 50% al 60% de los pacientes con narcolepsia tienen episodios de cataplexia, una pérdida abrupta de tono muscular inducida por una emoción.

OBJETIVOS: Analizar los estudios realizados en los últimos cinco años sobre el tratamiento en la narcolepsia.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Ebsco-host, Proquest, Pubmed. Los descriptores mesh usados han sido: Narcolepsy, treatment, patient, care combinados con método booleano – AND-. Los filtros de búsqueda han sido: título, año de 2013 en adelante y artículos de revista.

RESULTADOS: Intervenciones no farmacológicas: Higiene del sueño (36%), cambios en la dieta, ejercicio, suplementos / medicina alternativa y los cambios ambientales (luz solar, aire fresco, mantener la habitación fría. (Maski, y otros, 2017) Intervenciones farmacológicas: Los medicamentos más utilizados son los estimulantes (anfetaminas, dextroanfetaminas y el metilfenidato), para tratar el sueño excesivo durante el día (EDS). El modafinil y el armodafinil son promotores del estado de vigilia (Bhattarai. J & Sumerall, 2017) El tratamiento con oxibato de sodio, sólo y en combinación con modafinilo dio mejoras significativamente mayores en EDS y vigilia en relación con el placebo independientemente del estado de cataplejía. (Black, Swick, Bogan, Lai, & Carter, 2016) Los antidepresivos, aún carecen de pruebas que respalden su uso, especialmente para el tratamiento crónico de la cataplejía. (Swick. T. J, 2015).

CONCLUSIÓN: En la actualidad, no hay cura para la narcolepsia, y los métodos disponibles no son completamente efectivos en el manejo de síntomas. Sin embargo, los enfoques de tratamiento farmacológico y conductual existentes han llevado a mejoras significativas en la calidad de vida de muchas personas que viven con narcolepsia.

PALABRAS CLAVE: NARCOLEPSIA, TRATAMIENTO, PACIENTE, CUIDADOS.

A PROPÓSITO DE UN CASO: MUJER 90 AÑOS CON SOSPECHA DE ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO

MARIA LUISA ROMAN GARCIA, MARÍA JOSÉ ASUNCIÓN SAN VICENTE, INMACULADA HERNÁNDEZ BELMONTE, ELIZABETH RIOS MOLINA, JESUS ASUNCIÓN SAN VICENTE, ANA BELÉN VALERO MERLOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 90 años que se levanta con somnolencia, disartria, incapacidad para la deambulación y desviación de la comisura bucal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: consciente y orientada, bien hidratada y hemodinámicamente estable. AC: rítmica, AP: leve hipofonosis generalizada. Abdomen blando, depresible, sin masas, no HEM, no contractura, no peritonismo. Exploración neurológica básica: PINLA:MOEC. Pares craneales conservados, glasgow 15/15, no meningismo, no pérdida de fuerza ni alteración de la sensibilidad, moviliza todas las extremidades, dificultad para la deambulación y ROT conservados. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación, sedimento orina, RX tórax, TAC cráneo: en el presente no se visualiza imágenes sugerentes de lesión vascular isquémica o hemorrágica aguda.

JUICIO CLÍNICO: Sospecha AIT. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En este caso, con los resultados radiológicos y clínicos, no se plantea la realización de diagnóstico diferencial alguno.

PLAN DE CUIDADOS: Continuar con tratamiento previamente pautado, valorar inicio con quetiapina 25 mg, si empeoramiento volver y seguimiento por su MAP.

CONCLUSIONES: Un ataque o accidente isquémico transitorio es una clase de ictus isquémico que se produce igualmente por la interrupción del flujo sanguíneo, pero de forma temporal, siendo muy habitual que los síntomas duren apenas unos minutos y que el paciente se recupere completamente en menos de 24 horas. Si se ha padecido un ictus o un ataque isquémico transitorio, hay más opciones de que vuelva a aparecer que si nunca se ha sufrido este accidente. Para prevenirlo el equipo de enfermería tiene un papel importante en la información y educación sobre la dieta, el ejercicio y el consumo de alcohol y tabaco. Además, habrá que controlar la tensión y seguir un tratamiento farmacológico prescrito en cada caso por el doctor.

PALABRAS CLAVE: AIT, OBSERVACIÓN, URGENCIA, PREVENCIÓN.

UTILIDAD DE LA NEUROESTIMULACIÓN DEL GANGLIO DE LA RAÍZ DORSAL

MARTA ATIENZA CAMPO, ALVARO DOMENE LOPEZ, EVA RODRIGUEZ FERRERA

INTRODUCCIÓN: El ganglio de la raíz dorsal contiene cuerpos celulares de las neuronas aferentes del sistema espinal, por lo que transmiten los impulsos nerviosos desde el sistema periférico al sistema central. Es el principal centro de impulsos ectópicos en el dolor radicular. Para la neuroestimulación del ganglio de la raíz dorsal (Dorsal Root Ganglion) en las raíces espinales, se implanta un neuroestimulador (dispositivo) bajo la piel, con el fin de bloquear las señales nociceptivas a nuestro cerebro.

OBJETIVOS: Conocer en qué tipo de pacientes se puede usar este procedimiento. Investigar qué porcentaje de éxito tiene la neuroestimulación del ganglio de la raíz dorsal en la población.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica durante siete meses. Consultando diferentes bases de datos, como han sido, Scielo, Medline, Dialnet, Pubmed y Cuiden. Seleccionando 12 artículos publicados entre el 2013- 2017, escritos en español e inglés.

RESULTADOS: El DRG es usado en pacientes con dolor neuropático crónico, como es el caso de pacientes con una amputación y personas con trastornos del dolor como el síndrome del dolor regional complejo. Este método no es una cura, si no, es un procedimiento para tratar el dolor que, trabaja directamente en el área donde se producen las señales dolorosas. Es una terapia reversible, la cual no causa daños o cambios permanentes en los nervios.

CONCLUSIÓN: Este procedimiento puede reducir desde el 50% al 80% del dolor. Alrededor de 80 personas de cada 100 responden satisfactoriamente. Aunque siempre que se habla de dolor, depende de cada uno la forma de reaccionar a los diferentes tratamientos. Por lo que, desafortunadamente no es una terapia exitosa en toda la población. En conclusión, el DRG es un método novedoso que produce un gran avance médico para la cura del dolor neuropático.

PALABRAS CLAVE: NEUROESTIMULACIÓN GANGLIO DORSAL, DORSAL ROOT GANGLION STIMULATION, GRD, DRG.

GASTROCTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

MARTA ATIENZA CAMPO, ALVARO DOMENE LOPEZ, EVA RODRIGUEZ FERRERA

INTRODUCCIÓN: La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurológica degenerativa, en la cual, se produce una alteración de las neuronas encargadas de controlar los músculos voluntarios. Es una patología crónica, progresiva e incurable. Alrededor del 50% de los pacientes fallece a los 2 o 3 años tras el diagnóstico.

OBJETIVOS: Conocer porque los pacientes con ELA necesitan una PEG. Investigar sobre cuándo se debe llevar a cabo este procedimiento. Averiguar si la PEG es beneficiosa para este tipo de pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica durante cuatro meses. Consultando las siguientes bases de datos, Scielo, Medline, Dialnet, Pubmed y Cuiden. Seleccionando 32 artículos publicados entre el 2012- 2017, publicados en español e inglés.

RESULTADOS: La alimentación puede verse afectada en esta enfermedad debido a que los pacientes pueden presentar disartria, disfagia, dificultades para masticar, debilidad de la extremidad superior y pérdida del apetito. Esta afectación puede ocasionar pérdida de peso, y como consecuente, incrementa la pérdida de masa y acelera la atrofia muscular. Por este motivo se realiza la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Aunque no existe evidencia de cuando se debe realizar el procedimiento, se recomienda, llevarlo a cabo lo antes posible, cuando la vía oral sigue siendo útil. La colocación de la PEG debe hacerse antes de que la capacidad vital descienda por debajo del 50%.

CONCLUSIÓN: Con el uso de la PEG se aseguran las necesidades de energía, líquidos, vitaminas y minerales, y, previene las complicaciones de la disfagia. Es una técnica que aumenta la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. La colaboración de un equipo multidisciplinar es muy importante en esta enfermedad, para asegurar una correcta valoración nutricional, así como un adecuado soporte nutricional.

PALABRAS CLAVE: ELA, PEG, NUTRICIÓN, MND.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CORTICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

NOELIA GARCÍA LAX, MARIA PALAO RICO, ISABEL PELLICER ESPINOSA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Presentamos a una paciente de 66 años, hipertensa y dislipémica, que consulta por disartria, desviación de la comisura y debilidad en hemicuerpo izquierdo de 48 horas de evolución. Rehistoriando a la paciente refería, una semana antes, episodio de cefalea brusca e intensa, por lo que había consultado en Urgencias pautándose analgesia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: extinción visual y sensitiva, paresia facial, hemiparesia 3/5 e hipoestesia izquierdas. Revisando el TC sugería ocupación de surcos parieto-temporales derechos por lo que sospechamos HSA y/o trombosis venosa cerebral. Se realizó punción lumbar (PL) con presión de apertura normal, líquido claro y transparente, 0 hematíes. La RM cerebral mostró HSA en cisura silviana y surcos derechos con focos isquémicos agudos en territorio de ACM derecha. El angio-TC y la posterior arteriografía confirmaron la existencia de un aneurisma en AComP con vasoespasmo en ACM derecha. En Urgencias se realiza TC craneal informado como signos de infarto hiperagudo en territorio de ACM derecha.

JUICIO CLÍNICO: HSA aneurismática vasoespasmo con ictus isquémico en territorio de ACM derecha.

PLAN DE CUIDADOS: La paciente ingresó en UCI y fue sometida a tratamiento neuroquirúrgico con mejoría progresiva posterior.

CONCLUSIONES: La primera prueba para descartar una HSA es el TC, con sensibilidad 95-98% en las primeras 6-24 horas y 50% a 5 días. Si resulta normal y persiste la sospecha clínica, debemos realizar PL que detecta xantocromía en el 100% de los casos a las 12 horas que se mantiene habitualmente durante 2 semanas. En nuestra paciente, ninguna de las dos resultó diagnóstica por lo que fueron fundamentales la historia clínica y la RM. La hemorragia subaracnoidea (HSA) supone un 1-2% de ictus y se asocia a importante morbimortalidad. El 80-85% de HSA espontáneas se deben a rotura de aneurismas. El vasoespasmo representa una de las principales complicaciones y su máxima incidencia ocurre entre los días 5 y 14.

PALABRAS CLAVE: HSA, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, ICTUS, VASOESPASMO, TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

NOELIA MUÑOZ JIMENEZ, FRANCISCA DOLORES MARTIN ANTEQUERA, EVA GARCIA JIMENEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente hipertenso, diabético con insuficiencia renal crónica y vasculopatía diabética con claudicación intermitente en MMII que acude por presentar cuadro de pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Cifras tensionales (TA: 170/90) y glucémicas (postprandial 260 mg/dl) elevadas. Resto de constantes estables. En la exploración se aprecia hemiparesia izquierda, no relajación de esfínter. Analítica sanguínea con valores para BQ, HG y CO dentro de los rangos de normalidad. Se realiza TAC craneal para completar estudio.

JUICIO CLÍNICO: Infarto Lacunar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** AVC isquémico/ hemorrágico; alteración neurológica.

PLAN DE CUIDADOS: Tras completar estudio radiológico con TAC craneal se detecta Infarto lacunar. Se establecen medidas de control y vigilancia de constantes (TA y glucemias) y signos de alarma que indiquen alteración o empeoramiento neurológico (convulsión, visión doble, vómitos, fuerte dolor de cabeza, comportamiento extraño, etc.). Procurar ambiente relajado, sin excesivo ruido y no alterar el patrón de sueño para no alterar el descanso nocturno. Realizar una actividad moderada dentro de las posibilidades del paciente, evitando los esfuerzos que puedan aumentar la presión intracraneal como estornudos violentos, esfuerzos al defecar o inclinarse con cabeza hacia abajo. Dieta saludable rica en verduras y frutas. Desaconsejado el consumo de chocolate, té o comidas ricas en grasas.

CONCLUSIONES: Importancia de una correcta educación sanitaria a cerca de las recomendaciones y hábitos saludables a seguir tras un ACV.

PALABRAS CLAVE: ACV, INFARTO LACUNAR, HEMIPARESIA, EDUCACION SANITARIA, INTERVENCION ENFERMERA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE RETT

EVA MARÍA ÁLVAREZ TORRES, ELENA BACA HIDALGO, CARMEN COLLADO SEGURA

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Rett es una enfermedad congénita infantil con compromiso neurológico que afecta más al sexo femenino. Este trastorno origina una mutación en el gen MECP2, dentro del cromosoma X. Se produce una proteína que posee un papel relevante en la sinapsis entre neuronas y en el desarrollo del sistema nervioso central donde es atacado. Su sintomatología: regresión de habilidades, en la comunicación, motoras, cognitivas, y respiración periódica.

OBJETIVOS: Determinar las medidas de actuación ante la detección de la enfermedad en los pacientes.

METODOLOGÍA: Estudio de revisión bibliográfica. Búsqueda electrónica de estudios en castellano e inglés en la base de datos Pubmed, Cuidatge y Scielo. Descriptores: Síndrome de Rett, trastorno neurológico, enfermedad rara, genética, investigación científica. Operadores booleanos: AND, OR. Período de búsqueda: entre 01/01/2015 y 23/01/2018. Fecha de publicación: entre 2016 y 2017. Tipo de estudios: transversales, reporte de casos clínicos y revisiones bibliográficas.

RESULTADOS: Se estima que el Síndrome de Rett afecta a 1/10-15.000 Niñas, manifestándose generalmente durante el segundo año. Se debe realizar un control exhaustivo evaluador para la detección de la enfermedad desde la gestación. Ante comportamientos extraños, repetitivos y no coherentes del niño/a, acudir al centro médico, para su diagnóstico, tratamiento y evaluación.

CONCLUSIÓN: Se requiere tratamiento individualizado de cada caso para utilizar tratamientos más adecuados ajustados al peso y talla del bebe, así como colaboración interdisciplinar para tratar al bebé como al apoyo psicológico aportado para que los padres estén reconfortados para luchar contra la enfermedad y dar mejor calidad de vida a su hijo/a. Importante destacar, que la investigación científica posee una gran labor, pues su intervención, con continuos estudios más avances tecnológicos, ha fomentado que la detección de la enfermedad pueda detectarse en pocos meses de gestación.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME DE RETT, TRASTORNO NEUROLÓGICO, ENFERMEDAD RARA, GENÉTICA, INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.

MANEJO ENFERMERO ANTE UN PACIENTE CON ICTUS

ANA ESTHER GARCIA MELGAR, MARIA VIRGINIA DONOSO CUENCA, RICARDO OLIVERA VAZQUEZ

INTRODUCCIÓN: Ictus o accidente cerebrovascular. Existen dos tipos, ictus isquémico e ictus hemorrágico. Es la tercera causa de mortalidad, la primera de discapacidad y la segunda de demencia.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía reciente para: Reducir la morbilidad y mortalidad producidas por ictus. Proporcionar cuidados enfermeros que disminuyan las secuelas. Conseguir que el paciente cubra sus necesidades y adquiera el mayor grado de independencia posible. Correcta y pronta administración del tratamiento.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: Pubmed, Cochrane, Cuiden Plus. Descriptores y fórmulas de búsqueda: "ictus", "actuación y cuidado enfermero ante un ictus", "secuelas neurológicas tras un ictus". Revisión de protocolos y aplicación de escalas.

RESULTADOS: El estudio refleja la importancia de la rapidez y coordinación de un equipo multidisciplinar. La rápida actuación y manejo inicial por parte de enfermería tiene un papel determinante, valorando estado de consciencia, constantes, recabando información, activando diferentes protocolos y técnicas.

CONCLUSIÓN: La actuación de enfermería es clave para el rápido y efectivo manejo de pacientes con ictus, disminuyendo muertes y secuelas. Proporcionando así un mayor confort, seguridad y calidad de los cuidados.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, CUIDADO ENFERMERO ANTE UN ICTUS, ACTUACIÓN ENFERMERA, SECUELAS NEUROLÓGICAS.

ATENCIÓN INTEGRAL EN URGENCIAS ANTE EL ICTUS

MARÍA ICÍAD MIERES SUÁREZ

INTRODUCCIÓN: El ictus es una de las patologías que se atienden con más frecuencia en los servicios de urgencias intrahospitalarias. El ictus es una enfermedad cardiovascular que produce una disminución o interrupción brusca del flujo sanguíneo al cerebro. Puede ser de dos tipos: Ictus Isquémico, causado por un trombo que tapona el vaso sanguíneo o Ictus Hemorrágico debido a la rotura del vaso sanguíneo ocasionando una hemorragia cerebral. El 80% de los ictus son isquémicos.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica publicados sobre el ictus y su atención integral en los servicios de urgencias intrahospitalaria.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica consultando las bases de datos de Pubmed y Dialnet, en los últimos diez años, en inglés y español, utilizando como descriptores: “Ictus”, “síntomas”, “tratamiento” y “urgencias”.

RESULTADOS: El ictus es un problema muy importante de Salud Pública en España, es la segunda causa de muerte en los varones y la primera en las mujeres. Cada año en España se producen 120000 ictus, de los cuáles fallecen 40000. También es la primera causa de discapacidad grave en adultos y la segunda de demencia. Se estima un aumento de la incidencia y prevalencia en los próximos años.

CONCLUSIÓN: Se ha avanzado mucho con las nuevas tecnologías y la investigación en el tratamiento del ictus, pero sigue siendo importante progresar en este campo para disponer de nuevas medidas terapéuticas y mejores oportunidades para el tratamiento agudo del ictus. Un pilar fundamental es la formación acreditada y continuada del personal de urgencias ya que son unos de los primeros en aplicar los cuidados iniciales a los pacientes con Ictus.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, URGENCIAS, SÍNTOMAS, TRATAMIENTO.

ANEURISMA CEREBRAL EN PACIENTE CON ANTECEDENTES FAMILIARES

DANIEL GARCIA PEREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 46 años de edad que acude al servicio de urgencias por presentar fuertes dolores de cabeza y pérdida de conocimiento. El médico que la atiende se dispone a realizarle una anamnesis teniendo presente sus antecedentes familiares, ya que la paciente le informa que un familiar suyo había padecido anteriormente aneurisma cerebral. A continuación, le somete a una exploración clínica la cual constata que dispone de un buen estado general de salud, y una serie de pruebas complementarias como una RM y ANGIORM encefálica. Tras los resultados de las mismas, la paciente padece un aneurisma cerebral de 6mm en la parte superior derecha de la cabeza. Debido a la gravedad de la enfermedad, la paciente es sometida a cirugía. Como la boca de la aneurisma es muy ancha y está ubicada en una intersección de la vena, se accederá a la misma quitando una sección del cráneo. Para evitar un derrame y parar la actividad cerebral, la paciente es inducida al coma debido a la zona donde se localiza el aneurisma. Tras la cirugía y el post-operatorio, la paciente es dada de alta y se le recomienda una vida saludable, evitando el consumo de tabaco y drogas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Anamnesis y exploración clínica RM encefálica ANGIORM encefálica.

JUICIO CLÍNICO: Aneurisma cerebral de 6mm situado en la parte superior derecha del cerebro. **PLAN DE CUIDADOS:** Cirugía Rehabilitación Estilo de vida saludable.

CONCLUSIONES: Paciente que, tras acudir a urgencias tras sufrir un desmayo y fuertes dolores de cabeza, es diagnosticada de aneurisma cerebral de 6mm. Tras ser sometida a cirugía para sellar la aneurisma mediante clipage y ser inducida a coma debido a la localización de la misma, la paciente es dada de alta recomendándole un vida saludable, evitando el consumo de tabaco y drogas.

PALABRAS CLAVE: SALUD, ANEURISMA, CEREBRAL, NEUROLOGÍA.

PACIENTE CON ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARÍA BELÉN CALLEJAS MARTÍN, PATRICIA ARMENTEROS COSTA, FLORA CONSUELO SANTAELLA BARCOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 73 años que es traído a urgencias por DCCU por sospecha de CÓDIGO ICTUS. El paciente relata que estando en el campo ha sufrido un fuerte dolor de cabeza y ha empezado a marearse. Niega pérdida de conocimiento. Posteriormente, según familiares, ha comenzado con enlentecimiento motor, bradipsiquia y disartria. El DCCU administra Metamizol IV lo que mejora la cefalea. Sus antecedentes personales son: HTA y dislipemia. Independiente para las actividades de la vida diaria. NAMC.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Eupneico, Glasgow 15/15, orientado en persona, no en tiempo o espacio, repite frases y en ocasiones respuestas incoherentes. TA 250/99 mmHg, auscultación rítmica sin soplos ni extratonos, murmullo vesicular conservado sin ruidos, abdomen blando, depresible y no doloroso, miembros sin edemas ni signos de TVP. Se le realiza analítica que no muestra hallazgos patológicos, EKG con bradicardia sinusal a 60 lpm sin tonos de la repolarización ni signos de isquemia y TAC craneal sin alteraciones significativas y Angio TC de TSA sin estenosis.

JUICIO CLÍNICO: Encefalopatía hipertensiva. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos recogidos en la anamnesis, el diagnóstico inicial fue de un posible ICTUS, pero tras las pruebas realizadas se descartaron daños relacionados con un accidente cerebrovascular y tras consultar con Neurología y Medicina Interna se establece como juicio clínico una encefalopatía hipertensiva.

CONCLUSIONES: Se consultó con Neurología que indicó observación y control de TA, valorando derivación para estudio de forma ambulatoria si persistiera clínica. Fue valorado por Medicina Interna encontrándolo asintomático, sin cefalea ni sensación de mareo. Las cifras de TA fueron controladas, sin focalidad neurológica, excepto incoherencia en ocasiones con algunas respuestas, sin presencia de afasia motora ni sensitiva. Se derivó al alta con posterior revisión por parte de su médico de familia.

PALABRAS CLAVE: ENCEFALOPATÍA, HIPERTENSIÓN, ICTUS, DISARTRIA.

VIGILANCIA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

ANDREA RAMOS CAMPO, BEATRIZ TUÑÓN FUEYO, MARISOL MARTÍNEZ CHACÓN

INTRODUCCIÓN: El Drenaje Ventricular Externo (DVE) es un sistema que se utiliza con fines diagnósticos y/o terapéuticos. Está compuesto por un catéter que se coloca en el ventrículo y comunica a este con el exterior para el control de la presión intracraneal (PIC) y/o para el drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR) a un sistema de recolección cerrado. Además permite la administración de ciertas medicaciones y toma de muestras a través del catéter. Está indicado en hemorragias intraventriculares, subaracnoideas o intraparenquimatosas, hidrocefalia, tumores cerebrales que cursan con edema e hipertensión intracraneal.

OBJETIVOS: Analizar los protocolos existentes en cuanto al manejo y mantenimiento del DVE para así poder realizar unos criterios unificados que sirvan de guía para los profesionales sanitarios que tengan que manejar este sistema.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio descriptivo sobre los dispositivos de drenaje ventricular externos. Se realizó una revisión bibliográfica en diversas bases de datos (ClinicalKey, Pubmed, Cuiden, SciELO, y Cochrane) y se revisaron protocolos realizados por diversos hospitales nacionales.

RESULTADOS: El DVE precisa una vigilancia y cuidados estrictos por parte de enfermería para su correcto funcionamiento; se debe manipular de manera estéril para prevenir las infecciones, vigilar la velocidad y características del líquido drenado para intentar evitar obstrucciones o colapso ventricular, controlar las cifras de PIC, etc. La inadecuada manipulación del catéter puede dar lugar a la aparición de complicaciones y al aumento de la morbimortalidad de estos pacientes.

CONCLUSIÓN: El conocimiento y manejo seguro de este dispositivo, permitirá aplicar unos cuidados de calidad a los pacientes previniendo y detectando posibles complicaciones para ponerles solución.

PALABRAS CLAVE: DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO, PRESIÓN INTRACRANEAL, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO, PREVENCIÓN.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEUROLÓGICOS QUE PRESENTAN DISFAGIA

CRISTINA DIAZ LOPEZ, VERONICA SARRIA RAMIREZ, MARINA VILLANUEVA GOMEZ

INTRODUCCIÓN: En pacientes neurológicos es habitual la disfagia, que es la dificultad que se produce al tragar, ya sean alimentos de carácter sólidos o incluso líquidos. Esto lleva a una serie de complicaciones para el paciente que pueden llegar a ser perjudiciales para su salud provocando neumonías por Broncoaspiración, desnutrición, deshidratación. Si se detectan de una forma rápida podrían llegar a tratarse de una forma rápida y eficaz.

OBJETIVOS: Conocer los cuidados que necesita un paciente neurológico con disfagia y cómo intervenir en ellos.

METODOLOGÍA: Las bases bibliográficas que se han consultado han sido PubMed, Cuiden. Descriptores usados como Ictus, actuaciones de enfermería en pacientes neurológicos.

RESULTADOS: Es de vital importancia para los cuidadores de estos pacientes neurológicos una buena educación sanitaria, por lo que las intervenciones y actuaciones de enfermería en esta patología deben de ir sobretodo encaminada a reducir el riesgo de broncoaspiración a la hora de la alimentación, mantener hidratados y nutridos en la medida de lo posible.

CONCLUSIÓN: Lo más importante es intentar diagnosticar precozmente al paciente con patología neurológica y las consecuencias que le acarrea dicha enfermedad para así poder educar al paciente y al cuidador, explicarles en todo momento las complicaciones inmediatas que pueden tener con esta patología, si se cumplen estos requisitos se podría llegar a conseguir cuidados de calidad para pacientes neurológicos.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, DISFAGIA, ACTUACIONES DE ENFERMERIA, BRONCOASPIRACIÓN.

FIEBRE Y RIGIDEZ: SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO

RICHARD HARRINSON SERRANO CARRASCAL, JOSEFINA MORENO LÓPEZ, MARÍA ENCARNACIÓN PARRILLA SÁNCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 43 años con antecedentes de Esquizofrenia en tratamiento con clopromazina. Hace una semana cambio de medicación basal y se agrega venlafaxina 150mg /24 horas. Comienza 48 horas con clínica de malestar general y fiebre de hasta 39° y progresivamente crisis de sudoración profusa y rigidez.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En el examen físico inicial el paciente estaba postrado, febril, con rigidez de nuca, con auscultación cardiopulmonar anodina. Constantes vitales: TA 190/120 mmhg FC 130 L/min T 38,5°. Glasgow de 14 , leucocitosis de 16.000 Con PCR de 150 mg /dl y creatinina de 2 mg/dl. Ante la sospecha de meningitis bacteriana se realiza punción lumbar previo TAC craneal normal obteniéndose liquido cristalino sin leucocitos, pero ya se había iniciado antimicrobianos por que ante la sospecha de decapitación se continua ceftriazona , ampicilina, vancomicina y aciclovir. Se extraen muestras de hemocultivos, urocultivos y cultivo de LCR que son negativos. Precisa aislamiento de via aérea por rigidez y trismus mas sedación para adaptación a ventilación mecánica. Se realiza ventana neurológica y el paciente continua con clínica por lo que se plante como alteranativa diagnostica SNM. Cumple con todos los criterios (rigidez generalizada en rueda dentada , disfunción renal y aumento de CK) y mejora al suspender neurolépticos y al manejo con benzodiacepinas hasta el alta hospitalaria.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome Neuroléptico maligno. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Meningitis aguda bacteriana. Síndrome serotoninérgico. Encefalitis viral hipertiroidismo.

CONCLUSIONES: La eficacia del tratamiento depende de la reducción de los factores de riesgo, la identificación temprana, el cese de la administración de neurolépticos, y la institución expedita de tratamiento de sostén. El cuidado médico debe enfocarse en el equilibrio de líquidos y electrolitos, reducción de la temperatura y sostén cardiovascular si fuera necesario. Entre las posibles complicaciones deben considerarse la insuficiencia cardíaca, pulmonar o renal; sepsis, neumonía por broncoaspiración, infecciones concomitantes, embolia pulmonar y coagulación intravascular diseminada.

PALABRAS CLAVE: RIGIDEZ, COMA, SÍNDROME NEUROLÉPTICO, NEUROLÉPTICOS, CUIDADOS CRÍTICOS.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN LA DEPRESIÓN POST ICTUS

ANA DÍAZ CARMONA, ELENA LUQUE MACKINLAY, ALBERTO TOLEDO MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: Los ictus traen consigo grandes cambios en la vida diaria de aquellos que lo sufren, dependiendo que zona del cerebro se vea afectada los pacientes pueden sufrir problemas de visión, del habla, de memoria, parálisis de uno o varios miembros, etc. Es por ellos que después de un cambio tan radical en su vida, estos pacientes tengan una alta probabilidad de sufrir depresión.

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de la depresión en pacientes supervivientes al ictus.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas "Cochrane" "PubMed" y se han buscado artículos publicados en los últimos cinco años con los siguientes descriptores DECS "ictus", "depresión", "prevalencia", "factores de riesgo" y de estos se han seleccionado tres artículos.

RESULTADOS: Se han realizado estudios que demuestran que uno de cada tres pacientes con ictus sufrirá depresión, siendo ésta más frecuente en pacientes que tengan afasia. El ictus ha sido considerado una enfermedad con repercusión motora principalmente, teniéndose en cuenta la sintomatología física; es por ello que la atención hospitalaria y la rehabilitación de estos pacientes se centra sobre todo en tratar de conseguir la mayor independencia física del paciente, sin tener en cuenta la esfera emocional que esta enfermedad conlleva.

CONCLUSIÓN: Siendo tan grande el numero de afectados (un tercio de los pacientes que han sufrido un ictus) y siendo además el principal factor que limita la recuperación de los pacientes, aumentando así su morbimortalidad, debería tenerse más en cuenta por parte de los neurólogos, para poder diagnosticar y tratar adecuadamente, para así favorecer la recuperación funcional y social del paciente.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO, DEPRESIÓN.

ATENCIÓN HOSPITALARIA EN PACIENTE CON NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

RAQUEL COLOM DOMINGUEZ, JUAN IGNACIO ZAMBUDIO TERRÓN, CRISTINA CABA MARTINEZ, MARIA ANGELES LEON RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 47 años de edad acude a urgencias con dolor facial derecho intenso y repetitivo de 4 meses de duración que no remite tras analgesia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente presenta un cuadro de dolor intenso, de tipo eléctrico, que empeora con algunos movimientos como el comer, beber, tocarse la cara, etc. En la exploración se objetiva dificultad para cerrar el ojo derecho e hipoestesia en hemicara derecha. El reflejo corneal es normal. Se realiza toma de constantes que resultan normales y resonancia magnética. La paciente ya se encontraba bajo tratamiento farmacológico por el dolor y por su enfermedad de base: Esclerosis Múltiple.

JUICIO CLÍNICO: La exploración neurológica es normal. Estudios de neuroimagen descartan patología compresiva del nervio. Por la sintomatología manifestada y la enfermedad de base el diagnóstico se inclina hacia una neuralgia del trigémino. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Lesiones del trigémino tras cirugía oral o de senos paranasales, malformaciones vasculares, tumores extracraneales, traumatismos faciales o incluso dolor de muelas.

PLAN DE CUIDADOS: Se decide ingreso en planta para tratamiento del dolor. Se valora periódicamente el dolor mediante escala Eva. Se instaura vía periférica para infusión regular de analgesia. También se administran anticonvulsivos como la Gabapentina.

CONCLUSIONES: La paciente mejora notablemente a las pocas horas del tratamiento y al segundo día se le da el alta hospitalaria. La neuralgia de trigémino es un síntoma común en afectados por esclerosis múltiple. En los días previos al acontecimiento el paciente puede sentir un cosquilleo o un estremecimiento. Se aconseja que ante estos signos y ante el inicio del dolor se pongan rápidamente en contacto con su enfermera, médico o neurólogo directamente. Es por ello que también se aconseja una buena salud bucodental. En la actualidad son muchos los tratamientos farmacológicos que resultan inefectivos para este trastorno. En cuyos casos se decide por otros tipos de tratamiento (Rizotomía percutánea con balón, termo-lesión, etc.).

PALABRAS CLAVE: NEURALGIA, TRIGÉMINO, DOLOR, ESCLEROSIS, MÚLTIPLE.

ICTUS ISQUÉMICO AGUDO SOBRE ARTERIA CEREBRAL EN PACIENTE JOVEN

JOSE MARIA RAMIREZ BOLLERO, IRENE MACÍAS GUZMÁN, ANTONIO LÓPEZ RUIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 28 años con antecedentes de fumador activo, consumo de drogas y bebedor ocasional en fines de semana. Acude al servicio de Urgencias por cefalea intensa holocraneal (de < 12 horas de evolución) y aparición desde hace una hora de pérdida de fuerza sobre el brazo y pierna izquierda. En la exploración neurológica del paciente destaca una parálisis facial central derecha, claudicación del brazo izquierdo (4/5) y de la pierna izquierda (4/5).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El TAC de cráneo reveló una lesión isquémica aguda sobre el territorio de la arteria cerebral media derecha. Se realizó una analítica de rutina completa (con serología para VIH-Virus hepatotropos – Sífilis) y estudio de autoinmunidad y coagulación con resultados de normalidad. En la ecografía doppler de troncosupraaórticos se visualizó un trombo mural sobre la arteria carótida interna derecha. Se realizó una angioRMN y RMN cerebral que mostró un stop a nivel de la arteria carótida interna derecha y una lesión isquémica aguda sobre el territorio que irriga la arteria cerebral media derecha.

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico agudo sobre arteria cerebral media derecha secundaria a disección carotídea derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** - Polineuropatía desmielinizante o axonal. - Miopatía aguda o crónica - Mielopatía.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente evolucionó favorablemente tras iniciar rehabilitación y tratamiento con antiagregación (aspirina 300 mg vía oral).

CONCLUSIONES: Existen factores genéticos o con asociación familiar, entre los que destacan enfermedades del tejido conectivo (displasia fibromuscular, síndrome de Ehlers–Danlos, síndrome de Marfan) responsables de 55 a 68% de los casos en algunas series. También existen estudios que señalan el consumo de tóxicos (como en nuestro caso) como aumento del riesgo de presentar una disección carotídea. La hemiparesia, asociada a dolor de cuello, cara o cabeza ipsilateral constituye el síntoma más frecuente; síndrome de Horner ipsilateral (el 50% de los casos), parálisis de los nervios craneales (12%) y tinnitus pulsátil (5%).

PALABRAS CLAVE: CEFALEA, PARESIA, AGUDA, TROMBOSIS.

PACIENTE DE ALZHEIMER CON ALTO DETERIORO COGNITIVO

MONICA ALONSO LOPEZ, MOISES GONZÁLEZ GARRIDO, MARÍA CISA DOCIO CASTRO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Acude al servicio de urgencias una señora de 78 años diagnosticada de Alzheimer en etapa avanzada. El motivo de consulta lo explica su marido que la acompaña, ya que la paciente se encuentra con un deterioro cognitivo bastante avanzado. Su marido nos explica que está dejando de comer casi por completo, y que cuando él consigue que su esposa coma algo, ella tose mucho, echa saliva, se pone muy roja, muy agitada, se asfixia y casi se ahoga. El marido muy angustiado con la situación acude a urgencias en busca de ayuda profesional, y nos comenta llorando que casi se muere.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica de sangre (hemograma, bioquímica, equilibrio ácido-base, coagulación). Se hace RX de tórax. Se realiza electrocardiograma. Toma de constantes (TA-FC y Sat O2) Exploración neurológica completa. Cuestionario de su entorno y AVD. Aplicación del examen mini mental de Folstein.

JUICIO CLÍNICO: Deterioro cognitivo severo. Riesgo de aspiración y/o atragantamiento. Deterioro de la alimentación Alto riesgo de desnutrición. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Alto riesgo de atragantamiento y/o aspiración r/c deterioro del nivel de conciencia. NOC Estado de deglución Estado nutricional Estado gastrointestinal Prevención de la aspiración Hidratación Higiene bucal NIC Alimentación Alimentación enteral por sonda Manejo de la nutrición Terapia de deglución Precauciones para evitar la aspiración Vigilancia de la piel y mucosas.

PLAN DE CUIDADOS: Alimentación Alimentación enteral por sonda Manejo de la nutrición. Terapia de deglución. Precauciones para evitar la aspiración. Vigilancia de la piel y mucosas.

CONCLUSIONES: Al alta hospitalaria de la paciente, se pone en marcha un informe para la enfermera de su centro de salud de referencia con el objetivo de que valore y realice un plan de cuidados y de seguimiento, ya que la paciente requiere de un equipo multidisciplinar para la continuidad de sus cuidados y el cumplimiento de los objetivos en r/c su patología.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, ALZHEIMER, ATRAGANTAMIENTO, DESNUTRICIÓN, DETERIORO.

TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

MONICA ALONSO LOPEZ, MOISES GONZÁLEZ GARRIDO, MARÍA CISA DOCIO CASTRO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Acude al centro de salud un paciente crónico diagnosticado de HTA diabetes y depresión. Lleva en y tratamiento varios años pero tiene mal pronóstico y su estado de salud empeora de forma considerable debido a su depresión por la muerte de su esposa, descuido de sus hijos y el trastorno con el sueño. El no dormir le está comprometiendo su salud, todos los valores alterados, disminuye el autocuidado y el estado depresivo está descontrolado. Nos comenta que apenas duerme, que tiene pesadillas, se desvela en la noche, llora y duerme mal en el día. Acude pidiendo ayuda a los profesionales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Valoración del estado cognitivo Toma de constantes (glucemia, TA y FC) Se realiza electrocardiograma Analítica completa Cuestionario de Barthel Valoración de condiciones de salud – entorno Uso de escalas de insomnio.

JUICIO CLÍNICO: 00095- Insomnio 0004- sueño 00146- ansiedad 00137- aflicción crónica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: D. E. Trastorno del patrón del sueño (00198) NOC 3- descanso 4- sueño 1402- control de la ansiedad 2100- nivel de comodidad NIC 1850- fomentar el sueño 6482- manejo ambiental – confort 5880- técnicas de relajación 200- fomento del ejercicio.

PLAN DE CUIDADOS: 1850- Fomentar el sueño 6482- manejo ambiental – confort 5880- técnicas de relajación 200- fomento del ejercicio.

CONCLUSIONES: En relación a este caso, resaltar la importancia de identificar por parte de enfermería aquellos aspectos de la vida social que puedan llegar a producir problemas enfermeros en la población. Se llevará a cabo un programa de evaluación-seguimiento para saber si se van cumpliendo los objetivos y la mejora del paciente de forma que mejore su calidad de reposo-sueño y su estado de salud generalizado. Citar al paciente en consulta cada semana para poder realizar una valoración exhaustiva de un plan de cuidados y objetivos a cumplir en r/c su deterioro del sueño.

PALABRAS CLAVE: SUEÑO, INSOMNIO, ANSIEDAD, COMFORT, VIGILIA.

CUIDADOS Y MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ANTE LA MIGRAÑA CRÓNICA

IRMA GONZÁLEZ-QUEVEDO PEDRAYES, MIRIAM MARIA PRADO ALONSO, ESTEFANÍA GARCÍA AVELLON

INTRODUCCIÓN: La migraña crónica es la cefalea vascular por excelencia. Es una enfermedad que afecta al 12-13% de la población. Los factores de riesgo son genéticos, hormonales, ser mujer fértil (estrógenos), uso frecuente de analgesia, padecer ansiedad-depresión, tener hábitos higiénico-dietéticos inadecuados, una baja posición socioeconómica, rasgos de la personalidad o padecer obesidad entre otros. Se caracteriza normalmente por un dolor hemicraneal y pulsátil de varios días de duración, muchas veces acompañado de síntomas vegetativos.

OBJETIVOS: Describir los cuidados y medidas higiénico-dietéticas adecuadas para la migraña crónica como tratamiento coadyuvante al tratamiento farmacológico.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica. La búsqueda bibliográfica se realiza en las bases de datos Dialnet y PubMed con un intervalo temporal entre 2004-2017. Se utilizan los siguientes descriptores: Cefalea migrañosa, Migraña, Jaqueca, Dolor crónico, Ansiedad, Prevención terciaria. Se seleccionan los artículos más relevantes y apropiados con el objeto de estudio.

RESULTADOS: Existen diversas medidas higiénico-dietéticas que pueden ayudar a prevenir la crisis migrañosa o paliar sus síntomas como identificar los factores asociados a los ataques o que los agravan; evitar situaciones de estrés, lugares ruidosos, olores fuertes y estímulos visuales; mantener una buena higiene del sueño; horario fijo de comidas y mismas cantidades, no hacer ayunas y evitar alimentos que precipiten el dolor; el ejercicio y la acupuntura también han dado buenos resultados.

CONCLUSIÓN: Estas acciones pueden ayudar en la prevención y el tratamiento de la migraña junto con el tratamiento farmacológico adecuado. Es muy importante individualizar cada caso y tener en cuenta que es un trastorno crónico muy prevalente en la sociedad moderna. En muchas ocasiones aumenta la incidencia de trastornos mentales (como depresión y ansiedad) y llega a ser incapacitante.

PALABRAS CLAVE: CEFALEA MIGRAÑOSA, MIGRAÑA, JAQUECA, DOLOR CRÓNICO, ANSIEDAD, PREVENCIÓN TERCIARIA.

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL ALZHEIMER

FRANCISCO JOSÉ HIDALGO LUNA, ANTONIO GABRIEL GARCIA OCAÑA, MARIA JOSE HERNANDEZ GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 88 años que en los últimos años refiere más torpeza en actividades básicas de la vida diaria y de movilidad. Refiere realizar pocas actividades. El primer síntoma fue trastorno de memoria de inicio insidioso, evolucionado de forma progresiva. Hipercolesterolemia. Hipotiroidismo. Ansiedad. HTA.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración sin focalidad, ni parkinsonismo. TAC Craneal en marzo 2014: atrofia C-S. Análisis resumen análisis 252 valoración inicial. MMSE 16/30 blessed 3,5-0-4 animo bajo y ansiedad. Test episódico 20. Refieren más torpeza en actividades básicas y de movilidad. Visión doble para objetos lejanos en los 6-8 meses previos con molestia cefálica. TC craneal en abril 2015: atrofia cs, dilatación del sistema ventricular supratentorial con disminución de surcos parasagitales superiores con disminución de la atenuación periventricular en zonas declives (índice de evans 0.33). Hipodensidad de sustancia blanca subcortical en relación con patología isquémica. No se observa sangrado intra ni extraaxial. Blessed 6,5-5-6. Ansiedad apatía ocasional. Depresión, irritabilidad no anda, pañales, come sola, confunde familiares, lenguaje normal.

JUICIO CLÍNICO: Alzheimer avanzado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Alzheimer avanzado. HTA. Hipercolesterolemia.

CONCLUSIONES: El alzheimer es una patología que es neurodegenerativa en el cual produce tanto deterioro cognitivo como conductual. El papel de la enfermería consiste principalmente en la ayuda al paciente para evitar a través de juegos u otros tipos de tarea que este deterioro no sea rápido en las fases principales. En las fases avanzadas dicho papel se centra en realizar cuidados habituales de la vida diaria, enseñándole a la familia como realizarlos.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS ENFERMEROS, MEMORIA, NEURODEGENERACIÓN, DETERIORO COGNITIVO.

ABORDAJE EN PACIENTES CON ATETOSIS POR LOS PROFESIONALES DE SALUD

PABLO JOSÉ ORTEGA MORALES, MARIA DEL CARMEN LOPEZ LOPEZ, MARÍA DOLORES ZAPATA MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: La Atetosis o también conocida como temblor cefálico, son lesiones que se producen en pacientes con parálisis cerebral y que se manifiesta con movimientos lentos, incontrolados e involuntarios. También producen trastornos del lenguaje al tener afectados los músculos de la boca.

OBJETIVOS: Identificar las causas de la Atetosis o temblor cefálico, así como las lesiones que producen en los pacientes con parálisis cerebral.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre la importancia de adoptar unas medidas preventivas antes de que aparezcan los síntomas de la Atetosis o temblor cefálico en los últimos diez años. Se consultaron diferentes bases de datos como Dialnet, PubMed, Scielo, así como búsqueda libre por Internet y revistas con acceso abierto. En todos los casos se limitó la búsqueda al intervalo de tiempo 2010-2016. En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos nacionales, se utilizaron descriptores en español ; Atetosis, temblor cefálico, parálisis.

RESULTADOS: Los resultados muestran que los pacientes con parálisis cerebral pueden padecer Atetosis o temblor cefálico , lesiones que se manifiestan con movimientos lentos, involuntarios e incontrolados pudiendo producir trastornos en el lenguaje al tener los músculos de la boca afectados.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir que, un porcentaje de los pacientes con parálisis cerebral pueden sufrir trastornos en el movimiento debidas a enfermedades como la Atetosis.

PALABRAS CLAVE: ATETOSIS, TEMBLOR, MOVIMIENTOS, LESIONES, PARÁLISIS.

HIPOTIROIDISMO CLÍNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

CRISTINA DURAN ALBA, BARBARA BLANCO CARO, MARIA VIRIDIANA BREA LOPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 69 años, no ram, hta en tto con Enalapril, hipotiroidismo de 7 años de evolución, en tto con Levotirixina entre 50-100 mcg diarios. Valorada en la consulta de su médico de familia por presentar sensación de frío, palpitaciones y nerviosismo, tras analítica se detectó tsh 0,09 t4 1,54 t3 2,07 por lo que suspendió el tto de levotiroxina 75mcg. A los 2 meses la paciente presenta deterioro del nivel de conciencia progresivo, refieren sus hijas que al inicio, presentaba dificultad para la deambulación con desviación de la marcha, que ha ido empeorando la última semana. No fiebre, ni cefalea, olor fuerte en orina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física aportó los siguientes datos: Aceptable estado general, palidez en piel y mucosas. Eupneica, abdomen blando, distendido, depresible. No edemas en miembros inferiores, pulso periféricos presentes. Pruebas Complementarias: Analítica de sangre. Urocultivo. RX tórax.

JUICIO CLÍNICO: Hipotiroidismo clínico e infección urinaria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis del paciente, la exploración física y las pruebas de laboratorio, la sospecha diagnóstica es de Hipotiroidismo clínico con disminución del nivel de conciencia, secundario a la interrupción del tto hormonal, aunque a falta de la analítica (gasometría), Rx de tórax y urocultivo no es posible descartar un principio de demencia.

CONCLUSIONES: Por los datos recabados, tendremos que pensar que la paciente presenta disminución del nivel de conciencia, de origen mixedematoso a consecuencia de la falta de la hormona tiroidea, tras la interrupción del tratamiento con Levotiroxina, que junto con la infección de orina agravan los síntomas. Este diagnóstico se confirmará con una analítica completa y urocultivo por lo que se procede a la derivación del paciente a su centro hospitalario para su seguimiento y tratamiento.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, INFECCIÓN URINARIA, INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA, HIPOTIROIDISMO.

LA VÍDEO TELEMETRÍA HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES EPILÉPTICOS

ALEJANDRO ANTÓN PLATA, JACINTO GOMEZ BARRIO, MARIA BACA BOCANEGRA

INTRODUCCIÓN: La epilepsia es una enfermedad neurológica en la cual ocurre una descarga neuronal cortical que provoca crisis epilépticas que se manifiestan en la mayoría de las ocasiones por sacudidas violentas del paciente (convulsiones) y pérdida transitoria de la consciencia.

OBJETIVOS: Determinar las aplicaciones de la vídeo telemetría en los pacientes que sufren epilepsia.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica durante 3 meses. Para ello se han utilizado diferentes bases de datos como: Google académico, Cuiden y Scielo. Los descriptores usados son: "Vídeo telemetría", "Estudio electroencefalográfico", "epilepsia" Y "vídeo electroencefalografía".

RESULTADOS: La vídeo telemetría es una prueba en la cual se realiza un registro electroencefalográfico y una grabación de vídeo a tiempo real del paciente. Se suele llevar a cabo durante unos días, durante los cuales se pretende captar algún ataque epiléptico. Durante el estudio se le pide al paciente que active una alarma si piensa que va a tener un ataque. Al finalizar el estudio se elabora un informe de las diferentes ondas epilépticas captadas, dando información de cada una de ellas, lo que permite hacer una clasificación de la enfermedad y saber el origen y la propagación de la misma. Este estudio en pacientes con epilepsia es de gran utilidad tanto para la evaluación como para el diagnóstico de esta enfermedad. Se usa para conocer si el tratamiento instaurado es efectivo, para saber si el paciente tiene verdaderamente epilepsia o si éste requiere más medicación o es candidato para cirugía.

CONCLUSIÓN: La vídeo telemetría es de gran utilidad tanto en aquellos pacientes con epilepsia, ya que permite hacer un diagnóstico más certero y ajustar el tratamiento (farmacológico o quirúrgico), como en aquellos en los que se presuponen que la tienen, puesto que en muchas ocasiones permite descartar esta enfermedad en aquellos pacientes que presentan signos y síntomas muy similares a la epilepsia.

PALABRAS CLAVE: ESTUDIO ELECTROENCEFALOGRÁFICO, EPILEPSIA, VÍDEO TELEMETRÍA, VÍDEO ELECTROENCEFALOGRAFÍA.

CUIDADOS Y TRATAMIENTOS PARA COMBATIR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

ALEJANDRO ANTÓN PLATA, JACINTO GOMEZ BARRIO, MARIA BACA BOCANEGRA

INTRODUCCIÓN: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica y progresiva del sistema nervioso central que afecta y causa lesiones en la mielina que recubre los axones de la neurona y que constituye la llamada sustancia blanca. Provoca numerosos signos y síntomas, generalmente de forma recurrente como: fatiga, falta de equilibrio, dolor, alteraciones visuales y cognitivas, dificultades del habla, temblor, etc. Se da con más frecuencia entre la población de 20 a 30 años y afecta en mayor medida a mujeres que a hombres.

OBJETIVOS: Estudiar y analizar los cuidados y tratamientos que están disponibles a día de hoy para combatir esta enfermedad así como la afectación de las personas que la sufren.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática durante 2 meses. Para ello se han utilizado diferentes bases de datos como: Scielo, Cuiden y el buscador Google Académico. Los descriptores utilizados han sido: "Esclerosis Múltiple", "Cuidados en la esclerosis múltiple", "tratamiento", "E. M" y "Evolución de la enfermedad".

RESULTADOS: En la actualidad se emplean multitud de fármacos para intentar modificar el curso de la enfermedad (previniendo los brotes y reduciendo las lesiones y discapacidades adquiridas) y para conseguir un alivio de los principales síntomas que causa esta enfermedad: fatiga, espasticidad, capacidad de marcha, dolor neuropático, déficit cognitivo y disfunción vesical. Durante los brotes se usan principalmente los corticoides acompañados de otras terapias como la plasmaféresis y la inmunoglobulina G IV. Además, se hace necesario de un trabajo en equipo multidisciplinar para abordar toda la esfera biopsicosocial.

CONCLUSIÓN: A pesar de el gran avance en el manejo de esta enfermedad, todavía no se ha logrado frenar su avance y encontrar una cura definitiva. Además, muchos pacientes no tienen una buena adherencia al tratamiento lo que dificulta más aun su control. Se debe reforzar y promover la investigación para seguir avanzando en el manejo de la esclerosis múltiple.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS MÚLTIPLE, CUIDADOS EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE, TRATAMIENTO, EM, EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

MENINGITIS BACTERIANA AGUDA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

ROCIO ISABEL RUIZ ALIAGA, MONICA ARAGON GARCIA, MARÍA PÉREZ-CASTEJÓN MARTÍNEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 35 años, ingresa en la unidad de reanimación tras ser operado de una rinoplastia por antecedentes de sinusitis crónica. A su llegada constantes estables. Tras un corto periodo de tiempo inicia con fiebre alta, rigidez de nuca y desorientación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 138/67 mmHg. SatO₂ 96%, T^o 39,3 C^o, FC: 76 latidos por minuto. Consciente pero tendencia al sueño. Respuesta motora de las cuatro extremidades al dolor. Desorientado parcialmente. Presencia de rigidez en el cuello. Se realiza analítica de sangre, hemocultivos detectando bacteriemia y punción lumbar, el análisis del líquido cefalorraquídeo fue sugerente de infección piogena. Se realiza Tomografía de cráneo, reportando sinusitis esfenoidal y etmoidal. El cultivo desarrollo Streptococcus Pneumoniae.

JUICIO CLÍNICO: Meningitis bacteriana por Streptococcus Pneumoniae. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Debe hacerse un diagnóstico diferencial principalmente con la meningitis viral y la tuberculosa. Debe realizarse un estudio del LCR, tanto microbiológico como citoquímico para realiza un diagnóstico diferencial con otros agente etiológicos.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos, después de sufrir una crisis convulsiva. Se monitorizan constantes, diuresis y nivel de consciencia. Se toman medidas para disminuir la hipertensión intracraneal: analgesia, agentes hiperosmolares (manitol, suero salino hipertónico). Recibió tratamiento empírico con esteroides, ceftriaxona y vancomicina. Tras los resultados del cultivo se ajusto el tratamiento antimicrobiano con penicilina G sódica cristalina por su sensibilidad al mismo.

CONCLUSIONES: En pacientes con factores de riesgo y un cuadro clínico sugerente de meningitis bacteriana debe iniciarse lo antes posible el tratamiento antibiótico con la finalidad de disminuir la mortalidad y las complicaciones asociadas.

PALABRAS CLAVE: BACTERIA, INFECCIÓN, MENINGITIS, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL

JOSÉ DANIEL GUALDA MARTÍN, MARÍA DOLORES CARMONA SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN CARMONA RIVAS

INTRODUCCIÓN: La atrofia muscular espinal es una enfermedad neuromuscular genética, manifestada por una pérdida progresiva de la fuerza muscular.

OBJETIVOS: Determinar la etiología de la atrofia muscular espinal. -Informar del tratamiento de dicha atrofia.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Scielo, Medline, Cochrane Plus, Cuiden Plus y Pubmed, usando los descriptores: atención de enfermería; atrofia muscular espinal; epidemiología; etiología. Las variables consideradas fueron el tema, número de publicaciones desde 2010 hasta 2016, autores, revistas y nacionalidad e internacionalidad. Se encontraron 63 referencias tras la búsqueda; y fueron seleccionadas 50 para un análisis a fondo, por cumplir los criterios de inclusión propuestos.

RESULTADOS: Según la bibliografía consultada la atrofia muscular espinal, supone la segunda causa principal de enfermedades neuromusculares, con una incidencia de 4 afectados por cada 100000 individuos. Ocurre en ambos sexos por igual. La mayoría de veces, la persona ha de heredar el gen defectuoso de ambos progenitores para desarrollar la enfermedad. Actualmente, no existe cura para la atrofia muscular espinal. Su tratamiento se basa en el manejo y prevención de los efectos secundarios de la debilidad muscular, incluyendo tratamiento respiratorio, nutricional y de rehabilitación.

CONCLUSIÓN: La atrofia muscular espinal, es poco conocida, con lo que enfermería debe aumentar su visibilidad y reconocimiento sobre todo en centros educativos, ya que aunque los pacientes tengan una limitación física, su intelecto no se ve afectado. Es fundamental el papel de enfermería a la hora de ayudar a los familiares a conocer la enfermedad y sus complicaciones; así como superarlas.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, ATROFIA MUSCULAR ESPINAL, EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ENFERMEDAD NEUROLÓGICA

ÁNGELA CÁRDENAS GARCÍA, JULIA CARDENAS SORIA, MARIA ESTER GALDEANO ALVAREZ

INTRODUCCIÓN: La esclerosis múltiple (EM) está considerada como una enfermedad autoinmune que afecta al cerebro y la médula espinal. Lesiona la vaina de mielina, el material que rodea y protege las células nerviosas. La lesión hace más lentos o bloquea los mensajes entre el cerebro y el cuerpo. Los síntomas suelen ser: alteraciones de la vista, debilidad muscular, problemas de coordinación y equilibrio, pinchazos, picazón, entumecimiento, problemas con el pensamiento, y la memoria. No se conoce la causa exacta pero se cree que es una enfermedad autoinmune. Afecta más a mujeres que a hombres, suele comenzar entre los 20 y 40 años.

OBJETIVOS: Conocer la enfermedad, causas, tratamiento. Identificar sobre los métodos para mejorar la calidad de vida de pacientes de esclerosis múltiple.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda de datos en Medline Plus y en el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos.

RESULTADOS: Varios estudios realizados sugieren que la personas que ya tienen la enfermedad, la vitamina D puede reducir la frecuencia y gravedad de los síntomas. Los interferones son un grupo de proteínas naturales producidas por las células de los seres humanos que con el tiempo pueden retrasar el empeoramiento de los síntomas. El daño al nervio es causado por la reacción de inflamación. Para diagnosticarla se pueden realizar varios exámenes: - Bandas oligoclonales en LCR (líquido cefalorraquídeo). - Conteo de células en LCR. - Proteína de mielina en LCR. - RMN (resonancia magnética) de cerebro.

CONCLUSIÓN: No existe una cura. Algunas personas pierden la capacidad para escribir, hablar o caminar. Existen medicamentos para enlentecer el proceso y ayudar a controlar los síntomas. La fisioterapia junto con la terapia ocupacional pueden ayudar, y una buena alimentación.

PALABRAS CLAVE: BANDAS OLIGONALES, MIELINA, VAINA, INTERFERONES, AUTOINMUNE, LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE MOEBIUS

ÁNGELA CÁRDENAS GARCÍA, JULIA CARDENAS SORIA, MARIA ESTER GALDEANO ALVAREZ

INTRODUCCIÓN: Es una enfermedad extremadamente rara en la cual dos nervios craneales el VI y el VII normalmente no están desarrollados, causando parálisis facial y falta de movimiento en los ojos. Estos nervios controlan el parpadeo y el movimiento lateral de los ojos. Sus causas son desconocidas aunque varios estudios avalan que puede estar causada por causas genéticas, factores teratogénicos, anomalías placentarias...

OBJETIVOS: Conocer la enfermedad y sus riesgos, conocer signos y síntomas del Síndrome de Moebius así como su tratamiento, reconocer las afectaciones producidas por esta enfermedad.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una búsqueda en base de datos Medline plus y Scielo.

RESULTADOS: Para su diagnóstico se puede realizar una electromiografía facial, un TAC (que nos puede mostrar calcificaciones del tronco cerebral en el núcleo de los nervios craneales), un test genético y un cariotipo.

CONCLUSIÓN: La falta de movilidad de los músculos de los párpados produce una mala humidificación del ojo y se puede formar úlceras por ello se debe utilizar gotas humectantes. Debemos usar gafas de sol para proteger el ojo. Algunos casos graves pueden presentar apnea central y necesitar ventilación mecánica. Hoy día existe cirugía plástica para conseguir que las personas afectadas logren movilizar el músculo facial permitiendo un mejor cierre labial y realizar el movimiento de la sonrisa con normalidad.

PALABRAS CLAVE: APNEA CENTRAL, CARIOTIPO, TAC, NERVIOS CRANEALES, ÚLCERAS, ELECTROMIOGRAFÍA FACIAL.

DISTONÍA CERVICAL: CARACTERÍSTICAS DE LA TORTÍCULIS ESPASMÓDICA

JULIA CARDENAS SORIA, MARIA ESTER GALDEANO ALVAREZ, ÁNGELA CÁRDENAS GARCÍA

INTRODUCCIÓN: Por lo que es un trastorno neurológico crónico caracterizado por espasmos en los músculos del cuello. Su incidencia es desconocida, no hay una causa aparente, pero la mayoría de los casos padece tener un cierto componente genético o por golpes en la cabeza o cuello.

OBJETIVOS: Determinar los signos y síntomas de la enfermedad neurológica en los pacientes.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática del tema en diversas base de datos científicas.

RESULTADOS: Por lo que es un trastorno neurológico que puede ocurrir a cualquier edad. La edad de comienzo está entre los 40 y 50 años de edad y es más frecuente en mujeres. Afecta alrededor de 30 de cada 100 mil personas en el mundo. Los síntomas pueden aparecer de forma gradual, causando dolor intenso en el cuello, nuca y espalda. Además tiende a empeorar con la fatiga y el estrés.

CONCLUSIÓN: La distonía cervical puede ser congénita, ser consecuencia de consumo de fármacos o por causa de varios trastornos neurológicos. Para reducir los signos y síntomas se inyecta toxina botulínica en el musculo y medicamentos pos vía oral que ayudan o actúan como relajante muscular. La cirugía puede ser adecuada en algunos casos. Las complicaciones de este trastorno pueden desarrollar osteofitos.

PALABRAS CLAVE: EXPLORACIONES NEUROLÓGICAS, TOXINA BOTULÍNICA, CUELLO, TORTÍCULIS ESPASMÓDICA.

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN PACIENTE CON SÍNDROME MELAS

MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ, CRISTINA CAÑUELO MORENO, SILVIA POZUELO SANCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 38 años que acude al servicio de Urgencias por un cuadro de 3 días de evolución presentando alteración del estado de alerta, caracterizado por lenguaje incoherente, labilidad emocional y agresividad. Además de cefalea, vómitos y visión borrosa. No presenta antecedentes relevantes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física destaca talla baja y desorientación global. La exploración de nervios craneales no fue valorable por su estado; se detesta, además, hemiparesia. Los exámenes de laboratorio presentaron glucosa en ayuno elevada (193 mg/dl), con una HbA1c de 9.2%. Y ácido láctico de 64 mg/dl (rango normal: 3.6-18). Se canaliza vía venosa periférica y queda ingresada en la unidad de neurología para estudio.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome Melas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome Melas.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. NIC: Administración de nutrición parenteral total NOC: Eliminación urinaria. NIC: Manejo de la eliminación urinaria. NOC: Eliminación intestinal. NIC: Manejo del estreñimiento. NOC: Curación de la herida por primera intención. NIC: Cuidados del sitio de la incisión. NOC: Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias; NIC: Aspiración de las vías aéreas. A lo largo del ingreso fueron apareciendo nuevos diagnósticos enfermeros. (00002) Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad de ingerir los alimentos m/p debilidad de los músculos requeridos para la masticación. (00016) Deterioro de la eliminación urinaria r/c trastorno neuromuscular m/p dificultad para iniciar la micción. (00011) Estreñimiento r/c deterioro neurológico m/p masa palpable (00066) Sufrimiento espiritual r/c enfermedad crónica m/p expresiones de falta de esperanza. (00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c disfunción neuromuscular m/p dificultad para vocalizar.

CONCLUSIONES: Tras ser ingresada en el servicio de Neurología se diagnostica que presenta una enfermedad neurodegenerativa (Síndrome Melas), con pronóstico desfavorable.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS ENFERMEROS, TRATAMIENTO, SÍNDROME MELAS, PRONÓSTICO.

EVOLUCIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

JULIETA ROMERO VILLALBA, MARÍA SÁNCHEZ NAVARRO, MARINA MARTÍNEZ LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: Es una enfermedad neurodegenerativa, de origen hereditario autosómico dominante que evoluciona hacia la incapacidad total o muerte de forma lenta y gradual. Caracterizada por corea, deterioro cognitivo y síntomas psiquiátricos y conductuales. Suele desarrollarse entre los 30 y 50 años, existen varias variantes como, variante clásica, variante senil y variante juvenil.

OBJETIVOS: Determinar el tipo de seguimiento en estos casos.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en diversas bases de datos: Pubmed, Scielo, Cochrane. Se emplearon diferentes descriptores tales como: Evolución, Huntington, Enfermería. Los filtros empleados fueron: acceso libre de forma gratuita al documento, artículos desde 8 años atrás hasta ahora.

RESULTADOS: Esta enfermedad no tiene tratamiento pero se puede detectar a portadores presintomáticos, por lo que es importante mantener controles en pacientes con antecedentes en su familia, ya que la mutación genética aumenta de una generación a otra, provocando inicio precoz y una progresión más rápida. La causa de muerte suele ser la neumonía por broncoaspiración secundaria a la disfagia y la inanición, infección o fallo cardíaco.

CONCLUSIÓN: La enfermedad de Huntington es de evolución lenta y mortal. Es importante aconsejar a familiares de pacientes afectados mantener controles. Actualmente se han implementado formas de tratamiento para aliviar síntomas, con lo que se logra alcanzar una mayor calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: EVOLUCIÓN, HUNTINGTON, ENFERMERÍA, ENFERMEDAD.

REPERCUSIÓN DE LOS TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

PABLO JESUS HERNÁNDEZ SAURA, YESELIA JESÚS SÁNCHEZ PARISMORENO, ISABEL MARIA ROMERO ANDREO, MARIA CARMEN RUIZ BOTÍAS, AMANDA RIPOLL NAVARRO, MARIA DEL CARMEN LOPEZ RAMON, EVA MARIA SERRANO SANCHEZ, LAURA SANCHO AGUIRRE

INTRODUCCIÓN: Además del tratamiento farmacológico existen terapias rehabilitadoras dirigidas a aliviar los síntomas y mitigar las consecuencias derivadas de los mismos. Su éxito se basa en su aplicación precoz y mantenida a lo largo de la vida del paciente.

OBJETIVOS: Analizar la influencia de los principales tratamientos no farmacológicos en el paciente con enfermedad de Parkinson.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos: Cuiden, Scielo, Dialnet, Medlineplus, Pubmed, un libro y dos guías informativas, y selección del contenido con más relevancia del tema a tratar.

RESULTADOS: Los tratamientos no farmacológicos pueden ser: Fisioterapia, encargada del tratamiento de los trastornos motores, permitiendo un mayor grado de autonomía para realizar actividades de la vida cotidiana • Ejercicio físico, ayudando a mantener y mejorar la movilidad, flexibilidad, equilibrio, además del estreñimiento y las alteraciones del sueño. Terapia ocupacional, para fortalecer la relación con su entorno, mediante la utilización terapéutica de actividades ocupacionales. Logopedia, para mejorar las alteraciones del lenguaje con estimulación verbal, entrenamiento respiratorio y mantenimiento de la musculatura laríngea. Intervención psicológica. Proporciona apoyo emocional, estrategias y técnicas de afrontamiento al paciente. Musicoterapia. Se favorece la recuperación del ritmo interno personal perdido o alterado. Técnicas de relajación, para lograr un equilibrio psicológico. Tipos: Relajación progresiva de Schulz, ejercicios respiratorios, Tai-chi, baños termales, yoga, etc.

CONCLUSIÓN: Es de gran importancia complementar los fármacos con las intervenciones de terapia no farmacológica, ya que éstas mejoran las capacidades funcionales del paciente, previenen o aminoran las complicaciones, restituyen o compensan las funciones perdidas y mejoran o preservan las que permanecen intactas, retrasan la evolución y dependencia y mejoran su calidad de vida y autoestima.

PALABRAS CLAVE: PARKINSON, TERAPIA, NEUROLOGÍA, REHABILITACIÓN.

GUILLAIN- BARRÉ DESMIELINIZANTE EN PACIENTE JOVEN

ESPERANZA MACARENA MOLINA ROPERO, VIOLETA MARÍA FLORES LLAMAS, ANA MARIA SANCHEZ RUBIO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 22 años ingresada en urgencias por adormecimiento de manos y pies y dificultad visual “desenfoque” con 7 días de evolución. Sin antecedentes familiares de interés. Antecedentes personales: Presentó malestar general, fiebre y náuseas junto con síntomas genitales, la semana previa a la aparición de los síntomas actuales siendo tratada con antibióticos. Sufrió diarrea, que relaciona con la toma de Amoxicilina- Clavulánico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración neurológica: El día de ingreso se apreciaba una hipoalgesia en guante y calcetín y una arreflexia Aquilea. Al día siguiente, se apreciaba una cronodispersión y un aumento patológico de las latencias motoras distales en extremidades, sugestivos de Guillain-Barré desmielinizante en su fase inicial. Se produjo aparición de dificultad para resistencia del orbicular de los ojos y parecía contra resistencia de pares y abolición universal de reflejos en los 4 días posteriores. El andar, posible sin ayuda se hizo lento y atáxico leve. Electromiografía Radiografía de tórax normal Velocidad de sedimentación globular, Hemograma y bioquímica normales Pendientes aerología virales.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Guillain-Barré desmielinizante. **PLAN DE CUIDADOS:** **DIAGNÓSTICO NANDA, OBJETIVOS E INTERVENCIONES:** (00103) Deterioro de la deglución r/c deterioro neuromuscular m/p observación de evidencias de dificultad en la deglución (1010) Estado de deglución (1460) Relajación muscular progresiva (1860) Terapia de deglución (00011) Estreñimiento r/c debilidad de los músculos abdominales m/p incapacidad para eliminar las heces (0501) Eliminación intestinal (0430) Manejo intestinal (0450) Manejo del estreñimiento/ importación (4120) Manejo de líquidos (00085) Deterioro de movilidad física r/c deterioro neuromuscular. (0200) Ambular (0221) Terapia de ejercicios: ambulación (0222) Terapia de ejercicios: equilibrio (6490) Prevención de caídas (6654) Vigilancia: seguridad.

CONCLUSIONES: Tras la administración del tratamiento de inmunoglobulina humana, la paciente fue dada de alta debido a la desaparición de signos y síntomas de enfermedad. La recuperación fue completa sin recidivas, tal y como se apreció en el seguimiento en consulta posterior a la hospitalización.

PALABRAS CLAVE: DESMIELINIZACIÓN, PATOLOGÍA PARALIZANTE, DETERIORO MUSCULAR, GUILLAIN-BARRÉ.

HIDROCEFALIA ARREABSORTIVA SECUNDARIA A LESIÓN GRANULOMATOSA

VIRGINIA DELGADO GIL, ENRIQUE SANCHEZ RELINQUE, PATRICIA FERNÁNDEZ GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 61 años que acude a urgencia por cefalea. Antecedentes personales: Alergia a AAS. Ex fumador. Enfermedades previas: HTA, DM tipo 2, dislipemia. Epilepsia parcial desde 2014. Tratamiento actual: enalapril, simvastatina, metformina/sitagliptina, repaglinida, clopidogrel y LVT. Historia neurológica previa: en 2014 el paciente debutó con epilepsia de inicio parcial secundariamente generalizada, se realizó TC de urgencia sin hallazgos patológicos. En consulta se completó estudio con RMN de cráneo con hallazgo de lesión única a nivel de la unión de la hoz cerebral con la tienda del cerebelo dependiente de la meninge con captación homogénea de contraste compatible con meningioma. Acude a urgencias por cefalea refiere que el inicio fue progresivo pero en el momento actual el dolor es de gran intensidad. No mejora a pesar de analgesia. Parece mejorar levemente tumbado sin llegar a desaparecer.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TC de cráneo: aumento del tamaño ventricular con disminución de surcos. Compatible con hidrocefalia comunicante. LCR: leucocitos 1, hematíes 0, proteínas 53. Gram negativo. Serología negativas. Cultivo negativo. No se mide presión de salida El paciente ingresa en planta y se inicia tratamiento con corticoides. A los 3 días presenta disminución del nivel de conciencia y se realiza nueva punción lumbar: leucocitos 276 (90% de mononucleares), proteínas 192, glucosa 65.

JUICIO CLÍNICO: Meningitis tuberculosa con hidrocefalia arreabsortiva. **CONCLUSIONES:** Con los hallazgos del LCR se realiza tinción para micobacterias siendo positivo para M. Tuberculosis Se inicia tratamiento con rifampicina/isoniacida y pirazinamida. Requirió colocación de válvula de derivación.

PALABRAS CLAVE: HIDROCEFALIA, CEFALIA, MENINGITIS, TUBERCULOSIS.

CUADRO CONFUSIONAL SUBAGUDO Y DEBILIDAD PROGRESIVA EN VARÓN DE 60 AÑOS

MAGDALENA TIRADO TROYANO, NOELIA HUERTAS SÁNCHEZ, LAURA BAUTISTA GONZÁLEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 60 años con antecedentes de HTA, hipotiroidismo, TVP en MII en tratamiento con sintrom, miocardiopatía hipertrófica y colelitiasis. Fumador ocasional los fines de semana, no bebedor; sólo toma un vaso de vino en las comidas esporádicamente. Consulta con servicio de urgencias tras llevar un mes con debilidad, náuseas, vómitos y malestar general. Días antes de la consulta empezó a presentar confusión y debilidad que han aumentado progresivamente dificultándole la deambulación. No cefalea ni fiebre.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: TA:100/60, FC: 70 lpm, SAT02: 90%. A la exploración se encuentra desorientado en tiempo y espacio con inestabilidad en la marcha y diplopía. Refiere acorchamiento en pies y manos, fallos en posicionar y reconocer dedos, y vibratoria disminuida en pies. Hematomas múltiples. Pruebas complementarias: -TAC tórax y abdomen. -Resonancia magnética. -ENG-EMG. -Analítica completa.

JUICIO CLÍNICO: Encefalopatía por déficit de vitamina B1 (encefalopatía de Wernicke).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Se basa en la tríada de ataxia, alteraciones oculares y el cuadro confusional. Se asocian los problemas vasculares y digestivos previos. La resonancia magnética es la principal prueba diagnóstica.

PLAN DE CUIDADOS: Vitamina B1, B6 y glucosa parenteral. Ingesta de complejo vitamínico domiciliario. Dieta equilibrada. Ayudas técnicas para la marcha. Adaptación del medio. Ayuda en las ABVD.

CONCLUSIONES: El 10-20% muere y el 80% desarrolla síndrome de Korsakoff. Es más habitual en hombres asociado a alcoholismo aunque aparece más fácilmente en mujeres.

PALABRAS CLAVE: CUADRO CONFUSIONAL, ENCEFALOPATÍA, DÉFICIT VITAMÍNICO, ATAXIA.

RELACIÓN ENTRE PATOLOGÍAS NEUROMUSCULARES Y CARDÍACAS

MARIA DE LAS MERCEDES HIDALGO COLLAZOS, SONIA SALAS FRÍAS, CRISTINA CAZORLA LUQUE

INTRODUCCIÓN: Según la Federación Española de Enfermedades Neuromusculares (2012), unas 60.000 Personas están afectadas por estas enfermedades en nuestro país. El principal síntoma de estas patologías es la pérdida de fuerza muscular y progresiva, pudiendo aparecer a cualquier edad. Sus efectos son crónicos, degenerativos y por tanto incapacitantes. El origen puede ser variado, desde el genético al inmunológico e infeccioso pasando por el endocrino-metabólico y el tóxico-medicamentoso. Su clasificación varía dependiendo de los nuevos descubrimientos sobre el origen.

OBJETIVOS: Comprobar si hay relación entre las enfermedades neuromusculares y las patologías cardíacas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos publicados en los once últimos años, en distintas bases de datos como: Dialnet, Scielo y Medes

RESULTADOS: La evidencia indica que las enfermedades neuromusculares son un grupo muy diverso y amplio de patologías en las que se incluyen distrofias musculares, miopatías inflamatorias y congénitas, entre otras. Muchas de ellas se asocian a disfunciones cardiovasculares, pudiendo ser en ocasiones la manifestación inicial conjuntamente o no a trastornos neurológicos. La afectación cardíaca va a depender del tipo de enfermedad contraída, pudiendo ser encubierta en ocasiones por la gravedad de la patología neuromuscular.

CONCLUSIÓN: Según los artículos revisados, en los últimos años, muchas de las miocardiopatías idiopáticas han podido ser catalogadas por su etiología relacionadas con la patología neuromuscular, gracias a nuevas técnicas sobre todo moleculares. Se pone de manifiesto la importancia multidisciplinar de cardiólogos, neurólogos y genetistas a la hora de diagnosticar este tipo de patología.

PALABRAS CLAVE: CARDIOPATÍAS, MIOPATÍAS, DISTROFIAS MUSCULARES, ENFERMEDADES CRÓNICAS, PATOLOGÍAS NEUROMUSCULARES.

A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME DE PSEUDOTUMOR CEREBRAL

SANDRA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, MARIA DOLORES GONZÁLEZ COLOMÉ, MIGUEL JIMÉNEZ MEJÍAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 10 años que ingresa por urgencias con cefalea y visión borrosa. Refiere cefalea hemisférica derecha de 3 días de evolución que cede parcialmente con AINEs, dolor de tipo opresivo. Visión borrosa desde esta mañana sin fotofobia ni sonofobia. Náuseas y dos vómitos biliosos precedidos de cefaleas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: Buen estado general, normocoloreada y eupneica. No rigidez de nuca ni signos meníngeos. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada. No alteraciones de la marcha ni disdiadococinesia. □ Reflejos mióticos normales. Romberg negativo. Auscultación pulmonar: Tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos patológicos. Abdomen globuloso, no doloroso, sin masas ni megalias. Pruebas complementarias: Punción lumbar con medición de LCR: Líquido claro, en cristal de roca. Inicialmente columna sube a más de 40 cm, drenaje terapéutico de 30 ml, finalmente la columna queda en 32 cm. Citoquímica de LCR normal. Análisis sanguíneo: Hemograma con discreta leucocitosis con neutrofilia. Aumento de proteínas totales (9,1); PCR 21 y cortisol 33. RM de cráneo con y sin contraste: Lesiones puntiformes hiperintensas en secuencia FLAIR en sustancia blanca frontal bilateral, una alargada en territorio frontera parietooccipital derecho y otra en sustancia blanca subcortical del lóbulo parietal izquierdo. La de mayor tamaño también se encuentra en secuencia T2. No se realzan tras la administración de contraste. Revisada por oftalmología con diagnóstico de edema de papila bilateral.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de pseudotumor cerebral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Patología intracraneal o espinal asociada a aumento de la PIC.

CONCLUSIONES: Tratamiento farmacológico con acetazolamida y furosemida. Cirugía para implantación de válvula de derivación lumboperitoneal.

PALABRAS CLAVE: PSEUDOTUMOR, CEREBRO, EDEMA, LCR, PUNCIÓN.

MARCODENOMA HIPOFISARIO Y DIPLOPÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANTONIO CANDELIERE MERLICCO, ELADIO APARICIO CASTRO, JORGE ZIELENIEWSKI CENTENERO, ALBA CASTAÑEDA PÉREZ-CRESPO, TERESA SEGURA ÚBEDA, PABLO FABUEL ORTEGA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 44 años que acude al S. De Urgencias de nuestro hospital por cuadro clínico de 2-3 horas de evolución, caracterizado por diplopía y cefalea periorbitaria derecha. El día anterior había acudido a Urgencias por mareo y cefalea. La exploración neurológica muestra midriasis derecha y oftalmoplejia completa de OD. Sospechando una etiología vascular se activa el código ictus y se traslada al HUCA. Se realiza TC cerebral que muestra una masa selar con extensión supraselar de 2,3 x 3,3 x 3,3 cm (APxTxCC). La lesión condiciona expansión y erosión de la silla turca, así como efecto masa sobre las estructuras suprayacentes, seno esfenoidal y amplio contacto con seno cavernoso derecho. La RM cerebral objetiva un macroadenoma que invade parcialmente el seno cavernoso derecho y comprime el quiasma. Se diagnostica un prolactinoma que ha tenido una buena respuesta al tratamiento con cabergolina.

JUICIO CLÍNICO: Macroadenoma hipofisario con invasión de seno cavernoso derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Patología vascular (fístula carótido-cavernosa, trombosis del seno cavernoso, aneurisma intracavernoso de la a. Carótida interna). Sd. De Tolosa-Hunt y vasculitis Neoplasias (adenoma hipofisario, craneofaringioma, meningioma). Trauma y cuadros infecciosos.

CONCLUSIONES: La oftalmoplejia dolorosa supone un reto diagnóstico por las numerosas patologías que pueden causar este cuadro clínico. Teniendo en cuenta la joven edad del paciente, la primera sospecha fue de un sd. De Tolosa-Hunt o de una vasculitis pero finalmente se ha diagnosticado un prolactinoma. El macroadenoma hipofisario es una patología que puede causar síntomas neurológicos, generalmente de tipo visual por la afectación del quiasma óptico. El seno cavernoso está localizado lateralmente a la silla turca y contiene estructuras vasculares (a. Carótida interna) y nerviosas (III, IV, VI y parte del V PC), por eso hace falta tener en mente que el macroadenoma hipofisario puede causar escasos síntomas endocrinos y un cuadro neurológico severo como la oftalmoplejia dolorosa.

PALABRAS CLAVE: MACROADENOMA, HIPOFISIS, DIPLOPÍA, OFTALMOPLEJIA.

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA ESPASTICIDAD MUSCULAR

SILVIA PÉREZ RODRÍGUEZ, MARIA DOLORES CAPARROS RODRIGUEZ, MARIA ISABEL MATIAS FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: La espasticidad constituye un serio problema médico y social. En España, 10 de cada 1000 habitantes viven con espasticidad. Afecta tanto a niños como a adultos ocasionándoles importantes problemas como la dificultad para moverse o el dolor influyendo negativamente en la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es conocer el tratamiento conservador de la espasticidad para mejorar la calidad de vida de estas personas y facilitar el manejo a cuidadores y profesionales.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos de Proquest, Scielo y Pubmed. Los criterios de inclusión son aquellos artículos que traten sobre el tratamiento conservador de la espasticidad. Los descriptores de salud utilizados fueron: espasticidad muscular, tratamiento conservador, neurología, sistema nervioso, encéfalo y médula espinal. De todos los artículos encontrados se han seleccionado 5 a texto completo en un periodo comprendido entre 2013 y 2018.

RESULTADOS: El tratamiento conservador de la espasticidad consiste principalmente en medidas farmacológicas (principalmente Toxina Botulínica tipo A y Baclofeno intratecal), fisioterapia o terapia física (terapia Bobath, movilizaciones, estiramientos, vendajes...) y medidas de corrección postural (como determinadas férulas o corsés).

CONCLUSIÓN: Las medidas farmacológicas, la fisioterapia y las medidas de corrección postural son parte del tratamiento conservador de la espasticidad. Por lo tanto, conocer este tipo de tratamiento ofrece a los pacientes y a sus cuidadores un tratamiento menos invasivo que la cirugía y que también está destinado a mejorar y controlar la espasticidad permitiendo al paciente un mayor grado de independencia para el desempeño de sus actividades de la vida diaria y facilitando su abordaje, mejorando así su calidad de vida tanto de pacientes como de cuidadores.

PALABRAS CLAVE: ESPASTICIDAD MUSCULAR, TRATAMIENTO CONSERVADOR, NEUROLOGÍA, SISTEMA NERVIOSO, ENCÉFALO, MÉDULA ESPINAL.

PACIENTE QUE PRESENTA REACCIÓN EXTRAPIRAMIDAL A NEUROLÉPTICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

ISABEL SAURA GARCIA, MANUEL ANGEL GARCIA CHICANO, PETRONILA MIREIA ALCÁZAR ARTERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 66 años, hipertensa, diagnosticada de trastorno bipolar desde hace 30 años, en tratamiento crónico con neurolépticos y litio. Estudiada por neurología por deterioro cognitivo leve, relacionado con su patología psiquiátrica de base. En tratamiento con carbonato de litio, venlafaxina, lorazepam, aripiprazol oral y aripiprazol inyectable (primera inyección 9 días antes de consultar en Urgencias). Los familiares traen a la paciente a Urgencias por presentar tras la primera inyección de Aripiprazol (indicada por su psiquiatra tras ajuste de medicación por mala cumplimentación terapéutica), decaimiento generalizado con tendencia a estar encamada con escaso apetito e ingesta, torpeza motora con caídas, disartria, deterioro cognitivo y disfagia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Disartria, hipomimia y bradicinesia generalizada. Rigidez cervical con desviación cefálica a la derecha. No completa mirada conjugada horizontal en posición extrema. Rigidez en miembros superiores en rueda dentada. Hipertonía en miembros inferiores con hiperflexión forzada. Analítica con autoinmunidad normal, serología negativa. Radiografía de tórax y líquido cefalorraquídeo normal. TAC cerebral: encefalopatía vascular de pequeño vaso. RMN cerebral: afectación sustancia blanca supra e infratentorial compatible con encefalopatía vascular de moderada a grave. EEG: actividad bioeléctrica cerebral anormal por la presencia de un moderado a severo enlentecimiento difuso de la actividad de fondo así como por los discretos brotes de actividad epileptiforme, de puntas y ondas agudas, que se exteriorizan sobre la región fronto temporal izquierda.

JUICIO CLÍNICO: Reacción extrapiramidal a neurolépticos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome neuroléptico maligno, ictus isquémico, parkinsonismo, meningoencefalitis.

PLAN DE CUIDADOS: Se cursa ingreso hospitalario y retirada de psicofármacos, al sospechar como etiología una reacción a neurolépticos. Durante su ingreso la paciente es valorada conjuntamente por Psiquiatría, Medicina Interna y Neurología. Tras la retirada de neurolépticos mejora la clínica salvo la hiperflexión dolorosa de miembros inferiores a pesar de tratamiento con infiltraciones de toxina botulínica, L-dopa, diazepam y baclofeno.

CONCLUSIONES: Los neurolépticos son fármacos antipsicóticos por excelencia. Tenemos que tener en cuenta las manifestaciones extrapiramidales que pueden provocar, que aunque poco frecuentes se pueden dar y las consecuencias pueden ser fatales, como es el caso de esta paciente con un largo ingreso hospitalario con secuelas posteriores.

PALABRAS CLAVE: RIGIDEZ, ESPASTICIDAD, HIPERFLEXIÓN, NEUROLEPTICOS.

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA EN PACIENTE ADULTA

SARA BLANCO MADERA, ANA ISABEL DENGRA MALDONADO, MANUEL PAYAN ORTIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 23 años sin antecedentes de interés, con cuadro de cefalea frontal opresiva de intensidad moderada de un mes de evolución, de frecuencia diaria progresiva que no mejora con analgésicos habituales, acompañada de visión borrosa bilateral desde hace 2 semanas, sin dolor ocular ni discromatopsia. En los meses previos refiere ganancia de peso significativa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general. IMC de 36 kg/m². Exploración neurológica normal. Fondo de ojo: papiledema bilateral. Analítica general normal. RM craneal muestra discreta prominencia de vaina de los nervios ópticos y silla turca parcialmente vacía, sin lesión intracraneal. AngioRM craneal con fase venosa: senos venosos permeables. Presión de apertura de líquido cefalorraquídeo (LCR): 30 cm H₂O. Citobioquímica de LCR normal.

JUICIO CLÍNICO: Hipertensión intracraneal idiopática (HII) con evolución satisfactoria tras punción lumbar con mejoría clínica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ante cefalea con signos de alarma objetivándose papiledema en la exploración, debe descartarse causas de presión intracraneal elevada (PIC) como hidrocefalia, lesión estructural o alteración citobioquímica de LCR. El estudio de neuroimagen debe incluir venografía para descartar oclusiones venosas. La HII se documenta mediante una punción lumbar con manometría, valores de presión de apertura superiores a 25 cm H₂O se consideran anormales.

PLAN DE CUIDADOS: El objetivo terapéutico es reducir la PIC, preservando la visión y aliviando la cefalea; siendo la reducción de peso junto con la acetazolamida el tratamiento de primera elección.

CONCLUSIONES: La HII es una entidad caracterizada por PIC en ausencia de una causa identificable. Es una afección desafiante dado que los síntomas a menudos son inespecíficos o insidiosos. Es importante el examen neurológico realizándose el fondo de ojo en todo paciente con sospecha de HII (mujeres jóvenes obesas con cefalea y alteraciones visuales). Nuestro caso cumple criterios diagnósticos de HII (papiledema y presión de apertura de LCR elevada, junto con examen neurológico, neuroimagen y composición del LCR normal).

PALABRAS CLAVE: CEFALEA, PAPILEDEMA, HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL, IDIOPÁTICA.

MANEJO DE SITUACIONES CON PACIENTES PSIQUIATRICOS POR PARTE DEL PERSONAL DE URGENCIAS DE LOS CENTROS SANITARIOS

ANTONIO SANCHEZ LOPEZ, CELIA AZAHARA REINA PEÑA, ÁFRICA REINA PEÑA

INTRODUCCIÓN: El manejo de pacientes con trastornos psiquiátrico es uno de los retos más difíciles a los que se enfrenta el personal de los centros sanitarios en su día a día. Además, los pacientes con este tipo de trastornos requieren una elevada asistencia, son usuarios frecuentes de los Servicios de Urgencias.

OBJETIVOS: Identificar los factores de riesgo que influyen en que los trabajadores por parte de pacientes diagnosticados de patologías psiquiátricas.

METODOLOGÍA: Se recoge información a través de revisiones bibliográficas en diferentes bases de datos como Pubmed, Dialnet durante el año 2015 y 2016 en la unidad de psiquiatría del hospital Virgen Macarena de Sevilla y como descriptivos atención del paciente psiquiátrico.

RESULTADOS: Los profesionales de los centros sanitarios experimentan una mejor conducta en los pacientes con trastorno psiquiátrico a los que se les realiza un seguimiento ambulatorio. Presentan menos problemas de consumo de tóxicos, lo que genera menos conflictos con el personal que trata con ellos.

CONCLUSIÓN: La medicación es una medida rápida y segura en el tratamiento de este tipo de pacientes cuando acuden a urgencias en situación de crisis y la demande de personal es mas corta.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE PSIQUIATRICO, CUIDADOS, PSIQUIATRIA, CENTRO DE SALUD.

SÍNDROME FEBRIL Y DESORIENTACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANTONIO CALDERÓN RODRÍGUEZ, NOEMÍ JIMÉNEZ DEL MARCO, ROCÍO RUIZ HINOJOSA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 64 años con antecedentes de diabetes mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales, hipertensión arterial con buen control y fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes y con bisoprolol para control del ritmo. Refiere desde hace 3 días fiebre de hasta 39.1°C acompañado de síndrome catarral sin otra sintomatología por lo que pautamos antitérmicos. Al día siguiente acudimos a su domicilio por presentar aumento de su sintomatología y desorientación, por lo que derivamos a Urgencias hospitalarias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Regular estado general, febril. Leve alteración del nivel de conciencia. Resto de la exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos de interés. Signos meníngeos negativos. No rigidez de nuca. Analítica con alteración del INR (2.3 Por toma de ACOs) y discreto aumento de PCR. TAC craneal con leve atrofia cortico-subcortical sin otros hallazgos. Punción lumbar con PCR positiva para neumococo.

JUICIO CLÍNICO: Meningoencefalitis por neumococo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se planteó la posibilidad de meningoencefalitis, accidente cerebrovascular y neoplasia no conocida.

PLAN DE CUIDADOS: Ingresó para tratamiento con ceftriaxona intravenosa, mejorando el paciente del cuadro y siendo dado de alta asintomático.

CONCLUSIONES: Es importante saber valorar la evolución de los síntomas en un margen estrecho sobre todo cuando se trata de pacientes con comorbilidades y cuya semiología se presenta de forma general. La meningitis bacteriana presenta una incidencia entre 4-6 casos por cada 100000 habitantes siendo *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis* los gérmenes más frecuentemente implicados. Suele cursar con fiebre, alteraciones cognitivas y normalmente con rigidez de nuca. Es fundamental la realización de una punción lumbar para poder llegar a un diagnóstico de meningitis, realizando además cultivo del líquido cefalorraquídeo. El tratamiento se basa en antibióticos por vía intravenosa, siendo el más usado la ceftriaxona.

PALABRAS CLAVE: MENINGITIS, CUIDADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, FIEBRE, PUNCIÓN ESPINAL.

DEMENCIA REVERSIBLE: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANTONIO CALDERÓN RODRÍGUEZ, NOEMÍ JIMÉNEZ DEL MARCO, CRISTINA ORELLANA LEGUPÍN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 56 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril que presenta desde hace varias semanas cuadro de inestabilidad para la marcha, acompañado en los últimos días de deterioro cognitivo con olvidos y en alguna ocasión con incontinencia de esfínteres.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general. En la exploración neurológica presenta pupilas normales, con fuerza y sensibilidad conservada y pares craneales conservados. A la marcha se objetiva una inestabilidad sobre todo en los giros y un aumento de la base de sustentación. Resto de la exploración sin interés. Se realiza analítica sin hallazgos reseñables. TAC craneal con dilatación del sistema ventricular. Punción lumbar sin hallazgos de interés. Test de infusión 21 mmHg/ml/h.

JUICIO CLÍNICO: Hidrocefalia crónica del adulto. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Como diagnóstico diferencial se planteó la hidrocefalia crónica del adulto, enfermedad de Parkinson, demencia vascular y neoplasia.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente fue ingresado para colocación de drenaje ventrículo-peritoneal, presentando mejoría del cuadro clínico.

CONCLUSIONES: La hidrocefalia crónica del adulto o hidrocefalia normotensiva tiene una incidencia de 1-5 casos por cada 100000 habitantes al año, representando aproximadamente el 6% de todos los casos de demencia. La clínica más frecuente consta de alteraciones de la marcha, incontinencia de esfínteres y deterioro cognitivo y se conoce como la tríada de Hakim (en honor al descubridor de dicha enfermedad). Actualmente no existe una prueba que por si sola diagnostique esta patología, pero es importante la realización de un TAC craneal y posteriormente de una medición de la presión del líquido cefalorraquídeo, así como el test de infusión para realizar una buena orientación del cuadro. El tratamiento consiste en la colocación de válvulas para el drenaje de líquido cefalorraquídeo. Es importante sospechar dicha patología ya que es una de las pocas causas de demencia tratable y potencialmente reversible.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, DEMENCIA, HIDROCEFALIA, FLUIDO CEREBROESPINAL.

TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE FIBRINOLISIS INTAVENTRICULAR

OLIVER RODRÍGUEZ TERRON, INMACULADA CARMONA FLORIDO

INTRODUCCIÓN: Existe un alto riesgo de mortalidad en la hemorragia intraventricular si no se administra el tratamiento lo antes posible. Una intervención destinada a disminuirlo es la inserción de un drenaje ventricular externo en las HIV obstructivas.

OBJETIVOS: Analizar la técnica de la fibrinólisis intraventricular.

METODOLOGÍA: En el DVE permite monitorizar de forma continua la presión intracraneal (PIC), drenar al exterior el líquido cefalorraquídeo descomprimiendo el sistema cerebral y en casos seleccionados administrar fibrinolíticos intraventriculares como el activador del plasminógeno tisular recombinante o la uroquinasa: obstrucción del catéter o gran volumen de sangre intraventricular con escasos débito.

RESULTADOS: Informar al paciente del procedimiento. Colocar en posición supina con la cabeza en posición neutra y el cabecero en un ángulo de 30°. Preparar el material en una mesa auxiliar con paño estéril. Usar mascarilla, realizar el lavado quirúrgico y mantener máximas condiciones de esterilidad. Proteger la conexión del DVE con paño estéril. Retire el tapón de la conexión del catéter y deséchelo. Desinfecte el puerto de acceso frotándolo con una gasa en clorhexidina. Retire el mismo volumen de LCR del tratamiento que va administrar (3 ml). Administre los 2 ml de uroquinasa 5000 uI/ml y lave el drenaje con 1 ml de solución salina isotónica al 0,9% estéril. Cerrar la llave de dos pasos para evitar que el fibrinolítico se escape al contenedor del LCR. Volver a desinfectar el acceso del catéter y colocar un tapón estéril. Mantener cerrado el drenaje 1 hora. Durante esa hora vigilar el aumento de PIC o deterioro neurológico. Pasada la hora abrir el drenaje para eliminar el fármaco, LCR y sangre.

CONCLUSIÓN: La existencia de un protocolo hospitalario nos permite realizar la técnica de forma segura y estandarizada, unificando los criterios entre servicios implicados.

PALABRAS CLAVE: HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR, FARMACOLOGÍA, LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO, CATÉTER.

MUJER DERIVADA A URGENCIAS HOSPITALARIAS POR SOSPECHA DE ICTUS

GLORIA MARTINEZ RESOLA, MARIA LUISA RESOLA MOLINA, MARIA DOLORES GAY OCAÑA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 68 años es traída desde su casa por el servicio de urgencias por sospecha de ictus. Se encuentra desorientada y con hormigueo en el brazo y pierna derecha. Desviación de la comisura derecha. Es hipertensa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Toma de constantes vitales (TA: 175/99 mmHg, FC: 102 lpm, FR: 16 rpm y SatO₂: 88%). Realización de TAC craneal y diagnóstico de ictus isquémico.

JUICIO CLÍNICO: ICTUS Isquémico. (00128) Confusión aguda y (00146) Ansiedad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** (00128) Confusión aguda r/c edad superior a 60 años m/p fluctuación del nivel de conciencia.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: (0909) Estado neurológico. Capacidad del Sistema nervioso central y periférico para recibir, procesar y responder a los estímulos externos e internos. (0918) Atención al lado afectado. Acciones personales para reconocer, proteger e integrar cognitivamente la(s) parte(s) afectada(s) del cuerpo en uno mismo. NIC: (2620) Monitorización neurológica. Vigilar el nivel de conciencia, observar si hay parestesia, entumecimiento u hormigueo, monitorizar la simetría facial y monitorizar la protusión lingual. (3320) Oxigenoterapia. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas, administrar oxígeno suplementario, según órdenes y controlar la eficacia de la oxigenoterapia. (2300) Administración de medicación. Seguir las 5 reglas de administración correcta de medicación, observar si existen posibles alergias, contraindicaciones de los medicamentos y observar el efecto terapéutico de la medicación en el paciente.

CONCLUSIONES: La atención de enfermería se encaminará a proporcionar los cuidados que requiera la paciente tales como evaluación constante de las constantes vitales, administrar la medicación prescrita como antihipertensivo, antiagregante y anticoagulante. Reevaluará constantemente el nivel de conciencia y se encargará de aportar oxígeno mediante sistemas humidificados de aportación de éste en caso de que sea necesario. Además, explicará a la paciente lo que le está sucediendo y evitará así que aumente su ansiedad ante el desconocimiento de lo ocurrido.

PALABRAS CLAVE: SOSPECHA, ICTUS, DESORIENTADA, HORMIGUEO.

MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA SIN AISLAMIENTO MICROBIOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

SARA BLANCO MADERA, ANA ISABEL DENGRA MALDONADO, MANUEL PAYAN ORTIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 47 años que vive en convento de clausura y sin antecedentes de interés, traída a urgencias por cuadro de desorientación, fallos de memoria y comportamiento extraño, desde hace 15 días aqueja cefalea y sensación febril.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Afebril, somnolienta y desorientada, resto de exploración normal. Analítica: hiponatremia (126 mEq/L) corregida posteriormente, leucocitosis con neutrofilia (19250 leucocitos con 84.5% PMN), resto normal. Radiografía de tórax y TC craneal normales. RM craneal con aumento de señal y realce en giro occipito-temporal derecha e ínsula izquierda. Líquido cefalorraquídeo (LCR): pleocitosis predominio polimorfonuclear (290 leucocitos, 95% PMN y 5% MN), hiperproteinorraquia (252 mg/mL) e hipoglucorraquia. Con diagnóstico de meningoencefalitis purulenta se inicia tratamiento antimicrobiano empírico de amplio espectro y corticoterapia intravenosa. Resultados negativos para cultivos y técnicas de biología molecular tanto en LCR como serológicos. Ante evolución tórpida tras 15 días de evolución, se repite punción lumbar: pleocitosis (605 leucocitos con 85% PM y 15% MN), hiperproteinorraquia (156 mg/mL), ADA elevado (13.4 U/L), estudio microbiológico continúa negativo y RM craneal muestra lesiones granulomatosas leptomeníngeas y una probable parenquimatosa temporal derecha.

JUICIO CLÍNICO: Meningoencefalitis tuberculosa (TBM) sin aislamiento microbiológico con buena respuesta a antituberculostáticos (Rifampicina, Isonacida, Pirazinamida y Moxifloxacino durante 60 días y después Rifampicina e Isonazida 10 meses más) con desaparición de las lesiones. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ante sospecha de meningoencefalitis el análisis del LCR permite orientar el agente infeccioso y el estudio de neuroimagen aporta información pudiendo encontrar hallazgos típicos que ayudan al diagnóstico etiológico.

CONCLUSIONES: El tratamiento antituberculoso debe iniciarse sin pruebas microbiológicas ante sospecha de TBM, dado que su retraso asocia un mal pronóstico. El diagnóstico de TBM a menudo no se confirma microbiológicamente. En este caso la presunción diagnóstica se llevó a cabo por las características del LCR, presencia de lesiones granulomatosas leptomeníngeas en RM y mejoría clínica tras inicio del tratamiento.

PALABRAS CLAVE: MENINGITIS, ENCEFALITIS, TUBERCULOSIS, GRANULOMAS LEPTOMENÍNGEOS.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE MIASTENIA GRAVIS

JOSÉ MANUEL BLANCO ROMÁN, CRISTINA ORELLANA LEGUPÍN, NOEMÍ JIMÉNEZ DEL MARCO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 28 años que ha acudido a consulta en dos ocasiones por encontrarse débil con fatiga muscular, acaba muy cansada a lo largo del día y no puede realizar ejercicio como hacía anteriormente. Hemos realizado analítica sin encontrar hallazgos destacables. Hoy refiere que ha comenzado con visión doble al mirar hacia la izquierda, ya le paso hace unos meses pero remitió.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Destacamos de la exploración leve ptosis palpebral, pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz y la acomodación, se confirma diplopía en la mirada lateral izquierda. Los músculos de la cara no parecen afectados. Resto de exploración sin hallazgos significativos. No refiere dificultad al tragar, masticar o respirar. En consulta de Neurología solicitan estudios electrofisiológicos, respuesta a fármacos colinérgicos (prueba de edrofonio) y determinación de anticuerpos antirreceptores de acetilcolina.

JUICIO CLÍNICO: Tenemos la sospecha clínica de Miastenia gravis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza diagnóstico diferencial con miopatías, polineuropatía que afecta a los pares craneales (parálisis pares craneales), ELA, Síndrome de Eaton Lambert y otras enfermedades de la placa motora, síndromes miasténicos congénitos, encefalopatía de Wernicke, patología secundaria a fármacos, síndrome de fatiga crónica.

PLAN DE CUIDADOS: Derivamos a consulta de Neurología donde confirman el diagnóstico. Descartan timoma y otras enfermedades autoinmunes. El tratamiento es individualizado, depende de la edad, severidad y progresión de la enfermedad. Importante explicar como actuar ante crisis.

CONCLUSIONES: La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune que ataca los receptores de los músculos. Puede empeorar con el estrés, fármacos, enfermedades, a lo largo del día, con el ejercicio. La edad de presentación en las mujeres es como en nuestra paciente entre 20 y 40 años. Es importante conocer esta enfermedad para tenerla en cuenta ante pacientes con sintomatología similar a la de nuestro caso.

PALABRAS CLAVE: MIASTENIA GRAVIS, PTOSIS PALPEBRAL, DIPLOPIA, DEBILIDAD MUSCULAR, MUJER, TIMOMA.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO DE MIELOPATÍA DORSAL COMPRESIVA

SARA BLANCO MADERA, ANA ISABEL DENGRA MALDONADO, MANUEL PAYAN ORTIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 46 años que trabaja en el campo con antecedente de lumbalgia crónica con RM lumbar hace un año normal, acude a consulta por dolor lumbar de larga evolución no progresivo, irradiado a cara anterior de ambas piernas hasta primer dedo de ambos pies; asociando acorchamiento y dificultad para deambulación con caídas desde hace mes y medio, además de urgencia miccional y estreñimiento a la anamnesis dirigida. No traumatismo ni síndrome febril previo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Destaca amiotrofia de pantorrillas con paraparesia de predominio distal (balance muscular 4/5 proximal, 3/5 distal) sin piramidalismo, abolición de todas las modalidades sensitivas en miembros inferiores con nivel sensitivo medular D9-D10 y marcha paraparéctica con imposibilidad para puntillas ni talones. RM dorsal muestra lesión intradural extramedular de localización anterolateral izquierda a nivel D9-D10 que ocasiona desplazamiento posterolateral derecho y compresión severa del cordón medular, con realce homogéneo tras la administración de contraste intravenoso.

JUICIO CLÍNICO: Mielopatía dorsal compresiva subaguda secundaria a tumoración intradural extramedular a nivel D9-D10 sugerente de meningioma o schwannoma. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ante clínica deficitaria neurológica es importante realizar una exhaustiva exploración neurológica para orientación diagnóstica localizadora (polineuropatía, radiculopatía, mielopatía...) Pudiendo enfocar las pruebas complementarias (analítica, RM, punción lumbar, pruebas neurofisiológicas...) Para un diagnóstico etiológico. Si hay sospecha de mielopatía, la RM de columna descartará lesión compresiva (hernia discal, neoplasia, absceso) con el consiguiente manejo neuroquirúrgico y rehabilitador posterior.

CONCLUSIONES: La detección y el diagnóstico precoz de mielopatía compresiva susceptible de cirugía mediante una correcta anamnesis y exploración permiten una mejora en la atención y tratamiento del paciente con dicha patología.

PALABRAS CLAVE: PARAPARESIA, MIELOPATÍA DORSAL, COMPRESIVA, TUMORACIÓN.

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON DIAGNÓSTICO ICTUS

VERÓNICA OSUNA SAEZ, CRISTINA ENCINAS BERRUEZO, VERONICA DOMENE MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: El papel de los profesionales de enfermería es clave en el cuidado del paciente crítico. La aplicación de un plan de cuidados personalizado y con lenguaje estandarizado, nos garantiza unos cuidados de calidad, además establece objetivos comunes para todo el equipo de enfermería.

OBJETIVOS: Determinar un protocolo de enfermería para aplicar en pacientes ingresados en UCI con diagnóstico ICTUS.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en pacientes de cuidados críticos diagnosticados de ICTUS. Para ello se han utilizado la búsqueda en bases de datos científicas: Medline, Index y Scielo. Junto con el metabuscador Google académico, seleccionando artículos en castellano e inglés, completando esta revisión con artículos de revistas, búsqueda en Internet, y libros, posteriores a 2011. Descriptores: Unidad de cuidados intensivos, protocolo, cuidados, ICTUS.

RESULTADOS: Se establece un plan de cuidados en el que abarca las intervenciones de enfermería. La calidad de la atención al paciente crítico diagnosticado de Ictus está condicionada por la actualización de los conocimientos de los profesionales que les prestan los cuidados, por tanto un buen plan de cuidados establecido y unas intervenciones de enfermería adecuadas garantiza un óptimo cuidado y por tanto un signo de vital importancia en su recuperación. Nuestros pacientes precisan cuidados de calidad por parte de todos los profesionales de la salud, cuidados que estén consensuados y a la vez evaluados por el equipo; en definitiva que estén apoyados en evidencia científica

CONCLUSIÓN: La aplicación de los Planes de cuidados a los pacientes ingresados en UCI y la posterior evaluación mediante indicadores de calidad aporta evidencia de la práctica clínica enfermera; permitiendo brindar cuidados a los pacientes con una mayor calidad y seguridad. Por lo que tras la realización de un plan de cuidados adecuado para pacientes con Ictus en la unidad de cuidados intensivos se garantiza un óptima atención sanitaria.

PALABRAS CLAVE: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, PROTOCOLO, CUIDADOS, ICTUS.

MUJER DE 43 AÑOS CON CEFALEA POR ABUSO DE ANALGÉSICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA VIRGINIA ORTEGA TORRES, MARIA DEL CARMEN CINTADO SILLERO, BEGOÑA CASAS NICOT

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 43 años de edad que acude al servicio de Urgencias por cuadro de cefalea holocraneal no pulsátil sin fotofobia ni sonofobia y de características tensionales. Refiere presentar una cefalea basal diaria de meses de duración que trata con Ibuprofeno 600 mgr cada 8 hrs y Lorazepam 1 mgr via oral por ansiedad relacionada con carga emocional familiar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Antecedentes personales: 43 años, Cuadro ansioso depresivo en tratamiento con Lorazepam. Enfermedad actual: Cefalea holocraneal antero posterior no pulsátil sin focalidad neurológica. Exploración física: Pares craneales normales, PNRIC, marcha conservada, fuerza y sensibilidad normal, no rigidez de nuca. Analítica de sangre y orina: Normal. TAC cráneo: Normal.

JUICIO CLÍNICO: Cefalea por abuso de analgésico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hemorragia Subaracnoidea. Migraña Cefalea en Racimos. Cefalea Tensional. Cefalea por abuso de analgésicos.

PLAN DE CUIDADOS: Servicio de neurología: RMN Cráneo: Normal. Se retira el Ibuprofeno Se inicia Amitriptilina 12,5 mgr cada 24 hrs por la noche Aumentar a 25 mgr cada 24 hrs por la noche tras 10 días de tratamiento Suspender el Lorazepam 1 mgr via oral.

CONCLUSIONES: El uso prolongado de analgésicos puede asociarse a cefalea crónica diaria. La cefalea por abuso de analgésicos cumple los criterios de la sociedad internacional de cefalea. El primer paso en el tratamiento es suspender la analgesia e iniciar la desintoxicación.

PALABRAS CLAVE: CEFALEA, HOLOCRANEAL, ANSIEDAD, ANALGÉSICOS.

ABORDAJE Y MANEJO DEL AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL DESDE ENFERMERÍA

MARINA MARTINEZ LOPEZ, LYDIA MARÍA SÁNCHEZ ORTIZ, MARINA RAMÍREZ GÓMEZ

INTRODUCCIÓN: Se define la presión intracraneal (PIC) como la presión medida en el interior de la cavidad intracraneal, siendo el resultado de la interacción entre el continente (cráneo) y el contenido (encéfalo, LCR, sangre). Existe hipertensión intracraneal cuando se produce una elevación sostenida de la PIC por encima de sus valores normales 53-15 mmHg) originada por la pérdida de los mecanismos compensatorios o ruptura del equilibrio existente entre el cráneo y su contenido (VSC+LCR+PVC). Esto puede ser debido a diferentes trastornos como son el aumento del volumen cerebral, del volumen sanguíneo o del LCR.

OBJETIVOS: Conocer los cuidados encaminados a disminuir la presión intracraneal mediante intervenciones y actividades enfermeras.

METODOLOGÍA: Consistió en una revisión bibliográfica, llevada a cabo en las principales bases de datos en Ciencias de la Salud: Cuiden Plus, MedLine, Scielo. Se realizó en febrero de 2018, escogiéndose 5 artículos de los últimos 5 años.

RESULTADOS: Existen diversos factores que contribuyen al aumento de la presión intracraneal como son la hipercapnia, hipoxemia, maniobra de Valsalva, vasodilatación cerebral inducida por drogas, entre otros. Se manifiesta clínicamente a través de cefaleas, vómitos, edema de papila por lo general. Para evitar o mantener unos niveles normales de la PIC, enfermería debe otorgar cuidados de calidad, realizando y registrando actividades encaminadas a prevenirla y/o disminuirla, como monitorización, evitar posiciones no beneficiosas, evitar estimular al paciente de forma innecesaria, controlar hipercapnia e hipoxemia y evaluación neurológica continua.

CONCLUSIÓN: Se debe hacer una detección precoz de la hipertensión intracraneal, cuando todavía es reversible y no ha llegado al estado de descompensación. La elevación de la PIC puede producirse asimismo debido a actuaciones propias de enfermería, por lo que es de suma importancia planificar los cuidados del paciente y actuar conforme a su estado evitando situaciones que puedan hacerlo empeorar o actividades innecesarias.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, HIPERTENSIÓN, PRESIÓN INTRACRANEAL, PREVENCIÓN.

EPISODIO DE DISFASIA Y PARESIA DEL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO TRANSITORIA

ENRIQUE SANTIAGO RODRIGUEZ CARVAJAL, ANA GARCIA GRANERO, MARIA GARCIA MORENO, SUSANA OMAR VILA, ELISA MARIN SANCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 63 años que la tarde de su ingreso su pareja la encuentra con la mirada perdida, sin emisión espontánea del lenguaje ni a las preguntas, con torpeza manual bilateral, más de la derecha. Toma glucemia capilar en el momento ante cuadro similar a hipoglucemias previas con valor de 87 mg/dl por lo que ante normalidad de la misma acude a urgencias. Tras ser valorada en urgencias el facultativo refiere afasia motora inicial con recuperación parcial y debilidad 3/5 MSD se activa código ICTUS.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada a urgencias TA: 129/62, FC: 84, Afebril, eupneica. ACP: Auscultación rítmica, sin soplos audibles, murmullo vesicular conservado. Carótidas laten rítmicas sin soplos. NRL: consciente y orientada en espacio y persona, parcialmente en tiempo. Lenguaje poco fluente, amnesia parcial del episodio, comprende órdenes simples y complejas de varias secuencias con confusión derecha-izquierda. Fuerza 4/5 proximal en MSD. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. Rx Tórax: Campos pulmonares bien aireados y simétricos. TAC craneal simple: Sin evidencia de sangrado intracraneal ni lesión isquémica aguda extensa establecida.

JUICIO CLÍNICO: Diagnóstico principal: episodio de disfasia y paresia miembro superior derecho transitoria. Posible AIT carotídeo izquierdo. Diagnósticos secundarios: Diabetes mellitus tipo I. Hipotiroidismo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cuadro de focalidad neurológica transitoria, que si bien podría tratarse de un AIT carotídeo izquierdo, se plantea diagnóstico diferencial dado algunos datos atípicos con crisis epiléptica Vs hipoglucemia resuelta.

CONCLUSIONES: En el estudio realizado durante el ingreso se evidencia en un EEG un foco epiléptico parcial fronto-temporal izquierdo por lo que se continúa estudio para realizar el diagnóstico correcto entre los planteados: status no convulsivo Vs Ictus.

PALABRAS CLAVE: AFASIA, PARESIA, EPILEPSIA, ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO.

CUIDADOS PARA LA PREPARACIÓN DE PACIENTES PREVIA A UN STENT CARÓTIDEO PROGRAMADO

TAMARA GUTIERREZ GARCIA, LAURA CALLEJA MACHO, SHEILA MORRAJA GUARDIOLA,
MARIA TERESA RODRIGUEZ SAMANIEGO, IRENE JOANA BATUECAS DUELT, RUBÉN
MORENO SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: La colocación de stent en la carótida es un procedimiento en el cual se coloca un tubo diminuto y delgado de malla metálica dentro de la arteria carótida para aumentar el flujo de sangre bloqueado por las placas. El stent se inserta siguiendo un procedimiento llamado angioplastia, en el cual el médico guía un catéter con un balón en la punta hacia la arteria bloqueada. El balón se infla y presiona contra la placa, comprimiéndola y reabriendo la arteria.

OBJETIVOS: Definir los pasos para la preparación del paciente previo a la realización de la angioplastia con stent, reducir el riesgo de infección prequirúrgica y disminuir la ansiedad del paciente.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, sobre cómo preparar a pacientes sometidos a una angioplastia + stent. Se hizo con una muestra de 20 pacientes, programados desde su domicilio. En un plazo de un año.

RESULTADOS: El día anterior de la cirugía se recibirá al paciente en la planta del hospital, se completará la historia clínica recogiendo antecedentes personales y quirúrgicos, alergias, tratamiento habitual, pulsera identificativa. Resolviendo dudas y ofreciendo apoyo emocional. Se colocará vía periférica para el día siguiente, se hace electrocardiograma. Se dejará en ayunas para la intervención 8 horas antes, se rasuraran las ingles y realiza higiene completa con jabón antimicrobiano, se deja preparado para ir a quirófano. Si el paciente es diabético, la noche anterior se administrará suero terapia, comprobándose glicemia.

CONCLUSIÓN: El personal de enfermería debe trabajar con criterios unificados y consensuados mediante protocolos y planes de cuidados, para poder ofrecer al paciente una atención integral y continuada. Se tiene que brindar apoyo emocional, dando toda la información y resolviendo dudas sobre el procedimiento. Disminuir el riesgo de infección con una preparación prequirúrgica adecuada.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PREVIOS, STENT CARÓTIDA, PACIENTES, NEUROLÓGICOS.

MANIFESTACIONES DE NEURALGIA DEL NERVIOS TRIGÉMINO

GLORIA MOTA CÁTEDRA, MOISÉS CARRIÓN LÓPEZ, MARÍA JOSÉ GÁLVEZ GÁLVEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 45 años acude a urgencias por fuerte dolor facial en la parte derecha. El paciente refiere que no ha acudido antes porque le dan muy a menudo ya que está pasando por un periodo de mucho estrés y a menudo sufre dolor de cabeza, pero que el dolor lo presenta desde ayer tarde y no remite. Describe el dolor como punzante, intenso y llegando a ser insoportable. No ha podido dormir en toda la noche. Tiene antecedentes personales de HTA y ansiedad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le realiza a la paciente un examen físico analizando principalmente la localización del dolor, el comienzo, intervalos libres de dolor y analizando sus antecedentes personales. Además se solicita analítica completa y Resonancia Magnética para descartar otros posibles diagnósticos.

JUICIO CLÍNICO: Neuralgia del nervio trigémino. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos obtenidos tras las pruebas realizadas y tras descartarse otras posibles causas (EM, tumor) el diagnóstico es de Neuralgia del nervio trigémino. Se le deriva a neurología para que se le prescriba el tratamiento médico y continúe el proceso.

CONCLUSIONES: En base a las pruebas realizadas y confirmación de neuralgia del trigémino se procederá a comenzar su tratamiento médico con oxcarbamazepina 150 mg cada 12 horas aumentando 150 mg por día hasta los 3 días. Si este tratamiento no fuese efectivo se valoraría a los 3 meses su tratamiento quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: NEURALGIA, NERVIOS, TRIGÉMINO, SINTOMAS.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ENFERMEDAD DE LA MOTONEURONA): A PROPÓSITO DE UN CASO

MARÍA DOLORES LÓPEZ ROJAS, SONIA PÉREZ GÓMEZ, NURIA HERNANDEZ MARTÍNEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: ANTECEDENTES PERSONALES: Cardiopatía isquémica, fibrilación auricular permanente, artritis reumatoide, distimia, adenocarcinoma de próstata. No hábitos tóxicos. Tratamiento habitual: rivaroxaban, flecainida, silodoxina, simvastatina, rabeprazol, lorazepam, paroxetina **ENFERMEDAD ACTUAL:** Paciente de 74 años con cuadro de meses de evolución caracterizado por dificultad para articular palabra, atragantamientos con líquidos, sialorrea y torpeza motora que le limita la deambulación sufriendo caídas frecuentes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: **EXPLORACIÓN FÍSICA:** funciones superiores conservadas, pares craneales normales, facies inexpressiva, sialorrea, disartria, habla disprosódica, atrofia de hemilengua con fasciculaciones frecuentes, úvula centrada, reflejos miotáticos exaltados de forma global, no déficit sensitivo, marcha inestable, romberg estable. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** -Bioquímica: colesterol: 263, LDL: 170, PCR: 1.12, VSG: 11, resto normal. -EMG: parámetros compatibles con enfermedad de motoneurona de predominio bulbar -RNM cervico-craneal: signos óseos degenerativos, atrofia córtico-subcortical -SPECT cerebelo: hipoperfusión en región temporal anterior (mesial) izquierda. Estudio gammagráfico compatible con afasia progresiva primaria.

JUICIO CLÍNICO: Enfermedad de motoneurona de inicio bulbar, Esclerosis lateral amiotrófica (ELA).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Parálisis bulbar progresiva, poliomieltis, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, tirotoxicosis, tóxicos, hiperparatiroidismo, enfermedades degenerativas.

PLAN DE CUIDADOS: Se inicia tratamiento con riluzol 50mg y se deriva a consulta de Neuromuscular, no obstante, cabe resaltar la necesidad de un abordaje multidisciplinar que incluya nutricionista, logopeda, neumología, neurología, internista, enfermero de gestión de casos, así como médico y enfermero de atención primaria de referencia.

CONCLUSIONES: Se presenta un caso de enfermedad de la motoneurona de interés clínico por su baja prevalencia e incidencia. Las enfermedades de la motoneurona son un grupo heterogéneo de enfermedades, algunas de ellas hereditarias, con afectación exclusiva o predominante de las neuronas motoras de la corteza vertebral y/o de los núcleos motores del troncoencéfalo y/o de las astas anteriores de la médula espinal. La ELA es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta principalmente a las motoneuronas del córtex, troncoencéfalo y la médula espinal pudiendo debutar con síndrome de motoneurona superior o inferior.

PALABRAS CLAVE: DISARTRIA, FASCICULACIONES, ESCLEROSIS, ATROFIA, MOTONEURONA.

EL ICTUS ISQUÉMICO SECUNDARIO AL TRAUMATISMO BUCAL

DANIELA ROSILLO CASTRO, JOSE ANGEL BALLESTER ZAPLANA, CARMEN HERNANDEZ MARTINEZ, MARIA DE LA PAZ EGEA CAMPOY, ROCÍO LÓPEZ VALCÁRCEL, VIVIANNE JIMENEZ GARZON

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 20 años sin antecedentes de interés. Consulta por debilidad en hemicuerpo derecho. El día anterior sufre traumatismo en cavidad oral por taco de billar con síncope secundario con recuperación espontánea y sin focalidad neurológica posterior. Por la mañana al despertarlo lo encuentran con disminución del nivel de conciencia y debilidad en extremidades derechas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 110/70; FC 65; T° 36.3 °C; Sat O2 98%. Glasgow 13/15, afasia motora, hemiplejía Facio-braquio-crural y RCP extensor derecho. Resto de la exploración normal. Pruebas Complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación normal. TC cráneo-facial: signo de la cuerda en arteria craneal media izquierda (ACM) e hipodensidad en su fractura lámina pterigoidea lateral izquierda. Lesión de partes blandas adyacente en forma de taco de billar. AngioTC troncos supraaórticos: Oclusión de arteria carotidea izquierda. Electrocardiograma, RX Tórax sin hallazgos patológicos. Ante la presencia de dichas imágenes se realiza interconsulta con Neurocirugía de otro Hospital quien desestima el traslado salvo complicaciones y recomienda tratamiento antiagregante.

JUICIO CLÍNICO: Ictus Isquémico, ACM izquierda, oclusión de carótida interna izquierda de causa traumática. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ictus hemorrágico, ictus isquémico, neoplasia cerebral.

PLAN DE CUIDADOS: Tratamiento antiagregante.

CONCLUSIONES: La trombosis de arteria carótida interna (ACI) es una complicación infrecuente de traumatismos penetrantes de partes blandas de cavidad oral. Se debe a laceración endotelial y trombosis/disección por traumatismo directo. Pueden aparecer síntomas neurológicos focales por embolización arteria-arteria entre 1-60 horas después, la más afectada arteria cerebral media (ACM). Existen pocos ictus descritos por este mecanismo, principalmente niños y con mal pronóstico: El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y en nuestro caso la AngioTC de TSA.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, TRAUMATISMO, TROMBOSIS, HEMIPLEJÍA.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO SECUNDARIO A INFECCIÓN RESPIRATORIA: TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO

PILAR ALCEDO FERNANDEZ, ROSA MARIA PIULESTAN NIETO, CRISTINA MARTÍNEZ GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 70 años que acude a consulta de urgencias por síndrome confusional agudo asociado a fiebre. La paciente fue sometida a trasplante hepático ortotópico en el año 2005, debido a un fallo hepático subfulminante de causa no establecida. AP: obesidad, lumbalgia crónica, síndrome parkinsoniano.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: T°36°C, TA 130/70, FC 102 lpm, SATO2 98% a aire ambiente, desorientada en tiempo y espacio sin rigidez de nuca. Atiende a órdenes sencillas. Ictericia mucocutánea. No adenopatías periféricas. Analítica completa (Hb 11.4 Gr/dl, resto normal). Rx tórax: cardiomegalia. Ausencia de condensación pulmonar. TAC cerebral: atrofia-subcortical sin otras anomalías.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome confusional agudo secundario a infección respiratoria y trasplante hepático ortotópico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** No hay que confundir con la demencia ya que ésta tiene un comienzo insidioso, donde poco a poco los delirios y las alucinaciones bajan de frecuencia, cuya cuestión no ocurre con el delirium o síndrome confusional agudo que es muy frecuente las alucinaciones y delirios.

CONCLUSIONES: La paciente fue trasladada con antibioterapia empírica siguiendo un curso clínico favorable.

PALABRAS CLAVE: TRASPLANTE, PACIENTE, SALUD, HÍGADO.

EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: SINTOMATOLOGÍA

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ RELAÑO, MELODY VÁZQUEZ SUAREZ, MARÍA JOSÉ GALVÁN VIVAS

INTRODUCCIÓN: Dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), el trastorno autista, el síndrome de Asperger, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado y el trastorno desintegrativo infantil se encuentran fusionados en la categoría de Trastorno del espectro autista (TEA).

OBJETIVOS: Definir el trastorno del espectro autista y su sintomatología.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos.

RESULTADOS: En el DSM-5 el trastorno del espectro autista (TEA) se localiza dentro de los trastornos del neurodesarrollo. Estos trastornos surgen en edades tempranas, en general antes de la etapa escolar y afectan, entre otros, al funcionamiento personal, social y académico. Se diferencian dos categorías de síntomas en el TEA: (I) Deficiencias persistentes en comunicación social e interacción social en diferentes contextos: (A) deficiencias en la reciprocidad socio-emocional, (B) déficit en conductas comunicativas no verbales empleadas en la interacción social, (C) dificultades en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones. (II) Patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses: (A) movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos, (B) resistencia exagerada a los cambios (insistencia para mantener la monotonía), adherencia excesiva e inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizados, (C) intereses fuertemente restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés, (D) hiper- o hipo-reactividad a los estímulos sensoriales o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno. Estos síntomas aparecen, en general, en los dos primeros años de vida, y provocan que el individuo necesite ayuda en su día a día.

CONCLUSIÓN: El trastorno del espectro autista engloba todos los trastornos generalizados del desarrollo bajo un solo diagnóstico. Sus síntomas se encuadran en dos categorías principales: deficiencias en la comunicación social y comportamientos restringidos y repetitivos.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, COMUNICACIÓN, TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO, SÍNDROME DE ASPERGER.

ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

MARIO TARI RODRIGUEZ, MARTA SANCHEZ CAMPOS, MANUEL GALLARDO MARCHENA

INTRODUCCIÓN: Entendemos Traumatismo craneoencefálico como la lesión directa en cuero cabelludo, cráneo o cerebro como consecuencia de un agente mecánico externo y que puede catalogarse gradualmente como leve, moderado o grave, según el mecanismo de acción y de los síntomas.

OBJETIVOS: Identificar cuidados de enfermería de atención a pacientes con traumatismos craneoencefálicos. Conocer el manejo de atención a este tipo de pacientes. Detectar signos y síntomas de alarma que puedan comprometer la vida del paciente.

METODOLOGÍA: Usándose bases de datos como Pubmed y Cuiden, se ha realizado una revisión bibliográfica acotándose la revisión más actualizada entre los años 2012 y 2018. Los términos empleados en la búsqueda fueron traumatismos y traumatismo craneoencefálico, haciendo una selección entre los artículos más relacionados desde el punto de vista de la enfermería.

RESULTADOS: El cuidado y tratamiento de este tipo de pacientes va enfocado al tratamiento de lesiones secundarias, detección y tratamiento de síntomas; así como la evaluación y seguimiento de los niveles de consciencia, fácilmente alterables.

CONCLUSIÓN: En la actualidad los Traumatismos craneoencefálicos siguen constituyendo uno de los problemas de salud más frecuentes en la atención hospitalaria pero los avances, tanto en la atención in situ por parte de los servicios de emergencias como los prestados en la atención intrahospitalaria, han mejorado en el diagnóstico, tratamiento y seguridad de los pacientes. El papel de la Enfermería a través de los cuidados ha permitido la reducción de complicaciones y de posibles secuelas producidas en este tipo de pacientes.

PALABRAS CLAVE: TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, TRAUMATISMO, NEUROCIRUGÍA.

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON EPILEPSIA Y RETRASO MOTOR

MARINA BERMÚDEZ VALENZUELA, SARA MENDEZ NIETO, ANA ISABEL OSORIO LUCENA,
ANTONIO MANUEL GONZALEZ BARBERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 14 años con parálisis cerebral y síndromes convulsivos de repetición que ingresa en el área de Urgencias del hospital de Granada con un ataque de epilepsia brusco. Por su patología deciden ingresarlo en la planta de pediatría donde desarrolla a lo largo de los días un empeoramiento de su sistema motor llevándolo a estar postrado en una cama.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Escala de Glasgow: 7-8. No desviación tónica de la mirada. Pupilas miosis media escasamente reactiva. Moviliza miembros superiores ante estímulos dolorosos. SatO₂: 78%, precisa gafas nasales. No controla esfínteres. Dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria tales como vestirse, bañarse, comer, etc. Alimentación por sonda nasogástrica.

JUICIO CLÍNICO: Epilepsia y retraso motor. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndromes convulsivos de repetición, caracterizado por convulsiones repentinas, comportamientos extraños y hasta pérdida de la consciencia.

PLAN DE CUIDADOS: El objetivo principal se ha centrado en realizar un plan de cuidados de enfermería a un paciente pediátrico que ingresó en el área de Urgencias con una crisis convulsiva que evolucionó a una decadencia de su sistema. Nuestro propósito se ha centrado en desarrollar y proporcionar los cuidados pertinentes que conlleva la enfermedad. Para abordar los cuidados del paciente nos basamos en la taxonomía NNN (NANDA-NOC-NIC), eligiendo como diagnóstico NANDA principal 'Deterioro de la movilidad en la cama relacionado con retraso psicomotor manifestado por no puede moverse'.

CONCLUSIONES: Desde el principio se le practicó tratamiento fisioterapéutico acompañado de su medicación diaria contra la epilepsia. Con respecto a lo primero se procuró estimular el movimiento involuntario y voluntario y verdaderamente fue un notorio éxito con respecto la propia medicación que consiguió disipar las crisis aunque no con la seguridad de poder descartar futuros ataques.

PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA, CONVULSIONES, CRISIS, PARÁLISIS, PSICOMOTOR, SÍNDROMES.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTE ANCIANO

JAIME MARÍA SÁNCHEZ PAYÁ, MARÍA BELÉN GONZÁLEZ DE LA ROSA, LUZ MARIA ROJAS PALACIOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 72 años de reciente ingreso en Residencia de Mayores en la unidad de asistidos durante el postoperatorio de cirugía de cadera. Antecedentes de HTA y alcoholismo crónico. Comienza con cuadro de hiperactividad, agitación, agresividad, confusión, alucinaciones e ideación delirante. No hay pérdida de conciencia. Afebril.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física completa: Signos de alerta de que el paciente pueda estar deshidratado: mucosas secas y fecalomas. Exploración general con mayor profundidad del sistema neurológico: disminución de la respuesta neurológica, temblores, contracciones. Exploración de la capacidad psíquica: Atención disminuida y vemos al paciente desorientado. Conversación repetitiva. Dificultad para conciliar el sueño y somnolencia diurna. Hemograma, bioquímica general (glucosa, creatinina, iones), análisis de orina, radiografía de tórax, y electrocardiograma.

JUICIO CLÍNICO: Delirium o síndrome confusional agudo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** A veces, el cuadro de confusión se puede asimilar por sus síntomas a otros: La demencia es de curso progresivo, normalmente estable, con un nivel de conciencia inalterado, menos afectada la atención y desorientado más tardíamente. El trastorno de ansiedad caracterizado por miedos o malestares, bruscos y acompañados de sudores intensos, fatiga, hormigueo, sensación de asfixia, palpitaciones, dolor torácico. La depresión tiene como síntomas principales: tristeza, anorexia, náuseas, paciente apático, insomnio... Otros tipos más infrecuentes son: esquizofrenia, brote maníaco, afasia de Wernicke, amnesia global transitoria.

CONCLUSIONES: El delirium está claramente asociado a un mal pronóstico al alta, con un aumento de la mortalidad y morbilidad, prolongación de la hospitalización, mayor institucionalización, deterioro funcional y déficit cognitivo. Los costes aumentan dada la peor recuperación del paciente y su mal pronóstico. El delirium tiene peor pronóstico en aquellos pacientes con déficit cognitivo de base. La duración media de los síntomas suele ser de una semana con tratamiento, aunque en ancianos puede tardar un mes.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME, CONFUSIONAL, AGUDO, ANCIANO, DELIRIUM.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN PACIENTE ADULTO

ELENA FRANCO DAZA, MIGUEL ÁNGEL GOMARIZ MARTÍNEZ, MIRYAM MARTÍNEZ PASCUAL DEL RIQUELME, LETICIA ALONSO CASADO, DAVINIA CANO ALBURQUERQUE, MARIA DE LOS ANGELES FERNANDEZ GUTIERREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón 38 años, sin antecedentes médicos salvo antecedentes paternos de hemorragia cerebral. Acude a urgencias de Atención Primaria por mareo tipo rotatorio, acompañado de cefalea holocraneal opresiva, con cortejo vegetativo, sin náuseas ni vómitos, de inicio brusco hace 30 minutos en domicilio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física, incluida neurológica sin alteraciones. Se administra Dogmatil y Nolotil, con mejoría clínica posterior según refiere el paciente. Al objetivar a su vez TA 189/92, se decide traslado inmediato a urgencias hospitalarias para descartar patología intracraneal con pruebas complementarias. En urgencias, paciente consciente y orientado, normohidratado, ligera palidez mucocutánea, eupneico, afebril. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal, no doloroso a la palpación profunda, peristaltismo conservado. Neurológica: Glasgow 15, pupilas isocóricas normoreactivas, pares craneales centrados y simétricos, no signos meníngeos, fuerza y sensibilidad conservadas, marcha sin inestabilidad, no focalidad. Hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos significativos. Se administra analgesia sin remitir completamente los síntomas. TAC craneal: extensa hemorragia subaracnoidea aguda en cisternas basales, cisuras frontotemporales e ínsulas, obliteración difusa de surcos basales. Imagen sugestiva de pequeña cantidad de sangre en porción declive de tercer ventrículo. No pérdida de diferenciación corticomedular, ni herniación, ni lesiones intraaxiales. Se remite a Neurocirugía para tratamiento inmediato.

JUICIO CLÍNICO: Hemorragia subaracnoidea. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Migraña, infección viral, cefalea hipertensiva, espondiloartrosis cervical.

PLAN DE CUIDADOS: Manejo en UCI a cargo de Neurocirugía, con tratamiento médico para prevenir el resangrado y la isquemia.

CONCLUSIONES: La hemorragia subaracnoidea es una emergencia médica, por lo que resulta esencial el diagnóstico y tratamiento precoces. Es más frecuente en mujeres de mediana edad, y su presentación clínica es amplia. Debemos plantear su sospecha ante cualquier paciente con cefalea intensa de inicio brusco, acompañada o no de otros síntomas o signos, e investigar posibles factores desencadenantes, sin olvidar que hasta un 25% de los casos son de etiología idiopática.

PALABRAS CLAVE: HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, CERVICALGIA, ICTUS, CEFALEA.

PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERA A UN PACIENTE TRAS REALIZACIÓN DE LAMINECTOMÍA

ALEJANDRO CORRAL CASTILLO, SANDRA NAVARRETE OLIVER, AGUSTÍN ORTEGA DEL ÁRBOL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 64 años, viene de quirófano tras operación de Hernia de Núcleo Pulposo (laminectomía) por obstrucciones en L2-L3 con analgesia general. Antecedentes de hiperplasia benigna de próstata, con un tratamiento habitual para esta (no recuerda bien el tratamiento), intervenido de ligamentos de la rodilla izquierda, apendicectomizado a nivel gástrico y duodenal por ulcera. No tiene alergias reconocidas. Pesa 90Kg y mide 1,75; IMC: 29,38.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tras laminectomía refiere mejoría de la sensibilidad en MMII, pero sigue sin movilizar. En URPA se le administra analgesia IV por dolor. Herida quirúrgica en buen estado. Constantes: Tensión Arterial Sistólica: 120. Tensión Arterial Diastólica: 65. Frecuencia Cardíaca: No valorada • Saturación de Oxígeno: No valorada. Presenta un índice de Norton de 14 (riesgo medio de UPP). Presenta dolor. Escala de EVA 8 (dolor). Glasgow de 15.

JUICIO CLÍNICO: 00132 Dolor agudo r/c intervención quirúrgica m/p informe verbal de la paciente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: (RESULTADOS - NOC) 2102 Nivel del dolor 21021 Dolor referido 1....5 (De Intenso a Ninguno).

PLAN DE CUIDADOS: (INTERVENCIONES - NIC) 2210 Administración de analgésicos Actividades: Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre los medicamentos y dosis. Elegir la combinación de analgésicos cuando se prescriba más de uno. Controlar signos vitales antes y después de la administración. Establecer expectativas positivas respecto la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente.

CONCLUSIONES: A lo largo de estas tres semanas hemos llegado a controlar el dolor, le hemos enseñado los ejercicios que debe realizar para mantener la masa muscular de las piernas en buen estado, evitando la atrofia por desuso. Como resultado el paciente ya solo refiere dolor ligero que remite adecuadamente con analgesia pautada por facultativo. El paciente ya refiere mejoría en la sensibilidad de los MMII, aunque aún no hay movilización de estos.

PALABRAS CLAVE: SALUD, CUIDADOS, CASO CLÍNICO, ENFERMERÍA.

HEMORRAGIA PARENQUIMATOSA CEREBELOSA IZQUIERDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

CRISTINA VILLALIBRE CALDERÓN, MARTA MÉNDEZ FERNÁNDEZ, EMMA SOLÍS LOZANO, RUTH RODRÍGUEZ BLANCO, JUAN SEBASTIÁN ALLER ALVAREZ, CRISTINA BOTÉ I FERNÁNDEZ, ADRIAN ESTRADA MENENDEZ, ANA CASTRO FUERTES, JUAN ALVAREZ LOPEZ, INES OLAYA VELAZQUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus 2, operada de colecistectomía, histerectomía y doble anexectomía. Valorada por su médico en dos ocasiones por cuadro de mareo con cervicalgia, sin claro giro de objetos, con exploración dentro de la normalidad, tratándose como mareo secundario a contractura muscular, pautando antiinflamatorios y relajante muscular y, en la segunda ocasión se añadió Dogmatil. Cuatro días más tarde, acude a Urgencias por continuar con mareo inespecífico sin otra clara clínica acompañante.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En esta ocasión al inicio, sólo llamaba la atención en la exploración ligera pulsión a la derecha en la marcha, solicitándose TC craneal ante mareo con evolución tórpida y durante su estancia en Urgencias se agravó a afasia motora con cuadro confusional y tensión arterial de 270/95. En la analítica cabe destacar glucemia 368, colesterol total 256, LDL 186 y HbA1c 13.2%. Con proteinuria y glucosuria, con electrocardiograma normal. En TC craneal se observa imagen hiperdensa de 16 mm en hemisferio cerebeloso izquierdo periféricamente en relación con hemorragia parenquimatosa. La RM craneal y angioRM confirman dicho diagnóstico, con depósitos milimétricos de hemosiderina en vermis, secuelas de microsangrados previos en lóbulos temporales y núcleos basales. Estenosis superior al 50% en segmento P2 izquierdo del polígono de Willis.

JUICIO CLÍNICO: Hemorragia parenquimatosa cerebelosa izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Vértigo periférico. Hemorragia parenquimatosa. Mareo secundario a contractura muscular.

PLAN DE CUIDADOS: Observación. Elevar cabecero de cama. Cuidados sintomáticos.

CONCLUSIONES: La hemorragia cerebral espontánea no aneurismática supone el 10-15% de todos los ictus (tercera causa de muerte) y según su localización puede ser intraparenquimatosa o intraventricular. Su localización más frecuente es en los ganglios de la base, y la etiología predominante es la hipertensión arterial mal controlada, siendo más frecuente en varones mayores de 55 años. Presenta una mayor morbimortalidad que el ictus isquémico, siendo una de las primeras causas de discapacidad grave.

PALABRAS CLAVE: MAREO, ICTUS, HEMORRAGIA, PARENQUIMATOSA, VERTIGO.

LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ESTATUS MIOCLÓNICOS

INMACULADA GUIL GARCIA, AMANDA VILLALOBOS CHICA, GEMA CRISTINA LOPEZ ESTEVEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que hace 6 días refiere cuadro como de inestabilidad a la marcha, con repentinas crisis de tropiezo y sensación de inestabilidad súbita con apertura de brazos con el gesto de no querer caerse, se le entrecorta el habla. Cefalea occipital hace 3 días. No mareo ni giro de objetos. No fiebre. No Amc. HTA, DM tipo II no insulinizado. C. Isquémica. Espondilitis, Estenosis Lumbar. Trae p-10: como cuadro vertiginoso.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: PCOx 3 esferas. BEG BHP Eupneico en reposo. C y C: No IY no ADPT, pulsos carotídeos, presentes y simétricos. AC: Tonos rítmicos y regulares, sin soplos. AP: MVC sin ruido patológico. ABD: Blando depresible sin masas ni megalias. Blumberg, Murphy negativos. No signos de irritación peritoneal. RHA presentes. EEII: No signos TVP, pulsos presentes. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas, normorreactivas. No nistagmo. Sin focalidad neurológica de pares craneales ni vías sensitivo motoras. Marcha inestable. Romberg tendencia a caer derecha Durante la consulta en varias ocasiones hace el gesto de corrección postural para no caerse hacia delante. No pérdida de conocimiento. EKG, Rx Tórax, A/S y TC cursados.

JUICIO CLÍNICO: Mioclonías espontáneas positivas y negativas, focales y generalizadas de probable origen cortical (improbable reticular reflejas). Status mioclónico, posible origen farmacológico

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Paresias MMII, afasia versus crisis generalizadas tónicas clónicas.

CONCLUSIONES: El paciente presenta atrofia córtico-subcortical y lesiones isquémicas crónicas. Por lo que el Rx de tórax no presenta imagen de derrame ni de condensación con ICT normal.

PALABRAS CLAVE: STATUS, CRISIS, AFASIA, MIOCLÓNICOS.

ALGIA FACIAL Y SÍNCOPE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE NEURALGIA DEL GLOsofaríngeo

LUIS LOBATO PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 80 años que acude por varios episodios diarios de dolor lancinante, de escasos segundos de duración, sublingual y submandibular izquierdos, de varios meses de evolución. Inicialmente los episodios son esporádicos y desencadenados al deglutir. Progresivamente aumentan en frecuencia, haciéndose diarios, y también son desencadenados al hablar. Ha presentado algún episodio de pérdida de consciencia en relación a episodios de dolor. Como antecedentes presenta únicamente hipertensión.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración general anodina. Neurológica: Nervios craneales sin alteraciones. Lengua centrada en protusión con movimientos conservados. No alteraciones sensitivas. No se desencadena dolor a la palpación. No edema de papila en fondo de ojo. No induración de arterias temporales con pulsos simétricos. Análisis de laboratorio: hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. EKG: Ritmo sinusal sin alteraciones. TC Cerebral sin alteraciones. Angio-RMN: bucle vascular en aica izquierda que se introduce en el canal auditivo izquierdo.

JUICIO CLÍNICO: Neuralgia del glossofaríngeo, síncope vasovagales asociados. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neuralgia de la rama V3 del nervio trigémino, neuralgia del n. Laríngeo superior, neuralgia del n. Intermediario y síndrome de Eagle.

PLAN DE CUIDADOS: Se inicia tratamiento con pauta ascendente de Carbamazepina 200 mg cada 8 horas, con lo que se consigue control del dolor. Sin embargo, en análisis de laboratorio de control se objetivó hiponatremia (131), decidiéndose cambiar a Eslicarbazepina 800 mg diarios por su mejor perfil de efectos adversos, con resolución de hiponatremia y control del dolor.

CONCLUSIONES: La neuralgia glossofaríngea es una entidad poco frecuente y con frecuencia infradiagnosticada, ya que con frecuencia se confunde con neuralgia del trigémino por compartir ciertas características clínicas. Hasta un 10% asocian bradicardia y asistolia, con cuadros sincopales (hipótesis reflejo vago-glossofaríngeo y estimulación nervio del seno carotídeo o de Hering). Se debe completar el estudio para descartar causas secundarias, como la compresión vascular. El tratamiento de elección es médico con carbamazepina, que consigue alivio del dolor y disminución de episodios sincopales.

PALABRAS CLAVE: DOLOR FACIAL, NEURALGIA GLOsofaríngeo, SÍNCOPE, NEURALGIA.

DETERIORO COGNITIVO DE RÁPIDA EVOLUCIÓN TRAS DESCOMPENSACIÓN DIABÉTICA

LUIS LOBATO PÉREZ, ROSARIO LINEROS LINERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 55 años que según familiares presenta desde hace un año, y coincidiendo con ingreso en UVI por cetoacidosis diabética, fallos de memoria con olvidos en tomar medicación y problemas al manejar el dinero, que le han condicionado baja laboral. Dos años antes comenzó a presentar fallos de memoria más leves tras otro ingreso por cetoacidosis diabética. Como antecedentes personales presenta diabetes tipo 1 con mal control, hipercolesterolemia y asma. Fumador de 30 PA. Realizó estudios de EGB y es técnico de redes eléctricas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración general anodina. Exploración neurológica: desorientación temporo-espacial. Lenguaje sin alteraciones. Apraxia del dibujo. No restricciones en motores oculares. No bradicinesia, hipocinesia, rigidez ni temblor. Marcha sin alteraciones. Mini-mental state examination: 20/30 (fallos en orientación, cálculo, memoria, órdenes y dibujo). Datos de laboratorio: Glucosa 412. HbA1c 9,4%. Vitamina B12 y ácido fólico dentro de la normalidad. Resto, incluyendo perfil tiroideo sin alteraciones. RM Cerebral: atrofia cortico-subcortical difusa. Signos de leucoencefalopatía de pequeño vaso. PET-TC Cerebral: Hipometabolismo glicídico temporal bilateral, parietal y frontal de predominio izquierdo.

JUICIO CLÍNICO: Deterioro cognitivo multidominio de predominio amnésico que cumple criterios de demencia de probable etiología metabólica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Demencias secundarias: vascular, de origen infeccioso, tóxico o carencial, hidrocefalia normotensiva.

PLAN DE CUIDADOS: Control glucémico estrecho con intensificación de tratamiento insulínico.

CONCLUSIONES: En este caso se evidencia la relación existente entre diabetes y deterioro cognitivo. Existe evidencia que relaciona ésta enfermedad tan prevalente con la enfermedad de Alzheimer por compartir ciertos mecanismos fisiopatológicos (alteraciones sinápticas, disfunción de enzima degradadora de insulina que produce acumulación de beta amiloide, insulinoresistencia a nivel cerebral evidenciada en otras enfermedades neurodegenerativas). Las descompensaciones agudas inciden más directamente en el deterioro cognitivo que la hiperglucemia crónica. El control estrecho de la glucemia y sus complicaciones es fundamental para minimizar la progresión del deterioro cognitivo en estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, DETERIORO COGNITIVO, DIABETES, CETOACIDOSIS DIABÉTICA.

IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN EN ICTUS HEMORRÁGICO

AMANDA VILLALOBOS CHICA, INMACULADA GUIL GARCIA, GEMA CRISTINA LOPEZ ESTEVEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude por clínica de inicio a las 4 am consistente en hipoestesia de MII que no sabe describir con claridad. No otra clínica neurológica. Como antecedente cuenta traumatismo craneal con una ventana hace 3 semanas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Alerta, orientada, colaboradora. Lenguaje normal. PC normales. PICNR. FO sin edema de papila. Fuerza: claudicación proximal mínima de MII. Solicitamos AS con Dímero D. Si este es elevado habra que solicitar angioTC en senos venosos para descartar trombosis de senos. AS: - Hemograma: Hb 13.7, Hto 42.3%, Plaquetas 453.000, Leucos 8.100 (N 59.5%, L 31.2%). - Hemostasia sin alteraciones. Dímero D 117(elevado). - Bioquímica: Glu 107, Creat 0.63, FG >90, Sodio 143, Potasio 3.31, Perfil hepático normal. - Gasometría venosa: pH 7.421, PCO2 40, HCO3 25. Flexores. TAC CRANEAL Hallazgos: Se observa una lesión hiperdensa de 23 x 19mm frontal derecha con halo hipodenso alrededor, en relación con un sangrado intraaxial con edema perilesional. Se ingresa en unidad de ictus.

JUICIO CLÍNICO: Ictus hemorrágico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hipoestesia MII versus ictus hemorrágico.

CONCLUSIONES: Importancia de la pronta actuación sanitaria para detectar y actuar en las primeras horas del ictus evitando así secuelas severas crónicas en la paciente. Ingreso en unidad de ictus donde se mantendrá monitorizada y vigilada 24hs por enfermería , pudiendo actuar rápidamente en empeoramiento si existiese y ayudando a la mejora del paciente.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, HEMORRAGIA, HIPOESTESIA, INTRAAXIAL.

HEMIBALISMO EN RELACIÓN A HIPERGLUCEMIA NO CETÓSICA

ÁLVARO SÁNCHEZ DE ALCÁZAR DEL RÍO, MARIA PEREZ AGUILERA, MARÍA LUISA ALEJANDRA MORALES GÓMEZ, BYRON ENRIQUE URIZAR CATALAN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 72 años con antecedentes de hipertensión, diabetes tipo 2, y dislipemia, con polineuropatía mixta de predominio sensitivo, que acude a Urgencias por cuadro de temblor en hemicuerpo izquierdo, de dos días de evolución, de aumento progresivo, mareos con caídas accidentales, pérdida de control de esfínteres, episodios de amnesia y disartria ocasional. Cuenta además que hace dos semanas, a raíz de un episodio de hipoglucemia sintomática abandonó la insulino terapia y aumentó la ingesta de hidratos de carbono para remontar glucemias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración presenta buen estado general, con buenas constantes. Auscultación cardiopulmonar normal. A la exploración neurológica cabe destacar discinesias bucales y temblor generalizado sin rigidez, arreflexia y apalestesia en pies. A destacar en analítica glucemia de 599 mg/dL y HbA1c de 11,9 g/dL. ECG, Radiografía de tórax, TAC Craneal, Resonancia Magnética Craneal y electroencefalograma dentro de la normalidad.

JUICIO CLÍNICO: Hemibalismo en relación a hiperglucemia no cetósica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La sospecha inicial, por la clínica y la exploración física, fue una alteración primaria del sistema extrapiramidal, entre los cuales había que descartar corea, balismo, temblor, ataxia, distonía, mioclonia y síndrome discinético. No obstante, ante la normalidad de pruebas complementarias, salvo hiperglucemia mantenida, se descartó este origen primario, desembocando finalmente en un cuadro de balismo secundario a dicha alteración metabólica.

PLAN DE CUIDADOS: Monitorización continua y corrección progresiva de la glucosa mediante insulino terapia.

CONCLUSIONES: El hemibalismo se origina por lesión del núcleo subtalámico de Luys, produciendo movimientos involuntarios del lado contralateral a la lesión y con frecuencia caídas accidentales. Puede ser de causa genética o no genética, ya sea vascular, autoinmune, farmacológica, infecciosa o metabólica. El hemibalismo como complicación de hiperglucemia es más prevalente en raza asiática, no suele haber afectación del nivel de consciencia y hay remisión gradual de la clínica tras corrección de la glucemia.

PALABRAS CLAVE: HEMIBALISMO, HIPERGLUCEMIA, SISTEMA EXTRAPIRAMIDAL, INSULINOTERAPIA.

EFFECTIVIDAD DE LA TOXINA BOTULÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE MIGRAÑAS A CORTO PLAZO

MARIA JOSE BRAVO HEREDIA, CRISTINA MARTIN MONGE, LUCIA DEL CARMEN RUIZ MEDINA

INTRODUCCIÓN: La migraña crónica es una de las afecciones humanas más discapacitantes, que afecta al 2% de la población, siendo la incidencia más alta en las mujeres. La eficacia y seguridad de OnabotulinumtoxinA (Botox) en adultos con migraña crónica se confirmó en el programa PREEMPT. Sin embargo, hay pocos datos reales de su administración en un breve plazo de tiempo.

OBJETIVOS: Analizar la eficacia de la toxina botulínica en el tratamiento a corto de plazo de la migraña crónica.

METODOLOGÍA: Estudio transversal y descriptivo compuesto por 68 adultos con migraña crónica inyectados con botox según protocolo PREEMPT entre Enero y Marzo de 2017. Los datos de los pacientes fueron recolectados usando la EVA para medir la intensidad del dolor y un cuestionario autoadministrado con una serie de preguntas relacionadas con el tipo de dolor, número de crisis y duración de las mismas en rango de una semana tras la administración de la toxina botulínica.

RESULTADOS: El estudio muestra que la administración con botox aumentó el número de horas sin dolor de cabeza y de forma más leve incluso las primeras horas tras la administración del mismo. El 68% de los participantes consideran efectivo o muy efectivo su uso, tanto en la reducción en el número de crisis como en la intensidad de las mismas.

CONCLUSIÓN: El botox inyectado es una importante opción de tratamiento actual sumada al tratamiento farmacológico oral en pacientes con migraña crónica por la eficacia que demuestra a corto plazo. Los resultados obtenidos apoyan los hallazgos del estudio PREEMPT. Su administración disminuye la reiteración de consultas a atención primaria, urgencias y especialistas además de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: MIGRAÑA, BOTOX, TRATAMIENTO PRECOZ, ADULTOS, DISCAPACIDAD.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE EPILÉPTICO

INMACULADA GONZALEZ MORALES, CASILDA ANTONIA MARTINEZ FERNANDEZ, TANIA PALENCIAS HORNEDAL

INTRODUCCIÓN: En España la prevalencia a sufrir epilepsia esta situad en torno a 8/1000 habitantes (unos 360.000 Casos aprox). El personal de enfermería debe garantizar la seguridad del paciente frente a posibles crisis epilépticas. Existen tres tipos de crisis epilépticas: Las generalizadas, donde la descarga neuronal afecta a ambos hemisferios cerebrales al mismo tiempo. Las parciales, donde la descarga afecta solo a un hemisferio de forma parcial o total. Status epiléptico, que es una crisis o una sucesión de crisis epilépticas sin recuperación del nivel de conciencia que duran mas de 30 minutos.

OBJETIVOS: Determinar los diferentes tipos de crisis epilépticas. Identificar los cuidados enfermeros apropiados a dicha patología.

METODOLOGÍA: Realizamos un estudio descriptivo. A través de una encuesta determinamos en nivel de conocimientos de los profesional de enfermería. El número total de sujetos fueron 20 trabajadores de una planta de Neurología.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos determinaron que el 90% de la muestra tenía conocimientos teóricos, pero solo un 12% sabría como actuar correctamente en estos casos. Solo un 1% desconocía los tipos de epilepsia y todo lo relacionado alegando que nunca se habían enfrentado a una situación así.

CONCLUSIÓN: Los profesionales de enfermería deben tener unos conocimientos básicos para poder actuar correctamente frente a una crisis epiléptica así como poder proporcionar unos cuidados y un entorno seguro que evite posibles lesiones y/o complicaciones.

PALABRAS CLAVE: CRISIS EPILÉPTICA, ABORDAJE TERAPÉUTICO, ENFERMERÍA, PACIENTE EPILÉPTICO.

CONSECUENCIAS EMOCIONALES DEL CUIDADO DEL PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

SORAYA SATOUR MOHAMED, IRENE ANDRADE ANDRADE, MARÍA ÁNGELES NOGUERAS MORILLAS

INTRODUCCIÓN: La esclerosis lateral amiotrófica (amyotrophic lateral sclerosis, ALS), también conocida como enfermedad de Lou Gehrig, implica la pérdida progresiva de las motoneuronas (un tipo de célula nerviosa que controla los movimientos de los músculos) que se encuentran en el cerebro y la médula espinal. La ELA es una enfermedad progresiva e incapacitante y, finalmente, mortal, cuya causa se desconoce. Se reconoce al 'cuidador' como la persona que convive con el paciente y asume la responsabilidad de prestación de cuidados, esta responsabilidad la asume generalmente una sola persona, que suele ser mujer.

OBJETIVOS: El objeto principal de este estudio es conocer como afecta al cuidador principal la atención del paciente con ELA.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con las siguientes estrategias de búsqueda: una búsqueda de literatura en bases de datos científicas como Pubmed, CUIDEN y el buscador Google Académico. Se admitieron aquellos artículos publicados dentro de los últimos 5 años, asegurando de este modo una evidencia actualizada.

RESULTADOS: Tras consultar distintos trabajos de investigación que evalúan el impacto del cuidador principal del paciente con ELA, Se pueden observar fuentes de estrés como: – Las limitaciones personales impuestas en el cuidado. – El deseo de cumplir con los roles que demanda la figura del cuidador. – Las demandas físicas y emocionales de los pacientes.

CONCLUSIÓN: Existen pocas investigaciones acerca de las repercusiones emocionales derivadas de la tarea de brindar cuidado a pacientes con ELA, y las pocas que hay se han centrado más bien en el estrés que sufren los cuidadores. Con ello, la literatura internacional ha mostrado que el cuidador puede verse afectado adversamente en su salud psicológica, a causa del esfuerzo y el estrés, además de sufrir una serie de riesgos que, probablemente, le llevarán a sentirse menos comprometido con el deber de practicar conductas saludables para sí mismo.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA, EMOCIONAL, IMPACTO, CUIDADOR PRINCIPAL.

CASO CLÍNICO DE HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO PARIETAL DERECHO EN ESPAÑA

MARÍA PINO MARISCAL, JESSICA PEREZ CALVARIO, EVA MARIA GARCIA MONTES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente encontrada por sus familiares en su domicilio tras haber sufrido caída y con el deterioro de nivel de conciencia. Avisan a los servicios de emergencias que activan el código ICTUS. Durante el traslado presenta episodio de movimientos tónico-clónico y relajación de esfínteres. Llegando a nuestro servicio de urgencias en estado post-crítico precisando intubación orotraqueal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: CONSTANTES: TAM 160, FC 110 lpm, FC 23 rpm. Afebril. HEMODINAMICO: Sin vasoactivos, tonos rítmicos sin soplos. RESPIRATORIO: Buena adaptación a la ventilación mecánica. NEUROLÓGICO: GSC 3 puntos bajo sedoanalgesia. ABDOMEN: Globuloso, sin masas ni megalias. EEII: Sin edemas ni signos de TVP. Pulsos distales y femorales presentes. ANALÍTICA: Glucemia 240, urea 49, LDH 358, creatinina 0,9. Hemograma 18,1; hematocrito 55,8; leucocitos 13000; plaquetas 169000. Coagulación sin alteraciones. RX DE TORAX: Sin signos de condensaciones. ECG: Ritmo sinusal a 110 lpm, sin alteraciones de la repolarización. TAC DE CRANEO: Hematoma intraparenquimatoso corticosubcortical en región parietal derecha con un tamaño de 2,4 x 1,3 cm en el eje axial. Signos de leucopatía de pequeños vasos. Infartos lacunares en ganglios basales bilaterales.

JUICIO CLÍNICO: Hematoma intraparenquimatoso parietal derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En el contexto de esta circunstancia clínica es inexcusable realizar el diagnóstico diferencial de otras patológicas que pueden manifestarse, como pueden ser: Aneurisma y malformaciones, trastornos de coagulación, tumores y angiopatías cuando nos referimos a lesiones No traumáticas. Sin olvidar las lesiones causada por la sacudida violenta del cerebro contra el cráneo originando el hematoma por traumatismo.

CONCLUSIONES: La hemorragia intracraneal es una patología de gran relevancia en un servicio de Medicina Intensiva, ya que presenta una alta mortalidad. Los pacientes deben ser tratados rápidamente tras la realización de una prueba de neuroimagen precoz puesto que la mortalidad es más elevada en los primeros días tras el sangrado.

PALABRAS CLAVE: HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO, COAGULACIÓN, INTUBACIÓN OROTRAQUEAL, CORTICOSUBCORTICAL, MORTALIDAD.

ESTENOSIS EN ARTERIAS VERTEBRALES ALTERANDO NUESTRO LENGUAJE: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA SONIA GONZÁLEZ TROYA, JUAN ANTONIO LOPEZ RAMOS, VIRGINIA TORREJÓN OVIEDO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude a urgencias por dificultad para la emisión y comprensión del lenguaje. Al llegar su hija del trabajo la encuentra sin poder emitir lenguaje sin otra clínica acompañante.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente. No responde mes ni edad. Obedece una orden (cerrar los ojos). No nomina. No repite. Jergafasia. Reflejo de amenaza presente bilateral. No desviación oculocefálica. PINLA. PF gestual derecha. Claudica distalmente con Barré con MSD. No claudica en Mingazzini. No dismetrías. Marcha apráxica, descompone giros. NIHSS = $0+2+1+0+0+1+0+0+0+0+0+0+0+2+2+0=8$. -Analítica: *Bioquímica: glucosa 235. Potasio 5.2. Resto sin hallazgos. -Doppler TSA (Vélez): *Árboles carotídeos: ACCD placa mixta (hiperecoica e isoeicoica) circunferencial en tercio medio que no aumenta velocidades. ACID placa hiperecoica en inicio, sin aumento de velocidades, curva de morfología normal a unos 3Khz de velocidad. ACCI engrosamiento miointimal, curva de morfología normal con velocidad entorno a 2KHz, ACII placa hiperecoica en origen que no incrementa velocidades, inversión en la progresión de la velocidad (inicio a 3KHz, distal 1KHz). *Subclavias: bifásicas. *Vertebrales: V2 derecha proximal velocidad máx 278.1 Cm/s, Vmin 36.6 Cm/s, IP 1.68. V2 izquierda proximal velocidad máx 248 cm/s, vel min 28.4 Cm/s, IP 1.91. -Doppler Temporal: no ventana. -Doppler Occipital: basilar a unos 7.6 Cm de profundidad con curva continua con pico desplazado a la derecha, velocidad de 20 cm/s.

JUICIO CLÍNICO: Estenosis crítica de ambas arterias vertebrales. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Desorientación y mutismo.

PLAN DE CUIDADOS: Vigilancia en el punto de punción.

CONCLUSIONES: En la estenosis sintomática de la arteria carótida se han presentado síntomas neurológicos focales, como accidentes isquémicos transitorios (AIT) o ictus, la manifestación en alteraciones del habla son debidos a estenosis de la arteria del hemisferio dominante La paciente fue dada de alta a las 24h de realizarse una ATP, con un TTO y citada para seguimiento.

PALABRAS CLAVE: ESTENOSIS, BARRÉ, AIT, MARCHA APRÁXICA.

NEUROCISTICERCOSIS OCASIONADA POR LESIÓN CEREBRAL ÚNICA

DOLORES MUÑOZ GUIRAO, MARIA VICTORIA BALLESTER LORCA, KILIAN ALBALADEJO CASTEJON, OLAYA MUÑOZ GONZALEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 48 años es traído a urgencias tras crisis comicial durante trabajo en el campo. Sufre mareo con debilidad de piernas y posterior desvanecimiento con inconsciencia de 5 minutos, sacudidas, cianosis, sin relajación de esfínteres, asociado a dolor torácico de 15 minutos sin cortejo vegetativo. Antecedentes: No AMC, natural de Ecuador, niega antecedentes familiares de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: C y O. BEG. Constantes estables, afebril. ● Exploración neurológica, normal. ● Ergometría, normal. ● Eco-cardiograma: Disfunción diastólica de VI grado I. ● AngioTC de arterias pulmonares, normal. ● EEG: actividad lesiva-irritativa centro parietal derecha. ● TC craneal: LOE única lobar parietal derecha de aproximadamente 3,5-4 cm de diámetro máximo, de aspecto necrótico-quistico, con material endolesional en porción declive. Discreto edema periférico. No efecto masa. ● RMN cerebral: confirma imagen de TC craneal.

JUICIO CLÍNICO: Neurocisticercosis con lesión cerebral única. Crisis comicial secundaria.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: ● Absceso de otro origen etiopatogénico ● Proceso neo-formativo secundario versus primario ● Tuberculosis ● Meningitis fúngica.

CONCLUSIONES: Ante todo tener presente que la Neurocisticercosis es una enfermedad emergente en España, debido al fenómeno de la inmigración desde países donde la enfermedad es endémica. Es una afectación del sistema nervioso central por las larvas de la *Taenia solium*. El tratamiento de elección debe ser farmacológico, principalmente con albendazol y praziquantel, y reservar la cirugía para los casos en el que el primero falla. Enfermería interactuará con el paciente y familia, orientando en los cuidados, la dieta y el cumplimiento de los tratamientos. Informará a aquellas personas que viajan a zonas a los países endémicos, indicándoles que alimentos evitar que puedan estar contaminados y enseñar buenas prácticas de lavado de manos.

PALABRAS CLAVE: CRISIS COMICIAL, CONVULSIÓN, SÍNCOPE, TAENIA SOLIUM.

UN EFECTO ADVERSO POCO FRECUENTE DEL TRATAMIENTO CON LEMTRADA EN EMRR

MARIA PALAO RICO, NOELIA GARCÍA LAX, JOSE ÁNGEL MOTOS GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Alemtuzumab es un anticuerpo monoclonal humanizado derivado de ADN recombinante dirigido contra glicoproteína de superficie CD-52, presentes en grandes cantidades en los linfocitos T (CD3) y B (CD19), indicado en el tratamiento de las formas activas de EM. Se han descrito diversos efectos adversos (EA), algunos de ellos potencialmente graves o mortales por lo que se ha establecido un seguimiento de seguridad hasta 48 meses después de última dosis. Los EA más destacados son autoinmunes, reacciones asociadas a la perfusión (RAP) e infecciones. Se destaca una RAP que, aunque descrita, no es frecuente y puede tener repercusión en el manejo terapéutico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Presentamos a una paciente de 25 años, sin antecedentes de cardiopatía y ECG basal normal, diagnosticada de EMRR en Mayo de 2010 por lo que se inicia acetato de glatiramer. Dada la persistencia de brotes se sustituyó por natalizumab que mantuvo 19 meses y que se suspendió por riesgo de LMP al detectarse la presencia de anticuerpos anti-JC; iniciándose fingolimod. Dada la recurrencia clínica y radiológica se decide cambio a alemtuzumab con primer ciclo en Abril de 2015 sin EA y con buena tolerancia. Durante el segundo ciclo presentó bradicardia sintomática a 33 lpm. Mantenido durante 24 horas que obligó a suspender la infusión hasta realizar estudio cardíaco que resultó normal, permitiendo completar el ciclo de tratamiento bajo monitorización.

PLAN DE CUIDADOS: Pruebas de laboratorio recomendadas para monitorización: - Recuento sanguíneo completo con fórmula leucocitaria, niveles de creatinina y analítica de orina. - Prueba de función tiroidea, niveles de hormona estimulante del tiroides.

CONCLUSIONES: Aunque la bradicardia sintomática está descrita como efecto adverso cardíaco asociado a la perfusión, infrecuente y no englobado dentro de los potencialmente mortales, hay que tenerlo en cuenta a la hora de administrar el tratamiento ya que puede influir en el manejo terapéutico del paciente.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS MÚLTIPLE, FORMA REMITENTE RECURRENTE, LEMTRADA, ALENTUZUMAB, EFECTO ADVERSO.

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN EL CONTEXTO DE UNA PROBABLE NEUROSARCOIDOSIS

MARIA PALAO RICO, NOELIA GARCÍA LAX, JOSE ÁNGEL MOTOS GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de causa desconocida que produce complicaciones neurológicas entre un 5%-10%, pudiendo afectar a cualquier parte del sistema nervioso (SN), siendo la más frecuente la parálisis facial, seguida de la neuropatía óptica y la hipoacusia bilateral. Presentamos un caso de trombosis venosa cerebral a raíz del cual se diagnosticó de sarcoidosis.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Mujer de 52 años que consulta por episodios paroxísticos de visión borrosa, acúfenos e inestabilidad de 3 meses de evolución. Sin otra clínica sobreañadida, cuyos síntomas han ido aumentando en frecuencia. Antecedentes personales: HTA en tratamiento, cefaleas de perfil mixto, lumbalgia crónica. A la exploración general destaca adenopatía laterocervical derecha y discreta anisocoria (I>D), resto normal. Se solicita estudio de neuroimagen presentando engrosamiento y realce parcheado a nivel meníngeo, medular y encefálico de predominio infratentorial e intraparenquimatoso en troncoencéfalo. Imágenes puntiformes en columna cervical-dorsal-lumbar sugestivas de afectación secundaria de médula ósea y trombosis del seno sigmoide y distal del seno transversal izquierdo. Se completó el estudio etiológico resultando negativo en el rastreo tumoral, autoinmunidad, trombofilia congénita y adquirida, infeccioso y análisis del LCR. Finalmente, la biopsia del ganglio supraclavicular mostró adenitis crónica granulomatosa de tipo sarcoide.

CONCLUSIONES: Recientes estudios han demostrado una asociación estadísticamente significativa entre sarcoidosis y enfermedad tromboembólica, presentando 1.4 Veces más riesgo en comparación con pacientes sin sarcoidosis. La causa del incremento del riesgo se desconoce, pero pueden estar influenciados por actividad inflamatoria, características clínicas y las comorbilidades del paciente.

PALABRAS CLAVE: TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL, SARCOIDOSIS, NEUROSARCOIDOSIS, ENFERMEDAD INFLAMATORIA SISTÉMICA.

ICTUS BULBAR DERECHO ISQUÉMICO POR ESTENOSIS CAROTÍDEA

ALTEA MARTÍNEZ DE QUINTANA, ANDREA MIRÓ ANDREU, CLAUDIA PATRICIA GÓMEZ CÁRDENAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 80 años, con antecedentes de HTA mal controlada, y lumbociatalgia en tratamiento con AINES. Acude a su Centro de Salud por disfagia y malestar de 24 horas, cuando presenta bruscamente, mareo con giro de objetos y pérdida de conciencia de rápida recuperación, siendo derivada al Servicio de Urgencias Hospitalarias por síncope.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hipertrofia amigdalар, desplazamiento de la úvula hacia la izquierda, afectación de la elevación del hombro derecho, hipoestesia facial derecha, y braquiocrural izquierda. Ante la focalidad neurológica, se realiza TC simple descartándose patología aguda intracraneal. Dada la rápida evolución a disfagia completa a sólidos y líquidos, y disfonía, es valorada por otorrinolaringología, quien objetiva parálisis de cuerda vocal derecha, realizándose de forma urgente TC cervical con contraste, en el que se confirma parálisis de cuerda vocal derecha, y se aprecia estenosis proximal de ACI derecha del 75%, y de ACI izquierda, suboclusiva. Durante el ingreso se realizó RM cerebral, confirmándose lesión isquémica aguda bulbar derecha.

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico bulbar derecho secundario a estenosis del 75% de la arteria carótida interna derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ante la aparición de una disfagia, debe plantearse si la causa es obstructiva/mecánica intrínseca o extrínseca (para sólidos inicialmente), o motora/neuromuscular (para sólidos y líquidos desde el principio). Si la disfagia asocia otra focalidad como síndrome cruzado, alteración de pares bajos o inestabilidad, debe plantearse la afectación del tronco encéfalo.

CONCLUSIONES: Siempre que se presente afectación de cuerda vocal en forma de disfonía, disfagia (sobre todo si lo es a sólidos y líquidos desde el principio), o estridor e incluso disnea, asociado a focalidad de otros pares craneales y vías largas, hay que descartar de forma precoz afectación bulbar, ya que la afectación del tronco, sea por ictus u otra causa, evolucionan rápidamente a muy mal pronóstico con riesgo vital, al ser zona reguladora de las funciones vitales.

PALABRAS CLAVE: PARALISIS CUERDA VOCAL, ICTUS, SÍNDROME BULBAR, SÍNCOPE.

ESTUDIO ELECTROMIOGRÁFICO DE MOVIMIENTOS ANORMALES CON ACTIVIDAD RÍTMICA

PATRICIA VAZQUEZ ALARCON, DAVINIA DE SAN NICOLÁS FUERTES, DIEGO ZAMORA PEREZ, ANA MARIA MARTINEZ PUERTO, CARMEN MARIA GARNES SANCHEZ, SOFÍA ORTIGOSA GÓMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 63 años remitido para estudio electromiográfico de temblor. El paciente refiere, desde hace 10 años, temblor únicamente en mano derecha, sobre todo por las mañanas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realizó un estudio neurográfico en el que se obtuvieron valores normales. Tras ello se realizó un estudio electromiográfico de superficie con registro en dos canales simultáneos (en musculatura agonista y antagonista) de miembro superior derecho) en las siguientes situaciones: reposo (no se registró temblor), postura mantenida contra gravedad (temblor sincrónico a una frecuencia de 5-6 Hz) y movimiento (temblor de similares características al reposo y de mayor amplitud).

JUICIO CLÍNICO: Temblor esencial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La mayor parte de los movimientos anormales que cursan con actividades rítmicas se clasifican dentro de los temblores, pero existen otras actividades rítmicas como la epilepsia parcial continua y las mioclonías espinales segmentarias. El temblor de reposo es típico de la enfermedad de Parkinson, siendo característico un temblor a 4-5 Hz con activación de músculos antagonistas de forma alternante.

CONCLUSIONES: El registro simultáneo de la actividad electromiográfica en diferentes músculos permite la valoración de movimientos anormales con actividad rítmica, ayuda a realizar un diagnóstico diferencial de algunos movimientos anormales en los que la inspección visual no permite su catalogación. Se recomienda realizar el estudio incluyendo la electromiografía de varios músculos, cogiendo parejas de agonistas-antagonistas y uno o más acelerómetros. En análisis debe realizarse en las siguientes situaciones: reposo, mantenimiento de una postura contra gravedad, realización de una actividad o movimiento voluntario y realización de maniobras de distracción.

PALABRAS CLAVE: TEMBLOR, ELECTROMIOGRAFÍA, MOVIMIENTOS ANORMALES, TEMBLOR ESENCIAL.

POLINEUROPATÍA AGUDA DESMIELINIZANTE, SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

CLAUDIA PATRICIA GÓMEZ CÁRDENAS, ALTEA MARTÍNEZ DE QUINTANA, ANDREA MIRÓ ANDREU

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 71 años que curso con ingreso hospitalario tras iniciar tres semanas previas con clínica aguda y rápidamente progresiva, de hormigueo y sensación de adormecimiento en pies que haciende a piernas y extremidades superiores, progresando a debilidad para la marcha que limita la deambulaci3n, asociándose a inestabilidad. No refería antecedentes de infecci3n, intervenci3n quirúrgica ni traumatismo previo al inicio de los sntomas. Antecedentes personales de dislipemia y cardiopatía isquémica crónica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se objetivó hipoestesia severa distal en extremidades, arreflexia rotuliana, aquilea y bicipital, balance muscular 4/5 distal y proximal disimetría e inestabilidad para la deambulaci3n. Tomografía de cráneo sin signos de isquemia aguda, ni hemorragia sin lesiones ocupantes de espacio. Analítica completa ampliada con serología, autoinmunidad y antigangliosidos, dentro de la normalidad. La electromiografía evidenci3 una polineuropatía sensitivo-motora desmielinizante aguda, con gradiente de distribuci3n distal y simétrica, de grado moderado-severo. Punci3n lumbar con disociaci3n albumino-citológica (7 células/ 104 proteína).

JUICIO CLÍNICO: Polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, Síndrome de Guillain-Barré (SGB).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Polineuropatía de origen toxico, metab3lico o paraneoplásica, intoxicaciones por arsénico, porfiria aguda intermitente, alteraciones hidroelectrolíticas, Miastenia Gravis.

PLAN DE CUIDADOS: Control de funci3n cardiorrespiratoria y tratamiento inmunomodulador con inmunoglobulinas. Consiguiendo mejoría clínica, alta hospitalaria con tratamiento rehabilitador y sintomático, ambulatorio.

CONCLUSIONES: El SGB es una afectaci3n polineuropática de evoluci3n aguda, producida por inflamaci3n y perdida de la mielina en los nervios periféricos, de etiología autoinmune, que cursa con debilidad muscular rápidamente progresiva, que puede afectar la musculatura respiratoria y comprometer la vida de los pacientes, por lo que requiere un diagnóstico precoz y seguimiento oportuno.

PALABRAS CLAVE: DEBILIDAD, ARREFLEXIA, DESMIELINIZACIÓN, POLINEUROPATÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ALZHEIMER: DETECCIÓN PRECOZ

MARTA ÁLVAREZ GONZÁLEZ, SONIA ÁLVAREZ GONZALEZ, RAQUEL MEGIDO MAGADÁN,
BEATRIZ SOLÍS GALLEGO, MARÍA ISABEL GONZÁLEZ CUETO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Alzheimer, la demencia más frecuente no tiene cura. Suele aparecer en personas mayores de 65 años y es una enfermedad terminal que puede durar muchos años. Es progresiva. Durante el proceso el profesional de enfermería está capacitado para reconocer los síntomas que precede a la instauración de la enfermedad con el fin de conseguir un diagnóstico temprano y mitigar en cada caso el deterioro funcional y cognitivo.

OBJETIVOS: Analizar las investigaciones existentes sobre el papel de enfermería en los cuidados correspondientes para el manejo de los síntomas del Alzheimer, asegurando así una detección temprana y una mejora de calidad de vida.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la bibliografía en base a la evidencia disponible, en bases de datos tanto generales Dialnet, Scielo, Pubmed como específicas Cuiden. La búsqueda se ha realizado entre 2007 y 2017. Se ha seleccionado un total de 42 artículos.

RESULTADOS: La Enfermería posee un papel muy importante dentro del equipo que compone los programas de cuidado de las personas con Alzheimer. La empatía, la comprensión de la enfermedad, las habilidades cognitivas, conductuales y sociales junto con el aumento de la información son, entre otras, cuidados que requiere esta demencia tan frecuente.

CONCLUSIÓN: La cantidad de cuidados por parte de enfermería en la enfermedad del Alzheimer conduce a pensar la importancia y por ello la necesidad de este profesional antes y durante el proceso de la enfermedad. Las sociedades profesionales apoyan los resultados de estos cuidados no farmacológicos, sin embargo, en la práctica real su aceptación es insuficiente.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, CALIDAD DE VIDA, DETECCIÓN PRECOZ, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO CON CRISIS SECUNDARIAS O DEBUT DE EPILEPSIA QUE CONDICIONA TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

DAVINIA DE SAN NICOLÁS FUERTES, DIEGO ZAMORA PEREZ, ANA MARIA MARTINEZ PUERTO, CARMEN MARIA GARNES SANCHEZ, SOFÍA ORTIGOSA GÓMEZ, PATRICIA VAZQUEZ ALARCON

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Escolar de 2 años sin antecedentes de interés que consulta por caída desde la cama hacía unas 3 horas sin pérdida de conciencia pero alternando desde entonces episodios de somnolencia con otros de irritabilidad junto con 2 vómitos. En las primeras 24 horas del ingreso, presenta crisis durante el sueño de desconexión del medio con palidez generalizada y desaturación (74%). En las siguientes 24 horas presentó 5 crisis de desconexión del medio con giro cefálico a la derecha e hipertonia de hemicuerpo derecho, sin clara recuperación de conciencia entre ellas precisando tratamiento con ácido valpróico, fenitoína y midazolam. Posteriormente no se volvieron a objetivar nuevos eventos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: Regular estado general. No cefalohematoma. Consciente y conectado sin focalidad neurológica, reactivo y tendencia a la somnolencia. Glasgow 14-15. Resto normal. TAC craneal: Normal. Punción lumbar: Normal. EEG: En el primer estudio (primeras 24 horas) se observó una incidencia acusada de ondas lentas sobre región temporo-occipital de hemisferio derecho que propagaban-difundían sobre región occipital contralateral y línea media sagital posterior. A los 6 días el EEG mostraba ondas lentas y anomalías epileptiformes sobre región occipital derecha. RM cerebral: Normal.

JUICIO CLÍNICO: Epilepsia benigna de la infancia con puntas occipitales variante panayiotopoulos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Síndromes no epilépticos como: síncope, gastroenteritis, encefalitis y migraña.

CONCLUSIONES: El síndrome de panayiotopoulos suele presentarse en niños menores de 5 años, muestra un predominio nocturno y el vómito es el signo ictal más característico. Asocian deterioro progresivo de la conciencia, mirada fija o desviación oculocefálica con/sin otros signos autonómicos y en algunos casos movimientos clónicos de extremidades uni/bilaterales. Suelen durar más de 5 minutos y hasta la mitad de los episodios pueden durar más de 30 minutos (estado epiléptico no convulsivo). En el EEG interictal se encuentran anomalías epileptiformes occipitales en el 75% de los casos.

PALABRAS CLAVE: TCE, EEG, CRISIS EPILÉPTICAS, SÍNDROME DE PANAYIOTOPOULOS.

CRISIS EPILÉPTICAS EN UN PACIENTE INCONSCIENTE

FRANCISCA ROCIO PARRA HOLGADO, ANA MARIA CABAS JIMÉNEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Avisan al centro de salud que un paciente está inconsciente en el suelo con sialorrea. A la llegada del equipo sanitario el paciente se encuentra desconectado con el medio y se aprecia desviación de la comisura; se avisa a una ambulancia. No RAMS. AP: hemiplejía izquierda.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Glasgow 4/15, vía aérea permeable tras retirar prótesis dentales. Ventilación buena con murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Auscultación cardiorespiratoria rítmica a 60lpm sin soplos, roces ni extrasístoles. El paciente recupera toda su funcionalidad excepto el habla a los 15 minutos, con recuperación completa a su estado basal a los 20 minutos desde el inicio del cuadro. Exploración neurológica: hemiplejía izquierda con desviación de comisura; constantes estables sin signos de alarma (TA, Tª, FR, FC, glucemia capilar). ECG: RS a 120 sin alteraciones de la repolarización ni de la conducción. Posteriormente desciende a 95 lpm sin otros cambios. Traslado en ambulancia al hospital sin incidencias. A la llegada al hospital el paciente está asintomático. TAC: normal.

JUICIO CLÍNICO: Crisis epiléptica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, la sospecha diagnóstica inicial fue de un posible ACV.

CONCLUSIONES: Una crisis epiléptica corresponde a los hallazgos físicos o cambios en el comportamiento que ocurren después de un episodio de actividad eléctrica anormal en el cerebro. Puede ser difícil determinar si alguien está teniendo una crisis epiléptica debido a que algunas de ellas sólo hacen que una persona tenga períodos de mirada fija. Estas pueden pasar inadvertidas. Los síntomas pueden detenerse después de unos cuantos segundos o minutos o continuar hasta 15 minutos, rara vez se prolongan por más tiempo.

PALABRAS CLAVE: TEMBLORES, MAREOS, CONVULSIONES, ESPASMOS.

PACIENTE CON PÉRDIDA DE CONCIENCIA Y DISARTRIA

FERNANDO ESTEVEZ MARTIN, VERONICA ENCINAS SANCHEZ, MARÍA BELÉN ACIÉN RODRÍGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 61 años que, de manera súbita y ante su marido, presenta cuadro de caída con alteración de conciencia. Desviación inicial de comisura bucal y disartria. Los familiares refieren mal control de INR días previos, por lo que se le prescribió heparina Hibor 7.500 Diaria. También refieren edema en MMII días previos. AP: FA permanente; Hipertrigliceridemia; Mastectomía radical modificada mama izquierda (2008). Patología trivalvular (reumática), con doble prótesis mitral y aórtica y anuloplastia tricuspídea.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Frecuencia Cardíaca: 110 lpm. Saturación 97 % TA: 170/105; Glucosa:110 mg/dl. Tº 36,2. ACP: Murmullo vesicular conservado. Arrítmica con soplo aórtico eyectivo 3/6. Taquicardia. Pulsos distales conservados y simétricos. Signos de flebitis en MMII. Exploración neurológica: NISHH 17. Parálisis parcial de la mirada a izquierda, con hemiagnosia temporal izquierda. Desviación de la comisura bucal a la derecha. Hemiparesia izquierda con afasia de expresión. ECG: FA a 110lpm. TAC Cráneo: Sin alteraciones significativas -Angio-TAC de troncos supra aórticos y vasos arteriales intracraneales: defecto de depleción en segmento M2 de arteria cerebral media derecha, en relación con trombo a dicho nivel.

JUICIO CLÍNICO: Ictus de origen embólico, territorio arteria cerebral media derecha. Trobosis venosa profunda MMII. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** ACV Isquémico (Trombótico). ACV Hemorrágico. Síncope.

PLAN DE CUIDADOS: Es trasladada al Hospital por DCCU, activando código ICTUS y actuando según protocolo. Se realiza técnica intervencionista por equipo de Neurología

CONCLUSIONES: La actuación precoz en el ICTUS (proceso tiempo dependiente) es determinante para un tratamiento idóneo precoz. El tratamiento intervencionista adecuado minimiza las secuelas del paciente, lo que redundará en una mejor calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: URGENCIAS, ICTUS, TERAPIA, ACV.

EL CUIDADO DEL PACIENTE CON CEFALEA Y AGITACION

ESTEFANIA APORTA COSTELA, JUDIT APORTA COSTELA, ENCARNACIÓN MARIA FERNÁNDEZ MONTES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 45 años, sin antecedentes de interés, acude por cefalea de 7 horas de evolución, de instauración brusca esta madrugada, sin respuesta a analgesia (Paracetamol + Ibuprofeno), asociando agitación psicomotriz y dificultad para hablar. No fiebre ni clínica infecciosa aparente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: PA 133/106 mmHg. Fc 90 lpm. T^a 36,5°C. SatO₂ 98%. Afectado, Consciente y orientado pero muy inquieto/agitado. Mal perfundido. Eupneico. No lesiones cutáneas. No IY. ACP: normal. Abdomen: blando sin dolor. EEII: no edemas ni signos de TVP. Exploración neurológica dificultosa por agitación psicomotriz, sin aparente focalidad, sin rigidez de nuca ni signos meníngeos. Pruebas complementarias: ECG y Rx Tórax: normal. ANALÍTICA: Glucosa 178 / Creatinina, Urea e Iones normales / PCR 9,5 / Procalcitonina 0,08 / Leucocitos 19.200 (91% Neutrófilos) / Hb 15.2 / Plaquetas 191 / INR 1.01 / Gasometría venosa: pH 7,3; pCO₂ 51; Bicarbonato 25; Lactato 40 mg/dL / Orina normal / tóxicos en orina.

JUICIO CLÍNICO: Cefalea y agitación. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** LCR. En la tinción de GRAM del LCR se detectan diplococos gram positivos. Su antígeno confirma que se trata de Neumococo.

PLAN DE CUIDADOS: Enseñar técnicas de relajación, inspiraciones profundas y técnicas de distracción. Evitar la ingesta de bebidas estimulantes que impidan conciliar el sueño y mantener unos hábitos dietéticos sin ausencia del tabaco y alcohol.

CONCLUSIONES: Ingresa en UCI, Se mantiene el tto con Cefotaxima y se suspende la Ampicilina (indicada en la Listeria).

PALABRAS CLAVE: CEFALEA, AGITACION, ANTIGENO, GASOMETRIA.

MENINGIOMA DORSAL INTRARRAQUÍDEO EXTRAMEDULAR D6-D7

MARÍA BELÉN ACIÉN RODRÍGUEZ, FERNANDO ESTEVEZ MARTIN, VERONICA ENCINAS SANCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Antecedentes personales: Safenectomía parcial bilateral. Alergia estacional. NAMC anamnesis: Paciente de 42 años que refiere desde hace 2 meses hormigueo en pie derecho en aumento progresivo hasta glúteo de MID y posteriormente en MII, llegando actualmente el acorchamiento hasta dorsal D5-D6. Además refiere ligera pérdida de fuerza de forma puntual y dificultad ocasional para caminar. En ocasiones dificultad para iniciar la micción.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: Disestesia con nivel T5-T6, son sensibilidad táctil conservada. Fuerza conservada de forma global salvo flexo-extensión de cadera izquierda a 4+/5 ROTs hiperactivos de forma global ++++/++++. Siendo en MMII más marcadas que en MMSS, no clonuso. RCP flexor bilateral. Sensibilidad artrocinética disminuida en MMII, popiocepción conservada. Marcha inestable que se pone de manifiesto en tándem. Romberg negativo. Pruebas complementarias: RMN dorsal: secuencias sagitales T1, T2 y Stir y axial T1 Y T2. Tras contraste se repiten secuencias potenciadas en T1. Se aprecia lesión ocupante de espacio en el interior del canal medular, a la altura de T6-T7, intrarraquídeo, extramedular, de localización epidural posterolateral izquierda de 15 (AP) x 12 (T) x 27 (CC), que muestra intenso realce tras la administración de contraste i. V. Asocia marcada compresión del cordón medular, que se aprecia desplazado y comprimido en el margen anterolateral derecho del canal. Hallazgos compatibles con meningioma epidural intrarraquídeo.

JUICIO CLÍNICO: LOE dorsal D6-D7. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Meningioma dorsal intrarraquídeo.

CONCLUSIONES: Intervención quirúrgica con laminectomía y resección de lesión intradural. Preoperatorio anestésico realizado. Firma consentimiento informado.

PALABRAS CLAVE: MENINGIOMA, INTRARRAQUÍDEO, LOE, MENINGIOMA DURAL.

TROMBOSIS CEREBRAL AGUDA SIN INFARTO CEREBRAL

MARÍA BELÉN ACIÉN RODRÍGUEZ, FERNANDO ESTEVEZ MARTIN, VERONICA ENCINAS SANCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Antecedentes personales: FA permanente. Hipertrigliceridemia. Patología trivalvular: valvulopatía neumática mitral aórtica y tricúspide secundaria. Hipotiroidismo primario. Mastectomía radical. ANAMNESIS Paciente hallada tumbada en el suelo sin posibilidad de moverse ni hablar y con desviación de la comisura bucal. Llevaba 2 semanas con HBPM Hibor 7.500 Por mal control de INR. Edemas en MMII de varios días de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Escala NISHH de 17: parálisis facial de la mirada a la izquierda con hemiagnosia temporal izquierda. Desviación bucal a la derecha con borramiento de surco en izquierda. Hemiparesia izquierda y hemianestesia izquierda. Afasia leve con pérdida de fluidez del lenguaje. Disartria moderada. Normoperfundida y normohidratada. Tolerancia decúbito. TA: 103/61; FC: 75; T°:36,0°; SpO2:95% No edemas en MMII. Registro ECG en FA conduce con HAI+BIRDHH. TAC cráneo. No se aprecian alteraciones en tronco, encéfalo ni cerebelo. No se identifican lesiones intraparenquimatosas en lóbulos frontales, tálamos ni ganglios de la base. Espacios extracerebrales sin evidencias de masas ni colecciones. Se observa defecto de repleción en segmento N2 de arteria cerebral media derecha en relación con trombosis a dicho nivel.

JUICIO CLÍNICO: Trombosis cerebral sin infarto cerebral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trauma torácico. TC. Fractura clavícula. Fractura vértebra D4. Múltiples fracturas costales. Neumotórax.

CONCLUSIONES: Control de constantes cada 4 horas. Control de diuresis. Sueroterapia 200cc/24horas. Perfusión analgesia.

PALABRAS CLAVE: TROMBOSIS, ACV, ICTUS, INFARTO CEREBRAL.

EL ICTUS EN LA TERCERA EDAD

LUIS SOLER BORRERO, JAVIER JIMENEZ CALVO, MARINA FLORIDO DELGADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 81 años que acude a Urgencias del Hospital QuironSalud de Málaga porque mientras estaba en casa comienza con disartria, además de visión borrosa. Posteriormente comienza con inestabilidad en la marcha. Se realiza TAC de cráneo e ingresa en planta para continuar estudio. Allí presenta deterioro neurológico con tendencia al sueño y lenguaje incoherente. Se realiza RMN con contraste y se ingresa en UCI. Sus antecedentes personales son: diabética, cirrosis, portadora de marcapasos, depresión. No alergias medicamentosas conocidas, intolerante a medicamentos que alarguen el segmento PR. Tratamiento habitual: furosemida, bisoprolol, enalapril, prozac, paracetamol, insulina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física general aportó los siguientes datos: TA 110/69 mmHg, FC 112 lpm, Tª 36,7°C, SpO2 96% basal. Consciente, orientada y colaboradora, con focalidad neurológica en el momento de la exploración, pares craneales normales, dedonariz con alteraciones, con focalidad motora no sensitiva. Isocoria normorreactiva. Auscultación cardiopulmonar crepitantes ambas bases pulmonares. No edemas ni TVP en MMII. Pruebas complementarias: Analítica de sangre evidencia anemia, TAC sin alteraciones significativas. RMN: dos pequeños infartos isquémicos subagudos talámicos izquierdos. Arterias carotídeas calcificadas con disminución de calibre. Y pequeña hemorragia cerebelosa.

JUICIO CLÍNICO: Accidente cerebrovascular isquémico-hemorrágico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, y las pruebas de imagen con contraste se descartan neoplasias y se evidencia Ictus Talámico izquierdo e Ictus hemorrágico cerebeloso. Evolución no favorable, se deriva a Neurología para seguir estudio y tratamiento.

CONCLUSIONES: El ictus puede ser isquémico o hemorrágico. Su prevalencia es del 3,5% en la población mayor de 64 años. De 65 a 74 años la presencia es mayor en hombres. Durante el primer mes tras el ictus la mortalidad es algo mayor al 25%. Las personas afectadas pueden requerir rehabilitación y ayuda para las actividades básicas de la vida diaria.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, TERCERA EDAD, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, ATENCIÓN URGENTE, NEUROLOGÍA.

PACIENTE DIAGNOSTICADA DE CEFALEA EN RACIMOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARÍA INÉS VILANOVA BARCELÓ, TRINIDAD GIL PEREZ, ANDRES GONZALVEZ ALBERT

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 25 años, con antecedentes de migraña, que consulta por cefalea hemicraneal izquierda de 2 horas de evolución, que se acompaña de dolor periocular, que no mejora con AINES ni con triptanes, y que le ha despertado por la noche. Presenta además náuseas y fotofobia intensa, con lagrimeo ocular izquierdo y sensación de calor en hemicara izquierda. No refiere traumatismo previo. Refiere el dolor como el más intenso que ha tenido nunca.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración, presenta afectación general por el dolor, con TA, FC y SatO₂ dentro de cifras normales, afebril. En la exploración, no presenta focalidad neurológica. ACP: Rítmica, no se auscultan soplos, MVC, sin ruidos sobreañadidos. Tras analgesia a diferentes escalas, escasa mejoría, por lo que se decide realizar TC craneal, en el que no se encuentran hallazgos de interés.

JUICIO CLÍNICO: Cefalea tipo Clúster o en racimos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cefalea migrañosa, cefalea en racimos o tipo cluster, hemorragia subaracnoidea y tumor cerebral. Por la clínica y la distribución del dolor, y tras las pruebas complementarias que descartan hemorragias o LOES cerebrales, se sospecha cefalea en racimos, por lo que se instaura tratamiento con O₂ al 100% durante 20 minutos, quedando la paciente asintomática.

CONCLUSIONES: En la valoración de cualquier paciente, la anamnesis y la exploración es importante. En nuestro caso, la distribución del dolor, que lo contaba como retroocular, además de los síntomas como el lagrimeo o la sensación de calor en hemicara izquierda, nos encaminan a síntomas relacionados con la cefalea de tipo clúster o “en racimos”, que fue el diagnóstico final de la paciente.

PALABRAS CLAVE: CEFALEA EN RACIMOS, CEFALEA MIGRAÑOSA, NEUROLOGÍA, OXÍGENO.

ANEURISMA DEL SEPTUM INTERAURICULAR EN LA REALIZACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA

ENRIQUE SANCHEZ RELINQUE, VIRGINIA DELGADO GIL, PATRICIA FERNÁNDEZ GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 78 años que es traída a Urgencias por cuadro de debilidad en hemicuerpo derecho y disartria de aparición brusca. No otros episodios similares ni otra clínica de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En analítica se observa ligera afectación renal en el probable contexto de su diabetes. Buen estado general, buena hidratación, bien perfundida, eupneica en reposo Consciente, orientada, colaboradora, facial derecho leve, campo visual normal, función motora facial normal, fuerza en hemicuerpo izquierdo normal, fuerza en mmss derecho 4+/5, fuerza en mmii derecho 4/5. Mantiene sensibilidad táctil y doloroso normal. Disartria que ha mejorado durante el ingreso. ROT normales. No hiperreflexia, no hipertonia ni Babinsky. Auscultación cardiaca rítmica a unos 65 lpm. Auscultación pulmonar normal, mvc sin ruidos sobreañadidos Abdomen normal, blando y depresible sin defensa ni dolor No edemas ni signos de tvp en MMII. Ecocardiografía. Aurícula izquierda ligeramente dilatada y cavidades derechas de dimensiones normales. Raíz aórtica visible de dimensiones normales. Contractilidad segmentaría: sin alteraciones de la contractilidad global ni segmentaría. Función sistólica VI: función sistólica global conservada. Función diastólica VI: Flujo diastólico mitral tipo alteración de la relajación. Válvulas: Válvula aórtica trivalva con sigmoideas engrosadas, flexibles y apertura conservada. Sin gradiente hemodinámico significativo. Válvula mitral con morfología y apertura conservada. Válvula tricúspide con morfología y apertura normales. PSP estimada 38 mmHg. - Otros hallazgos: No derrame pericárdico. Aneurisma del Septum Interauricular Se realiza test de burbuja que resulta negativo.

JUICIO CLÍNICO: ACVA parietal izquierdo en paciente con ASIA. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** ACV por fibrilación auricular ACV por alteraciones de los factores de coagulación.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente debe controlar todos los factores de riesgo cardiovascular.

CONCLUSIONES: Los pacientes con ASIA presentan mas riesgo de ACV, sin embargo no hay consenso sobre la necesidad de anticoagulación. En nuestro caso no se anticoaguló al no impresionar de cardioembólico.

PALABRAS CLAVE: ASIA, PROFILAXIS, ACV, PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA.

DETECCIÓN URGENTE DE OCLUSIÓN DE GRAN VASO CEREBRAL MEDIANTE ESCALA RAPID

JENNIFER VILLAR VÁZQUEZ, ALBA ROQUET RUIZ, MARIA DEL CARMEN GOMEZ CARNERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 57 años que acude a urgencias de nuestro. Autónomo y acompañado de su mujer. Refiere fuerte dolor de cabeza localizado en hemisferio derecho y, desde hace poco más de media hora sensación de mareo. Antecedentes: Dislipemia, Hipertensión, Diabetes mellitus tipo 2 y fumador de 2 paquetes diarios de cigarrillos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: TA: 220/125mmHg, FC: 102lpm, SatO₂: <92%, T^a axilar: 37,1°C y perfil glucémico: 450mg/dl. Se le solicitan analítica, ECG de 12 derivaciones que presenta arritmia (Fibrilación auricular) y TC craneal urgente. Observamos una desviación de la comisura labial izquierda que decae y una pérdida puntual del nivel de consciencia que alertan de 2 alteraciones según la Escala RAPID. Se decide activar el Código ICTUS intrahospitalario. Poco después, los resultados del TC craneal son normales.

JUICIO CLÍNICO: Accidente cerebrovascular. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Anamnesis: presenta claros signos de estar sufriendo un ACV. Antecedentes y sus hábitos nos ayudan a perfilar, junto con las alteraciones que se producen durante la visita. El TC craneal no aporta datos relevantes, puesto que el paciente ha sufrido el ICTUS en un período inferior a 4h. Monitorización constante de los signos vitales y de un Eco-doppler que nos revelará la perfusión cerebral de los grandes vasos.

PLAN DE CUIDADOS: Monitorización.

CONCLUSIONES: El ICTUS tiene una morbimortalidad mayor en mujeres que en hombres. Los individuos que padecen: diabetes, colesterol, hipertensión arterial, vida sedentaria y llevan a cabo hábitos tóxicos; tienen una mayor incidencia de sufrirlo. En el caso de la detección precoz, durante las primeras 8 horas (hora del despertar) de la aparición de los primeros signos y/o síntomas el paciente dispondrá de una mejor calidad de vida e incluso de salvar su vida. El TC craneal como método de diagnóstico no es fiable, ya que éste no muestra señales hasta superadas las 4 primeras horas de la aparición de los síntomas.

PALABRAS CLAVE: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, EMERGENCIA, RAPID, RACE.

DETECCIÓN DE VARIANTES DE LA NORMALIDAD EN ELECTROENCEFALOGRAFÍA

ANA MARIA MARTINEZ PUERTO, CARMEN MARIA GARNES SANCHEZ, SOFÍA ORTIGOSA GÓMEZ, PATRICIA VAZQUEZ ALARCON, DAVINIA DE SAN NICOLÁS FUERTES, DIEGO ZAMORA PEREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Escolar de 6 años con retraso en el área del lenguaje (dificultades fonológicas, estructuración de las frases) y discapacidad intelectual leve. Nunca ha presentado crisis epilépticas. No toma tratamiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le realiza un electroencefalograma de sueño nocturno en el que se registran esporádicos brotes de ondas lentas en rango theta, de distribución difusa, que en ocasiones van precedidas por puntas de baja amplitud. Únicamente se registran en vigilia y somnolencia, no durante el sueño. Además, la somnolencia y el cierre de ojos durante la vigilia favorecen su aparición.

JUICIO CLÍNICO: Los identificamos como un “patrón Punta-onda fantasma, Punta-onda a 6 Hz” del tipo WHAM, una variante de la normalidad. Se trata de complejos punta-onda de 4-7Hz, en brotes generalizados de hasta 4 segundos. La punta es breve (30ms) y de baja amplitud, por lo que es difícil de ver y de ahí la denominación de “fantasma”. Se caracteriza porque se favorece durante la vigilia con ojos cerrados y la somnolencia, y desaparece en sueño. Existen dos patrones de presentación, el WHAM (waking, high amplitud, anterior, males) y FOLD (females, occipital, low amplitud, drowsy). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Anomalías epileptiformes punta onda de distribución difusa con implicación patológica.

CONCLUSIONES: Es fácil confundir esta variante de la normalidad con actividad epileptiforme, especialmente si sólo disponemos de registros en los que no se registran sueño. El que los brotes se favorezcan con el cierre de ojos y la somnolencia, y que desaparezcan durante el sueño, en un niño que nunca ha manifestado crisis, debe hacernos sospechar el patrón “punta-onda fantasma”. Queremos remarcar la importancia de identificar las variantes de la normalidad en un registro de electroencefalograma para evitar un diagnóstico erróneo de epilepsia. Debemos sospechar que se trate de variantes normales, especialmente si se trata de un paciente que nunca ha manifestado crisis, y sin antecedentes familiares de epilepsia.

PALABRAS CLAVE: PUNTA-ONDA FANTASMA, VARIANTE DE LA NORMALIDAD, ELECTROENCEFALOGRAMA, PUNTA-ONDA A 6 HZ.

DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON ALZHEIMER

MARIA DEL PILAR SALVADOR FERNANDEZ, JOSE MARÍA CARMONA MARTÍNEZ, SONIA MARIA SERRANO MALDONADO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Alzheimer (EA), también denominada demencia senil de tipo Alzheimer (DSTA) o simplemente alzhéimer, es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales.

OBJETIVOS: Analizar el deterioro cognitivo en pacientes con alzheimer.

METODOLOGÍA: Las pruebas de neuroimagen pueden predecir con 15 o 20 años de antelación la aparición de los primeros signos del Alzheimer porque detectan algunos cambios cerebrales y una fase pre clínica silenciosa y sin síntomas, lo que abre la puerta al tratamiento personalizado de la enfermedad.

RESULTADOS: No existe un examen único que pueda determinar si una persona tiene la enfermedad de Alzheimer. El diagnóstico se realiza determinando la presencia de ciertos síntomas y descartando otras causas de demencia. Esto implica una cuidadosa evaluación médica, incluyendo una historia médica completa, pruebas del estado mental, un examen físico y neurológico, exámenes de sangre y exámenes de diagnóstico por imágenes del cerebro.

CONCLUSIÓN: Se recomienda evaluar periódicamente aspectos cognitivos, funcionales, motores y conductuales, así como el grado de sobrecarga del cuidador en el seguimiento de pacientes con Alzheimer. La mayor influencia en el diagnóstico temprano, la atención médica a los pacientes y su familia y su repercusión directa en la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: SALUD, DEMENCIA, FAMILIA, TERAPIA, LENGUAJE.

