

ACTAS DEL

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



VOLUMEN III

Comps.

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

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

Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018

Comps.

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

© 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 III”, 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: 978-84-697-9976-5

Depósito Legal: AL 382-2018

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

EL PAPEL DEL TCAE EN LA CONSULTA DE NEUROFISIOLOGÍA: POTENCIALES EVOCADOS	18
CARMEN MARÍA LÓPEZ PARDO, TANIA MATEO SEGURA, JOSÉ ANTONIO RUIZ JIMÉNEZ	
QUÉ HACER ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA.....	19
LORENA CALADO GONZALEZ, MARIA LORENA JIMÉNEZ PRATS, SUSANA BERNAL FRANQUELO	
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY	20
JULIA MARIA RUBIO BELTRAN, LORENA SAEZ SAEZ, ANA BELEN LIRIA FERNANDEZ	
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA A LA LLEGADA DE UN PACIENTE CÓDIGO ICTUS AL ÁREA DE URGENCIAS.....	21
ALICIA BALTASAR SOLER, JOSE LUIS RODRIGUEZ FUENTES, MARÍA TERESA MENDOZA SÁNCHEZ	
EFFECTO AGUDO DE NUTROX-COG, EXTRACTOS NATURALES ANTIOXIDANTES Y ANTIINFLAMATORIOS, EN MEMORIA DE TRABAJO: ESTUDIO CONTROLADO CON PLACEBO	22
JOSE ANTONIO GONZÁLEZ MARÍN, MARIA QUITERIA ALCAZAR BELCHI , MARIA ROSARIO ZAMORA EGEA, MARGARITA MARTINEZ MARTIN, MARIA VICTORIA RAMIREZ ESPADAS, MARIA NICOLAS HERNANDEZ, TAMARA MOSQUEIRA AMADOR, SILVIA RUIZ CABALLERO , JESÚS ANTOLI GARCIA, ÁLVARO TORTOSA PALMA, ENCARNACIÓN MARIA RECHE MASEGOSA, ALBERTO LOZANO BERNABÉ	
INFARTO CEREBELOSO EN VARÓN JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.....	23
PALOMA DE LA CRUZ GARCIA, MARIA ESTHER GALAN ARMARIO, PAULA FOLGADO CONESA	
LA PRESIÓN INTRACRANEAL: CUIDADOS DE ENFERMERÍA	24
REBECA CASTILLO GARRIGA, MARIA ISABEL ARIZA BAQUERO, SONIA VELASCO MOYA	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: PACIENTE CON ICTUS HEMORRÁGICO	25
AMARA MARTINEZ MUÑOZ, JOSE LUIS RODRIGUEZ CHAVES, JESSICA MARÍA GOUSSE MERINO	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE UN PACIENTE CON ATROFIA MULTISISTÉMICA	26

DAVID CASARES CANAS, MARÍA NIEVES LÓPEZ GAMARRA, MARIA DOLORES
RAMIREZ GONZALEZ

ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO DE LOS JÓVENES ACERCA DE LA SEXUALIDAD
.....27

MARIA TRINIDAD RUIZ GONZÁLEZ, ALICIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, ANA MARIA
ROMERO OLIVARES

**ABORDAJE SOBRE LA ENCEFALITIS AUTOINMUNE: CAUSAS, SÍNTOMAS Y
TRATAMIENTO**28

MARIA TRINIDAD RUIZ GONZÁLEZ, ALICIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, ANA MARIA
ROMERO OLIVARES

**CUIDADOS ENFERMEROS EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR**.....29

ISABEL NAVARRETE TRAVALÓN, ROCIO TORRENTE GRANERO, CRISTINA
MARTÍNEZ FUENTES

EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: SEGUNDA CAUSA DE MUERTE EN ESPAÑA
.....30

ANA ISABEL ALVAREZ BOLIVAR, MÓNICA RUANO ALCARAZ, ISABEL MARÍA
TORRALBO DE LA ROSA

CAMBIOS EN LA MOVILIDAD FÍSICA TRAS SUFRIR UN ICTUS31

CELESTE JIMÉNEZ MÁRQUEZ, LAURA SÁNCHEZ PONCE, ALEJANDRO CAMACHO
GONZÁLEZ

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE
NEUROLOGÍA**32

MARIA INMACULA LAY DUQUE, PATRICIA GONZALEZ NUÑEZ, CARMEN RAMOS
SANTOS

**ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN EN NIÑOS**33

MARIA DEL CARMEN SOTO ROSA, ESMERALDA SABORIDO DOMÍNGUEZ, RAÚL
GARCÍA JÓDAR

**CARACTERÍSTICAS DE LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES EN PLANTA
DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL**34

JULIO OSUNA SANCHEZ, CARMEN MARÍA LÓPEZ RÍOS, JULIÁN ZARCO
MANJAVACAS

REVISIÓN TEÓRICA SOBRE LAS ETAPAS DEL ALZHEIMER.....35

SANDRA MUÑOZ GARCÍA, MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS, BENITO MAURO
JUAREZ

EL TRASTORNO DEL SUEÑO DEL CELADOR EN LA ROTACIÓN DE TURNOS.....36

JUAN PEDRO GUTIERREZ LUCAS, CARMEN HERNANDEZ HERRERIAS,
MAGDALENA MELLADO GALLEGO

PACIENTE ADULTO CON PÉRDIDA DE FUERZA37

ANA MARÍA MARTÍN TARRAGONA, MARIA JESUS ARENAS PUGA, MARIA CANO
DELGADO

UTILIDAD Y MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO38

YESSICA VEGA SÁNCHEZ, INMACULADA VEGA SÁNCHEZ, NURIA JIMENEZ
LAGARES

**LAS DIVERSAS CARAS DE LA NEUROLOGÍA: ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y
DESCARGAS ELÉCTRICAS EN MIEMBROS INFERIORES.....39**

SORAYA GONZÁLEZ RUBIO, JENNIFER SANCHEZ LOPEZ, SORAYA GONZÁLEZ
VILLOLDO, CRISTINA ALVAREZ GARCIA

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DE ORIGEN ISQUÉMICO40

LARA GUTIERREZ GONZALEZ, LAURA SUÁREZ FERNÁNDEZ, GUILLERMO DIEZ
GOMEZ

**PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS41**

ANA PLACERES MODENES, LUIS QUINTANA BRAVO, NOEMI VILLEGAS CARO,
JUDIT RODRIGO ALVARO, MARÍA BEGOÑA PÉREZ ALONSO, MONTSERRAT
PLACERES MODENES

ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD DEL PARKINSON Y SU CALIDAD DE VIDA42

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

CONVULSIÓN EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO43

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

**HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMÁTICA CAUSADA POR TRAUMATISMO
EN ACCIDENTE DE TRÁFICO.....44**

CARMEN MARIA HERNANDEZ GARCIA, SANDRA GARCIA FERNANDEZ, MARÍA
ÁNGELES RUIZ FERNÁNDEZ, LIDYA CANOVAS BALASTEGUI, ANA BELEN
SANCHEZ RUIZ, YOLANDA SANCHEZ GARCIA

**INFUSIÓN DUODENAL DE LEVODOPA MEDIANTE SONDA DE GASTROSTOMÍA
ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON45**

ALICIA MARTIN-LAGOS MALDONADO, RAQUEL PIÑAR MORALES, MARÍA ISABEL
SAUCEDO VILLANUEVA

ESTUDIO SISTEMÁTICO SOBRE LAS CONVULSIONES EN PEDIATRÍA	46
MARIA DOLORES HERRADA GONZÁLEZ, DOLORES SEGURA PIEDRA, DALILA FERNANDEZ ALONSO	
PACIENTE VARÓN ADULTO CON CEFALEA EN URGENCIAS.....	47
MARIA CARMEN PEREZ EGEA, MARIA JOSE MATEOS ORTUÑO, NIEVES ASENCIO LÓPEZ, RAQUEL LÓPEZ TURPÍN, ENCARNACIÓN HERNÁNDEZ PÉREZ, GERMAN GONZALEZ MARTINEZ	
INTOXICACIÓN POR LITIO SECUNDARIO A FRACASO RENAL DE ORIGEN PRERRENAL	48
MARTA VAZQUEZ RODRIGUEZ, LAURA ROMERO MANCHA, BLANCA ISABEL RAMOS GAONA	
ENFERMEDAD DE PARKINSON Y PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA: EXPRESIÓN DE PROTEÍNAS EN LA PIEL.....	49
LINA RODRIGUEZ GAMARRA, OTILIA RETAMERO ROBLES, MARIA DEL CARMEN BUENO ROLDAN	
MUERTE INESPERADA SÚBITA EN EPILEPSIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	50
MARIA DEL CARMEN BUENO ROLDAN, LINA RODRIGUEZ GAMARRA, OTILIA RETAMERO ROBLES	
ABORDAJE SOBRE LAS PAUTAS Y ACTUACIONES EN LA EPILEPSIA.....	51
LAURA CARMONA MORALES, MERCEDES CAÑETE CASTILLO, BEATRIZ ABELEDO LOPEZ	
PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y LESIONES MUSCULO-ESQUELÉTICAS EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN FASE AGUDA	52
MARIA ISABEL PELÁEZ LOZANO, MARIA INMACULADA MEDINA PEÑUELA, JOSE MANUEL POISON CEJUDO	
NEUROPATÍA CUBITAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS	53
MARIA ELENA CANOVAS CASADO, ANA MARÍA TORRES PERALES	
PACIENTE CON EPILEPSIA QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS	54
SONIA RUIZ RONDAN, JESUS ANTONIO ORTEGA CORREA, SAMANDA SERVAN MOJONERO	
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE ENCEFALITIS ANTI-NMDA	55
ARÁNZAZU GÓMEZ AGUILERA, JORGE GALLARDO CAÑAMERO, ISABEL MARIA TRIGO MARTIN	
CONOCER LOS SÍNTOMAS DE UN ICTUS SALVA VIDAS	56

ADELA MARIA RODRIGUEZ PARDO, CLAUDIA MARCELA DARTHAZZAU ZANIN,
TRINIDAD DE LOS ANGELES LÓPEZ MARTIN

**PACIENTE ADULTO DIAGNOSTICADO DE HIDROCEFALIA TRIVENTRICULAR
LEVE.....57**

MARGARITA OSTOS ALARCON, ANA MARIA MORALES CARMONA, ANA MARIA
CARDENAS JAEN

**MEDIDAS TERAPÉUTICAS GENERALES Y DE SOPORTE VITAL EN LA FASE
AGUDA DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.....58**

JAVIER MORILLAS ATIENZA, LAURA NAVAS PÉREZ, HIPOLITO JUAN FERNANDEZ
ROCAMORA

DETERIORO COGNITIVO EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON59

CARMEN PRESENTACION PRADOS RAMON, MARÍA RODRÍGUEZ ACUYO, MARÍA
NIEVES ÁVILA VARGAS

IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO CÓDIGO ICTUS EN SEVILLA.....60

SINUHÉ CHAPARRO PALAZUELO, LAURA ANTON GONZALEZ, CELIA PÉREZ REAL

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO O ICTUS: CAUSAS Y SÍNTOMAS61

JESICA COLLADO UBEDA, TANIA MARIA GÓMEZ AGUILERA, GUADALUPE
DELGADO RODRIGUEZ

**ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN LA SINTOMATOLOGÍA DE PACIENTES CON
ALZHEIMER62**

MARÍA DEL PILAR VALDIVIA FERNÁNDEZ, JOSEFINA RODRIGUEZ GOMEZ, INÉS
GÓMEZ MARTÍNEZ

PACIENTE MUJER CON SÍNCOPE CON HIPERTENSIÓN63

ANA MARIA MOYANO RUIZ, INMACULADA ROMERO MORIEL, ARANZAZU ROJAS
IBAÑEZ

**PACIENTE QUE ES DERIVADO DE REVISIÓN MÉDICA POR POSIBLE CASO DE
SARCOIDOSIS64**

ANA BELEN CABRERA MORENO, MAGDALENA SANCHEZ BERRUEZO, LEONOR
CERRO REDONDO

PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE65

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

**PÉRDIDA REPENTINA DE AGUDEZA VISUAL ACOMPAÑADA DE DISESTESIAS EN
EXTREMIDADES INFERIORES EN PACIENTE JOVEN66**

BERTA OLLÉ BATET, RAQUEL BORDALLO GALASO, MÓNICA DE DIEGO
LATORRE, ELENA PINTADO OUTUMURO, RUTH PLANAS CASALS, SHEILA
MENENDEZ RAMOS

CÓDIGO ICTUS EN PACIENTE JOVEN EN URGENCIAS	67
MARÍA JOSEFA ORTIZ TORRES, ALMUDENA JIMENEZ PEDREGOSA, MARIA VICTORIA NARANJO GONZALEZ	
PACIENTE CON ENCEFALITIS VIRAL AUTOINMUNE CONTRA RECEPTOR NMDA	68
LEONOR CERRO REDONDO, ANA BELEN CABRERA MORENO, MAGDALENA SANCHEZ BERRUEZO	
PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON CRISIS EPILÉPTICA	69
CARLOS ALBERTO GARCIA RUIZ, MARIA ISABEL MARTINEZ MARTINEZ, ROSA MARÍA CARBONELL PÉREZ, MARIA SANCHEZ MARTINEZ, ESTEFANIA WALTER CHECA, ISABEL MARÍA PALLARÉS MARTÍNEZ	
IMPORTANCIA DE LA VITAMINA B12 EN LA DEMENCIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	70
ISABEL NAVARRO GONZÁLEZ, ROSA MARIA MATURANA JIMÉNEZ, MARIA DEL MAR OLLER GARCÍA	
ADQUISICIÓN DE HÁBITOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTE CON NARCOLEPSIA	71
LORENA LOPEZ REGUERA, RAUL ALMAGRO ORIHUELA, MIGUEL ANGEL URBANO LOPEZ	
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA EN EL MEDIO HOSPITALARIO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	72
LAURA TORRES FUENTES, MARTA CORTÉS CAMPOS, SONIA ALIX LERIA	
NEUMONÍA BILATERALES A LAS 48 HORAS DE ALTA HOSPITALARIA	73
MAGDALENA SANCHEZ BERRUEZO, ANA BELEN CABRERA MORENO, LEONOR CERRO REDONDO	
PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON CRISIS CONVULSIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO	74
MACARENA MARTÍNEZ CALDERÓN, SONIA QUIROGA MAYA, MARÍA FARRÁN PÉREZ	
PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL	75
MARÍA CATALINA GARCÍA GÁZQUEZ, ANDREA VERA PEREZ, MARÍA MARTÍNEZ LÓPEZ	
MIELOPATÍAS EN EL PACIENTE MAYOR DE 65 AÑOS	76
LORENA VELÁZQUEZ LUPIÁÑEZ, NATALIA RODRIGUEZ MORENO, MARTA RUIZ SERRANO	
PACIENTE GERIÁTRICO CON HEMATOMA SUBDURAL DE EVOLUCIÓN CRÓNICA.....	77

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

CASO CLÍNICO: MIGRAÑAS CON O SIN AUREA Y LEUCOPATÍA78

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

**CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRASTORNO
BIPOLAR.....79**

ANTONIO JESUS VERGARA GRANERO, ANA ISABEL SORIANO LOPEZ, MARIA DEL
CARMEN RUIZ MUÑOZ

COMA DE ORIGEN METABÓLICO: A PROPÓSITO DE UN CASO80

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

MODELOS EXPERIMENTALES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER81

JORGE GALIANO CASAS, MIRIAN GARCIA SARABIA, MARIA MORALES ARCE,
LORENA HERNANDEZ ZAFRA, RICIO JOSE CORTEZ SALAZAR, NATALIA GARRIDO
MORELL, NURIA MARTINEZ NOGUERA, ANA ADELAIDA GONZÁLEZ TERUEL,
MIRIAM LÓPEZ MARTÍNEZ

**PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA COMPLICADA DE CAUSA INFECCIOSA: VÍRICA
VERSUS TREPONÉMICA.....82**

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

ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA83

ROCIO BAYO LEYVA, JESÚS MORILLAS RUIZ, BEATRIZ MADRID SÁNCHEZ

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON CÓDIGO ICTUS84

ROCIO BAYO LEYVA, JESÚS MORILLAS RUIZ, BEATRIZ MADRID SÁNCHEZ

**CÓDIGO ICTUS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: VALORACIÓN,
PREVENCIÓN Y CUIDADOS INTENSIVOS DE ENFERMERÍA85**

CARMEN MARIA LEON LOPEZ, ISABEL ORTIZ GALLARDO, ANA LOPEZ TESÓN

**EPILEPSIA SINTOMÁTICA REFRACTARIA EN PACIENTE: A PROPÓSITO DE UN
CASO.....86**

ENCARNACIÓN BELÉN PARRA LÓPEZ, RAQUEL VIUDEZ PALENCIANO, CRISTINA
ROBLES GONZALEZ

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES
CON ALZHEIMER87**

ELENA CARMONA CAMARA, ROCIO GOMEZ CORTES, TATIANA MARTÍN IBAÑEZ

EL SÍNDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS:TRASTORNO NEUROLÓGICO.....	88
FRANCISCO JOSE PERALES GAMEZ, MERCEDES FUNES PÉREZ, MARIA CARMEN GARCIA HERMOSO	
ANÁLISIS SOBRE LAS RECOMENDACIONES POSTERIORES A UNA LESIÓN CEREBRAL.....	89
LETICIA FERIA PAEZ, ISABEL LIMON VALLEJO, SARAY ARENAS GUILLEN	
EDUCACIÓN EN EL AUTOCUIDADO DEL PIE DIABÉTICO.....	90
MARIA LUISA POZO JIMENEZ, MARGARITA DOMINGUEZ SANTOS, MARIA JOSÉ TORRES GARCÍA	
ROMBOENCEFALOSINAPSIS EN PACIENTE ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO	91
ANA MARÍA TORRES PERALES, JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS, CRISTINA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BUENDÍA, INMACULADA DIAZ JIMENEZ, MARIA CHIAN ALVAREZ MARTIN	
LA DIPLEJÍA ESPÁSTICA EN FISIOTERAPIA: A PROPÓSITO DE UN CASO	92
EVA MARIA MOLINA ALAÑON	
PACIENTE EN COMA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	93
INMACULADA DIAZ JIMENEZ, TATIANA ESPINOSA OLTRA, ANA MARÍA TORRES PERALES, JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS	
PACIENTE CON DISARTRIA: DESORIENTACIÓN Y CEFALEA	94
CRISTINA SÁNCHEZ ROMERO, JUAN MANUEL RENDÓN MELÉNDEZ, FATIMA RAMOS NIEVES	
ENFERMEDADES POR EXPANSIÓN DE TRIPLETES: AMPLIANDO EL HORIZONTE	95
JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS, TATIANA ESPINOSA OLTRA, INMACULADA DIAZ JIMENEZ	
ATENCIÓN ENFERMERA AL PACIENTE PORTADOR DE DRENAJE VENTRICULAR	96
MARIA ISABEL MELGUIZO CASTILLO, EDUARDO HIDALGO LOPEZ, SARAY HERNÁNDEZ ESTEVEZ	
TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO EN EL ADULTO	97
CONCEPCION DEL ROSARIO ALVAREZ SANCHEZ, MARIA LOPEZ VILAR, DUNIA JIMENEZ DIAZ	
HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR TRAS RETIRADA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL.....	98

MONICA ARCOS CARVAJAL, CARLOS BATALLER MONZO, MARIA BEATRIZ DE LA MATA CASTILLA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE NEUROCRÍTICO EN UNIDADES DE URGENCIAS99

LUIS MIGUEL ARROYO RUIZ, JOSE MIGUEL BAREA DOMINGUEZ, ELENA GONZALEZ MARTIN

LOS SÍNTOMAS NO MOTORES DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.....100

LORENA CONDE RODRÍGUEZ, SILVIA GUTIÉRREZ CARBALLO, NOELIA BECERRA GOMEZ

INFARTO MALIGNO CAUSADO POLITRAUMATISMO POR PRECIPITACIÓN.....101

PATRICIA HARO HERAS, ROSA MARIA MAZUECOS MARTIN, LUISA PARRAGA MERIDA

ICTUS ISQUÉMICO AGUDO VERTEBROBASILAR PROBABLE LACUNAR.....102

MONICA JIMENEZ PARADA, MARIA DE LOS ANGELES MUÑOZ CALDERON, CATALINA BARRAGAN GOMEZ

EDUCACIÓN PARA LA SALUD ANTE EL RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA103

CAROLINA COLORADO SANCHEZ, JESÚS JIMÉNEZ DOMÍNGUEZ, CRISTINA COLORADO SANCHEZ

LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE COMO UNA ENFERMEDAD PROGRESIVA.....104

ANA MARIA MANRIQUE ROMERO, GEMMA CAMACHO MOLINA, ELENA LAZARO DIEST

POSIBLES COMPLICACIONES EN EL INICIO DE LA INGESTA ORAL EN PACIENTES NEUROLÓGICOS105

SILVIA GARCÍA MACIAS, PATRICIA GARCIA LANZUELA, AINHOA LARA TRAUS

LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ADULTO106

EUGENIO MANUEL GAMBOA SORIANO, MARIA CARMEN VAZQUEZ HUERTAS

A PROPÓSITO DE UN CASO: PSICOSIS VS SÍNDROME DE ABSTINENCIA107

ÍÑIGO DE LA YEZA FERRÓN, ELVIRA MORENO BARRIGA, NIEVES HUERTAS NUÑEZ

MENINGOROMBOENCEFALITIS COMPLICADA CON ABSCESO DE TRONCO POR LISTERIA MONOCYTOGENES108

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ VILLALOBOS, JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS

LOS BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LOS PACIENTES CON ALZHEIMER109

MARÍA SÁNCHEZ NAVARRO, MARINA MARTÍNEZ LÓPEZ, LIDIA ANA HINOJO
IBÁÑEZ

AFECTACIÓN MENINGEA EN PACIENTE CON LUPUS.....110

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

**CUIDADOS EN ENFERMERÍA ANTE CÓDIGO ICTUS EN REANIMACIÓN TRAS
TROMBECTOMÍA MECÁNICA111**

ANTONIO LOZANO BELMONTE, YOHANA GARCIA MOLINA, BEATRIZ SARMIENTO
ESCOLANO

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL ICTUS112

SUSANA OMAR VILA, ELISA MARIN SANCHEZ, MARIA GARCIA MORENO, ANA
GARCIA GRANERO, ENRIQUE SANTIAGO RODRIGUEZ CARVAJAL

**HEMATOMA PONTOMESENFALICO IZQUIERDO: A PROPOSITO DE UN CASO
.....113**

FRANCISCA DOLORES MARTIN ANTEQUERA, EVA GARCIA JIMENEZ, NOELIA
MUÑOZ JIMENEZ

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON GUILLIAM BARRÉ114

MARIA BACA BOCANEGRA, ALEJANDRO ANTÓN PLATA, JACINTO GOMEZ
BARRIO

**EDUCACIÓN SANITARIA PARA EL PERSONAL SANITARIO ANTE UN PACIENTE
QUE HA SUFRIDO UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR115**

VALERIN JOYSI ESPINOZA REYES, ESTHER SALAZAR ZOYO, ANA MARIA RUEDA
FAJARDO, NOELIA FERNÁNDEZ GIL, DAVID PASCUAL DE CASO, JACQUELINE
REYES CORDOVA, MIRIAM MERCADÉ NIN, TAMARA DIEGO BELMONTE, MARIA
NIEVES FERNÁNDEZ GIL, JORGE UTRILLAS SANCHEZ, ELISABET GRANOLLERS
HERNANDEZ, FRANCISCA HERNÁNDEZ LUQUE

A PROPÓSITO DE UN CASO : ICTUS LACUNAR116

MARÍA DE LAS NIEVES RAMOS FUENTES, PABLO OJEDA GONZÁLEZ, LAURA
MUÑOZ CASTILLO

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DEBIDO A UN TRAUMATISMO117

MARÍA DE LAS NIEVES RAMOS FUENTES, PABLO OJEDA GONZÁLEZ, LAURA
MUÑOZ CASTILLO

**PROCESOS NEUROLÓGICOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:
INFORMACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIARES.....118**

MARIA ARACELI TORREGROSA MADUEÑO, MARIA ISABEL SECILLA TRAVESET,
CARMEN CARMONA GARCIA

A PROPÓSITO DE UN CASO: HEMIPARESIA DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN TRAS EPISODIO DE CRISIS CONVULSIVA.....	119
ALVARO RUBIO MORILLA, MIRIAM JIMÉNEZ GARCÍA, IRENE MATADOR SANTOS	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON PACIENTES QUE PADECEN UN ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO	120
ALICIA AVILES ROMERA, ELENA AVILES ROMERA, ALINE RODRIGUEZ ILLESCAS	
PSICOSIS POR DOPAMINÉRGICOS VERSUS ESQUIZOFRENIA.....	121
ALBA BUSTAMANTE HERNANDEZ, ANTONIA GARCÍA ROPERO, MARIA BENVENUTY ALONSO	
LOES CEREBRALES, MELANOMA METASTÁSICO O GASTROENTERITIS	122
ALBA BUSTAMANTE HERNANDEZ, MARIA BENVENUTY ALONSO, ANTONIA GARCÍA ROPERO	
CASO CLÍNICO: ENCEFALITIS LÍMBICA PARANEOPLÁSICA	123
MARIA TERESA ALMAZAN MELGUIZO, PABLO SANCHEZ SANTOS, MARIA ARACELI MORENO ROMERO	
PÉRDIDA DE VISIÓN POR ESPASMO HEMIFACIAL DERECHO	124
HELENA BERMEJO RUIZ, LUCÍA PILAR SALAG RUBIO, NOELIA MUÑOZ VADILLO, ISABEL PEREZ LOZA	
LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTES CON TRASTORNOS CEREBROVASCULARES.....	125
RUTH GONZÁLEZ LÓPEZ, DULCE MARIA ANTUÑA FUENTES	
EL RECONOCIMIENTO DE LOS SÍNTOMAS ANTES DE PADECER UN ICTUS.....	126
ENRIQUE VÁZQUEZ HERNÁNDEZ, ROCÍO MARCO RODRÍGUEZ, NOELIA CRUZ GUIRADO	
HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO-TEMPOROPARIETAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	127
MARGARITA CEÑAL BERJANO, LOURDES GARCÍA FRANCO, VERÓNICA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ZAIRA DEL COUZ PELÁEZ	
ICTUS ISQUÉMICO DE PERFIL SUBCORTICAL	128
MARIA DEL PILAR MIGUEL GALÁN	
DIPLEJIA BRAQUIAL BILATERAL SECUNDARIA A SIRINGOMIELIA EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD	129
LUCÍA PILAR SALAG RUBIO, HELENA BERMEJO RUIZ, ISABEL PEREZ LOZA, NOELIA MUÑOZ VADILLO	
HIDROCEFALIA SECUNDARIA A NEOFORMACIÓN EN ÁNGULO PONTOCEREBELOSO DERECHO	130

HASSANIA EL MESSAOUDI KHARBOUCH, URSULA PEDRINACI GARCIA, YAHIZA JIMENEZ SALAH

EVIDENCIA CIENTÍFICA EN NEUROPLASTICIDAD PARA PACIENTES AFECTADOS POR ICTUS.....131

GEMMA GONZALEZ CAZALILLA, LAURA PORRAS BRAOJOS, ESTHER ORTIZ MORENO

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL: CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....132

ISABEL MARÍA JÓDAR LÓPEZ, KIMBERLEY BUZZACCARINI, IRENE BUSTOS FERNANDEZ

EFFECTOS DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....133

VERONICA DIAZ SOTERO, OLGA MARTINEZ BUENDIA, MARIA DEL CARMEN GARCIA CASTRO

VARÓN GERIÁTRICO CON ALTERACIONES AGUDAS DEL COMPORTAMIENTO134

CARMEN PORRAS ARBOLEDAS, MARIA DOLORES MANJON RODRIGUEZ, JUSTO MARTÍNEZ COLMENERO

IMPORTANCIA DEL CÓDIGO ICTUS: ATENCIÓN UNIFICADA135

PATRICIA ESCALONA CONTRERAS, CRISTINA CHAVES GASOL, EVELYN MAYAR ALCARAZ, MARIA PILAR MÉRIDA GALÁN, SANDRA MECERREYES MARTIN, MARIA TABOADA SOLE, ROSER BELLOSTES CARDIEL, LAURA PUIG GARCIA, JAVIER GILI ZAKI, SILVIA TORRES GÓMEZ, LAURA GOMEZ PORTA, MAGDALENA CALZADA MORE

DOLOR Y PÉRDIDA DE FUERZA EN MIEMBROS INFERIORES.....136

JULIANA LISSET CADENA MORA, MARÍA JOSÉ NAVARRO ALONSO, MARÍA MARTÍNEZ LÓPEZ

DESCRIPCIÓN DE UN ICTUS POR DISECCIÓN ARTERIAL TRATADO CON TROMBECTOMÍA MECÁNICA CON EXCELENTE RESULTADO137

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

DESCRIPCIÓN DE UN CASO DE CEFALEA HÍPNICA CON EXCELENTE RESPUESTA A CAFEÍNA Y MELATONINA138

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

LA IMPORTANCIA DE EXPLORAR LA PIEL139

BEATRIZ GUERRERO BARRANCO, ANTONIO JAVIER MARTÍNEZ MOLEÓN, DIEGO ÁMEZ RAFAEL

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA140

ESTHER GUISADO GARCIA, FÁTIMA NAYARA GARCÍA AFONSO, ISABEL
HERNANDEZ MARTIN

**ANSIEDAD EN JOVEN CON DIFICULTAD PARA TENER UNA BUENA CALIDAD DE
VIDA.....141**

LORENA RAMOS TORNERO, JAVIER CAMACHO MUÑOZ, ELENA RUCIERO
BERNAL

POLINEUROPATÍA INFLAMATORIA AGUDA: SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ142

FERNANDA CHACÓN RECHE, LUCIA RISUEÑO BONILLA, MARIA DEL CARMEN
LLORIS MORALEJA

DOLOR DE HOMBRO Y PÉRDIDA DE FUERZA DE MIEMBRO SUPERIOR143

RAFAEL CASTILLO REINA, MARIA DE LOS ANGELES TOBOSO CAMPOS, MARINA
DE LA CASA PONCE

**TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES Y TOMOGRAFÍA
COMPUTARIZADA DE EMISIÓN MONOFOTÓNICA EN LA EPILEPSIA144**

MARTA LUQUE GARCIA, LETICIA DELGADO ARRONIZ, MARIA MILAGROS
ARRONIZ GALLEGO

DIAGNÓSTICO EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE EN LA INFANCIA.....145

MARTA LUQUE GARCIA, LETICIA DELGADO ARRONIZ, MARIA MILAGROS
ARRONIZ GALLEGO

**ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ESCLEROSIS LATERAL
AMIOTRÓFICA146**

TAMARA GÓMEZ LÓPEZ, MÓNICA LÓPEZ MARTÍNEZ, LORENA HERNANDEZ
VERDE

ANÁLISIS CLÍNICO DE UNA NEURALGIA POSHERPÉTICA CRÓNICA147

MARIA DEL MAR HIDALGO CASTELLANO, ELENA ALEJANDRES DEL ROSAL,
RAFAELA HINESTROSA ROSAL

CEFALEA Y PTOSIS PALPEBRAL EN BAILARINA.....148

MARÍA ISABEL VILLA GARCÍA, INMACULADA POYATO AYUSO, CARMEN
HERRERO RODRIGUEZ

CEFALEA EN PUÉRPERA TRAS ANESTESIA EPIDURAL149

MARÍA ISABEL VILLA GARCÍA, CARMEN HERRERO RODRIGUEZ, INMACULADA
POYATO AYUSO

**HEMORRAGIA INTRACRANEAL EN PACIENTE SIN ADHERENCIA A
TRATAMIENTO HIPERTENSIVO150**

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

DISARTRIA Y DEBILIDAD BRAQUIAL DERECHA EN PACIENTE VARÓN DE 64 AÑOS.....	151
MARÍA ISABEL VILLA GARCÍA, INMACULADA POYATO AYUSO, CARMEN HERRERO RODRIGUEZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO	152
BEATRIZ MARTIN PUGA, ZORAIDA MOLINA JIMÉNEZ, MARÍA DE LA CRUZ MOLERO CORPAS	
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE MENINGUITIS VIRAL Y BACTERIANA.....	153
ANTONIO JAVIER NAVARRO VIDAL, FRANCISCO MANUEL RODRÍGUEZ NARANJO, MARÍA DEL ROSARIO GIRALDO RAMÍREZ	
CLAUDICACIÓN INTERMITENTE EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO	154
PATRICIA RODRIGUEZ FERNANDEZ, MIREYA ORDIZ BLANCO, SILVIA MARTÍN MENÉNDEZ, VIRGINIA BERODAS CUEVA	
MENINGITIS BACTERIANA EN EL PACIENTE ADULTO	155
ANNA ESCOLÀ NOGUÉS, MARINA CORRETGÉ GINÉ, LAURA MEDINA ROSA, ENRIC GALLART LUCERO, ESTEFANIA RUIZ CHACON, SUSANA ROSA SERRANO, SÒNIA BRAVO VALDIVIA, GEORGINA FUSTEGUERAS MIR, SARA BUIL PELLISÉ, LAURA GUIX CLIVILLÉ, RAQUEL MARTINEZ MASOT, ANNA GUIU TRIQUELL	
ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS DEL ICTUS Y LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	156
FRANCISCA LOPEZ GUTIERREZ, LETICIA LÓPEZ RIVAS, PABLO TORTOSA TORTOSA	
CASO CLÍNICO: HEMATOMA LOBAR PARIETO-OCCIPITAL IZQUIERDO ESPONTÁNEO	157
ANGELES MOYA VERDU, JOSE JAVIER CARAVACA ALONSO	
CEFALEA Y VÉRTIGO SECUNDARIO A HEMANGIOBLASTOMA CEREBELOSO..	158
INMACULADA GALLARDO MUÑOZ, ADELAIDA LORENTE ZARAGOZA, MIRIAM PORTERO DE LA TORRE, MARIA DEL MAR VIEDMA LOPEZ, JOSÉ RAMÓN SALVADOR POZO, MARÍA ROSA GONZÁLEZ PÉREZ	
ATENCIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE CON HEMATOMA SUBDURAL	159
MARIA NIEVES MATUTE CABALLERO, JOAQUIN JIMENEZ MARQUEZ, JUAN JOSE GARCIA MATA	
CONTRACTURA CERVICAL Y TRISMUS DE TRES DÍAS DE EVOLUCIÓN	160
MARIA PROVIDENCIA CERON GARCIA, LIDIA FENOLL GIL, ROSARIO RODRIGUEZ MARTINEZ	
PACIENTE ALCOHÓLICO CON CUADRO DE ATAXIA AGUDA	161

MARIA ISABEL SAUCEDO VILLANUEVA, RAQUEL PIÑAR MORALES

ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS DE LA VISIÓN EN LA RETINOPATÍA DIFUSA 162

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

PREVENIR LAS CAÍDAS EN PACIENTES DE ICTUS163

CATALINA JODAR SEGARRA, RICARDO AGUILAR ZARATE, MARIA ALEJANDRA
MORA PÉREZ

**CEFALEA EN RACIMOS O CLUSTER HEADACHE: DESCRIPCIÓN DE UN CASO
CON DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO164**

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

PARKINSONISMO VASCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO165

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

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN
INTRACRANEAL166**

EVA MOLERO CARRILLO, CARMEN MARIA GONZALEZ GALAN, ANDRES GARCIA
HERRUZO

ICTUS ISQUÉMICO EN PACIENTES EN EDAD TEMPRANA167

LAURA CEBREROS CUBEROS, VERONICA DE LOS REYES PLANO HERRAIZ, MARÍA
DEL CARMEN CALVO DEL RÍO

LIMB SHAKING TRAS AMAUROSIS FUGAX: A PROPÓSITO DE UN CASO168

VIRGINIA DELGADO GIL, PATRICIA FERNÁNDEZ GARCÍA, ENRIQUE SANCHEZ
RELINQUE

**PIC: CUIDADOS ENFERMEROS PARA EVITAR LA HIPERTENSIÓN
INTRACRANEAL169**

MELODIA LOPEZ ROMERO, JOSÉ JAVIER FERNÁNDEZ LEDESMA, CARMEN
QUINTERO TORRES

CASO CLÍNICO DE MAREOS Y DIPLOPIA DE ORIGEN DESCONOCIDO170

MARIA VALENZUELA ROLDAN, MARÍA UTRERA MILLÁN, RAFAEL CARLOS
OCHOA ORTIZ

ASMA BRONQUIAL CON DISNEA A PESAR DE TRATAMIENTO CORRECTO171

OLGA MECA BIRLANGA, ADRIANA GARRE GARCIA, MARIA MOLINA CIFUENTES

**CEFALEA Y HEMIPARESIA SUBAGUDOS EN PACIENTE CON AFTAS ORALES Y
UVEÍTIS DE REPETICIÓN.....172**

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

GLIOBLASTOMA HEMISFÉRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO173

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

ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ174

BEATRIZ ORTEGA MORENO, PALOMA SILES PEREZ, ANGELA MONTORO MARTÍNEZ

SECUELAS EN PACIENTE OPERADO MENINGIOMA FRONTAL DERECHO CASO CLÍNICO175

MARIA GERTRUDIS RODRIGUEZ RODRIGUEZ, MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARTA SUÁREZ HURTADO

IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN PRECOZ176

MARIA DE LA LUZ CARMONA PÉREZ, JOSÉ MARÍA CARMONA PÉREZ, SONIA DE SOUSA PULPILLO

MUJER 72 AÑOS CON MIASTENIA GRAVIS ASOCIADA A TIMOMA.....177

ROSARIO MARTIN NAVARRO, ALBA GIL MORILLAS, MARIA ISABEL MERCADO MONTORO

DÉFICIT COMPRENSIVO RÁPIDAMENTE PROGRESIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS.....178

ANTONIO JAVIER NAVARRO VIDAL, MARÍA DEL ROSARIO GIRALDO RAMÍREZ, FRANCISCO MANUEL RODRÍGUEZ NARANJO

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD HACIA LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBERÁ PROPORCIONAR AL PACIENTE CON DAÑO CEREBRAL179

CARLOS RECUERO FERNANDEZ, RAFAEL TOMAS RUZ PIZARRO, LARA MAZON GODINO, DANIEL HERNANDEZ MEGIAS, PEDRO CAMBERO MUÑOZ, JULIA CARRETERO VELASCO

ENCEFALITIS VIRAL EN PACIENTE INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO180

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

MANIFESTACIÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICA EN EL SÍNDROME DE ANGELMAN181

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

RECUPERACIÓN DESPUÉS DE PADECER UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
.....**182**

ROGER SENDINO SERES, IOLANDA ARIAS RODRIGUEZ

EL PAPEL DEL TCAE EN LA CONSULTA DE NEUROFISIOLOGÍA: POTENCIALES EVOCADOS

CARMEN MARÍA LÓPEZ PARDO, TANIA MATEO SEGURA, JOSÉ ANTONIO RUIZ JIMÉNEZ

INTRODUCCIÓN: El estudio de potenciales evocados es una prueba que estudia la actividad eléctrica neuronal, que comprueba mediante estímulos táctiles, visuales o auditivos si el sistema nervioso funciona correctamente.

OBJETIVOS: Determinar el procedimiento a seguir en el diagnóstico de la pérdida de audición, visión o lesión de médula espinal.

METODOLOGÍA: Se consultan diversas bases de datos y se ha realizado una búsqueda bibliográfica y sistemática sobre el tema.

RESULTADOS: Antes de comenzar esta prueba el tcae le entrega al paciente un consentimiento que debe firmar, una vez firmado el tcae pasa al paciente a una consulta donde se realiza esta prueba. El paciente se tumba en la cama o se sienta en un sillón dependiendo si la prueba es visual, auditiva o táctil. El tcae limpia la zona donde se va a colocar los electrodos y comienza a pegarlos con un gel conductor, el número de electrodos varía según la zona a estudiar. Una vez colocado lo electrodos se avisa al doctor y éste verifica que todo esté correcto antes de empezar la prueba. Una vez termine la prueba el tcae debe retirar los electrodos y limpiar las zonas que queden con gel en el paciente, a continuación limpiará el material utilizado y dejará todo limpio y preparado para el próximo paciente.

CONCLUSIÓN: El papel del tcae es imprescindible ya que lleva a cabo muchas funciones para adelantar el trabajo y no retrasar las citas y poder atender a todos los pacientes.

PALABRAS CLAVE: POTENCIALES EVOCADOS, ELECTRODOS, SISTEMA NERVIOSO, ESTÍMULOS.

QUÉ HACER ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA

LORENA CALADO GONZALEZ, MARIA LORENA JIMÉNEZ PRATS, SUSANA BERNAL FRANQUELO

INTRODUCCIÓN: La epilepsia es una enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones recurrentes, que suelen dejar consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales.

OBJETIVOS: Identificar las circunstancias que hacen una necesidad de atención médica urgente, con el fin de que todo el mundo, sanitarios o no, tengan las pautas para saber cómo actuar.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden y Medline, y en el buscador de Google Académico con las siguientes palabras claves: “epilepsia”, “convulsión”, “síntomas”, “diagnóstico”, “Enfermería”.

RESULTADOS: Actuación a seguir: - Colocar al paciente en una superficie dura y plana. Cama, suelo... - Conservar la calma y tratar de que la persona no se lesione quitando los objetos peligrosos de alrededor. - Aflojar las ropas del cuello. - No sujetar al paciente. No utilizar la fuerza. - Colocar al paciente en posición lateral de seguridad. - No introducir ningún objeto en la boca. - Pedir ayuda. Necesidad de atención médica urgente en crisis epilépticas: - Si dura más de 5 minutos y/o se repite en corto espacio de tiempo. - Si el paciente no recupera la situación previa tras un tiempo prudencial después de la crisis. - Si ha habido un traumatismo importante. - Si es mujer embarazada.

CONCLUSIÓN: La epilepsia tiene muchas causas posibles, herencia, TCE, tumores, tóxicos, etc. En muchos de los casos se desconoce la causa, por ello es importante una respuesta rápida por parte de la población.

PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA, CONVULSIÓN, SÍNTOMAS, ENFERMERÍA.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY

JULIA MARIA RUBIO BELTRAN, LORENA SAEZ SAEZ, ANA BELEN LIRIA FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: La demencia por cuerpos de Lewy se trata de una demencia primaria, que sigue un curso progresivo, caracterizándose por la presencia histológica de cuerpos de Lewy, placas de amiloide y degeneración nigroestriatal.

OBJETIVOS: Describir las principales intervenciones sanitarias realizadas en el sujeto con demencia por cuerpos de Lewy, por el personal de enfermería, cubriendo de forma integral todas las necesidades del paciente, cuidadores y familiares.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sobre la temática y artículos recientes, utilizado las bases de datos PSYCINFO, MEDLINE, INDEX y SCIELO, junto con el metabuscador Google académico, identificando diferentes estudios realizados en España hasta la fecha; completando la revisión con una búsqueda manual en Internet, revistas y libros, posteriores a 2011. De un total de 37 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 15 para su análisis en profundidad.

RESULTADOS: En líneas generales, las intervenciones de enfermería están dirigidas a varios objetivos simultáneos: Programa de ejercicio diario para mantener las capacidades motoras, mejorar la rigidez articular, el temblor o la lentitud de movimientos. Controlar los estados de confusión. Atención ante la presentación de alucinaciones. Estimulación cognoscitiva. Actuaciones ante la demencia. Pautas para mejorar la atención y la concentración. Evitar la utilización de neurolépticos. Alimentación e hidratación adecuada. Estrategias para adoptar un adecuado patrón de sueño – descanso. Prevención de caídas con medidas de seguridad en su entorno. Apoyo asistencial. Apoyo al cuidador principal y a la familia.

CONCLUSIÓN: Actualmente no se dispone de ningún tratamiento efectivo para erradicar esta enfermedad, por lo que la intervención a través del equipo multidisciplinar en estos casos se centra en llevar a cabo una atención lo más temprana e intensa posible para mejorar las probabilidades de aumentar el nivel de funcionamiento del sujeto, la promoción de su bienestar y su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: CUERPOS DE LEWY, CUIDADOS, DEMENCIA, ENFERMERÍA.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA A LA LLEGADA DE UN PACIENTE CÓDIGO ICTUS AL ÁREA DE URGENCIAS

ALICIA BALTASAR SOLER, JOSE LUIS RODRIGUEZ FUENTES, MARÍA TERESA MENDOZA SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: Accidente cerebrovascular es una lesión súbita en el cerebro, a causa de un trastorno circulatorio, ocasionado una alteración transitoria o definitiva de una parte del mismo, comprometiendo el estado neurológico del paciente. Podemos diferenciar dos tipos de ACV: el isquémico y el hemorrágico. Siendo la segunda causa de muerte en nuestro país y la primera entre las mujeres.

OBJETIVOS: Identificar los síntomas y proporcionar los primeros cuidados a un paciente con accidente cerebrovascular.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática en diferentes bases de datos científicas. Se utilizaron diversos descriptores: identificar, actuación, protocolo, acv. Se aplicó un filtro de idioma (castellano) y periodo temporal (2010-2017) de un total de 70/110 referencias encontradas, se escogieron 15/25 para un análisis en profundidad, se descartaron aquellos trabajos que no se centraban en el tema de interés a tratar.

RESULTADOS: Ante los primeros síntomas sobre la existencia de la ACV como pueden ser: pérdida de fuerza, alteración del habla, dolor de cabeza, a la llegada al Servicio de Urgencias se procedería con la acogida del paciente, monitorización, signos vitales (ECG, FC, P. A.), Canalización de vía venosa periférica, control de glucemia y traslado inmediato al TC de la sala de radiología.

CONCLUSIÓN: La existencia de un protocolo de actuación de accidente cerebrovascular en el área de urgencias supone la herramienta idónea para la correcta actuación y cuidado del paciente afectado por esta patología. Así, una actuación en el menor plazo de tiempo posible es imprescindible para que éste se vea afectado por el menor número de secuelas posibles.

PALABRAS CLAVE: IDENTIFICAR, ACTUACIÓN, PROTOCOLO, ACV.

EFFECTO AGUDO DE NUTROX-COG, EXTRACTOS NATURALES ANTIOXIDANTES Y ANTIINFLAMATORIOS, EN MEMORIA DE TRABAJO: ESTUDIO CONTROLADO CON PLACEBO

JOSE ANTONIO GONZÁLEZ MARÍN, MARIA QUITERIA ALCAZAR BELCHI , MARIA ROSARIO ZAMORA EGEA, MARGARITA MARTINEZ MARTIN, MARIA VICTORIA RAMIREZ ESPADAS, MARIA NICOLAS HERNANDEZ, TAMARA MOSQUEIRA AMADOR, SILVIA RUIZ CABALLERO , JESÚS ANTOLI GARCIA, ÁLVARO TORTOSA PALMA, ENCARNACIÓN MARIA RECHE MASEGOSA, ALBERTO LOZANO BERNABÉ

INTRODUCCIÓN: Nutrox-Cog® contiene una serie de componentes potencialmente bioactivos, incluyendo flavonoides (hesperidina), diterpenos (carnósido) e iridoides (oleuropeína). Poder antioxidante y antiinflamatorio, interesantes desde el punto de vista de las capacidades cognitivas. La ingesta aguda de Nutrox-Cog® (1 gr) podía mejorar el rendimiento cognitivo en adultos jóvenes y mayores (considerándose agudo 3 horas post ingesta/ tratamiento).

OBJETIVOS: Analizar el efecto que produce Nutrox-Cog a las tres horas post-toma sobre la memoria de trabajo y tiempo de reacción, tanto en jóvenes como mayores, así como evaluar si existen diferencias significativas entre los resultados pre y post-ingesta en ambos grupos.

METODOLOGÍA: Estudio experimental simple ciego, controlado con placebo. Participantes: 113 adultos sanos, entre 20-30 años y mayores de 55 años. Ambos grupos recibieron una dosis única de: placebo o Nutrox- Cog ® 1.000Mg Evaluación de funciones cognitivas mediante tareas computarizadas (batería CANTAB) antes de la toma del compuesto y 3 horas post-ingesta del mismo.

RESULTADOS: La toma de una sola dosis de un gramo de Nutrox-Cog ® mejora la memoria de trabajo en el grupo de adultos jóvenes y de adultos mayores tres horas post-ingesta. La ingesta aguda de una única toma de Nutrox-Cog mejora significativamente el tiempo de reacción solamente en el grupo de adultos jóvenes. No se observan cambios relevantes ni en adultos mayores ni el grupo placebo.

CONCLUSIÓN: El consumo de Nutrox-Cog, ingerido de forma aguda, mejora el rendimiento de la memoria de trabajo en adultos jóvenes y mayores y dicha mejora es significativamente más alta que en grupos placebo. La toma aguda de una única dosis de Nutrox-Cog (1 gramo) es significativamente beneficiosa en algunos parámetros cognitivos, como el tiempo de reacción, solo en adultos jóvenes, más allá del “efecto aprendizaje”. La mejora de los resultados no es relevante en el grupo de los mayores.

PALABRAS CLAVE: NUTROX-COG, ANTIOXIDANTE, ANTIINFLAMTORIO, PLACEBO.

INFARTO CEREBELOSO EN VARÓN JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

PALOMA DE LA CRUZ GARCIA, MARIA ESTHER GALAN ARMARIO, PAULA FOLGADO CONESA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 36 años con AP de meningoencefalitis neumocócica con secuelas de epilepsia, disfasia y trastornos conductuales, en tratamiento con risperidona y clorazepato dipotásico, acude a urgencias por vómitos, inestabilidad, disartria, diplopia, ptosis palpebral izquierda y ataxia izquierda desde hace tres días. Niega fiebre o cefalea.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente alerta, consciente, orientado y colaborador. Disartria cerebelosa. Horner izquierdo. Ataxia apendicular izquierda. ACP: sin alteraciones. Abdomen: anodino. TA 140/96, FC 50 lpm, afebril. ECG: RS a 50 lpm, sin alteraciones de la repolarización agudas. Analítica de urgencias sin alteraciones. RMN craneal: extensa lesión en hemisferio cerebeloso izquierdo con focos mesencefálicos que sugieren lesión isquémica subaguda y malformación vascular cavernomatosa en protuberancia. AngioRM cerebral y de TSA: dilatación fusiforme de ACM derecha. Ecocardiograma y Holter: anodinos.

JUICIO CLÍNICO: - Infarto agudo cerebeloso izquierdo (territorios ACS) en paciente joven sin FRCV. - Dilatación aneurismática fusiforme de ACM, no quirúrgica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** - Nuevo episodio de meningoencefalitis. - Reagudización de la patología previa del paciente por cuadro infeccioso de otro origen.

PLAN DE CUIDADOS: - Se dio de alta con revisión en Neurología en 1 mes para RMN de control y estudio de hipercoagulabilidad. - Se añadió a su tratamiento AAS 100mg y Rosuvastatina 10 mg.

CONCLUSIONES: Los antecedentes del paciente nos orientaban a pensar en una complicación derivada de los mismos. Sin embargo, la exploración del paciente, así como la prueba de imagen craneal, fueron decisivas para el diagnóstico de una patología de origen vascular poco esperable en un varón joven sin factores de riesgo cardiovasculares conocidos.

PALABRAS CLAVE: INFARTO CEREBELOSO, ANEURISMA ACM, MENINGOENCEFALITIS NEUMOCÓCICA, ATAXIA.

LA PRESIÓN INTRACRANEAL: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

REBECA CASTILLO GARRIGA, MARIA ISABEL ARIZA BAQUERO, SONIA VELASCO MOYA

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con lesiones neurológicas primarias pueden presentar un aumento de la presión intracraneal (PIC), lo cual puede crear importantes secuelas posteriores para el desarrollo de la vida diaria, por todo esto la medición y el control de la PIC requiere un control continuado y exhaustivo.

OBJETIVOS: Analizar los cuidados de enfermería en pacientes con presión intracraneal monitorizada, y sobre todo, elevada.

METODOLOGÍA: Realizamos una revisión sistemática en la base de datos PubMed con los términos obtenidos en el tesoro DeCS: unidades de cuidados intensivos, presión intracraneal, cuidados críticos, enfermería. Los criterios de inclusión fueron artículos en español, fuentes primarias, obtención de textos completos, relacionados con la temática y publicados en los últimos cinco años.

RESULTADOS: Los pacientes con lesiones neurológicas agudas en el que puede aparecer una elevación de la PIC, requieren unos cuidados y control continuo por parte de enfermería. Además también requieren una rápida actuación por parte de enfermería y el equipo para la implantación de ventriculostomía. Se debe aumentar la formación por parte de personal en el manejo de los diferentes monitores para identificar cualquier incidencia. Son numerosos los riesgos de complicaciones que sufren estos pacientes, por ejemplo, la neumonía por intubación, con la elevación de la cama en unos 30° ayuda a disminuir este riesgo.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir en este estudio que aún existiendo un gran consenso en el cuidado de estos pacientes, se debe ampliar la investigación para fomentar una guía de cuidados que ayude a disminuir las complicaciones que sufren estos paciente así como su pronta recuperación con las menores secuelas posibles.

PALABRAS CLAVE: UCI, PROTOCOLO, PRESIÓN INTRACRANEAL, NEUMONÍA.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: PACIENTE CON ICTUS HEMORRÁGICO

AMARA MARTINEZ MUÑOZ, JOSE LUIS RODRIGUEZ CHAVES, JESSICA MARÍA GOUSSE MERINO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 70 años remitida por el DCCU. Sobre las 9:00 horas el marido refiere que estaba desayunando con normalidad cuando la escuchó gritar, al acudir se había orinado encima y era incapaz de levantarse.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No RAM. HTA, cardiopatía hipertensiva, cardiopatía isquémica, quistes renales. Activa e independiente. En tratamiento con AAS 100 mg, bisoprolol 10 mg, enalapril 5 mg. TA: 218/135 mmHg, SO₂: 97%, Glasgow de 13/15, somnolencia, obedece órdenes simples, anisocoria con midriasis izquierda arreactiva, disartria moderada, desviación de la mirada a la izquierda sin pasar línea media, hemianopsia derecha, hemiplejía derecha, fluencia reducida, facial inferior derecho y plejía derecha con Babinski homolateral, fuerzas conservadas en miembros izquierdos y anestesia derecha. Buena ventilación pulmonar, corazón arritmico y con tonos apagados a 75 lpm, abdomen globuloso, cicatriz supraumbilical. Blando y con ruidos, no edemas. Se administran 25 mg de Urapidilo IV, labetalol 10 mg por crisis hipertensiva. En el TAC craneal se aprecia hematoma profundo izquierdo con llenado de sistema ventricular izquierdo, tercer y cuarto ventrículo, hematoma parenquimatosos en ganglios basales izquierdos con rotura endimaria y sangrado intraventricular visible en ventrículos laterales. Desviación de la línea media hacia la derecha de aproximadamente 1 cm con herniación bajo la hoz. Hb: 14.9, Hto: 48.8% INR 1, resto en rango. Se activa código ictus y se le traslada a la unidad de ictus.

JUICIO CLÍNICO: Ictus hemorrágico, crisis hipertensiva. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** 00173 Riesgo de confusión aguda, 00051 deterioro de la comunicación verbal, 00039 riesgo de aspiración, 00146 ansiedad.

CONCLUSIONES: El ictus hemorrágico es el menos común de los ictus, aunque es muy importante tratarlos lo más rápidamente posible, siendo los primeros pasos averiguar de dónde viene el sangrado y controlarlo. Se puede necesitar cirugía. La rehabilitación tras el ictus ayuda a las persona a recuperar las capacidades perdidas.

PALABRAS CLAVE: AVC, ICTUS, PARESIA, DISARTRIA, HEMORRAGIA, GLASGOW.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE UN PACIENTE CON ATROFIA MULTISISTÉMICA

DAVID CASARES CANAS, MARÍA NIEVES LÓPEZ GAMARRA, MARIA DOLORES RAMIREZ GONZALEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 60 años con marcha inestable, acentuada en los cambios de posición, con cuadro lento de evolución desde 2002, sin desencadenantes anteriores, refiere dificultad en controlar sus extremidades, y que esto va a más. Sin alteraciones cognitivas. También presenta impotencia desde hace varios años, urgencia miccional y disartria progresiva. Actualmente el cuadro de ataxia del tronco y extremidades es severo, falta de coordinación en el equilibrio y mantenerse erguido, precisa ayuda de otra persona para la marcha y autonomía en la práctica de las actividades diarias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Pruebas de función autónoma, análisis de orina (y otras pruebas para evaluar la función vesical), y neuroimágenes. Se realiza una IRM (imágenes por resonancia magnética). Es derivado a especialista para su valoración y tratamiento.

JUICIO CLÍNICO: Atrofia Multisistémica progresiva. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Los pacientes que desarrollan Atrofia Multisistémica tienen un deterioro progresivo que suele finalizar con la inestabilidad y la muerte. La causa de muerte en la mayoría de casos es por infecciones respiratorias y muerte súbita.

PLAN DE CUIDADOS: Aplicación de técnicas fisioterapéuticas para frenar evolución de enfermedad.

CONCLUSIONES: La detección prematura y la pronta aplicación de técnicas fisioterapéuticas pueden frenar la evolución de dicha enfermedad y hacerles a estos pacientes una vida más llevadera.

PALABRAS CLAVE: TRATAMIENTO, FISIOTERAPIA, ENFERMEDAD NEUROLÓGICA, ATROFIA MULTISISTÉMICA.

ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO DE LOS JÓVENES ACERCA DE LA SEXUALIDAD

MARIA TRINIDAD RUIZ GONZÁLEZ, ALICIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, ANA MARIA ROMERO OLIVARES

INTRODUCCIÓN: La sexualidad está presente de forma innata en la persona y constituye una forma de relación y de comunicación, influyendo en la formación y desarrollo de la personalidad y en la forma de relacionarse. Ha habido un aumento de la interrupción de embarazos no deseados y de las enfermedades-transmisión-sexual entre los adolescentes. Por ello, enfermería tiene un papel muy importante en el asesoramiento y acompañamiento de la educación sexual.

OBJETIVOS: Analizar información sobre el conocimiento de los adolescentes de la sexualidad con el fin de mejorar las intervenciones que puede realizar enfermería.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de publicaciones científicas relacionadas con el tema, seleccionamos artículos desde 2010-2017. Fuentes consultadas: Google Académico, Medline plus, Scielo y Cuiden; descriptores: sexualidad-adolescentes; educación-sexual; conocimiento-sexualidad-adolescentes y enfermería-adolescentes.

RESULTADOS: Cambios/ocio: Ingesta de alcohol y otras drogas comienzan a edades tempranas y contribuyen a la pérdida de límites y a mayor incidencia de conducta de riesgo. Percepción-riesgo-bajo/contrar enfermedades-transmisión-sexual: Visión de que a ellos no les puede tocar, ya que conocen a la persona con la que mantienen relaciones, lo asocian a homosexuales, enfermedades de países subdesarrollados. Aparente/modernidad: El chico es el que ejerce una presión dominante hacia la chica y por otro, si la chica toma la iniciativa, la tachan de espabilada. Influencia/medios-comunicación: Los medios incitan constantemente a los jóvenes a que consuman sexo y frivolizan con la sexualidad. Educación/escuela: Los profesores tratan el tema de forma general centrándose en anatomía, alguna pincelada de enfermedades-transmisión-sexual y uso de método anticonceptivo centrado en el preservativo.

CONCLUSIÓN: En la actualidad, los jóvenes acuden a los centros de salud cuando ya tienen algún problema y no para prevenirlos. Por ello, se propone que la educación afectivo-sexual debería estar presente en las distintas etapas educativas, comenzando desde la educación infantil, para que los futuros adultos tengan una visión más sana sobre su sexualidad.

PALABRAS CLAVE: SEXUALIDAD-ADOLESCENTE, EDUCACIÓN SEXUAL, CONOCIMIENTO-SEXUALIDAD-ADOLESCENTES, ENFERMERÍA-ADOLESCENTES.

ABORDAJE SOBRE LA ENCEFALITIS AUTOINMUNE: CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

MARIA TRINIDAD RUIZ GONZÁLEZ, ALICIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, ANA MARIA ROMERO OLIVARES

INTRODUCCIÓN: La Encefalitis Autoinmune fue descrita por primera vez en el año 2007 por Josep Dalmau, Universidad de Penssylvania. Caracterizada por la existencia de anticuerpos contra los receptores NMDA (N-Metil-D-Aspartato) existentes en las neuronas cerebrales. Es grave pero potencialmente reversible con tratamiento.

OBJETIVOS: Conocer la Encefalitis-Autoinmune para identificarla rápidamente y actuar con la mayor brevedad posible para mejorar su pronóstico, además de identificar sus causas, tratamiento y síntomas.

METODOLOGÍA: Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales: Google Académico, Medline plus, Scielo y Cuiden. Se consultaron varios artículos relacionados con el tema, desde 2007-2017, se seleccionaron 5 artículos. Descriptores utilizados: Encefalitis-Autoinmune; Causas Encefalitis-Autoinmune, Síntomas-Encefalitis-Autoinmune y Tratamiento Encefalitis-Autoinmune.

RESULTADOS: Causas: Teratomas: mujeres localizados en ovarios, hombres en testículos. Síndrome Paraneoplásico: presencia en el cuerpo de un cáncer que desencadena indirectamente una respuesta autoinmune. Exposición a ciertas bacterias comunes, destacan: estreptococo y micoplasma neumonía. Síntomas: Similares a gripe. Déficit-memoria (incluido corto plazo). Trastorno-sueño. Disfunción habla: lenguaje-incoherente-mutismo. Trastorno cognitivo y comportamiento: alucinaciones, delirios. Convulsiones. Trastornos movimiento. Pérdida conocimiento (coma). Disfunción autónoma: respiración irregular, trastornos del latido del corazón y presión arterial, etc. Diagnóstico: Estudios LCR. 94% Pleocitosis de predominio linfocítico. 30% Niveles elevados de proteínas. 66% Bandas ligoconales específicas en el LCR. EEG TAC Determinación anticuerpos MNDa en sangre/LCR. Tratamiento: Primera línea: Eliminación teratoma (si existe). Esteroides: disminuir respuesta inmune e inflamación. Plasmaféresis para eliminar anticuerpos dañinos en sangre. Inmunoglobulinas IV. Segunda línea: inmunosupresores, Rituximab. CellCept. Cytosan (ciclofosfamida).

CONCLUSIÓN: Esta enfermedad es poco frecuente, aguda y grave que afectan a personas de todas las edades. Causan síntomas psiquiátricos, epilepsia, deterioro cognitivo y pueden terminar en coma y producir la muerte si no son tratados de forma rápida.

PALABRAS CLAVE: ENCEFALITIS AUTOINMUNE, CAUSAS ENCEFALITIS-AUTOINMUNE, SÍNTOMAS ENCEFALITIS-AUTOINMUNE, TRATAMIENTO ENCEFALITIS-AUTOINMUNE.

CUIDADOS ENFERMEROS EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN ACCIDENTE CEREbroVASCULAR

ISABEL NAVARRETE TRAVALÓN, ROCIO TORRENTE GRANERO, CRISTINA MARTÍNEZ FUENTES

INTRODUCCIÓN: El Accidente Cerebrovascular (ACV) es una patología que afecta a los vasos sanguíneos que aportan sangre al cerebro. Éste ocurre en el momento que se detiene el flujo de sangre a una parte del cerebro, y esto hace que se puedan causar daños permanentes, de ahí la importancia de los cuidados enfermeros en las primeras horas. En países en desarrollo es la principal causa de discapacidad y la segunda causa de muerte en adultos.

OBJETIVOS: Identificar los principales cuidados de enfermería a pacientes que han sufrido un ACV.

METODOLOGÍA: Se trata de una Revisión bibliográfica realizada en septiembre de 2017 en bases de datos como Scielo, Dialnet y la revista Rol de enfermería. Se utilizaron 5 artículos de los últimos 5 años. Los descriptores utilizados fueron ACV, ICTUS, cuidados, enfermería.

RESULTADOS: Controlar los signos vitales cada 30 minutos o cada hora según la necesidad del paciente. Analizar el estado de conciencia y aplicar la escala de Glasgow. Controlar el balance hidroelectrolítico. Controlar la diuresis. Aplicar medidas de confort relacionadas con su inmovilidad. Propiciar un ambiente tranquilo.

CONCLUSIÓN: Los cuidados de enfermería en las primeras horas en las que se produce el ACV son clave para prevenir las complicaciones que de éste se derivan y ayudar a una pronta recuperación del paciente.

PALABRAS CLAVE: ACV, ICTUS, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: SEGUNDA CAUSA DE MUERTE EN ESPAÑA

ANA ISABEL ALVAREZ BOLIVAR, MÓNICA RUANO ALCARAZ, ISABEL MARÍA TORRALBO DE LA ROSA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 75 años, que acude a urgencias con debilidad en el MSD, alteración en el habla y caída de la comisura del labio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: EXPLORACIÓN FÍSICA: Toma de constantes vitales (TA, FC, SAT, GLUCEMIA CAPILAR). Auscultación cardiaca. Auscultación pulmonar. Abdomen anodino. No edemas de miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda. Escala Cincinati/NIHSS. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica de sangre. Canalizar vía periférica en miembro no parético. Radiografía de tórax. ECG. TAC CRÁNEO SIN CONTRASTE.

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico extenso en territorio de la arteria cerebral media derecha. Código ICTUS. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Crisis convulsiva. Dolor de cabeza similar a migrañas. Hipoglucemia. Intoxicaciones. Trastorno neurológico por otros factores.

PLAN DE CUIDADOS: Como plan de cuidados: Se mantendrán saturaciones de oxígeno mayores al 92%. Administración de paracetamol 1 gr i. V por presentar fiebre. Administración de 2 UI de insulina rápida por hiperglucemia de 250 mg/dl. Tratamiento neuroprotector con citicolina 1 amp de 1 g en 500 ml S. Fisiológico o Glucosalino a 21 ml/h, Tratamiento trombolítico (Alteplasa): 0,9 mg/Kg (dosis máx. 90 Mg) iv. Iniciar el 10% de la dosis total en bolo en 1 min. Resto de la dosis en perfusión continua en 1 hora.

CONCLUSIONES: Como conclusión, hay que saber que a través de la circulación sanguínea, el cerebro recibe el oxígeno y los nutrientes necesarios para su correcto funcionamiento. El accidente cerebrovascular se produce de manera brusca en la circulación sanguínea del cerebro y puede ser producido por obstrucción arterial o por hemorragia. Por este motivo, es importante, saber identificar los síntomas para acudir cuanto antes al hospital, ya que el daño cerebral producido por el ictus depende del tiempo de duración, localización y actuación.

PALABRAS CLAVE: DEBILIDAD EN EXTREMIDADES, COMPORTAMIENTO EXTRAÑO, ALTERACIÓN DEL HABLA, PARÁLISIS FACIAL.

CAMBIOS EN LA MOVILIDAD FÍSICA TRAS SUFRIR UN ICTUS

CELESTE JIMÉNEZ MÁRQUEZ, LAURA SÁNCHEZ PONCE, ALEJANDRO CAMACHO GONZÁLEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 78 años que se despierta en situación basal, y a las 3h la encuentran con desviación de la comisura bucal y trastorno en la articulación del habla. No alteración en la emisión ni comprensión del lenguaje. Refiere cefalea desde la mañana de evolución intensa, además de dificultad para la deambulaci3n. Es trasladada al servicio de Servicio de Urgencias.

EXPLORACI3N Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: HTA, DM tipo II. No alergias medicamentosas conocidas. Actualmente en tratamiento con Ramipril 5mg 1 comp c/24h, Sitagliptina/metformina 50/1000mg 1 comp c/12h. Leve deterioro cognitivo, necesita ayuda para las actividades b3sicas de la vida diaria.

JUICIO CLÍNICO: (00085) Deterioro de la movilidad f3sica. (00051) Deterioro de la comunicaci3n verbal. (00149) Riesgo de s3ndrome de estr3s del traslado. (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cut3nea.

DIAGN3STICO DIFERENCIAL: Deterioro de la movilidad f3sica relacionado con la disminuci3n de la fuerza muscular manifestado por alteraci3n en la marcha.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: (0911) Estado neurol3gico: control motor central. (0208) Movilidad. (0902) Comunicaci3n. (0312) Preparaci3n para el alta: vivir con apoyo. Necesidad de soporte familiar. (Nunca-siempre demostrado). Describe necesidades especiales. (Nunca-siempre demostrado). NIC: (2620) Monitorizaci3n neurol3gica: Vigilar las tendencias en la Escala de Coma de Glasgow. (3590) Vigilancia de la piel. Vigilar el color y la temperatura de la piel. (4976) Mejorar la comunicaci3n: d3ficit del habla. Proporcionar m3todos alternativos a la comunicaci3n hablada. (Ej. Tableta escritura, se3ales con la mano…)

CONCLUSIONES: El Ictus supone una de las causas de mortalidad en el mundo occidental, siendo la primera causa de incapacidad y de coste econ3mico sanitario. Debemos identificar las necesidades de salud del paciente y establecer los planes m3s adecuados para as3 conseguir la mayor autonom3a posible.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, MOVILIDAD, COMUNICACI3N, LENGUAJE.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEUROLOGÍA

MARIA INMACULA LAY DUQUE, PATRICIA GONZALEZ NUÑEZ, CARMEN RAMOS SANTOS

INTRODUCCIÓN: La neurología es la especialidad médica que se ocupa de la anatomía, la fisiología y las enfermedades del sistema nervioso. Específicamente en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las enfermedades relacionadas con el sistema nervioso central, periférico y autónomo.

OBJETIVOS: Determinar pautas para: Elaborar una plataforma de formación continuada y avanzada para que se pueda visualizar las enfermedades neurológicas. Profundizar en el conocimiento de la fisiopatología de enfermedades neurológicas. Fomentar el interés por la formación en investigación para los neurólogos más jóvenes. Generar herramientas diagnósticas y terapéuticas para mejorar la asistencia de los pacientes afectados.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en Pub Med y The Cochrane library año 2003 y 2013.

RESULTADOS: A través de la musicoterapia, al escuchar o producir música, son experiencias placenteras que pueden evocar un recuerdo o una emoción. La relación entre músicas y neurología constituyen una manera de aproximación al funcionamiento del cerebro humano y a sus mecanismos de plasticidad. Ofrecer la máxima recuperación de las funciones físicas y psicologías para favorecer la autonomía funcional y adaptación social, para favorecer la máxima calidad de vida del paciente con daño cerebral adquirido.

CONCLUSIÓN: El servicio de neurología ofrece un tratamiento rehabilitador tanto en adulto como en niños, con una tecnología basada en programas de realidad virtual para trabajar los aspectos físicos de cada paciente.

PALABRAS CLAVE: SISTEMA NERVIOSO, ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR, NEUROLOGÍA, NEUROANATÓMICAS.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN EN NIÑOS

MARIA DEL CARMEN SOTO ROSA, ESMERALDA SABORIDO DOMÍNGUEZ, RAÚL GARCÍA JÓDAR

INTRODUCCIÓN: El trastorno por déficit de atención es un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia y caracterizado por un déficit de atención, hiperactividad y impulsividad. Se ha identificado que las causas de este trastorno se deben a factores principalmente genéticos y ambientales (prenatales, perinatales y postnatales).

OBJETIVOS: Analizar los conocimientos del personal de enfermería sobre los cuidados a realizar a pacientes con trastorno por déficit de atención.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Cochrane y Cuiden Plus, revisando también guías clínicas.

RESULTADOS: Debido a que el diagnóstico se basa en criterios clínicos y que puede cambiar a lo largo del tiempo, los datos variarán en función de: criterios diagnósticos, método de evaluación, tipo de muestra, fuentes de información utilizadas y características socioculturales de la población evaluada. Par detectar este síntoma la actuación de enfermería en atención primaria es fundamental. Las actividades de enfermería a realizar serían: promover un ambiente familiar estructurado y el aprendizaje de las actividades diarias. Fomentar una relación de confianza con el niño.

CONCLUSIÓN: Pese a la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención, nos encontramos ante una realidad social de desconocimiento sobre este trastorno. La falta de formación, información y atención sobre este trastorno tiene consecuencias negativas directas sobre los pacientes. Por esto, el papel de enfermería tiene una función importante en el seguimiento y la prevención, realizando actividades formativas para las familias y encargándose de fomentar la educación de la salud.

PALABRAS CLAVE: DÉFICIT, ATENCIÓN, NIÑOS, HIPERACTIVIDAD.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

JULIO OSUNA SANCHEZ, CARMEN MARÍA LÓPEZ RÍOS, JULIÁN ZARCO MANJAVACAS

INTRODUCCIÓN: Estudio de ICTUS en hospital comarcal.

OBJETIVOS: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo e inferencial de pacientes con enfermedad cerebrovascular (ECV) en un hospital comarcal.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal de los pacientes con enfermedad cerebrovascular ingresados en nuestro servicio en el año 2015. Hemos analizado la forma de presentación de la enfermedad, las causas de la misma y la zona de afectación. Se dividió la población en Isquémica vs Hemorrágica y se realizó un estudio descriptivo de las características de cada uno de los grupos, y un análisis estadístico bivariante.

RESULTADOS: Hubo un total de 106 pacientes, con una edad de $71,08 \pm 13,53$ años (Rango: 32 - 95), de los que el 52,8% eran mujeres. De la población total, 83 pacientes (79%) conformaban el grupo de ECV isquémica y 22 pacientes (21%) pertenecían al grupo de ECV hemorrágica. La estancia media de los pacientes fue $9,99 \pm 10,53$. Tan solo el 71,7% de los pacientes tenían seguridad social y un 40,6% eran de raza Bere Ber. La mortalidad fue de un 16% (17 pacientes). La causa mas frecuente del ACV isquémico es la ateroembólica (42,6%), seguida de la cardioembólico (25,2%) y lipohialinosis (15%). En cuanto al ACV hemorrágico la causa mas frecuente es la hipertensiva (40,9%) seguida de la hemorragia cerebral espontanea (36,4%). La forma de presentación en su mayoría (48,1,5%) fue la afectación de la arteria cerebral media (ACM), seguida de la afectación de mas de un territorio (16%) y del territorio vertebrobasilar (15,1%).

CONCLUSIÓN: Debido al importante número de casos al año, nos parecía fundamenta realizar este tipo de estudio en nuestra comarca. Se ha demostrado que la ECV isquémica va en relación de fenómenos ateroémolicos seguido de fenómenos cardioembólicos en nuestro centro hospitalario, mientras que la ECV hemorrágica está muy relacionada con la hipertensión arterial mal controlada o desconocida.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, COMARCAL, PERFIL, COMORBILIDAD.

REVISIÓN TEÓRICA SOBRE LAS ETAPAS DEL ALZHEIMER

SANDRA MUÑOZ GARCÍA, MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS, BENITO MAURO JUAREZ

INTRODUCCIÓN: El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Como describió Alois Alzheimer, es una enfermedad degenerativa cerebral en la que se pierden neuronas, se produce el acúmulo de una proteína anormal (amilolide) y muestra lesiones características (placas seniles y ovillos neurofibrilares). El Alzheimer es la forma más común de demencia. Se caracteriza por pérdida de la memoria inmediata como síntoma inicial, en fases avanzadas el deterioro cognitivo va acompañado de un declive e incapacidad física que puede dejar al enfermo postrado.

OBJETIVOS: Identificar cómo es el proceso de deterioro del Alzheimer.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo un estudio sobre el Alzheimer en diferentes páginas y asociaciones especializadas: Confederación española de Alzheimer, Sociedad española de Neurología, Universidad Internacional de Valencia, Medline plus, Neuron up, OMS. Los descriptores que se han utilizado han sido: alzheimer, neurodegenerativa, neuronas, etapas, amiloide y memoria.

RESULTADOS: Como podemos comprobar los enfermos de Alzheimer están abocados a la dependencia total por pérdida cognitiva y funcional que en cada etapa se va haciendo más significativa. Este deterioro puede ser más lento o más rápido dependiendo del tratamiento y cuidados. Importante una detección precoz.

CONCLUSIÓN: Por lo complejo de la enfermedad para la persona que la padece y para el cuidador, es importante contemplar ciertos aspectos y anticiparnos a los problemas tanto para sus cuidados optando por profesionales, terapeutas ocupacionales, centros de día, incluso la institucionalización. Y teniendo en cuenta temas legales que al principio de la enfermedad puede decir la propia persona para proteger sus intereses personales como puede ser con la voluntad anticipada o testamento vital.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, NEURODEGENERATIVA, NEURONAS, ETAPAS, AMILOIDE, MEMORIA.

EL TRASTORNO DEL SUEÑO DEL CELADOR EN LA ROTACIÓN DE TURNOS

JUAN PEDRO GUTIERREZ LUCAS, CARMEN HERNANDEZ HERRERIAS, MAGDALENA MELLADO GALLEG0

INTRODUCCIÓN: La calidad del sueño del celador difiere según el número de horas que este tenga, debido a la rotación de turnos a la que están expuestos en el trabajo del hospital, ese ciclo se verá alterado, por lo tanto aparecerán problemas creando un déficit de sueño.

OBJETIVOS: Analizar y conocer lo que pueda repercutir la rotación de los turnos del celador y determinar cuáles son los problemas que generan que afectan al sueño.

METODOLOGÍA: Revisión Bibliográfica: se ha buscado información en las siguientes bases de datos: Scielo, Cochrane, Cuiden Plus, donde se han usado los siguientes Descriptores: calidad del sueño, déficit de sueño, rotación de turnos.

RESULTADOS: Un 53% de los celadores padecen o tienen algún trastorno del sueño, con hipersomnia hay un 7% siendo el más frecuente de estos trastornos del sueño y el insomnio con un 26%.

CONCLUSIÓN: Se ha podido demostrar que el insomnio es un factor que desencadena en la causa de esta enfermedad del trastorno del sueño del celador relacionado con la rotación de turnos, por culpa de este problema se puede ver mermada la atención durante la jornada laboral produciendo un menor rendimiento en su jornada laboral aumentando así el riesgo de producir perjuicios a los pacientes.

PALABRAS CLAVE: INSOMNIO, JORNADA LABORAL, SUEÑO, ROTACIÓN DE TURNOS.

PACIENTE ADULTO CON PÉRDIDA DE FUERZA

ANA MARÍA MARTÍN TARRAGONA, MARIA JESUS ARENAS PUGA, MARIA CANO DELGADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 50 años de edad con antecedentes clínicos de colangitis autoinmune tipo cirrosis biliar primaria estadio 1, hipotiroidismo subclínico, estapedectomía con sustitución de estribo en oído derecho, severa estenosis foraminal bilateral L4-L5 y L5-S1, discopatía degenerativa L2-L3, L3-L4, L4-L5 y L5-S1, discectomía C5-C6 por mielopatía. Acude a consulta por referir pérdida de fuerza en miembros superiores, alteración de la marcha y disestesia térmica en hemicuerpo derecho desde D8 hasta pie derecho. Refiere además pérdida de fuerza en mano izquierda, con sensación de resistencia a la extensión completa de los dedos, dolor a nivel de la palma de la mano.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo, tensión arterial 120/70, frecuencia cardíaca 65 lpm, afebril. Exploración fuerza miembros superiores (MS), MSI fuerza 3/5, MSD 4/5. Parestesia de brazo izquierdo, Hoffman positivo en ambas manos. Se deriva a neurocirugía, donde ya la estaban siguiendo tras la intervención de la hernia discal cervical. Se solicita resonancia magnética (RNM) cervical y dorsal y electromiograma (EMG) MSI. La RNM habla de espondilosis con rectificación de la lordosis fisiológica, cambios postquirúrgicos con fijación intersomatica C5-C6 y foco de mielopatía en el cordón medular cervical. Protrusión posterolateral izquierda y foraminal C6-C7. El EMG de MSI es sin alteraciones.

JUICIO CLÍNICO: Mielopatía cervical. Espondilosis cervical. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Enfermedad de dupuytren, hernia discal, enfermedades neurológicas autoinmunes.

CONCLUSIONES: La mielopatía cervical se caracteriza por parestesias en miembros superiores, aunque pueden aparecer síntomas en otras partes del cuerpo. Otros síntomas comunes: dificultad para realizar movimientos precisos con las manos, dificultad para caminar, incontinencia urinaria y anal. Las causas más comunes son haber padecido una hernia discal cervical o artrosis.

PALABRAS CLAVE: HERNIA DISCAL, DUPUYTREN, PARESTESIAS, PÉRDIDA DE FUERZA.

UTILIDAD Y MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

YESSICA VEGA SÁNCHEZ, INMACULADA VEGA SÁNCHEZ, NURIA JIMENEZ LAGARES

INTRODUCCIÓN: El drenaje ventricular está indicado en pacientes neurológicos críticos cuando el aumento del líquido cefalorraquídeo (LCR) provoca hipertensión intracraneal, conllevando a discapacidades graves o a la muerte. Es un catéter que se inserta en el ventrículo lateral del hemisferio lesionado. Se emplea tanto de forma terapéutica en hidrocefalias y hemorragias intraventriculares, como diagnóstica para medir la presión intracraneal. Tiene dos componentes: catéter largo tunelizado y sistema de recolección de líquido. Además, aparecen complicaciones asociadas como infección, hemorragia, obstrucción y desplazamiento del catéter o pérdida excesiva de LCR.

OBJETIVOS: Conocer las indicaciones y cuidados del drenaje ventricular externo.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de revistas científicas como Elsevier, Sociedad Española de Neurología y Scielo entre 2006 y 2015.

RESULTADOS: El drenaje ventricular está indicado para: Drenar el exceso de LCR para disminuir la presión intracraneal (PIC) en hidrocefalias, tumores o hemorragias cerebrales evitando, entre otras, lesiones isquémicas por compresión del flujo sanguíneo. Medir la PIC a través del traductor que se une al equipo de registro continuo, cuyos valores normales son entre 5-15 mmHg, no debiendo superar los 20 mmHg. Administración de fármacos, principalmente antibióticos y anticoagulantes. Además, se han de realizar los siguientes cuidados: Paciente en decúbito supino con cabecero elevado 30° y cabeza alineada. Después, se ajustará el nivel 0 del depósito del drenaje a la altura del conducto auditivo externo y se controlará periódicamente. Manipular el drenaje lo menos posible y con asepsia. Curas diarias. Cerrar antes de cualquier manipulación/movilización. Evitar desconexiones y acodamientos. Vigilar la permeabilidad del sistema, además del volumen, aspecto y color del LCR.

CONCLUSIÓN: Los catéteres ventriculares son sistemas de bajo coste y de gran utilidad que no están exentos de graves complicaciones. De ahí la importancia de que el personal sanitario conozca la técnica de inserción y cuidado del drenaje.

PALABRAS CLAVE: DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO, DRENAJE VENTRICULAR CUIDADOS, CATÉTER INTRAVENTRICULAR, PIC.

LAS DIVERSAS CARAS DE LA NEUROLOGÍA: ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y DESCARGAS ELÉCTRICAS EN MIEMBROS INFERIORES

SORAYA GONZÁLEZ RUBIO, JENNIFER SANCHEZ LOPEZ, SORAYA GONZÁLEZ VILLOLDO,
CRISTINA ALVAREZ GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 28 años acude a urgencias con sensación eléctrica (parestesias de 6 días de evolución) en miembros inferiores, de forma ascendente llegando a afectar a miembros superiores.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración Física: buen estado general. Auscultación pulmonar y cardíaca sin hallazgos patológicos aparentes. Exploración Neurológica: parestesias con nivel sensitivo T8-T10 en miembros tanto superiores como inferiores. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: hemograma, coagulación y bioquímica normales. LCR: bioquímica normal. 8-10 Bandas oligoclonales compatibles con síntesis intratecal de Inmunoglobulina G (IgG). Electromiografía: normal. RM cráneo-cervical y angioRM intracraneal arterial: se aprecian múltiples placas desmilenizantes supratentoriales, en astas frontales del ventrículo lateral izquierdo (es la de mayor tamaño y presenta realce en anillo incompleto tras contraste) y lesión intramedular hiperintensa en C6 que no presenta realce al contraste.

JUICIO CLÍNICO: Enfermedad inflamatoria del Sistema Nervioso Central (SNC) de tipo Esclerosis Múltiple. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Para evitar el riesgo de crisis agudas graves en estos pacientes, es importante el diagnóstico de trastorno suprarrenal precoz. La sintomatología inicial suele ser poco llamativa, confusa y mal definida, simulando otro tipo de procesos que producen síndrome general (astenia, anorexia y pérdida de peso). El médico de atención primaria debe de tener en cuenta esta enfermedad que, aunque no se de con frecuencia, tiene un resultado terapéutico muy bueno. La insuficiencia suprarrenal de origen autoinmune actualmente está desplazando a la tuberculosa por prevención y un mejor control de esta infección.

CONCLUSIONES: Se inicia tratamiento con metil-prednisona que es bien tolerado por la paciente, y se le da de alta en condiciones normales. Actualmente se encuentra asintomática.

PALABRAS CLAVE: PARESTESIAS, NEUROLOGÍA, MIEMBROS INFERIORES, ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DE ORIGEN ISQUÉMICO

LARA GUTIERREZ GONZALEZ, LAURA SUÁREZ FERNÁNDEZ, GUILLERMO DIEZ GOMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 64 años que es traída al servicio de urgencias por su marido por cuadro de cefalea + síndrome confusional después de haber sufrido un episodio de desvanecimiento con posibles movimientos tónico clónicos por lo que describe el marido. Se trata de una mujer de 64 años sin hábitos tóxicos. HTA, Diabetes mellitus tipo II, Insuficiencia venosa crónica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, consciente, orientada en tiempo y espacio y colaboradora. La paciente se encuentra asintomática aunque aún refiere cefalea importante que no cede con analgesia. TA: 193/86 FC: 62x Sat 98% Afebril. Tórax: murmullo vesicular conservado, sin roncus ni sibilancias, no soplos ni roce. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias. Peristalsis conservada. EEEI: no edemas ni signos de TVP. Analítica de sangre y orina sin alteraciones significativas. EKG: ritmo sinusal. Valoración neurológica: no se objetiva alteración alguna en este momento. Se solicita consulta con el Servicio de Neurología y se pide TAC cerebral urgente. Se confirmará diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico por medio del TAC craneal y el neurólogo ordenará ingreso en Unidad de ICTUS.

JUICIO CLÍNICO: Paciente con factores de riesgo predisponentes a sufrir un Ictus, con la descripción del episodio en domicilio del marido nos lleva a pedir estudios de imagen para confirmar diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Crisis comiciales. Migraña con aura. Hipoglucemia. Encefalopatía hipertensiva. Vértigo. Lesión cerebral no vascular como tumores o abscesos. Ictus hemorrágico. Trastorno por conversión/simulación.

PLAN DE CUIDADOS: Ansiedad r/c ingreso y proceso. Riesgo de infección r/c venoclisis. Dolor r/c su proceso. Riesgo de estreñimiento r/c inmovilidad. Riesgo de alteración del patrón de sueño r/c hospitalización y proceso de enfermedad. Déficit de conocimientos.

CONCLUSIONES: Es importante un rápido diagnóstico de lo que dependerá el daño cerebral.

PALABRAS CLAVE: DESORIENTACIÓN, CUADRO CONFUSIONAL, CEFALEA, RAPIDEZ DIAGNÓSTICA.

PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ANA PLACERES MODENES, LUIS QUINTANA BRAVO, NOEMI VILLEGAS CARO, JUDIT RODRIGO ALVARO, MARÍA BEGOÑA PÉREZ ALONSO, MONTSERRAT PLACERES MODENES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que ingresa en urgencias después de ser trasladada desde su hospital de referencia por hemorragia subaracnoidea Fisher II. Con tratamiento habitual y antecedentes personales médicos. Se contacta con servicio de neurocirugía e ingresa en la UCI.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada al servicio de cuidados intensivos, se le realiza exploración física, F. Cardíaca, T. Arterial, temperatura, saturación de oxígeno y electrocardiograma. Neurológicamente sin focalidad orientada, pupilas normoreactivas e isocóricas. Se decide hacer embolización por el servicio de arteriografía.

JUICIO CLÍNICO: Hemorragia subaracnoidea puede ser traumática. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hemorragia subaracnoidea.

PLAN DE CUIDADOS: Se mantiene a la paciente ingresada en el servicio de la UCI según el protocolo de actuación del hospital. El presente caso fue tratado con la farmacología pautada y siguiendo el protocolo. La paciente evoluciona favorablemente en los días que estuvo en la UCI, siendo dada de alta a planta.

CONCLUSIONES: De la cefalea en trueno, en casos dudosos se recurre a la punción lumbar o a la resonancia magnética. En pacientes anémicos la sangre se torna más densa con el parénquima. El TAC craneal puede dar falsos negativos. Los pacientes sometidos a procedimientos angiográficos pueden ocasionalmente presentar complicaciones con déficit neurológico secundario en la extravasación del contraste con el cerebro, simulando en el TAC una hemorragia subaracnoidea.

PALABRAS CLAVE: CEFALEA, MIGRAÑA, HEMORRAGIA, SANGRE, DOLOR.

ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD DEL PARKINSON Y SU CALIDAD DE VIDA

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

INTRODUCCIÓN: La enfermedad del Parkinson (EP), se define como un síndrome extrapiramidal que afecta a los ganglios basales. Es una patología neurodegenerativa donde sus manifestaciones abarcan problemas motores (rigidez muscular, marcha festinante) y otras consecuencias de carácter cognitivo y psicológico. Actualmente no hay cura. El tratamiento abarca fármacos (levodopa) y procedimientos quirúrgicos.

OBJETIVOS: Identificar los principales síntomas de la enfermedad del Parkinson.

METODOLOGÍA: Verificación bibliográfica de escritos científicos publicados en los últimos cinco años. Bases de datos utilizadas: Cinalh, Scielo y Mediline. Se registró la búsqueda a artículos disponibles en castellano, inglés y portugués a texto completo. Léxicos utilizados: tratamiento, etiología, párkinson, enfermedad neurodegenerativa. Tras la búsqueda realizada y su posterior selección se escogieron 8 artículos.

RESULTADOS: Los trastornos del movimiento abarcan un amplio espectro de alteraciones motoras: falta de movimiento, movimientos inapropiados, incoordinación... El Párkinson es la enfermedad neurodegenerativa más frecuente en la población después del Alzheimer, no siendo causa directa de muerte, aunque sí contribuyente. El índice de mortalidad aumenta en pacientes con demencias asociadas y cuando debuta en edad avanzada. Cuatro son los principales síntomas de la enfermedad: temblor, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural. El proceso evolutivo de síntomas suma de manera gradual (media estimada 5-15 años).

CONCLUSIÓN: Como sucede en todas las patologías degenerativas, lo que debe intentar el personal sanitario es que prevalezca el entusiasmo para conseguir que el paciente sea una persona funcional, lo más autónoma posible, ya que ella se da cuenta perfectamente de lo que su cuerpo está experimentando, por lo que tenemos que conseguir con las actividades médicas, fisioterapéuticas y de terapia ocupacional que el paciente se encuentre lo mejor posible.

PALABRAS CLAVE: MARCHA FESTINANTE, LEVODOPA, ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA, PÁRKINSON.

CONVULSIÓN EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Niño de 10 años que acude a urgencias por convulsión durante el sueño con una duración de aproximadamente 5 minutos, con rigidez y mioclonías leves, con sialorrea y cianosis facial.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general. Coloración: normal. Nutrición e hidratación: adecuadas. Respiración: buena ventilación bilateral. Cardiocirculación: Rítmica/no soplos.. Abdomen: blando, no masas ni megalias. Neurológico: consciente y conectado, no signos de focalidad neurológica Analítica al ingreso: Bioquímica básica + hemograma EEG: actividad bioeléctrica cerebral anormal. RMN Cráneo: No evidencias de lesiones estructurales intracraneales.

JUICIO CLÍNICO: Una vez realizada la anamnesis y pruebas complementarias se le diagnostica al paciente epilepsia rolándica benigna de la infancia con foco temporal dch. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Epilepsia rolándica benigna de la infancia. En este caso se le ha realiza un TAC craneal para diferenciarlo de masa cerebral.

CONCLUSIONES: El tratamiento para la epilepsia rolándica benigna en la infancia se debe adaptar a las características particulares de cada paciente. El comienzo de la 1ª crisis suele presentarse entre los 3 y 12 años. Suele ser por causas hereditarias. El carácter morfeico (crisis durante el sueño) de la epilepsia rolándica debe orientar al diagnóstico. Estas crisis no suelen sobrepasar los 5 minutos. La edad de curación es variable. La familia debe de tener unos conocimientos básicos de la enfermedad para poder actuar correctamente ante una crisis. No se debe de tomar ante el niño una actitud superprotectora, ya que si no, no desarrollaran las habilidades necesarias para ser independientes. No podemos olvidar el papel de enfermería, ya que es ésta la que debe proporcionar a la familia conocimientos para proporcionarle un entorno seguro que evite las lesiones y medidas higiénico-sanitarias para el bienestar del paciente.

PALABRAS CLAVE: CONVULSIONES, LESIONES, EPILEPSIA ROLÁNDICA BENIGNA, MEDIDAS HIGIÉNICO SANITARIAS.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMÁTICA CAUSADA POR TRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRÁFICO

CARMEN MARIA HERNANDEZ GARCIA, SANDRA GARCIA FERNANDEZ, MARÍA ÁNGELES RUIZ FERNÁNDEZ, LIDYA CANOVAS BALASTEGUI, ANA BELEN SANCHEZ RUIZ, YOLANDA SANCHEZ GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 25 años que es traslado al hospital por politraumatismo secundario por accidente de tráfico en el que iba como conductor de motocicleta. Se desconocen los motivos del impacto, aunque en informe de UME consta que portaba con casco integral. El paciente se encontraba en el suelo, alerta, orientado, con quejas de dolor y obedeciendo órdenes sencillas. Taquicárdico, y resto de constantes vitales normales, con satO₂ 100%. Posteriormente, presenta deterioro del nivel de consciencia hasta Glasgow de 6, se procede a IOT. Soporte con ventilación mecánica y traslado a hospital.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Bajo efectos de sedoanalgesia farmacológica. Pupilas mióticas, simétricas, poco reactivas a la luz, intubado y conectado a VMI. Portador de collarín cervical. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesical en ambos hemitórax sin sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades simétricas, deformidad y edema en tobillo derecho. Erosiones múltiples de predominio en cuello y miembro superior derecho. FC 124 lpm, TA 125/42 mmHg, satO₂ 100%, FR 12 rpm, T[°] 38.6°C. Analítica completa. Tóxicos en orina negativos. Alcoholemia 131.7 Mg/dl. TAC craneal: hemorragia subaracnoidea pequeña, localizada en surcos de la convexidad. No hemoventrículo ni hematoma intraparenquimatoso. No fracturas craneofaciales. Body TAC: visto en conjunto con servicio de radiología, descartan fracturas o lesiones viscerales.

JUICIO CLÍNICO: Politraumatismo. Hemorragia subaracnoidea traumática. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hemorragia subaracnoidea traumática, fractura de clavícula derecha, probables crisis comiciales.

PLAN DE CUIDADOS: Precisa cuidados a paciente poli traumatizados, manteniendo buenas cifras de PIC. Atender los picos febriles causados por el sangrado intracraneal y controlar los episodios de movimientos mioclónicos de mucha frecuencia y poca amplitud en tronco y extremidades que se interpretan como crisis comiciales.

CONCLUSIONES: A su llegada a hemodinámica se contacta con neurocirujano quien valora las imágenes y se decide colocación de sensor de presión intracraneal.

PALABRAS CLAVE: POLITRAUMATISMO, HEMORRAGIA, SUBARACNOIDEA, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMATICA, ACCIDENTE DE TRAFICO, TRAUMATISMO.

INFUSIÓN DUODENAL DE LEVODOPA MEDIANTE SONDA DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

ALICIA MARTIN-LAGOS MALDONADO, RAQUEL PIÑAR MORALES, MARÍA ISABEL SAUCEDO VILLANUEVA

INTRODUCCIÓN: La levodopa constituye la base del tratamiento de los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP). Sin embargo, a los 5 años, la mitad de ellos presentan complicaciones motoras relacionadas con los niveles fluctuantes de la levodopa en plasma, dificultando un control óptimo de los síntomas.

OBJETIVOS: Analizar la muestra de pacientes en los que se ha llevado a cabo la infusión duodenal de levodopa.

METODOLOGÍA: Estudio epidemiológico, retrospectivo llevado a cabo en nuestro hospital entre los años 2015-2017.

RESULTADOS: Se realizaron 7 gastrostomías (edad media 65 años). Todos los pacientes presentaban una EP avanzada (estadio III-IV de Hoehn Yahr) en tratamiento previo con levodopa oral. En todos los casos se realizó previamente el test de infusión con levodopa/carbidopa por sonda nasogástrica. El procedimiento se llevó a cabo en la Unidad de Endoscopias, bajo anestesia general y con la colaboración de una enfermera experta en el manejo de la bomba de infusión. En todos los casos se completó el procedimiento arrastrando la sonda hasta el duodeno distal sin complicaciones inmediatas. Tras una media de seguimiento de 14 meses todos los pacientes presentaron mejoría en el control de síntomas y complicaciones motoras: disminución del tiempo en off diario, así como aumento y mejoría del tiempo on, incluyendo las discinesias en on. Aunque las discinesias no desaparecieron por completo en la mayoría de pacientes, si se redujo su intensidad y frecuencia a lo largo del día. Otros síntomas, no motores, que mejoraron de forma variable en los distintos pacientes fueron la ansiedad, depresión y la fragmentación del sueño.

CONCLUSIÓN: La colocación de la sonda de gastrostomía para infusión intraduodenal de levodopa constituye un método seguro y bien tolerado en pacientes con EP avanzada. La infusión continua intestinal de levodopa (Duodopa®) supone una alternativa eficaz en pacientes con EP avanzada que presenta fluctuaciones motoras, discinesias incapacitantes o periodos off intensos no controlados de forma adecuada con medicación oral.

PALABRAS CLAVE: INFUSIÓN DUODENAL DE LEVODOPA, ENFERMEDAD DE PARKINSON, SONDA DE GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA, LEVODOPA.

ESTUDIO SISTEMÁTICO SOBRE LAS CONVULSIONES EN PEDIATRÍA

MARIA DOLORES HERRADA GONZÁLEZ, DOLORES SEGURA PIEDRA, DALILA FERNANDEZ ALONSO

INTRODUCCIÓN: Una crisis convulsiva es una disfunción cerebral en la que la persona tiene convulsiones, se desploma y tiene un funcionamiento cerebral anómalo temporal. A menudo se pierde la conciencia.

OBJETIVOS: Conocer qué son la crisis convulsivas, porqué se producen y su tratamiento.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como libros. Utilizamos una búsqueda de descriptores como: crisis convulsiva, epilepsia, antiepilépticos.

RESULTADOS: Las convulsiones pueden ser un síntoma de enfermedades como hipoglucemia, fiebre o infecciones en el Sistema Nervioso central. La epilepsia también las produce y ceden solas en 2 a 3 minutos. En los neonatos aparecen varias causas que pueden producir convulsiones como la encefalopatía hipoxico-isquémica, infección sistémica o del sistema nervioso central, alteraciones hidroelectrolíticas, déficit de piridoxina, errores congénitos del metabolismo, hemorragia cerebral, entre otros muchos. Las crisis que duran más de 30 minutos son el “estatus epiléptico”, también pueden ser repetidas y con pérdidas de conciencia. Si la crisis es prolongada se agrava la situación del niño, por lo que se ha de intentar que ceda lo antes posible. El éxito del tratamiento no se basa en la elección de los medicamentos epilépticos sino en seguir los protocolos de actuación programados.

CONCLUSIÓN: Es muy importante prevenir el estatus epiléptico en una crisis convulsiva en el niño. Se ha de iniciar el tratamiento inmediatamente y si cede se valorará si es una crisis secundaria a un proceso grave.

PALABRAS CLAVE: CRISIS CONVULSIVAS, EPILEPSIA, ANTIEPILÉPTICOS, PÉRDIDA DE CONCIENCIA.

PACIENTE VARÓN ADULTO CON CEFALEA EN URGENCIAS

MARIA CARMEN PEREZ EGEA, MARIA JOSE MATEOS ORTUÑO, NIEVES ASENCIO LÓPEZ, RAQUEL LÓPEZ TURPÍN, ENCARNACIÓN HERNÁNDEZ PÉREZ, GERMAN GONZALEZ MARTINEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 54 años que acude a urgencias, tras haber sido dado de alta con diagnóstico de sinusitis maxilar izquierda, por persistencia de cefalea bifrontal y vómitos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 135/76 mmHg, T[°]: 37°C, FC: 75 lpm, SatO₂: 96%. Consciente. Orientado. BEG. Glasgow: 15. Carótidas simétricas y sin soplos. Exploración neurológica: lenguaje coherente y fluido, orientado en las tres esferas, no disartria, no nistagmos, campimetría por confrontación normal. Analítica: Coagulación: Actividad de protombina: 100.00%. INR: 1.02. Bioquímica: Glucosa: 113mg/dl. Urea: 27mg/dl. Creatinina: 0.84mg/dl. Sodio: 138 mmol/dl. Rx Tórax : Senos libres no infiltrados, aumento de la trama vascular. TC craneal: sinusopatía maxilar izquierda.

JUICIO CLÍNICO: Una vez realizada la anamnesis y revisadas las pruebas se diagnostica al paciente de cefalea holocraneal segunda a sinusopatía aguda maxilar izquierda en tratamiento. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cefalea holocraneal segunda a sinusopatía aguda maxilar izquierda. En este caso se realiza TAC craneal para diferenciarlo de masa cerebral.

CONCLUSIONES: Para que el dolor se intensifique normalmente es necesario un movimiento repentino de la cabeza o un esfuerzo. El tratamiento en la cefalea secundaria a sinusopatía maxilar aguda tiene como principal objetivo disminuir los síntomas y eliminar la infección, para ello suministran analgésicos, antibióticos, antieméticos y corticoides. Aunque se complementan con medidas simples como beber líquidos, humidificador con agua salina, etc. No podemos olvidar el papel de enfermería a la hora de ayudar al paciente a descubrir que factores son los desencadenantes, es el primer paso para una terapia eficaz, la ansiedad es el factor más conocido, por lo que las técnicas de relajación pueden ser de gran utilidad.

PALABRAS CLAVE: CEFALEA, URGENCIAS, SINUSITIS, TRATAMIENTO.

INTOXICACIÓN POR LITIO SECUNDARIO A FRACASO RENAL DE ORIGEN PRERRENAL

MARTA VAZQUEZ RODRIGUEZ, LAURA ROMERO MANCHA, BLANCA ISABEL RAMOS GAONA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 53 años que acude a urgencias por pérdida de apetito de cuatro semanas de evolución. En sala presenta desvanecimiento, se objetivan sequedad de piel y mucosas y temblor fino. Bajo nivel de conciencia, tendencia la sueño. En semanas previas a presentado vómitos y diarrea sin fiebre. Desde hace un mes disminución de la ingesta hídrica. Se niega a comer por dolor abdominal y náuseas. AP:NAMC. No IQ. Trastorno bipolar en tto con Litio y diazepam.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: Bioquímica: Urea 100mg/dl, Na 129 mEq/L, K 2,4 mEq/L, PCR 48 mg/dl LDH 478 U/L, creatinina 1,33mg/dl, GOT 42U/L, GPT 44U/L, amilasa 249 U/L. Hemograma: Leucocitos 12,63, Neutrófilos 79,4. Litio: 2,6 mEq/L. Orina: Positiva en BZD y morfina. Rx tórax: Índice cardiorotoracio dentro de límites normales. Condensación en LID. Eco Abdominal: derrame pleural bilateral. Hepatomegalia con hígado graso. Rx Abdomen: sin alteraciones. TAC cráneo: Sin alteraciones. ECG :Ritmo sinusal a 70 rpm T neg V3-V6.

JUICIO CLÍNICO: Intoxicación por Litio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis y la clínica del paciente hay que descartar una toma inadecuada de Litio, una combinación medicamentosa o una insuficiencia renal por bajo aporte.

PLAN DE CUIDADOS: Soporte hemodinámico y respiratorio. Tratamiento con ATB por broncoaspiración. Valoración por Psiquiatría.

CONCLUSIONES: Con las pruebas realizadas y los resultados obtenidos, se confirma la intoxicación por Litio en el contexto de insuficiencia renal aguda de origen prerrenal por bajo aporte y diarrea.

PALABRAS CLAVE: FRACASO RENAL, DIARREA, NIVEL, CONCIENCIA.

ENFERMEDAD DE PARKINSON Y PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA: EXPRESIÓN DE PROTEÍNAS EN LA PIEL

LINA RODRIGUEZ GAMARRA, OTILIA RETAMERO ROBLES, MARIA DEL CARMEN BUENO ROLDAN

INTRODUCCIÓN: Los trastornos neurodegenerativos parecen compartir una vía común con la presencia de proteínas mal plegadas en el sistema nervioso central (SNC). Los pacientes que presentan formas neurodegenerativas de parkinsonismo pueden clasificarse, en general, como portadores de sinucleinopatías o tauopatías.

OBJETIVOS: Analizar la expresión de tau y α -sinucleína mediante inmunohistoquímica en la piel de tres poblaciones diferentes: control saludable, enfermedad de Parkinson y parálisis supranuclear progresiva sujetos, con el propósito de encontrar un biomarcador que pueda diferenciar entre sujetos con Parkinson y parálisis supranuclear.

METODOLOGÍA: Se evaluaron la presencia de p-tau y α -syn en un estudio piloto en la piel de tres grupos distintos de pacientes: 17 sujetos sanos, 17 pacientes con parkinson y 10 pacientes con Parálisis supranuclear. Se obtuvieron biopsias de punción de cuatro milímetros del área occipital y se analizaron por inmunohistoquímica usando anticuerpos contra α -syn y especies de tau fosforiladas.

RESULTADOS: El patrón de inmunopositividad de p-tau y α -syn fue significativamente diferente entre los tres grupos. Los sujetos sanos mostraron una tinción mínima usando AT8 y α -syn. El grupo de Parkinson mostró una inmunopositividad de α -syn y AT8 significativamente mayor, mientras que el grupo de Parálisis solo expresó una mayor inmunopositividad de AT8 que los control. El anticuerpo PHF identifica p-tau tanto en condiciones normales como patológicas y AT8 reconoce la característica p-tau de las condiciones patológicas. Las diferencias entre los tres grupos se evaluaron mediante la cuantificación de áreas inmunopositivas en la epidermis.

CONCLUSIÓN: Estos datos sugieren que la piel refleja la patología cerebral. Por lo tanto, el análisis inmunohistoquímico de p-tau y α -syn en la piel puede ser útil para una caracterización adicional de Parkinson y Parálisis.

PALABRAS CLAVE: PARKINSON, ENFERMEDAD, PARÁLISIS, PROTEÍNAS.

MUERTE INESPERADA SÚBITA EN EPILEPSIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

MARIA DEL CARMEN BUENO ROLDAN, LINA RODRIGUEZ GAMARRA, OTILIA RETAMERO ROBLES

INTRODUCCIÓN: La muerte súbita inesperada en epilepsia (SUDEP) es una causa importante de muerte en pacientes epilépticos jóvenes. Sin embargo, es relativamente desconocido para los neurólogos.

OBJETIVOS: Analizar la frecuencia y las características clinicopatológicas de muerte súbita inesperada en epilepsia como causa de muerte súbita en personas jóvenes.

METODOLOGÍA: Estudio observacional de todas las muertes súbitas debidas a epilepsia en personas de 1 a 35 años, en quienes se realizó autopsia legal médica. En todos los casos, se realizó una autopsia completa y se investigó la historia clínica previa.

RESULTADOS: El 7,5% de los casos se debieron a muerte súbita por epilepsia. Cinco tenían entre 25 y 29 años y en este grupo de edad era la causa más común de muerte (22%). En la necropsia no se observaron cambios estructurales en el cerebro, excepto en los dos pacientes con epilepsia postraumática. En el 50% de los pacientes fallecidos, el estudio químico toxicológico mostró que no había rastro de los medicamentos que se les habían recetado.

CONCLUSIÓN: Aunque la muerte súbita es rara, la muerte súbita por epilepsia es una causa importante de mortalidad en epilépticos jóvenes. La muerte violenta en relación con la epilepsia causa problemas en la medicina forense. Aunque los mecanismos de muerte súbita por epilepsia no son claros, parece necesario aumentar el control médico de este trastorno, especialmente en los jóvenes.

PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA, MUERTE, CONTROL, JÓVENES.

ABORDAJE SOBRE LAS PAUTAS Y ACTUACIONES EN LA EPILEPSIA

LAURA CARMONA MORALES, MERCEDES CAÑETE CASTILLO, BEATRIZ ABELEDO LOPEZ

INTRODUCCIÓN: La epilepsia es un trastorno cerebral en el cual una persona tiene crisis epilépticas repetidas durante un tiempo. Las crisis epilépticas son episodios de actividad descontrolada y anormal de las neuronas que puede causar cambios en la atención o el comportamiento.

OBJETIVOS: Conocer las circunstancias que hacen una necesidad de atención médica urgente, con el fin de que todo el mundo, sanitarios o no, tengan las pautas para saber cómo actuar.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en Medline, Google académico y en ádice (Asociación Andaluza de Epilepsia). Se acota la búsqueda con artículos en español y desde el año 2003 al 2017. Se excluyen aquellos en los que el tema principal no es “epilepsia”.

RESULTADOS: Necesidad de atención médica urgente en crisis epilépticas: Si dura más de 5 minutos y se repite en corto espacio de tiempo. Si el paciente no recupera la situación previa tras un tiempo prudencial después de la crisis. Si ha habido un traumatismo importante. Si es mujer embarazada Si es una persona no epiléptica ya que al no conocer la causa puede tener una enfermedad grave que requiera tratamiento urgente. Actuaciones a seguir: Conservar la calma y tratar de que la persona no se lesione quitando los objetos peligrosos de alrededor. Aflojar las ropas del cuello. Colocar al paciente de lado para facilitar la respiración. No inmovilizar a la fuerza. No introducir ningún objeto en la boca. No respiración boca a boca. No dar agua, alimentos o pastillas. Esperar que termine la crisis y comprobar que se recupera.

CONCLUSIÓN: La epilepsia tiene muchas causas posibles, que incluyen enfermedades y lesiones cerebrales y el desarrollo cerebral anormal. A pesar de eso, en muchos casos se desconoce la causa, por ello es importante una rápida actuación.

PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA, CAUSAS EN LA EPILEPSIA, URGENCIAS EN LA EPILEPSIA, SÍNTOMAS.

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y LESIONES MUSCULO-ESQUELÉTICAS EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN FASE AGUDA

MARIA ISABEL PELÁEZ LOZANO, MARIA INMACULADA MEDINA PEÑUELA, JOSE MANUEL POISON CEJUDO

INTRODUCCIÓN: Accidente cerebrovascular (ACV) sucede cuando el flujo de sangre se ve alterado a una parte del cerebro. Este puede ser de origen isquémico (falta de sangre) o hemorrágico (abundancia de sangre). El ACV representa una de las primeras causas de muerte e invalidez en los adultos y supone un enorme coste tanto humano como económico. El ACV causa hemiplejía o hemiparesia entre el 75% y el 90% de los pacientes.

OBJETIVOS: Conocer la importancia de la movilización temprana e higiene postural para mejorar la capacidad funcional del paciente y evitar las posibles consecuencias del encamado.

METODOLOGÍA: Base de datos utilizadas: SciELO, Medigraphic y otras fuentes terciarias. Descriptores: Enfermería, Fisioterapia, postural, UPP, lesiones músculo-esqueléticas, Prevención, ACV. Fórmulas de Búsqueda: “Actuación enfermería en el paciente con ACV”, “Prevención de UPP y lesiones musculoesqueléticas en el ACV”, “intervención fisioterapia en el ACV”.

RESULTADOS: Desde un punto de vista de la fisioterapia, un buen posicionamiento de paciente consensuado con el profesional de enfermería supone un mantenimiento de un estado basal óptimo y una prevención de aparición de UPP (que en ocasiones comprometen la masa muscular impidiendo un incremento de la fuerza) y de lesiones músculo-esqueléticas (como el hombro doloroso del hemipléjico que impide una funcionalidad a nivel de la articulación).

CONCLUSIÓN: Enfermería y Fisioterapia, ponen en común sus claves para que la higiene postural del paciente incluya ambos puntos de vista, de tal forma que esta actuación conjunta evite la aparición de UPP y futuras lesiones musculoesqueléticas que dificulten la posterior rehabilitación mediante la aplicación de cuidados posturales del encamado. Una actuación preventiva multidisciplinar; es importante que todo el personal involucrado en el manejo y tratamiento del paciente hemipléjico sepa los efectos negativos de la inmovilidad, los músculos y tejidos blandos que tienen más riesgo lesivos y las ventajas que tiene la movilización precoz.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, POSTURAL, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, ENFERMERÍA, ÚLCERAS POR PRESIÓN, PRESIÓN.

NEUROPATÍA CUBITAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

MARIA ELENA CANOVAS CASADO, ANA MARÍA TORRES PERALES

INTRODUCCIÓN: El nervio cubital es una rama del plexo braquial que se encarga de la innervación sensitiva y motora de la extremidad superior. Las diferentes modificaciones metabólicas que provocan la diabetes mellitus (DM) suponen un traumatismo directo sobre cada una de las estructuras nerviosas por diferentes mecanismos.

OBJETIVOS: Analizar la relación entre la diabetes mellitus y la neuropatía cubital en los pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión literaria en dos bases de datos médicas (Pubmed, y Cochrane) entre enero de 1975 y octubre de 2017 acerca de la neuropatía del nervio cubital en pacientes con DM. Para ello se ha hecho uso de los descriptores: “cubital neuropathy” y “diabetes, diabetic, diabetes complications”.

RESULTADOS: La compresión del nervio cubital en codo es la neuropatía compresiva más frecuente en pacientes diabéticos y no diabéticos y es tres veces más frecuente en hombres que en mujeres. Su lugar mas frecuente de compresión es el codo, aunque también se puede comprimir nivel de antebrazo. Por lo que existen pocos estudios que centren su atención en la neuropatía cubital por atrapamiento en muñeca o codo en pacientes con DM, quedando cuestionada en alguno de ellos la neuropatía cubital en codo como posible complicación de la DM. El nervio cubital es muy susceptible al atrapamiento focal en DM, al igual que el nervio mediano. La neuropatía cubital en codo puede observarse de forma aislada previamente a la aparición de la poli neuropatía. La asociación entre STC y neuropatía cubital en muñeca en pacientes con DM no esta del todo clara.

CONCLUSIÓN: El atrapamiento de los nervios mediano y cubital es la característica fisiológica electromiografía mas común de daño en los nervios periféricos en la DM. No obstante, no está claro que existan diferencias significativas entre dicha asociación en los pacientes con DM respecto a la población general.

PALABRAS CLAVE: CUBITAL, FACTORES DE RIESGO, DIABETES, NEUROPATÍA.

PACIENTE CON EPILEPSIA QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS

SONIA RUIZ RONDAN, JESUS ANTONIO ORTEGA CORREA, SAMANDA SERVAN MOJONERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude a urgencias por dolor abdominal y náuseas, refiere episodios que comienzan con ese dolor y posterior pérdida de conciencia segundos de duración, ojos abiertos con mirada fina, con hipotonía y relajación de esfínteres.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración; buen estado general. Afebril, piel y mucosas bien hidratadas y coloreadas, no exantemas ni petequias. Respiratorio; no ruidos patológicos, Cardiocirculatorio; tonos rítmicos, no soplos. Se solicita analítica, Rx de tórax y EEG. Analítica; glucemia; 102mg/dl, urea 25 mg/dl, creatinina 0.4Mg/dl, sodio 135 mmol/L, potasio 3.88 Mmol/L, calcio 9.0Mg/dl. Hemoglobina 13.60 G/dl, pH; 7.34, PCO2 44.0 MmHg. EEG; sin ningún tipo de alteración. Rx de tórax; sin alteración.

JUICIO CLÍNICO: Crisis de comicial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnóstico diferencia se basa fundamentalmente en todos los criterios clínicos, mediante la analítica, EEG, Rx de tórax y EEG.

PLAN DE CUIDADOS: Los cuidados de enfermería se enfocan en todo cuidado que tenga mejor calidad del paciente. (00039) Riesgo de aspiración r/c disminución del nivel de conciencia. NOC: Prevención de la aspiración. Control de las convulsiones. NIC: Manejo de las vías aéreas. Cambio de posición. Manejo de las convulsiones.

CONCLUSIONES: La epilepsia es una enfermedad crónica del sistema nervioso central, que se manifiesta en forma de crisis inesperadas y espontáneas. La mayoría de los casos se pueden confundir con síncope o crisis de comicial. En este caso las pruebas analíticas con las demás no evidencia que haya sido un ataque epiléptico.

PALABRAS CLAVE: CRISIS, CONVULSIONES, SISTEMA NERVIOSO, NEUROLÓGICO.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE ENCEFALITIS ANTI-NMDA

ARÁNZAZU GÓMEZ AGUILERA, JORGE GALLARDO CAÑAMERO, ISABEL MARIA TRIGO MARTIN

INTRODUCCIÓN: La Encefalitis anti-NMDA consiste en una patología en la que se crean anticuerpos que reaccionan contra la proteína de la superficie celular neuronal llamada subunidad NR1 del receptor NMDA. Aparece como un cuadro viral acompañado de alteraciones en memoria, conducta y cognición. El personal de enfermería constituye un pilar fundamental en el abordaje de la encefalitis, brindando los cuidados para el mantenimiento de la vida.

OBJETIVOS: Determinar el plan de cuidados que deben abordar el personal de enfermería ante pacientes que padecen de encefalitis anti-NMDA.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión descriptiva de la literatura de documentos bibliográficos, disponibles en la base de datos de Cuiden plus, Pubmed, Cochrane y Medline. Se utilizaron los descriptores: Encefalitis, NMDA, subunidad NR1 y enfermería. Obteniéndose registros que oscilaron entre 22 y 65 registros tras las distintas combinaciones de los descriptores, seleccionando entre ellos, 11 textos que cumplimentan los criterios de inclusión (muestra significativa y ensayos durante la estancia en el hospital). Todos los artículos seleccionados fueron clasificados en niveles de evidencia y analizados críticamente según su calidad.

RESULTADOS: La revisión bibliográfica manifestó la existencia de evidencias definitivas sobre la necesidad de obtención de información de dicha patología, como por ejemplo su desarrollo en varias etapas, la similitud del pródromo viral en todos los pacientes, la confusión con un síndrome psiquiátrico a su inicio o su confirmación de su diagnóstico mediante la detección en suero o LCR de anticuerpos contra la subunidad NR1 del receptor NMDA.

CONCLUSIÓN: La revisión bibliográfica concluyó con un logro satisfactorio, mostrando resultados que reflejaron un cambio a la hora de abordarla, pudiendo elaborar un plan de cuidados para la patología. Con ello, se evidenció el incremento de los conocimientos, actitudes y habilidades, que se requieren para lograr un desempeño óptimo.

PALABRAS CLAVE: ENCEFALITIS, VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO, ENFERMERÍA, ANTI-NMDA.

CONOCER LOS SÍNTOMAS DE UN ICTUS SALVA VIDAS

ADELA MARIA RODRIGUEZ PARDO, CLAUDIA MARCELA DARTHAZZAU ZANIN, TRINIDAD DE LOS ANGELES LÓPEZ MARTIN

INTRODUCCIÓN: El ICTUS es una enfermedad cerebrovascular que produce una disminución del flujo sanguíneo al cerebro, ocasionando la muerte o lesiones neurológicas graves. Es una de las enfermedades que causa mayor mortalidad. Existen causas que favorecen su aparición, como tabaquismo, hipertensión arterial, obesidad, diabetes, enfermedades cardíacas, y otras. Una rápida identificación de los síntomas junto con una rápida actuación puede salvar la vida, activando el Código Ictus, (actuación sanitaria identificando signos y síntomas del ICTUS, realizando sus cuidados y su traslado al hospital para realizar el proceso de perfusión, fibrinólisis).

OBJETIVOS: Identificar síntomas que pueden padecer antes de sufrir un ICTUS. .

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica revisando artículos publicados desde el 2000.

RESULTADOS: Es importante recordar los síntomas que producen un ICTUS para poder identificarlos. Estos síntomas son: pérdida de fuerza, dificultad para hablar, perdida brusca de la vista, visión doble, perdida del equilibrio y/o mareo y cefaleas de aparición brusca. Si padece algunos de éstos síntomas hay que ponerse en contacto con los servicios sanitarios para activar el Código Ictus(CI). En la activación del C. I hay que tener en cuenta ciertos criterios para realizar la perfusión, como tener entre 18 y 80 años, tener una calidad de vida adecuada, que no tenga déficit motor, que no esté en coma y que el tiempo transcurrido entre que comenzó los síntomas hasta su llegada al hospital no superen las 3h.

CONCLUSIÓN: La mayoría de los pacientes que han sufrido un ICTUS presentan una discapacidad impidiéndoles valerse por ellos mismo. Realizando una actuación rápida tanto de los usuarios como por el personal sanitario, activando el CI, se consiguen resultados óptimos, consiguiendo que la persona afectada pueda valerse por sí misma. De ahí la importancia de realizar buena educación sanitaria, recordando los signos y síntomas que pueden producir un ICTUS y como una rápida actuación puede salvar la vida.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, SÍNTOMAS, CÓDIGO ICTUS, INTERVENCIÓN.

PACIENTE ADULTO DIAGNOSTICADO DE HIDROCEFALIA TRIVENTRICULAR LEVE

MARGARITA OSTOS ALARCON, ANA MARIA MORALES CARMONA, ANA MARIA CARDENAS
JAEN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 58 años que acude a urgencias tras inicio de cefalea brusca acompañada de episodio pre sincopal y vómitos desde las 22h del día anterior. En urgencias la paciente se encuentra somnolienta, con GCS estimado de 11 puntos sin otros datos relevantes a la exploración física. Refiere también rigidez cervical y dolor irradiado en la espalda que le obliga a detener la marcha y tumbarse en repetidas ocasiones.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se solicita analítica sanguínea y ECG sin alteraciones valorables. Asimismo se realiza Tc craneal sin y con contraste y posterior Angio TAC. NRL GCS 13, pupilas IR, moviliza las cuatro extremidades, sin focalidad aparente. Respiración eupnéica en reposo con O2 suplementario en cánula para saturar O2 100%. Hemodinámica estable sin amins, con TA de 140/160 mmhg. Ritmo sinusal a 70 lpm. AC. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen blando, depresible, peristaltismo presente. TC craneal: extensa hemorragia subradnoidea que ocupa todas las cisternas supra e infraciertoriales y los surcos meníngeos de ambas regiones frontales más numerosos en el hemisferio izdo. Se aprecia hemorragia interventricular en III ventrículo y en ambos ventrículos laterales. Angio TC craneal: aneurisma secular en la arteria comunicante anterior. Tiene un diámetro máximo anteroposterior de 5mm y un diámetro transversal de 4mm. Hemorragia subaracnoidea.

JUICIO CLÍNICO: Aneurisma. **CONCLUSIONES:** HSA Fisher IV, WFNS IV, HH III secundaria a rotura de aneurisma de AcoA. Hidrocefalia triventricular leve. Tras valoración por Neurocirugía se considera a la paciente tributaria de tratamiento endovascular de la lesión aneurismática por lo que se decide su ingreso para monitorización tratamiento y control evolutivo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ictus isquémico.

PALABRAS CLAVE: ANEURISMA, ANGIO TC, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, ENDOVASCULAR, HIDROCEFALIA.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS GENERALES Y DE SOPORTE VITAL EN LA FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

JAVIER MORILLAS ATIENZA, LAURA NAVAS PÉREZ, HIPOLITO JUAN FERNANDEZ ROCAMORA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad cerebrovascular representa una de las principales causas de muerte e invalidez, originando además un enorme gasto sanitario y social. Los accidentes cerebrovasculares constituyen la enfermedad mas común del sistema nervioso. En los últimos años se ha logrado descender la mortalidad y las secuelas de esta enfermedad y aumentar el número de pacientes autónomos tras esta fase inicial de la enfermedad.

OBJETIVOS: Determinar la exposición concisa de las principales medidas generales a adoptar en la fase aguda del ACV.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados en español e inglés en fuentes como Pubmed, Scielo, Google Académico y también en páginas webs de ámbito sanitario.

RESULTADOS: Medidas recomendadas: Asegurar la permeabilidad de la vía aérea, una correcta oxigenación y evitar broncoaspiraciones. Vigilar la función cardíaca. Control adecuado de la HTA. Mantenimiento del balance hidroeléctrico. Mantener un adecuado balance nutricional. Control de la glucemia. Control de la hipotermia. Prevenir el edema cerebral. Tratamiento de las crisis comiciales precoces. Prevención del tromboembolismo pulmonar y de las trombosis venosas. Evitar úlceras por decúbito. Prevención de las infecciones respiratorias y atelectasias. Rehabilitación precoz. Manejo de la agitación psicomotriz.

CONCLUSIÓN: Los expertos parecen coincidir en que actuar con rapidez es vital para la evolución y recuperación del paciente que ha sufrido un ACV. Durante el transcurso de un ACV se pueden perder casi cuatro años de vida en términos de memoria, pero esta pérdida se reduce si el paciente es atendido con rapidez. Otra de las consecuencias de esta patología es la pérdida de unos dos millones de neuronas por minuto. Actualmente se puede afirmar que la rapidez, así como una actuación correcta en la fase aguda de un accidente cerebro-vascular son elementos cruciales para mejorar la evolución futura del estado general del paciente.

PALABRAS CLAVE: ACV, TRATAMIENTO, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, REHABILITACION.

DETERIORO COGNITIVO EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

CARMEN PRESENTACION PRADOS RAMON, MARÍA RODRÍGUEZ ACUYO, MARÍA NIEVES ÁVILA VARGAS

INTRODUCCIÓN: Actualmente la enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente tras la enfermedad de Alzheimer. La gran variabilidad sintomática de ésta junto a la dificultad de su control a través de medidas farmacológicas y terapéuticas hace que se vea afectada la calidad de vida de los pacientes y de los familiares a su cuidado.

OBJETIVOS: Analizar la importancia del deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Guía Salud y Cinahl. Para ello se utilizaron los siguientes descriptores del lenguaje Mesh o Decs y los operadores booleanos: parkinson AND cognitive dysfunction Seleccionando revisiones sistemáticas y artículos originales cuya fecha de publicación fuera desde 2012 hasta la actualidad.

RESULTADOS: La enfermedad de Parkinson se caracteriza por la presencia de síntomas motores y no motores. Uno de los síntomas que contribuyen más significativamente en la disminución de la calidad de vida del paciente, en su discapacidad y en la sobrecarga del cuidador es el deterioro cognitivo. Los cambios cognitivos en el Parkinson se manifiestan de forma diferente en cada paciente aunque destacan el deterioro de la memoria, atención, velocidad de procesamiento, etc. Sin embargo a diferencia de los síntomas motores, no existen tratamientos definitivos para el deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson, por tanto es de vital importancia centrarse en la rehabilitación cognitiva en estos pacientes.

CONCLUSIÓN: Para mejorar la calidad de vida del paciente con Parkinson es fundamental centrarse también en el alivio de síntomas no motores como el deterioro cognitivo. Es de vital importancia por parte del profesional de enfermería transmitir al paciente y su familia la importancia de la rehabilitación cognitiva ya que aumenta la calidad de vida de ambos al mejorar dominios cognitivos específicos y reducir el deterioro funcional en las actividades de la vida diaria.

PALABRAS CLAVE: PARKINSON, CALIDAD DE VIDA, DETERIORO COGNITIVO, REHABILITACIÓN COGNITIVA.

IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO CÓDIGO ICTUS EN SEVILLA

SINUHÉ CHAPARRO PALAZUELO, LAURA ANTON GONZALEZ, CELIA PÉREZ REAL

INTRODUCCIÓN: La trombolisis intravenosa con alteplasa (Actilis) es un tratamiento efectivo para el ictus isquémico si se aplica dentro de las primeras 4,5 horas, pero al que acceden <14% de los pacientes. La trombectomía mecánica recanaliza más obstrucciones proximales en las grandes arterias, pero necesita una infraestructura que la hace menos disponible.

OBJETIVOS: Identificar el proceso código ictus en Sevilla.

METODOLOGÍA: Se detalla la evolución del código ictus en la provincia de Sevilla y la adaptación del mismo a los sucesivos recursos para la atención urgente al ictus en la región. Teniendo en cuenta dichos recursos, las circunstancias poblacionales y geográficas de nuestra región, se plantea la reorganización del código ictus buscando la optimización del tiempo y la adecuación a cada paciente.

RESULTADOS: Reparto de las áreas sanitarias de Sevilla para derivar los pacientes candidatos a tratamientos de repercusión hacia el hospital donde se dispone de Unidad de Ictus y guardia de Neurología, con posibilidad de aplicar la fibrinólisis IV. Este reparto se realizó en función de la proximidad y la gravedad de los mismos, derivando todos los casos más graves directamente al hospital que dispone de guardia de Neurorradiología Intervencionista. El cribado del paciente se realizó por los servicios de urgencias según la escala NIHSS.

CONCLUSIÓN: El código ictus permite ofrecer tratamientos re-canalizadores con buenos resultados, buscando la equidad y optimizando el manejo del binomio gravedad-tiempo para ofrecer a cada paciente el tratamiento óptimo en el menor plazo de tiempo posible y en condiciones de seguridad.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, FIBRINÓLISIS, TROMBECTOMÍA.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO O ICTUS: CAUSAS Y SÍNTOMAS

JESICA COLLADO UBEDA, TANIA MARIA GÓMEZ AGUILERA, GUADALUPE DELGADO RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: El ACVA o Ictus, consiste en un déficit neurológico repentino de origen vascular, es decir, por la interrupción del aporte de riesgo sanguíneo a una zona del cerebro. En otras ocasiones, es una hemorragia que produce igualmente daño cerebral. Según OMS lo define como: "signos clínicos de desarrollo rápido de una perturbación focal de la función cerebral de origen presumiblemente vascular y de más de 24h de duración".

OBJETIVOS: Conocer las causas del ACVA. Determinar pautas para evitar un empeoramiento de su estado tras el ictus.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: El Ictus, aparece con un cuadro repentino y sin dolor. Los primeros síntomas son trastornos motores, trastornos sensitivos y visuales, trastornos de la percepción y trastornos de la comunicación. Acudir a un centro sanitario cuando notemos los primeros síntomas y evitar un empeoramiento de las secuelas. La unidad de Ictus tiene que tener un plan de rehabilitación precoz antes de las 72h. Los ictus pueden dividirse en función de la naturaleza de la lesión en isquemia cerebral y hemorragia cerebral. Las causas aproximadamente el 20% de las personas que lo sufren presentan factores de riesgos como: Edad (mayor edad más probabilidad) Hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Antecedentes familiares. Tabaquismo. Diferentes enfermedades como: diabetes mellitus, cardiopatías y enfermedades tumorales. Haber sufrido un ictus antes. Ingesta de medicamentos, como es el caso de las pastillas anticonceptivas.

CONCLUSIÓN: El paciente que haya sufrido un ictus, debe de comenzar su recuperación lo más pronto posible a través de los diferentes profesionales como: el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional y el logopeda, para adaptarse de nuevo a su vida e intentar recuperar lo máximo posible.

PALABRAS CLAVE: CAUSAS, CLÍNICA, SÍNTOMAS, DEFINICIÓN.

ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN LA SINTOMATOLOGÍA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

MARÍA DEL PILAR VALDIVIA FERNÁNDEZ, JOSEFINA RODRIGUEZ GOMEZ, INÉS GÓMEZ MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: El alzheimer es una enfermedad neurológica irreversible y degenerativa cuyos síntomas están relacionados con la memoria, impidiendo a los enfermos la realización de las actividades de la vida diaria, llegando a ser dependientes, sin autonomía, siendo así importante el cuidado que el personal de enfermería puede ofrecer a estos enfermos. Hoy en día la forma más frecuente de demencias es el alzheimer, que se presenta con un 50% de los casos de las mismas.

OBJETIVOS: Determinar el papel del profesional de enfermería en el manejo de los síntomas de enfermos con alzhéimer para ofrecer una mejor calidad de vida.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales fuentes de datos como Scielo, Cuiden, PubMed y UpToDate, utilizando los descriptores: alzheimer; enfermedad neurológica; enfermería y síntomas, en los últimos diez años, buscando artículos en español e inglés. Se seleccionaron 8 artículos destacados por su metodología aceptable y relevancia con el objetivo propuesto.

RESULTADOS: Tras el análisis de los resultados obtenidos tras la búsqueda de bibliografía obtenemos que un buen conocimiento sobre el manejo que el personal de enfermería debe tener acerca de los síntomas en la enfermedad de alzheimer ayuda a minimizar dichos síntomas.

CONCLUSIÓN: El personal de enfermería tiene un papel importante en el cuidado de personas con alzhéimer, por lo que se requiere una formación continua para ayudar a mejorar la calidad de vida del enfermo con alzhéimer.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD NEUROLÓGICA, ENFERMERÍA, SÍNTOMAS, ALZHEIMER.

PACIENTE MUJER CON SÍNCOPE CON HIPERTENSIÓN

ANA MARIA MOYANO RUIZ, INMACULADA ROMERO MORIEL, ARANZAZU ROJAS IBAÑEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 89 años ingresada para estudio por diversos síncope. En tratamiento anticoagulante por FA con INR supratrapéuticos. Antecedentes de dislipemia, diabetes mellitus tipo II y HTA. No alergias medicamentosas conocidas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Ventilados, abdomen blando. Se canaliza vía venosa periférica y se extrae analítica de sangre. Se realiza electrocardiograma, TAC craneal y Eco-doppler de troncos supraaórticos. Se coloca Holter cardíaco durante 24 horas.

JUICIO CLÍNICO: Síncope de perfil ortostático. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síncope cardiogénico.

PLAN DE CUIDADOS: Registro de constantes vitales y vigilancia neurológica. Ayuda en las actividades de la vida diaria que requiera. Administrar medicación prescrita. Evaluar el riesgo de caídas y tomar medidas preventivas.

CONCLUSIONES: Tras la realización de todas las pruebas necesarias se llega a la conclusión de un síncope causado por hipotensión ortostática, sin enfermedad cardíaca orgánica, por lo que se modifica el tratamiento hipotensor. Esto es un padecimiento común en la población en general, por lo que es de gran importancia estar preparados y tener la capacidad de actuar en el momento preciso.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE, SÍNCOPE, CLÍNICO, TRATAMIENTO.

PACIENTE QUE ES DERIVADO DE REVISIÓN MÉDICA POR POSIBLE CASO DE SARCOIDOSIS

ANA BELEN CABRERA MORENO, MAGDALENA SANCHEZ BERRUEZO, LEONOR CERRO REDONDO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente remitido tras reconocimiento de la empresa por encontrar en la radiografía unos hilos pulmonares engrosados. Refiere el paciente que hace 3 años le realizaron un TAC de tórax en la que parecía observarse un aumento de las arterias pulmonares, niega tos, expectoración normal, no tiene fiebre ni diarrea. Realiza ejercicio físico a diario.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TAC de tórax con numerosos adenopatías mediastínicas aumentadas de tamaño a 18 mm. Electrocardiograma y analítica de sangre (hemograma y proteinograma).

JUICIO CLÍNICO: Principalmente Hilos prominentes de aspecto vascular, debiendo ser controlada, para ello se le realizará un TAC al año y debe de ser controlado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tuberculosis, histoplasmosis, sífilis, neumonitis, linfoma.

CONCLUSIONES: La sarcoidosis es una enfermedad que debe ser controlada pero que en muchas ocasiones desaparece por si sola, sin necesidad de tratamiento. El paciente debe de ser controlado. **PLAN**

DE CUIDADOS: El paciente debe de llevar una vida normal tomar un tratamiento con corticoides, que reduce el sistema inmunitario. Deberás llevar una vida normal, la alimentación debe ser variada, hiposódica y baja en grasa, realizar 4 a 5 comidas diarias, adaptar las dietas a las necesidades de cada uno, mantener un peso adecuado, mantener una adecuada hidratación, limitar el consumo de alcohol y se podrá realizar ejercicio físico pudiendo aumentar la frecuencia, duración e intensidad poco a poco.

PALABRAS CLAVE: CONTROL, ENFERMEDAD, VIGILANCIA, INFECCIÓN.

PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

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

INTRODUCCIÓN: La esclerosis múltiple es una patología que se lleva a cabo en el sistema nervioso central que ocurre debido a que se produce un daño en los axones de las neuronas, más concretamente en la mielina. Es una enfermedad progresiva y autoinmune de la cual no se conoce la causa por la que se origina.

OBJETIVOS: Determinar qué procedimientos son necesarios para el diagnóstico de la esclerosis múltiple. Analizar el cuadro clínico que puede producir esta enfermedad.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica. Consultando Cuiden, Dialnet, Elsevier y Pubmed como fuentes de información. Los artículos utilizados han sido publicados entre el 2014 hasta el 2017, escritos en español e inglés. Los términos usados para la búsqueda han sido: esclerosis múltiple, síntomas esclerosis múltiple, múltiple esclerosis, symptom múltiple esclerosis, MS.

RESULTADOS: La esclerosis múltiple puede provocar numerosos síntomas, como son, debilidad, espasticidad de la vejiga, problemas intestinales, visión doble, problemas en el equilibrio, mareo, depresión, dolor, fatiga, dificultades en el habla y al tragar. Así para el diagnóstico de esta enfermedad es necesario conocer la historia neurológica del paciente, realizar una examinación neurológica, una imagen por resonancia magnética (algunas veces se hace con contraste como es el gadolinio), los potenciales evocados visuales, una punción lumbar y un análisis de sangre. Estas son las pruebas que pueden realizarse aunque no es necesario llevarlas todas a cabo para conocer el diagnóstico de la enfermedad.

CONCLUSIÓN: Como puede observarse los síntomas que pueden padecer los pacientes con esclerosis múltiple son muy similares a las manifestaciones que se producen en otras enfermedades neurológicas por lo que un correcto diagnóstico es necesario para elegir el tratamiento adecuado para los pacientes que padecen esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS MÚLTIPLE, CUADRO CLÍNICO, SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO.

PÉRDIDA REPENTINA DE AGUDEZA VISUAL ACOMPAÑADA DE DISESTESIAS EN EXTREMIDADES INFERIORES EN PACIENTE JOVEN

BERTA OLLÉ BATET, RAQUEL BORDALLO GALASO, MÓNICA DE DIEGO LATORRE, ELENA PINTADO OUTUMURO, RUTH PLANAS CASALS, SHEILA MENENDEZ RAMOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 32 años acude al servicio de Urgencias explicando pérdida de agudeza visual y dolor en la movilidad del ojo desde hace 5 días acompañado por disestesias en ambas piernas, por debajo de las rodillas. Fumadora habitual, consumo de OH esporádico. AP: asma bronquial, cefalea tensional, síndrome depresivo reactivo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Agudeza visual sin corrección: OD 0.1, OI 1.0. Pupilas isocóricas. Apalestesias por debajo de la rodilla, falta de sensación de vibración. Marcha estable. Analítica completa con serologías y estudio inmunológico. RNM craneal / medular cervical y dorsal con lesiones hiperintensas (T2 –D9). Punción Lumbar con presencia de bandas oligoclonales.

JUICIO CLÍNICO: Se orienta como neuritis óptica y mielitis transversa de segmento dorsal. Clínica sospechosa de primer brote de esclerosis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Valorada por el servicio de Neurología, tras el resultado de RNM teniendo en cuenta el número de lesiones y la localización de estas se diagnostica de Esclerosis Múltiple remitente-recurrente aunque solo haya manifestado un brote hasta fecha de hoy.

PLAN DE CUIDADOS: Tratamiento sintomático para paliar el brote con corticoterapia ev. 1Gr durante 3-5 días y valorar la clínica en 2 semanas. Tratamiento modificador de la enfermedad, se decide iniciar con Interferones / Acetato de Glatiramer. La enfermeras serán las indicadas para enseñar la correcta inyección del fármaco y explicar los posibles efectos secundarios y los signos de alarma.

CONCLUSIONES: Se pactan visitas de controles programadas y RNM anual para avaluar posible aparición de nuevas lesiones inflamatorias sin clínica. Se le explica a la paciente que ante la aparición de clínica de brote: pérdida de sensibilidad, alteración de la marcha, pérdida de visión, acuda urgentemente a Neurología.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS MÚLTIPLE, BROTE, CORTICOTERAPIA, ESCLEROSIS, NEUROLOGÍA.

CÓDIGO ICTUS EN PACIENTE JOVEN EN URGENCIAS

MARÍA JOSEFA ORTIZ TORRES, ALMUDENA JIMENEZ PEDREGOSA, MARIA VICTORIA NARANJO GONZALEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 39 años de edad, sin antecedentes médicos-quirúrgicos de interés. Fumadora (20 cigarros al día). Medicación actual; anticonceptivos orales. Ingresó en la unidad de urgencias acompañada de su marido que indica se ha desplomado en el suelo, pierde la consciencia durante unos segundos, horas antes se quejaba de dolor de cabeza. La paciente al despertar tiene problemas para caminar y balbucea palabras. Tiene la mirada desviada. Se ha orinado encima.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración neurológica; tiene la mirada desviada a la izquierda, inestabilidad para caminar. La paciente ha recuperado el habla. Control de glucemia: 145 mg/dl. T. A: 140/80 mm/Hg. Hemograma completo, bioquímica con electrolitos, función renal, ecías cardíacas y estudio completo de coagulación. Electrocardiograma: se descartan arritmias cardíacas, sin hallazgos significativos. TC: descarta hemorragia.

JUICIO CLÍNICO: Sospecha de ictus, ataque isquémico transitorio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ataque isquémico transitorio.

PLAN DE CUIDADOS: En 3 horas en observación la paciente evoluciona favorablemente y recupera todas sus funciones neurológicas. Alta médica a las 24 horas posteriores al ingreso. Tratamiento: Se suspende anticonceptivos orales, ácido acetilsalicílico 100 mg/día. Recomendaciones y ayuda contra el tabaquismo.

CONCLUSIONES: Los anticonceptivos orales en mujeres fumadoras aumentan el riesgo de ictus, principalmente isquémico. Parece relacionarse con las dosis de estrógenos, es superior para los anticonceptivos con altas dosis o de primera generación.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO, URGENCIA MÉDICA, ANTICONCEPTIVOS.

PACIENTE CON ENCEFALITIS VIRAL AUTOINMUNE CONTRA RECEPTOR NMDA

LEONOR CERRO REDONDO, ANA BELEN CABRERA MORENO, MAGDALENA SANCHEZ BERRUEZO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Joven de 17 años, acude al servicio de urgencias con una conducta extraña, palabras inusuales, agresividad, no obedece ordenes, con alucinaciones, se hace daño a si misma y en ocasiones se queda quieta, sin hablar, con los ojos cerrados, parece no escuchar nada y cuando pasa un tiempo te responde a cosas que has hablado con ella con anterioridad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Aparece fenómenos paroxísticos de 40 minutos consistentes a veces en interacciones verbales, alguna respuesta verbal aislada e insomnio. Se usas bolos de metilprednisolona e inmunoglobulina, siguiendo el cuadro sin mejorar se aplica genoxal y 4 ciclos de 375 mg de retusimab. Encefalograma repetitivo, lentitud de la actividad de base. Resonancia cerebral, normal. Resonancia pelvis y ecografía ginecológica, no teratoma. Analítica completa incluyendo anticuerpos, sin hallazgo que destacar. Anticuerpos NR1 del receptor NMDA, con resultado positivo.

JUICIO CLÍNICO: Encefalitis autoinmune por anticuerpos anti NMDA, en ausencia de teratoma, con respuesta clínica parcial a inmunosupresión de segunda línea. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Encefalitis virales, los proceso psiquiátricos y el síndrome neuroléptico maligno.

PLAN DE CUIDADOS: Revisión en planta de neurología en dos semanas, deberá continuar con esteroides, antiepilépticos y profilaxis de aneurisma.

CONCLUSIONES: La encefalitis anti NMDA es un síndrome autoinmune que puede ser reconocido y tratado adecuadamente. Representa un diagnostico de importancia clínica, al ser una condición relativamente reversible y tratable con un abordaje oportuno. Existe un examen de laboratorio con alta sensibilidad y especificidad, la disponibilidad del mismo es aun muy limitada. La espera de la confirmación de las pruebas no debe de demorar el inicio del tratamiento inmunosupresor ya que de esto depende la recuperación sin secuelas y disminución de las recaídas.

PALABRAS CLAVE: DESORIENTACIÓN, NERVIOSISMO, ACTITUDES, INQUIETUD, INSOMNIO.

PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON CRISIS EPILÉPTICA

CARLOS ALBERTO GARCIA RUIZ, MARIA ISABEL MARTINEZ MARTINEZ, ROSA MARÍA CARBONELL PÉREZ, MARIA SANCHEZ MARTINEZ, ESTEFANIA WALTER CHECA, ISABEL MARÍA PALLARÉS MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: La crisis convulsiva se define como una descarga neuronal anormal y masiva que de no ser tratada de forma urgente, puede acarrear daños neurológicos e incluso la muerte. Se manifiesta por signos y síntomas motores, sensitivos, sensoriales, autonómicos y psíquicos, por lo que es considerada una de las emergencias neurológicas más prevalente e importante. Enfermería posee un papel muy importante en la actuación ante una crisis epiléptica, ya que una pronta y correcta actuación puede disminuir los riesgos de lesión y efectos secundarios.

OBJETIVOS: Determinar el papel de enfermería en el abordaje de una crisis epiléptica para evitar posibles complicaciones.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada desde 2010 hasta 2017. Las bases de datos empleadas son: Cinalh, Pudmed y Lilacs. Se ciñó la búsqueda a artículos disponibles en castellano e inglés a texto completo. Los descriptores utilizados: Epilepsia, enfermería, convulsiones y protocolo de actuación. Tras la búsqueda realizada fueron seleccionados finalmente 8 artículos.

RESULTADOS: Ante una crisis convulsiva hay que actuar de manera rápida debido al aumento de la demanda de oxígeno por parte del cerebro y el gran riesgo de lesión que representa para el paciente. Las actuaciones de enfermería deben ir encaminadas a saber reconocer los distintos síntomas de una crisis epiléptica para comenzar el tratamiento con la mayor celeridad y de la manera más efectiva haciendo uso en su caso de los distintos protocolos existentes.

CONCLUSIÓN: Enfermería posee un papel fundamental en los primeros momentos de una crisis epiléptica evitando complicaciones derivadas de la misma y educando al paciente y sus cuidadores sobre como reconocer factores desencadenantes y cómo actuar ante la presencia de una crisis, aumentando con ello su nivel de autocuidado.

PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA, ENFERMERÍA, CONVULSIONES, PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.

IMPORTANCIA DE LA VITAMINA B12 EN LA DEMENCIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ISABEL NAVARRO GONZÁLEZ, ROSA MARIA MATURANA JIMÉNEZ, MARIA DEL MAR OLLER GARCÍA

INTRODUCCIÓN: La vitamina B12 o cobalamina es una vitamina compleja que el cuerpo humano no produce por sí mismo sino que la recibe de factores externos como la dieta. Es un nutriente indispensable para mantener sanas las neuronas. Su déficit está relacionado con la memoria, siendo esta un tipo de demencia reversible y poco frecuente. El 15% de las personas mayores presentan un déficit de vitamina B12.

OBJETIVOS: Conocer si existe relación entre el déficit de vitamina B12 y demencia.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Cuiden, Cochrane Plus y Dialmet. Se ha limitado la búsqueda a los artículos en español realizados en los últimos 15 años. Se seleccionaron una lista de 35 artículos. Los descriptores de salud en castellano fueron: “demencia”, “déficit”, “Vitamina B12”.

RESULTADOS: Existe una relación entre el déficit de vitamina B12 y la probabilidad de padecer demencia así como sintomatología neurológica específica. El déficit de vitamina B12 puede causar por sí solo un tipo de demencia que se caracteriza por una disfunción cognitiva global, falta de concentración y fallos de memoria.

CONCLUSIÓN: Tras la revisión bibliográfica diremos que la deficiencia de vitamina B12 puede producir desordenes neurológicas que van desde la confusión a la demencia. Seguimientos periódicos mediante analítica de sangre nos permiten determinar si es necesario tratamiento, tratamiento que consiste en reponer esta vitamina así como tomar las medidas necesarias para evitar una nueva carencia.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, VITAMINA B12, ALTERACIÓN COGNITIVA, DÉFICIT.

ADQUISICIÓN DE HÁBITOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTE CON NARCOLEPSIA

LORENA LOPEZ REGUERA, RAUL ALMAGRO ORIHUELA, MIGUEL ANGEL URBANO LOPEZ

INTRODUCCIÓN: La narcolepsia es un trastorno del sueño que causa somnolencia excesiva y ataques de sueño incontrolables y frecuentes durante el día a horas inapropiadas. Estos periodos de somnolencia extrema se dan cada 3 o 4 horas, este impulso de dormir es irrefrenable y le incapacita, obligándole por lo general a dormir un corto espacio de tiempo para poder continuar.

OBJETIVOS: Analizar los hábitos para mejorar la calidad del sueño.

METODOLOGÍA: Realizamos un trabajo de revisión sistemática con la bibliografía existente utilizando para ello las bases de datos de Scielo, Cuiden, PubMed, usando como descriptores: narcolepsia, tratamiento, información. Como operadores booleanos utilizamos paciente AND narcolepsia. Tras la búsqueda bibliográfica encontramos multitud de artículos científicos publicados, seleccionando un total de 6 artículos.

RESULTADOS: Tras los estudios observados, la sintomatología principal de dicha patología son la somnolencia diurna, la cataplejía, alucinaciones y la parálisis del sueño. Su diagnóstico genera confusión entre los facultativos por ello tardan en confirmar dicha patología prolongando así su tratamiento. El tratamiento consta de establecer horas estrictas para conciliar el sueño acompañado del tratamiento farmacológico para tratar el sueño de día y el estado de cataplejía.

CONCLUSIÓN: Aunque la etiología es desconocida, hay que seguir estudiando y avanzando en dicho proceso para mejorar el descanso de nuestros pacientes, ya que esta enfermedad genera verdaderas limitaciones entre las que destaca, riesgo de accidentes automovilísticos, problemas de aprendizaje y afectación psicológica, por ello hay que brindar a estas personas terapias de grupo para apoyar y entender su delicada situación.

PALABRAS CLAVE: SUEÑO, NARCOLEPSIA, CALIDAD DEL SUEÑO, HÁBITOS.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA EN EL MEDIO HOSPITALARIO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

LAURA TORRES FUENTES, MARTA CORTÉS CAMPOS, SONIA ALIX LERIA

INTRODUCCIÓN: Una crisis epiléptica es una alteración paroxística que se produce de forma brusca e inesperada y finaliza habitualmente de forma rápida, debida a una actividad anormal, súbita, breve y transitoria de las neuronas. Los síntomas dependen de que parte del cuerpo se vea comprometida. Pueden abarcar síntomas tan diversos como balbuceos, desvanecimientos, relajación de esfínteres, caídas, etc.

OBJETIVOS: Determinar el papel de enfermería en el abordaje de las crisis epilépticas en los pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Medline y buscadores como Google académico. Los criterios de inclusión han sido artículos/revisiones publicados entre 2006-2017. Fueron seleccionados artículos cuyo contenido estaba relacionado con la temática de estudio.

RESULTADOS: Si el paciente se encuentra fuera de la cama, tumbarlo en el suelo, evitando la caída. Además de retirar cualquier objeto que pueda perjudicar al paciente durante la crisis como gafas, collares, etc. Colocar cánula de Guedell. No abrir la boca a la fuerza, podría provocar lesiones y garantizar la permeabilidad de la vía aérea, aspirando secreciones si fuera necesario. No dejar al paciente solo, se observará tipo de convulsión, características (movimientos oculares, pérdida de consciencia y alteración hemodinámica) y duración. Se administrará oxígeno y se controlará la saturación. Se avisará al médico, si se produce parada cardiorrespiratoria se iniciará protocolo de RCP. No sujetar al paciente durante la crisis, se tratará de controlar los movimientos para evitar lesiones. La canalización de una vía venosa para la administración de medicación anticonvulsiva y fluidoterapia y extracción de analítica. Se realizará glucemia capilar. Finalizada la crisis, colocar al paciente en posición de seguridad.

CONCLUSIÓN: La formación del personal de enfermería es fundamental para el abordaje de las crisis epilépticas, ya que evitaría sus complicaciones. Para ello es imprescindible la actualización de conocimientos mediante la realización de cursos.

PALABRAS CLAVE: CONVULSIÓN, ENFERMERÍA, CUIDADOS, PROTOCOLO.

NEUMONÍA BILATERALES A LAS 48 HORAS DE ALTA HOSPITALARIA

MAGDALENA SANCHEZ BERRUEZO, ANA BELEN CABRERA MORENO, LEONOR CERRO REDONDO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 66 años de edad, no fumadora, con problemas de alcoholemia en la juventud, actualmente sin hábitos tóxicos, no alérgica a medicamentos que se le conozca, llega al servicio de urgencias por fiebre de 39,4 °C, disnea y hemoptisis a las 48 horas de alta hospitalaria tras realizarle tiroidectomía total programada. Los médicos del servicio de urgencias consideraron que se trataba de una neumonía nosocomial, y optaron por iniciar una cobertura antibiótica con Levofloxacino 500 mg y azitromicina. A las 3 horas de su llegada hay un empeoramiento del trabajo respiratorio por lo que se procede a intubación traqueal y ventilación mecánica del paciente se traslada al servicio de UCI.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada se le realiza una radiografía de tórax, sin nada que destacar, analítica completa. Tras la situación sucedida se le realiza un TAC torácico, fibrobroncoscopia, ecocardiografía transtorácica, Eco doppler extremidad superior izquierda. A los 3 días se identifica tanto en los hemocultivos como el cultivo del lavado broncoalveolar, la presencia de *S. Aureus* resistente a metilicina y sensible al resto de antibióticos.

JUICIO CLÍNICO: Neumonía bilateral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Insuficiencia respiratoria aguda, neumonía atípica, SCPCH.

CONCLUSIONES: La neumonía es una inflamación de los pulmones, causada por una infección que se caracteriza por la presencia de fiebres altas, dolor intenso en el costado, en el que es muy importante la detección precoz de dicha infección y que el paciente colabore en la medida de lo que le sea posible es importante para su recuperación y que suele ser tratada con antibióticos.

PALABRAS CLAVE: ALCOLHOLEMIA, DISNEA, HEMOPTISIS, NEUMONÍA.

PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON CRISIS CONVULSIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MACARENA MARTÍNEZ CALDERÓN, SONIA QUIROGA MAYA, MARÍA FARRÁN PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 54 años que acude a los servicios de urgencias por fiebre y crisis convulsiva de patrón tónico-clónica generalizada. Epiléptico desde los 15 años. No otros antecedentes de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración física no mostro alteraciones, a la exploración neurológica se encuentra a un paciente orientado, con disartria y nistagmo horizontal, disfagia, dismetría y marcha atáxica. Presenta cefaleas, dolor muscular, náuseas y vómitos. Y muestra gran ansiedad porque teme que le repita.

JUICIO CLÍNICO: Crisis convulsiva. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Epilepsia/estatus epiléptico.

PLAN DE CUIDADOS: (00035) Riesgo de lesión r/c disminución del nivel de conciencia durante las crisis. NOC: Control de las convulsiones (1620); Control del riesgo (1902); Ambiente seguro del hogar (1910) NIC: Precauciones contra las convulsiones (2690); Identificación de riesgos (6610). (00155) Riesgo de caídas r/c actividad convulsiva no controlada) r/c disminución del estado mental, historia de caídas. NOC: Caídas (1912); Prevención de caídas (6490) NIC: Enseñanza: proceso de enfermedad (5602); Identificación de riesgos (6610). (00146) Ansiedad r/c la naturaleza imprevisible de los ataques m/p nerviosismo y preocupación. NOC: Nivel de ansiedad (1211); Control de la ansiedad (1402) NIC: Disminución de la ansiedad (5820); Fomentar el sueño (1850).

CONCLUSIONES: La enfermera como parte del equipo multidisciplinar, debe valorar a cada paciente de manera individualizada, estableciendo un plan de cuidados personalizado a cada persona. Es muy importante ante este tipo de patologías el informar al paciente y familia sobre como identificar una crisis, para tomar las medidas pertinentes.

PALABRAS CLAVE: CRISIS CONVULSIVA, PLAN DE CUIDADOS, EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

MARÍA CATALINA GARCÍA GÁZQUEZ, ANDREA VERA PEREZ, MARÍA MARTÍNEZ LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: La hipertensión intracraneal es un problema común que puede estar causada por multitud de enfermedades de naturaleza neurológica. En la mayor parte de los casos este aumento de la presión aparece de manera brusca y repentina, siendo necesario el tratamiento quirúrgico para la estabilización de esta presión. Las intervenciones que son llevadas a cabo se realizan para reducir esta hipertensión, provocar un aumento en la presión arterial media y con esto a su vez conseguir una correcta perfusión a nivel cerebral.

OBJETIVOS: Actualizar los conocimientos en lo que se refiere a la actuación de enfermería en los pacientes que sufren de hipertensión intracraneal.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las principales bases de datos de ciencias de la salud entre las que encontramos: Medes, Science Direct o Medline entre otras. A la hora de seleccionar los artículos científicos con los que trabajar no se discriminó según idioma y tampoco según fecha de publicación.

RESULTADOS: El profesional de enfermería detectara mediante la vigilancia del paciente los casos en los que se produzca un incremento en la presión intracraneal. Estos pacientes presentaran signos y síntomas tales como: cefalea progresiva, náuseas que se asocian a la cefalea, papiledema, alteración en el estado cognitivo, alteración en los pares craneales, hipertensión arterial con o sin bradicardia, etc.

CONCLUSIÓN: La finalidad de los cuidados por parte de los profesionales de enfermería en los casos de pacientes con hipertensión intracraneal es la vigilancia permanente del estado hemodinámico y neurológico del paciente en cuestión. Gracias a esta vigilancia será posible detectar de manera precoz cambios en el paciente, estos cambios nos indicaran las variaciones que se produzcan en la perfusión cerebral y gracias a ello podremos tomar las medidas oportunas para corregir los valores necesarios.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, INTRACRANEAL, ENFERMERÍA, CUIDADOS.

MIELOPATÍAS EN EL PACIENTE MAYOR DE 65 AÑOS

LORENA VELÁZQUEZ LUPIÁÑEZ, NATALIA RODRIGUEZ MORENO, MARTA RUIZ SERRANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 70 años que presenta en los 2 últimos días cuadro de trastorno sensitivo de las 4 extremidades de predominio en EEII con debilidad más acusado en EEII, no problemas esfinterianos. Sin mejoría, leve aumento de la debilidad desde el inicio de los síntomas. Afebril. No clínica infectiva. No otra sintomatología. Antecedentes personales HTA y diabetes mellitus tipo 2.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: BEG, consciente, orientado, bien hidratado y perfundido, eupneico, tolera el decúbito. ACP: latidos cardíacos rítmicos, sin soplos, no ruidos patológicos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible, sin masas ni visceromegalias, no doloroso a la palpación, sin peritonismo. Exploración neurológica, funciones superiores normales, fuerza y tono en EESS 4/5, disminución de la fuerza en ambos MMII, proximal 3/5 y distal 4/5. Hipoestesia distal en MMII, ROT abolidos. Arreflexia miotática universal. No niveles sensitivos. No es capaz de mantener bipedestación sin apoyo en una persona y no es capaz de deambular. Pruebas complementarias: Hb 17; Hto 48; leucos 8,500; plaquetas 287,000; glucosa 152; Cr 0,75; Na 126; K 4,4; Ca 9,6; IgA, IgM, IgG normales; Tac craneal sin alteraciones significativas. Punción lumbar proteínas 3,5 gramos y leucos 1-disociación albúmino citológica.

JUICIO CLÍNICO: Tetraparesia arrefléxica aguda. Sospecha de multirradiculoneuropatía aguda. Guillain-Barré. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Mielopatías, botulismo, difteria, enfermedad de Lyme, porfiria, miastenia gravis y toxicidad por metales entre otros.

CONCLUSIONES: Trastorno neurológico autoinmune con afectación de mielina. Patología infrecuente, puede aparecer a cualquier edad, más común de los 30 a 50 años. Tiempo de evolución desde horas hasta 4 semanas. Comúnmente asociado a procesos infecciosos. Debilidad muscular ascendente simétrica junto con arreflexia osteotendinosa. Puede asociarse con dolor y disfunción autonómica.

PALABRAS CLAVE: MIELOPATÍA, ARREFLEXIA UNIVERSAL, TETRAPAREXIA SIMÉTRICA, GUILLÉN BARRÉ.

PACIENTE GERIÁTRICO CON HEMATOMA SUBDURAL DE EVOLUCIÓN CRÓNICA

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 86 años que refiere caída desde su propia altura hace mes y medio. Previamente autónomo e independiente en esta ocasión demanda una visita a domicilio porque desde hace dos días caídas frecuentes, unas 5-6, por sensación de inestabilidad, no mareo con claro giro de objetos, no náuseas ni vómitos, no acúfenos, no catarro de vías altas en días previos. No disartria ni desviación de comisura bucal ni pérdida de fuerza en extremidades. No fiebre.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientado en las tres esferas. Cabeza y cuello sin signos patológicos. Auscultación pulmonar: normal, auscultación cardíaca: rítmico a 70 latidos por minuto. Tensión arterial: 140/70, glucemia:108. Exploración neurológica: No aparente alteración de pares craneales, maniobra de Hallpike: negativa, Romberg positivo hacia la izquierda, claudica en Barré y en Mingazzini con hemicuerpo izquierdo. Con esta clínica y exploración se deriva al paciente al hospital de referencia para completar estudio de vértigo de causa central. Se realiza TAC cerebral :gran colección de morfología subdural hemisférica derecha ,compatible con hematoma subdural que condiciona borramiento de surcos y cisuras hemisféricos derechos ,colapso del III ventrículo y desviación de línea media de 12,3mm.

JUICIO CLÍNICO: Hematoma subdural de evolución crónica con resangrado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Accidente isquémico transitorio, Esclerosis múltiple, patología tronco encefálico.

CONCLUSIONES: El hematoma subdural crónico tiene una incidencia de 1-3 cada 100.000 Personas/año. En mayores de 70 años esta incidencia aumenta a 7/100.000. Se reconoce un antecedente traumático leve en un 50 al 79,6% de los casos, otros factores causantes: el etilismo crónico, la anticoagulación, tumores primarios, metástasis, alteraciones vasculares. El tratamiento habitual suele ser quirúrgico. A nuestro paciente se le realizó un trepano y evacuación del hematoma subdural el mismo día del ingreso sin complicaciones, evoluciona de forma satisfactoria y en seguimiento en neurocirugía con tratamiento con dexametasona hasta nuevo control en un mes.

PALABRAS CLAVE: INESTABILIDAD, ANCIANOS, VÉRTIGO, CAÍDAS.

CASO CLÍNICO: MIGRAÑAS CON O SIN AUREA Y LEUCOPATÍA

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer, 55 años. Antecedentes familiares: hermano, de siete, con ICTUS a los 62 años. Alergia al salicilato. Antecedentes personales: un aborto y dos embarazos. Polimialgia reumática. Diagnóstico actual de artrosis leve de manos. Toma Indometacina. Refiere dolores en la columna cervical, lumbar e interés capular. Cáncer de tiroides e hipertiroidismo en tratamiento con Levotiroxina. Síndrome de ansiedad sin tratamiento. Actualmente refiere cefaleas desde la adolescencia en ocasiones asociadas a trastorno sensitivo en hemicara derecha, no en el cuerpo, que puede durar una semana. La frecuencia de las cefaleas es de dos meses aproximadamente, el dolor es de predominio hemicraneal derecho en forma de pinchazo u opresivo. En ocasiones clínica nauseosa. Cefaleas controladas con paracetamol. Actualmente en tratamiento con Trifusal 300mg/ 24h desde hace 4 meses. Pérdida de la agudeza visual desde hace tiempo, con gafas para ver de cerca.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración neurológica normal. Exploración visual: av. 1 Con lentes de cerca, resto sin focalidad. Potenciales evocados visuales dentro de la normalidad, descartando neuropatía óptica. Ecodoppler de TSA sin alteraciones estenóticas. Resonancia magnética de hace 6 meses en la que se describe leucopatía subcortical sin datos en de esclerosis múltiple.

JUICIO CLÍNICO: Migrañas con o sin aurea. Probable leucopatía en relación con migrañas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Al ser los PEV normales, se descarta neuropatía óptica. Se descarta enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple.

CONCLUSIONES: Se solicita resonancia magnética craneal y de columna con y sin contraste. Se pide punción lumbar, analítica con ANA, Ig y Complemento. Estudio de trombofilia. Se seguirá con el tratamiento pautado.

PALABRAS CLAVE: MIGRAÑAS, AUREA, LEUCOPATÍA, ENFERMERÍA, NEUROLOGÍA, ESTUDIO DE TROMBOFILIA.

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR

ANTONIO JESUS VERGARA GRANERO, ANA ISABEL SORIANO LOPEZ, MARIA DEL CARMEN RUIZ MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: El trastorno bipolar es una enfermedad cerebral, también llamada maniaco-depresiva, quien la sufre experimenta cambios de ánimo inusuales. En ocasiones, se sienten muy felices y más activos, y en otras muy tristes y deprimidos, también puede provocar cambios en el comportamiento.

OBJETIVOS: El objetivo que pretendemos conseguir es, establecer una comunicación fluida, construyendo una relación de confianza y llevando a cabo una serie de cuidados a corto y largo plazo.

METODOLOGÍA: . Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Existen distintas modalidades de tratamientos; como el educativo, el psicoterápico y el farmacológico, este último necesario e insustituible para todos los pacientes. Inicialmente se indicará una clara relación de cuidados entre Auxiliar de enfermería a paciente, para que éste se sienta protegido, consiguiendo que se muestre más participativo en el proceso asistencial. Se disminuirá la hiperactividad, por lo que hay que reducir los estímulos siempre que sea posible. En pacientes depresivos, se evitarán las autolesiones y se estimarán los riesgos de suicidio. El TCAE deberá: asegurar la higiene personal, incrementará el nivel de autoestima y autoconfianza, cumplir correctamente las pautas terapéuticas, observando la correcta toma de medicación. En pacientes maníacos, hay que mantener el funcionamiento biológico, sueño, descanso y nutrición. En los cuidados a largo plazo se evitarán las recaídas, tanto maníacas como depresivas, favorecer la realización de actividades básicas diarias, el ejercicio físico para mejorar la salud en general y por tanto la calidad de vida.

CONCLUSIÓN: Intentaremos educar al paciente y a su familia para que comprendan la enfermedad, ya que esta dura toda la vida, indicar la no interrupción del tratamiento, sin indicación por parte del psiquiatra.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, TRASTORNO BIPOLAR, OBSESIONES, ENFERMEDAD CEREBRAL.

COMA DE ORIGEN METABÓLICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 58 años, con antecedentes de polio antigua, colitis isquémica segmentaria y síndrome de piernas inquietas. Estando previamente bien, es encontrada con bajo nivel de conciencia por sus familiares, que acuden a su habitación al escuchar un quejido procedente de allí. Avisan a los Servicios de Emergencias que cuando llegan encuentran a la paciente con Glasgow de 8 y TA de 150/ 100 siendo trasladada a nuestro centro con la sospecha de ictus de tronco.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada se encuentra obnubilada con GCS de 3 y baja respuesta a estímulos, pupilas midriáticas, arreactivas y RCPE bilateral. La paciente evoluciona progresivamente hacia la hipotensión sistémica con TA de 65/30 y situación de shock aunque con estímulo respiratorio preservado. Se procede a la IOT y VM y se inicia tratamiento con fluidoterapia y noradrenalina hasta conseguir estabilidad hemodinámica. El estudio de neuroimagen con TC craneal simple, angio-TC cerebral y TC-perfusión descarta la existencia de hemorragia intracraneal y de lesión isquémica aguda. La gasometría mostraba una acidosis metabólica con pH de 6,7, CO₃H de 3,3 mEq/l y exceso de base de 31,5. Anion GAP de 32. El TAC de control mostró imágenes de edema cerebral difuso e hipodensidad en ambos putámenes compatibles con intoxicación por metanol.

JUICIO CLÍNICO: Coma de origen metabólico en el contexto de intoxicación por metanol.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: El diagnóstico diferencial se realizó con el ictus isquémico y la disección de aorta, que se descartaron con las correspondientes pruebas de neuroimagen. El aumento del anion GAP fue clave para establecer el diagnóstico diferencial con otras causas de acidosis metabólica.

CONCLUSIONES: Ante un paciente en coma y con acidosis metabólica, la presencia de un anión GAP elevado debe hacer sospechar de la existencia de una intoxicación por metanol. Este diagnóstico se puede confirmar con la presencia de los hallazgos típicos en las pruebas de neuroimagen.

PALABRAS CLAVE: COMA, METANOL, METABÓLICO, INTOXICACIÓN.

MODELOS EXPERIMENTALES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

JORGE GALIANO CASAS, MIRIAN GARCIA SARABIA, MARIA MORALES ARCE, LORENA HERNANDEZ ZAFRA, RICIO JOSE CORTEZ SALAZAR, NATALIA GARRIDO MORELL, NURIA MARTINEZ NOGUERA, ANA ADELAIDA GONZÁLEZ TERUEL, MIRIAM LÓPEZ MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad de Alzheimer está definida por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad neurodegenerativa de etiología desconocida, caracterizada por un deterioro acusado de memoria y funciones cognitivas. Esta enfermedad supone entre el 50 y el 75 % de los casos de demencia.

OBJETIVOS: Analizar los modelos experimentales en la enfermedad de Alzheimer.

METODOLOGÍA: Búsqueda en las principales bases de datos sobre artículos originales y de revisión relacionados con modelos animales de demencia tipo Alzheimer.

RESULTADOS: Modelos murinos: Podemos encontrar modelos basados en; la proteína precursora del amiloide (APP), basados en la presenilina , modelos basados en tau (proteína fosforilada que pertenece a la familia de las proteínas asociadas a los microtúbulos) además de modelos basados en apoliproteína E. Modelos de especies de primates no humanos: Lémures, posee un tamaño pequeño lo cual es una ventaja a la hora de la manipulación. La neurodegeneración se caracteriza por atrofia cerebral masiva en corteza, hipocampo, ganglios basales, troncoencéfalo y cerebelo, asociada con un aumento considerable del tamaño de los ventrículos, abundantes placas amiloideas, acumulaciones de proteína tau y pérdida de neuronas colinérgicas. Cercopitecos, de especial mención los géneros Macaca y Chlorocebus. Dentro del género Macaca están los primates no humanos más empleados en la investigación científica y que acaparan el mayor número de publicaciones sobre el tema de la senilidad normal y patológica en el cerebro. Modelos experimentales menos habituales: Cultivos celulares, embrión del pollo, drosophila melanogaster y caenorhabditis elegans.

CONCLUSIÓN: Los modelos animales suponen una herramienta útil para el conocimiento de las enfermedades, así como el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas. No existe un modelo “ ideal o único “ para abordar la problemática de esta patología, sino que se deberá elegir el modelo más afín a las variables de estudio.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA, ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, EXPERIMENTACIÓN ANIMAL, MODELOS ANIMALES.

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA COMPLICADA DE CAUSA INFECCIOSA: VÍRICA VERSUS TREPONÉMICA

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 71 años, factores riesgo cardiovascular, presenta sensación de debilidad pierna derecha y debilidad facial con dificultad para cierre palpebral derecho subaguda. Ingresó inicialmente como posible ictus, descartándose en neuroimagen. Tras serología luética positiva realizamos punción lumbar(PL) con pleocitosis mononuclear y proteinorraquia iniciándose tratamiento con penicilina intravenosa ante sospecha de neurosífilis. Además IgM virus Varicela-Zoster(VVZ) positivo en suero, confirmandose en LCR, por lo que tratamos con aciclovir+corticoterapia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: parálisis facial periférica derecha completa, signo Bell positivo, hipoacusia mixta, sin vesículas ni signos infecciosos locales. RM cerebral contraste: sin lesiones isquémicas agudas ni realces patológicos. Serología: Treponema pallidum IgG+IgM positivo, RPR negativo, TPHA positivo 1/80. IgM+IgG VVZ positivas. PL: LCR cristalino, glucosa-82, proteínas-52.8, Leucocitos-116(97%mononucleares). Gram y cultivo negativos. PCR VVZ positivo, VDRL negativo. EMG: lesión axonal periférica, neuroapraxia+axonotmesis moderada-severa

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Ramsay-Hunt(SRH) derecho incompleto (sin vesículas) por VVZ. Probable sífilis latente sin poder descartar neurosífilis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ictus isquémico agudo vertebrobasilar. Parálisis facial periférica idiopática.

CONCLUSIONES: -El SRH es una rara complicación tras reactivación del VVZ en ganglio geniculado, con triada: hipoacusia neurosensorial unilateral, parálisis facial periférica y vesículas óticas. Existe bajo porcentaje de casos sin vesículas(herpes sine herpete), confundiendo con parálisis idiopática, pero en SRH es completa, instauración rápida y grave, asocia dolor facial lacinante y otalgia. El diagnóstico es clínico, apoyándose en detección PCR VVZ en suero/LCR. El tratamiento con administración conjunta de aciclovir y prednisona iniciado en las primeras 72 horas para una recuperación completa del 75% frente a <20% sin tratamiento. La neurosífilis puede producir afectación del nervio facial y vestibulococlear, siendo causa tratable de hipoacusia, cuyo diagnóstico es clínico apoyándose en serología sanguínea y alteraciones citobioquímicas LCR, sólo 50% presenta VDRL positivo LCR. Este caso presenta dos posibles formas atípicas de SRH y neurolues que requieren alto índice de sospecha para su diagnóstico y tratamiento precoz que minimice las secuelas.

PALABRAS CLAVE: PARÁLISIS FACIAL, HIPOACUSIA, SÍFILIS, VARICELA ZOSTER, CAZA RAMSAY.

ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA

ROCIO BAYO LEYVA, JESÚS MORILLAS RUIZ, BEATRIZ MADRID SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: La epilepsia es una enfermedad del sistema nervioso, debida a la aparición de un desequilibrio en la actividad eléctrica anormal de las neuronas en la corteza cerebral, que provoca ataques repentinos caracterizados por convulsiones violentas y pérdida del conocimiento de las neuronas de alguna zona del cerebro.

OBJETIVOS: Orientar a los profesionales de enfermería en el manejo óptimo de la epilepsia durante las fases de diagnóstico y tratamiento. - Identificar los síntomas y signos, investigar los trastornos de la función y estructura anatómica, investigar las partes del sistema nervioso afectada, deducir el diagnóstico patológico, determinar el diagnóstico etiológico y elaborar el diagnóstico funcional.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica de la temática a través de la consulta en varias bases de datos científicas como Medline, Pubmed, Cuiden y Scielo. Los descriptores utilizados para la búsqueda son: epilepsia, tratamiento, convulsiones, síntomas ... analizando bibliografía desde 2006 hasta la actualidad. En total se han encontrado 21 artículos relacionados con el tema de los cuales se seleccionan los 6 artículos más relevantes.

RESULTADOS: Clasificamos las crisis epilépticas en dos tipos: Crisis parciales y crisis generalizadas. Como enfermeros, ante una crisis epiléptica debemos controlar las crisis y prevenir las recurrencias, prevenir la lesión encefálica durante las crisis convulsivas, propiciar un estado de salud óptimo, ayudar a interpretar de manera adecuada el entorno, y garantizar el bienestar físico y psicológico tanto del paciente como de su familia.

CONCLUSIÓN: Los pacientes con epilepsia han de llevar un estilo de vida saludable, asistiendo a sus revisiones, cumpliendo el tratamiento e implicándose en la reeducación sanitaria. La Enfermería desde Atención Primaria desarrolla un papel fundamental en la vigilancia y observación de los pacientes, como parte imprescindible dentro del equipo multidisciplinar. Un buen diagnóstico, tratamiento y control de la epilepsia reduce posibles complicaciones, consiguiendo una mejor calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA, CONVULSIONES, TRATAMIENTO, SINTOMAS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON CÓDIGO ICTUS

ROCIO BAYO LEYVA, JESÚS MORILLAS RUIZ, BEATRIZ MADRID SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: El Ictus es una patología cerebrovascular causada por un trombo o una hemorragia a nivel de los vasos sanguíneos del cerebro. Puede provocar lesiones neurológicas y motoras irreversibles y hasta la muerte si no se detecta y se pone tratamiento rápidamente.

OBJETIVOS: Identificar los cuidados enfermeros en la unidad de ICTUS y revisar la existencia de protocolos que muestren la labor enfermera. Identificar los signos y síntomas principales del Ictus.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica exhaustiva en los buscadores PubMed, Medline, Scielo, donde se han utilizado como descriptores: ictus, urgencias, prevención, hemorragia, etc. La búsqueda se limitó en los últimos diez años y de los 19 artículos encontrados hemos utilizado 8 artículos.

RESULTADOS: Son numerosas las secuelas que se producen cuando padeces un ictus por las lesiones producidas por la hemorragia cerebral o las trombosis. Se suelen dar más en personas de edad avanzada ya que sumamos pluripatologías, pasando de la independencia a la dependencia total en su día a día, afectándole al habla, al caminar y a coordinar movimientos de su propio cuerpo. EL ictus no solo repercute a la persona que lo padece sino también su familia.

CONCLUSIÓN: Conocer los principales síntomas del ictus es esencial ya que es considerado como una emergencia sanitaria, su detección precoz y aplicación de tratamiento, disminuye la mortalidad y secuelas que pueden afectar al paciente en su calidad de vida y actividades cotidianas.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, HEMORRAGIA, URGENCIAS, PREVENCIÓN.

CÓDIGO ICTUS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: VALORACIÓN, PREVENCIÓN Y CUIDADOS INTENSIVOS DE ENFERMERÍA

CARMEN MARIA LEON LOPEZ, ISABEL ORTIZ GALLARDO, ANA LOPEZ TESÓN

INTRODUCCIÓN: Un ictus o infarto cerebral consiste en una alteración en el flujo de sangre que llega al cerebro. Hay 2 tipos de ictus: Hemorrágico, en el que se produce un sangrado dentro del cerebro. Isquémico, en el que un coágulo ocluye las arterias, impidiendo el flujo normal de sangre. La consecuencia final es la lesión de las células del cerebro. La sintomatología puede ser muy variada aunque el denominador común es el comienzo brusco. Podemos objetivar desde pérdida de fuerza en la mitad del cuerpo, alteración del lenguaje o la visión, hasta descoordinación o incapacidad para caminar. Lo primero y esencial ante esta clínica es avisar a los servicios de emergencias para realizar el traslado a un hospital lo antes posible.

OBJETIVOS: Identificar complicaciones secundarias al ictus y al tratamiento puesto. Establecer las principales actuaciones enfermeras relacionadas con la prescripción médica.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en Pubmed, Cuiden y ScienceDirect. Plan de cuidados basados en patrones funcionales de Mayory Gordon con diagnosticos NANDA NOC-NIC.

RESULTADOS: Actuaciones de Enfermería: Monitorizar. Averiguar el peso del paciente. Valorar las posibles contraindicaciones y efectos de la fibrinólisis. Valorar cambios con la escala NIHSS cada 4 horas. Diagnósticos de Enfermería: 00102. Déficit de autocuidados: alimentación. NOC:0303 Autocuidados: comer. NIC:1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación. 00108. Déficit de autocuidados: baño/higiene. NOC:0301 Autocuidado baño. NIC:1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. 00069. Afrontamiento inefectivo. NOC:1300 Aceptación:estado de salud. NIC:5230 Aumentar el afrontamiento.

CONCLUSIÓN: Un código Ictus supone una actuación temprana, antes de las primeras 4h 30 min de instauración. La preparación de enfermería, valorando precozmente las complicaciones o avances de la isquemia, puede suponer la diferencia entre el éxito del tratamiento, minimizando los efectos del ictus o fracaso con secuelas definitivas y poco rehabilitables.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, CUIDADOS INTENSIVOS, DIAGNÓSTICOS, PREVENCIÓN.

EPILEPSIA SINTOMÁTICA REFRACTARIA EN PACIENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

ENCARNACIÓN BELÉN PARRA LÓPEZ, RAQUEL VIUDEZ PALENCIANO, CRISTINA ROBLES GONZALEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 40 años que acude a su centro de salud por sufrir dos episodios seguidos de crisis convulsivas con agresividad de menos de un minuto de evolución con revulsión ocular y sin relajación de esfínteres presenciada por su madre con posterior período postcrítico breve. Antecedentes personales: NAMC, fumadora de 2 paquetes al día, ex bebedora desde hace 5 años y diagnosticada de epilepsia hace 9 años con tratamiento diario para ello. Estando en la consulta sufre de nuevo 2 episodios epilépticos con síntomas de agresividad teniendo que ser tratada y derivada inmediatamente al hospital.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tras llegar al hospital la ponen en la zona de críticos para comenzar a pautar la medicación intravenosa. Exploración física: Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Abdomen: globuloso, blando, no doloroso a la palpación. Murphy y Blumberg negativos. No se palpan masas ni megalias. Neurológicamente: no estatus, lento bajo los efectos de la medicación. Pruebas complementarias: Analítica de sangre, ECG, electroencefalograma y tac craneal.

JUICIO CLÍNICO: Epilepsia sintomática refractaria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras los resultados de las pruebas, la paciente pasar a ser ingresado al servicio de neurología. Para seguir siendo valorado y ajustando su tratamiento.

CONCLUSIONES: Tras el ingreso de siete días, la paciente finalmente fue dado de alta ya que durante su ingreso no presentó ninguna crisis convulsiva más, dándole cita pasado un mes para revisión.

PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA, TRATAMIENTO, AGRESIVIDAD, CONVULSIÓN.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON ALZHEIMER

ELENA CARMONA CAMARA, ROCIO GOMEZ CORTES, TATIANA MARTÍN IBAÑEZ

INTRODUCCIÓN: El Alzheimer es la forma más común de la demencia, es una enfermedad cerebral que causa problemas con la memoria, el carácter, la forma de pensar y el comportamiento. Esta enfermedad empieza lentamente y empeora con el tiempo ya que es neurodegenerativa y progresiva, por lo que necesitarán una constante ayuda en sus actividades. A menudo son ingresados en residencias o viven en sus hogares junto a alguien que los cuida.

OBJETIVOS: Determinar la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los pacientes con Alzheimer.

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

RESULTADOS: El Alzheimer representa del 60-70% de los casos de demencia. Aunque no es exclusiva de los ancianos la mayoría de las veces comienza a los 60 años, tanto la edad como la genética son factores de riesgo. La esperanza de vida de una persona mayor con Alzheimer es de entre 8 y 10 años, aunque la evolución varía de un paciente a otro. Debemos asegurarnos que una persona con Alzheimer se sienta mental y físicamente segura. Debemos brindarles un medio estructurado que minimice la confusión estableciendo rutinas en horarios y en actividades. La comunicación debe de ser clara, se le explicará lo que vamos a hacer con frases cortas y sencillas. La asistencia en sus actividades básicas de la vida diaria como higiene, alimentación e hidratación se hará con el máximo respeto y potenciando al máximo su autonomía y funcionalidad.

CONCLUSIÓN: Se llevará un plan de cuidado individualizado con apoyo y comprensión para el enfermo y la familia, proporcionar seguridad en todas las actividades que realizamos y promocionar una mente activa con ejercicios tanto físicos como mentales. Aunque es un tipo de demencia incurable y difícil de enfrentar hoy en día existen avances en medicina que arrojan luz sobre esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, MEMORIA, DESORIENTACIÓN, COMPORTAMIENTO.

EL SÍNDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS:TRASTORNO NEUROLÓGICO

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

INTRODUCCIÓN: En la actualidad, el síndrome de las piernas inquietas es uno de los trastornos neurológicos más común. Sus principales síntomas son, hormigueo y picazón muy molesto en las piernas y por tanto el único alivio que encuentra quien lo padece es el mover las piernas compulsivamente.

OBJETIVOS: El objetivo es identificar con los principales síntomas este molesto síndrome que afecta al vida diaria de quien lo padece como es el hormigueo y el picazón.

METODOLOGÍA: El método empleado para este trabajo a sido a contrastar y recopilar información en artículos publicados en revistas científicas y datos bibliográficos .

RESULTADOS: El síndrome de piernas inquietas es un trastorno neurológico que cursa con una necesidad compulsiva por mover las piernas. Por eso generalmente interfiere en el sueño y también se considera un trastorno del sueño.

CONCLUSIÓN: Quien lo sufre, sabe bien que esta enfermedad, esta condición, tiene poco de inocente. Hay pacientes para los que el síndrome de las piernas inquietas , implica no poder dormir bien por las noches, no poder estar sentado cuando mas tranquilo estas y también sentirse cada vez más irritado y estar cansado física y mentalmente. No es por tanto cualquier tontería. Lamentablemente estamos ante un problema que afecta a más de un 10% de la población y es una enfermedad crónica que no tiene cura, pero sí varios de tratamientos.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO, PICAZON, PIERNAS, MOLESTO, INQUIETAS, COMPULSIVA.

ANÁLISIS SOBRE LAS RECOMENDACIONES POSTERIORES A UNA LESIÓN CEREBRAL

LETICIA FERIA PAEZ, ISABEL LIMON VALLEJO, SARAY ARENAS GUILLEN

INTRODUCCIÓN: La lesión o daño cerebral es la destrucción o degeneración de células cerebrales. Estas lesiones pueden darse a causa de diversos factores internos y externos. El tipo de lesión más común es el traumatismo craneoencefálico (TCE). Las personas con una lesión cerebral seria mejoran a su propio ritmo. Algunas destrezas como el movimiento o el habla pueden variar entre mejorar y empeorar. Pero normalmente hay una mejora.

OBJETIVOS: Determinar las recomendaciones que deben seguir los pacientes tras el daño cerebral.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica durante tres meses. Consultando diferentes bases de datos, como han sido, Scielo, Medline, Dialnet y Pubmed. Seleccionando 17 artículos publicados entre el 2010-2017, escritos en español e inglés.

RESULTADOS: A continuación, se exponen algunos de los consejos que personas que han sufrido una lesión cerebral deben de tratar de evitar situaciones estresantes, ya que pueden empeorar cualquier síntoma. No regrese a su escuela, universidad o actividad laboral hasta que sienta que se ha recuperado por completo. No debe conducir ni manejar maquinaria pesada durante al menos 24 horas después del accidente. No trabaje en un ordenador hasta que no se haya recuperado completamente, ya que dedicar tiempo a concentrarse en imágenes o texto en una pantalla puede empeorar sus síntomas. Su capacidad para tolerar el alcohol se reduce después de una lesión cerebral, por lo que no debe beber alcohol hasta que esté completamente recuperado. No practique ningún deporte de contacto durante al menos 3 semanas y consulte primero con su médico.

CONCLUSIÓN: Las personas que sufren un traumatismo craneoencefálico grave necesitan rehabilitación tanto cognitiva como funcional para que sus cerebros se recuperen y, así, poder llevar a cabo una vida normal.

PALABRAS CLAVE: TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, REHABILITACIÓN, DAÑO CEREBRAL, LESIÓN CEREBRAL.

EDUCACIÓN EN EL AUTOCUIDADO DEL PIE DIABÉTICO

MARIA LUISA POZO JIMENEZ, MARGARITA DOMINGUEZ SANTOS, MARIA JOSÉ TORRES GARCÍA

INTRODUCCIÓN: La Diabetes Mellitus (DM) tipo II es una de las enfermedades más prevalentes en la actualidad. Constituye una enfermedad crónica y multifactorial, que afecta a todo el organismo. En la DM tipo II se producen multitud de complicaciones, entre ellas la neuropatía periférica que afecta a un 15% de los casos. Es importante educar al paciente en hábitos saludables, entre ellos el autocuidado de los pies.

OBJETIVOS: Describir cómo influye la educación sobre el autocuidado de los pies en el paciente diabético.

METODOLOGÍA: La metodología llevada a cabo ha sido una revisión bibliográfica. Las bases de datos empleadas fueron: “google académico”, “SCIELO” y “dialnet plus” La ecuación de búsqueda bibliográfica empleada ha sido: “diabetes AND pie AND cuidados”, utilizando los términos recogidos en el DeCS, utilizando como palabras clave: diabetes, pie diabético, cuidados, educación, enfermería.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos muestran que con una educación adecuada sobre el cuidado de los pies en pacientes diabéticos, estos mejoran su autocuidado adoptando nuevas conductas. Además al profesional de enfermería le es más fácil guiar a los pacientes que tienen unos conocimientos de autocuidado, para incentivar esta práctica, que los pacientes que no tienen esta educación. En otro estudio se ha demostrado que el tener mejor salud física genera mayor nivel de autocuidado.

CONCLUSIÓN: El hecho de que un paciente diabético este formado en los autocuidados que debe realizarse para prevenir un pie diabético es muy importante. Ya que de esta manera se puede evitar complicaciones o amputaciones del pie. Una buena formación al paciente sobre autoexploraciones, realización de ejercicio físico, dieta correcta y autocuidados es esencial para mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir daños en el futuro. Por tanto podemos decir que una buena educación es fundamental para mejorar los autocuidados.

PALABRAS CLAVE: DIABETES, CUIDADOS, PIE DIABÉTICO, EDUCACIÓN, ENFERMERÍA.

ROMBOENCEFALOSINAPSIS EN PACIENTE ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 43 años sin antecedentes de interés salvo episodios presincoales estudiados en Cardiología con electrocardiograma, ecocardiografía y test de Flecaínida negativos. Consulta en Urgencias por cefalea e hipoestesia en hemicuerpo izquierdo en el contexto de cifras tensionales elevadas (170/120), resolviéndose la clínica tras la administración de tratamiento hipotensor. El TC craneal fue informado como normal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración neurológica fue normal a excepción de una imposibilidad para realizar la marcha en tandem. La resonancia mostraba ausencia de rotación del hipocampo izquierdo y colpocefalia junto con agenesia parcial del vermis cerebeloso con fusión parcial posterior de los hemisferios cerebelosos compatible con romboencefalosinapsis.

JUICIO CLÍNICO: Romboencefalosinapsis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La romboencefalosinapsis es una malformación congénita poco frecuente de la fosa posterior, caracterizada por agenesia del vermis y fusión de los hemisferios cerebelosos en la línea media. Debe distinguirse de otras alteraciones del desarrollo del vermis como la malformación de Dandy-Walker y el síndrome Joubert. En el caso de la malformación de Dandy Walker, el lugar del vermis se rellena de líquido cefalorraquídeo y existe una dilatación quística del cuarto ventrículo. En el caso del síndrome de Joubert, el signo característico en la resonancia magnética es el signo del molar caracterizado por una fosa interpeduncular posterior profunda, pedúnculos cerebelares superiores engrosados y elongados, además de hipoplasia o agenesia del vermis cerebeloso. Aunque es una patología extremadamente infrecuente y fundamentalmente diagnosticada en la infancia, pues sólo existen en la literatura 4 casos descritos en adultos, la romboencefalosinapsis puede ser un hallazgo casual en el contexto del estudio de un paciente por otra patología neurológica.

PLAN DE CUIDADOS: El cuadro no es progresivo. Algunas complicaciones pueden ser la epilepsia, la hidrocefalia y la insuficiencia de la glándula pituitaria.

CONCLUSIONES: Aunque se trata de una malformación muy infrecuente y de diagnóstico fundamentalmente en la infancia, es posible encontrar pacientes adultos romboencefalosinapsis y sintomatología neurológica menor.

PALABRAS CLAVE: ROMBOENCEFALOSINAPSIS, MALFORMACIÓN, VERMIS, TRASTORNOS DEL DESARROLLO.

LA DIPLEJÍA ESPÁSTICA EN FISIOTERAPIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

EVA MARIA MOLINA ALAÑON

INTRODUCCIÓN: La diplejía espástica es un tipo de parálisis cerebral infantil que se caracteriza por una lesión de la vía piramidal, con una afectación de todo el cuerpo del niño con predominio de miembros inferiores. Podemos definir parálisis cerebral infantil como un trastorno de la postura, tono y movimiento debido a una lesión cerebral antes de que su desarrollo sea completado.

OBJETIVOS: Analizar las diferentes características de este tipo de parálisis cerebral infantil para poder realizar un mejor tratamiento de fisioterapia, mejorando así la calidad de vida del niño.

METODOLOGÍA: Se trata de una revisión bibliográfica de abordaje cualitativo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las bases de datos de Scielo y Medline. Como fuentes secundarias se ha realizado una revisión del libro "desarrollo motor en los distintos tipos de parálisis cerebral".

RESULTADOS: El niño con diplejía espástica se encuentra atrapado en la postura, con espasticidad, exaltación o persistencia de reflejos primitivos y un menor movimiento voluntario con patrones estereotipados de miembros superiores e inferiores. Tiene una postura característica, los miembros inferiores del niño se encuentran en extensión, rotación interna, aducción y pies en supinación y equino, realizando una marcha en tijeras los niños que consiguen caminar. Los miembros superiores no suelen estar afectados, los casos más graves suelen tener alterada la precisión manual. El tratamiento de fisioterapia se centrará en mejorar la postura, coordinación y movilidad, así como una disminución de la espasticidad. También se pueden utilizar ortesis y tratamiento médico como la toxina botulínica, en casos graves las deformidades necesitarán intervención quirúrgica.

CONCLUSIÓN: Destacar la importancia de que el tratamiento de fisioterapia sea precoz para evitar que se produzcan deformidades graves que dificulten el tratamiento del niño, así como su mejor desarrollo motor.

PALABRAS CLAVE: PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL, DIPLEJÍA ESPÁSTICA, FISIOTERAPIA, ESPASTICIDAD.

PACIENTE EN COMA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón 84 años. HTA. Dislipemia. Hiperuricemia. Obesidad. FA no anticoagulada. Es traído a Urgencias por episodio brusco de movimientos anormales en miembro superior derecho seguido de pérdida de conocimiento y debilidad en extremidades derechas. Se realiza protocolo código ictus. A continuación presenta crisis generalizada tónico-clónica seguida de parada respiratoria que precisa intubación orotraqueal y sedación. Ingresa en UCI, se inicia tratamiento con fenitoína y presenta mejoría progresiva consiguiendo extubación al tercer día sin focalidad neurológica y no volviendo a presentar crisis.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración Neurológica: Coma superficial. Pupilas mióticas y reactivas. Reflejo corneal presente bilateral. Hemiplejía derecha flácida. Analítica sanguínea: Hemograma, bioquímica y coagulación normales. Tóxicos en orina: negativos. TC cráneo simple y Angio-TC: normales. Perfusión cerebral: tejido oligohémico en hemisferio cerebral izquierdo. RM cerebral: normal. EEG: normal.

JUICIO CLÍNICO: Crisis focal motora de larga duración, con evolución a crisis tónico-clónica bilateral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Considerar un ictus isquémico agudo en territorio carotídeo (nuestro paciente tiene una FA no anticoagulada), ya que en ocasiones pueden manifestarse con convulsiones del hemicuerpo contralateral. Además puede tratarse de un coma metabólico, que se descartó tras analítica completa normal. Y, por último, crisis o estatus epiléptico, donde serán fundamentales tanto la clínica como las técnicas diagnósticas.

CONCLUSIONES: Es imprescindible el acceso a pruebas de imagen de carácter urgente (TC craneal, perfusión cerebral y Angio-TC) en pacientes con sospecha de ictus isquémico agudo, que en nuestro caso permite descartar dicha etiología y plantearnos otros posibles diagnósticos. El estatus epiléptico es una emergencia neurológica que puede ocasionar daño neurológico importante y permanente y que precisa la instauración de tratamiento de forma inmediata. Los registros vídeo-EEG prolongados o continuos son fundamentales para detectar actividad epiléptica subclínica o sutil, y monitorizar la respuesta al tratamiento en pacientes con sedación farmacológica.

PALABRAS CLAVE: CRISIS, COMA, ICTUS, ESTATUS.

PACIENTE CON DISARTRIA: DESORIENTACIÓN Y CEFALEA

CRISTINA SÁNCHEZ ROMERO, JUAN MANUEL RENDÓN MELÉNDEZ, FATIMA RAMOS NIEVES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 77 años que es traído por sus familiares, refiriendo disartria, desorientación y cefalea occipital en las últimas 24 horas. Refieren pérdida de fuerza en MMII, no parestesias. Presenta fractura de L2 por caída accidental doméstica (contusión occipital), por la que fue dado de alta hace 10 días. Desde este ingreso, sugieren pérdida de apetito y astenia. Antecedentes: Anemia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: **INSPECCIÓN:** Paciente consciente, desorientado en tiempo-espacio, con dificultad para expresarse correctamente, con buen estado de nutrición e hidratación. Movimientos respiratorios normales, sin tiraje ni asimetrías. **AUSCULTACIÓN PULMONAR:** Murmullo vesicular conservado con buena aireación de todos los campos pulmonares en ambos hemitórax. **AUSCULTACIÓN CARDÍACA:** Tonos puros y rítmicos, sin soplos ni ruidos sobreañadidos. **ABDOMEN:** Abdomen blando y depresible, sin megalias, masas ni puntos dolorosos; tránsito audible. **EXTREMIDADES:** Sin edemas ni alteraciones. Pulsos conservados. **ANALÍTICA:** sin graves alteraciones. **TAC CRÁNEO:** Hematoma subdural de evolución aguda-subaguda situado en la parte izquierda del encéfalo desde tentorio y con extensión occipital, temporal y parietal. Tiene un grosor de 15mm y produce disminución del tamaño del ventrículo lateral izquierdo con mínimo desplazamiento de la línea media (4 mm). En fosa posterior se objetivan cambios discretos de la atenuación de tronco, podrían tener relación con cambios isquémicos. En localización supratentorial no se observan alteraciones.

JUICIO CLÍNICO: Hematoma subdural. Disminución del tamaño del ventrículo lateral izquierdo. Ligero desplazamiento de línea media. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hematoma epidural, LOE cerebral y ACVA.

CONCLUSIONES: Dado que en el hospital en el que se encuentra el paciente no hay Servicio de Neurocirugía, se contacta y se solicita la valoración del paciente. Se activa a Traslado de Pacientes Críticos y se remite al paciente para su valoración y posible tratamiento quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: HEMATOMA, DISARTRIA, VENTRÍCULO, CEFALEA, CRÁNEO.

ENFERMEDADES POR EXPANSIÓN DE TRIPLETES: AMPLIANDO EL HORIZONTE

JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS, TATIANA ESPINOSA OLTRA, INMACULADA DIAZ JIMENEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón sano que a la edad de 50 años comienza con alteraciones cognitivas de tipo frontal, asociadas a alteraciones conductuales. Presentó posteriormente torpeza motora, alteración del equilibrio y movimientos coreicos. Todas estas alteraciones mostraron un curso lentamente progresivo. El padre del paciente fue diagnosticado de Parkinson y demencia. En la exploración neurológica mostraba disfunción cognitiva predominantemente frontal, disartria, hiperreflexia generalizada, marcha en tándem alterada y movimientos coreicos generalizados. La mirada vertical era normal, no presentaba impersistencia motora, parkinsonismo ni distonía.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: RMN cerebral: atrofia corticosubcortical. Analítica incluyendo vitaminas, autoinmunidad, acantocitos, hormonas tiroideas: normal o negativo. Genética de enfermedad de Huntington, SCA 1, 2, 3, 6, 7, 12: negativo. Genética SCA 17: portador en heterocigosis de un alelo de 37 repeticiones y un alelo de 41 repeticiones del triplete CAG/CAA en el gen TBP.

JUICIO CLÍNICO: Ataxia espinocerebelosa 17. **CONCLUSIONES:** La ataxia espinocerebelosa 17 es una entidad hereditaria con patrón autosómico recesivo, caracterizada por ataxia, movimientos coreicos y deterioro cognitivo. Puede ser indistinguible de la enfermedad de Huntington, de hecho es la fenocopia más frecuente de esa enfermedad (Huntington disease like - type 1). La relevancia del caso radica en que se han descrito en la literatura muy escasos pacientes con ataxia espinocerebelosa 17 con tan solo 41 repeticiones del triplete CAG/CAA en el gen TBP. La penetrancia en estos casos es menor del 50%.

PALABRAS CLAVE: ATAXIA ESPINOCEREBELOSA, FENOCOPIA HUNTINGTON, COREA HEREDITARIO, EXPANSIÓN DE TRIPLETES.

ATENCIÓN ENFERMERA AL PACIENTE PORTADOR DE DRENAJE VENTRICULAR

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

INTRODUCCIÓN: El drenaje ventricular es un catéter con salida al exterior, que se inserta en el ventrículo. Permite la monitorización continua de la presión intracraneal (PIC), la descompresión del sistema cerebral mediante el drenaje del líquido cefalorraquídeo (LCR), así como la administración de fármacos.

OBJETIVOS: Analizar una revisión sistemática sobre los cuidados enfermeros al paciente portador de drenaje ventricular.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica de las intervenciones enfermeras necesarias para un óptimo cuidado del paciente portador de drenaje ventricular, en las siguientes bases de datos: Medline, Cuiden, Pubmed y Cochrane (tanto de habla hispana como anglosajona con acceso completo al texto), para posteriormente llevar a cabo una lectura crítica, independiente y contrastada.

RESULTADOS: Tras el estudio de la bibliografía consultada, los principales cuidados de enfermería al paciente portador de drenaje ventricular son: mantenimiento del cabezal a 25-30°C con el paciente en decúbito supino; limitar la manipulación del drenaje y extremar las condiciones de asepsia; mantenerlo pinzado cada vez que se manipule al paciente; controlar y ajustar el depósito colector a la altura del pabellón auricular; vigilar permeabilidad del sistema; registrar volumen de LCR al menos cada 12 horas; cura diaria del punto de inserción; mantener las conexiones protegidas; vaciado de bolsa colectora cada vez que sea necesario.

CONCLUSIÓN: Para ofrecer unos buenos cuidados es necesario la actualización de los conocimientos sobre el manejo de estos drenajes, para ser capaces de identificar y poder responder con eficacia ante cualquier acontecimiento que pueda suponer un riesgo para el paciente.

PALABRAS CLAVE: DRENAJE VENTRICULAR, CUIDADOS ENFERMERÍA, LÍQUIDO ENCEFALORAQUÍDEO, PRESIÓN INTRACRANEAL.

TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO EN EL ADULTO

CONCEPCION DEL ROSARIO ALVAREZ SANCHEZ, MARIA LOPEZ VILAR, DUNIA JIMENEZ DIAZ

INTRODUCCIÓN: Llamamos dolor neuropático a aquel producido por la disfunción del sistema nervioso ya sea central o periférico, que recibe estímulos normales como dolorosos ya sean: de forma continua, espontánea o intermitente, o que responde de manera anómala también a estímulos provocados con parestias, alodinas, parestesias o hiperalgias. Es una enfermedad con un manejo dificultad dada su heterogeneidad y etiología. Es propio además de enfermedades como la Diabetes, Neuralgias de todo tipo (radicales, trigeminal, herpética, postquirúrgicas, traumáticas), algunos cánceres y múltiples esclerosis. Afecta de 6-8% de la población mundial.

OBJETIVOS: Analizar y mejorar los síntomas producidos por la disfunción nerviosa, ya que provoca una situación incapacitante al paciente pese a tener plenas facultades cognitivas, mermando sus capacidades físicas y condicionando su labor en las actividades básicas de la vida diaria.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliografía en las bases de datos NICE y Medline, con descriptores: dolor neuropático, adulto, tratamiento y manejo.

RESULTADOS: Las evidencias nos demuestran la efectividad del tratamiento farmacológico, individualizado y con dosis personalizadas, estableciendo características del dolor, su periodicidad, intensidad... Con múltiples medicamentos: antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la selectivos o receptores de serotonina. Antiepilepticos como la gabapentina o pregabalina, opioides mayores y menores. Se recomienda tratamiento conservados pese a que existe también el quirúrgico. Se comienza con dos medicamentos, pero pueden utilizarse más en menores dosis, para fomentar el sinergismo de los mismos y menor toxicidad por manejar dosis mas pequeñas.

CONCLUSIÓN: Una buena adherencia al tratamiento junto con un tratamiento personalizado, adecuado a los síntomas y a sus efectos adversos, mejora la calidad de vida del paciente aunque actualmente no hay cura, los avances en el estudio del cerebro y el avance farmacológico hacen que los pacientes aquejados puedan llevar una vida medianamente saludable.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, ADULTO, TRATAMIENTO, MANEJO, NEUROPÁTICO.

HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR TRAS RETIRADA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL

MONICA ARCOS CARVAJAL, CARLOS BATALLER MONZO, MARIA BEATRIZ DE LA MATA CASTILLA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 18 años diagnosticada de Malformación de Chiari I con hidrocefalia que fue sometida a una derivación ventrículo-peritoneal (DVP) hace 8 años. Acude al hospital por presentar desde hace una semana fiebre intermitente, dolor de cabeza holocraneal severo, vómitos y deterioro neurológico progresivo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración presenta somnolienta, con apertura ocular a la llama y confusión pero obedecía órdenes. La pupila derecho está dilatada y arreactiva, la izquierda está isocórica normorreactiva. Moviliza las 4 extremidades. Se realiza TAC craneal donde se observa el sistema ventricular dilatado con lucencia periventricular y la punta de la derivación en el ventrículo lateral derecho. Ante la sospecha de un mal funcionamiento de la DVP secundario a una infección, la derivación fue exteriorizada y convertida en un drenaje ventricular externo (DVE). Se comienza con antibióticos por vía intravenosa y se envía muestra de líquido cefalorraquídeo analizar, excluyendo crecimiento bacteriano. Se coloca nueva DVP en el ventrículo izquierdo y se retira el antiguo catéter del ventrículo derecho, sin apreciar resistencia durante su extracción. A las 24h presenta cefalea intensa y vómitos, realizando un TAC craneal urgente donde se evidencia una hemorragia intraventricular masiva. Es trasladada a la UCI, donde fallece a las pocas horas.

JUICIO CLÍNICO: Hemorragia intraventricular masiva. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Encefalitis. Mal funcionamiento DVP. Ictus.

CONCLUSIONES: La hemorragia intraventricular es una grave complicación que puede ser mortal que pueden ocurrir durante la extracción de una DVP. La hemorragia puede ocurrir debido a una ruptura de adherencias densas entre el catéter ventricular y el plexo coroideo o pared ventricular. Esta complicación se puede evitar si hay resistencia durante la extracción del catéter ventricular, por lo que la adhesión dural debería ser cuidadosamente liberada del catéter. Si la resistencia persiste, el catéter debe dejarse en su lugar, hacerse un nuevo agujero y utilizar una nueva vía para el catéter ventricular.

PALABRAS CLAVE: HEMORRAGIA CEREBRAL, DERIVACION VENTRICULO-PERITONEAL, COMPLICACIONES, HIDROCEFALIA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE NEUROCRÍTICO EN UNIDADES DE URGENCIAS

LUIS MIGUEL ARROYO RUIZ, JOSE MIGUEL BAREA DOMINGUEZ, ELENA GONZALEZ MARTIN

INTRODUCCIÓN: El paciente Neurocrítico es aquel que presenta alguna enfermedad que afecta al Sistema Nervioso Central. Los TCE y Accidentes Cerebrovasculares son considerados un importante problema de salud pública por su elevada mortalidad y el prolongado tiempo de hospitalización que conlleva.

OBJETIVOS: Conocer el papel de enfermería y los cuidados fundamentales que se deben aplicar en el paciente neurocrítico.

METODOLOGÍA: Se realiza una Revisión Bibliográfica de artículos utilizando las bases de datos Pubmed y Cochrane Plus utilizando las palabras clave Neurocrítico, Ictus, Craneoencefálico, Enfermería y Cuidados.

RESULTADOS: El objetivo de enfermería es prevenir el agravamiento de la lesión cerebral inicial y aparición de lesiones secundarias. Las medidas principales van encaminadas a garantizar una correcta posición del paciente en Antitrendelemburg, monitorización de tensión arterial, neurológica y control de conciencia, saturación, glucemia, temperatura y valores analíticos. Los diagnósticos de enfermería más comunes para este tipo de pacientes y los cuales hay que tratar de controlar por parte del profesional de enfermería son déficit de auto cuidado/baño/ alimentación/uso WC, control de la ansiedad, temor y conocimientos Deficientes.

CONCLUSIÓN: La aplicación de unos cuidados de calidad en este tipo de pacientes es fundamental para disminuir las lesiones secundarias durante su ingreso que favorece una recuperación más rápida del paciente, menor tiempo de estancia en UCI y disminución de secuelas a largo plazo.^{2,3} Con la finalidad de mejorar la atención enfermera, sería conveniente educar en salud a aquellas personas con alto riesgo cardiovascular y cerebrovascular mediante medidas higiénico-dietéticas, deshabituación tabáquica y programas de rehabilitación a las drogodependencias y alcoholismo.^{4,6}

PALABRAS CLAVE: NEUROCRÍTICO, ICTUS, CRANEOENCEFÁLICO, ENFERMERÍA Y CUIDADOS.

LOS SÍNTOMAS NO MOTORES DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

LORENA CONDE RODRÍGUEZ, SILVIA GUTIÉRREZ CARBALLO, NOELIA BECERRA GOMEZ

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Parkinson es un trastorno progresivo que se encuentra asociados a síntomas motores y síntomas no motores. Los SNM son prevalentes e interfieren en la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS: Determinar los síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson.

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

RESULTADOS: Estudios recientes sobre la calidad de vida de pacientes con enfermedad de Parkinson tienen en cuenta síntomas no motores como el sueño, estado de ánimo, incontinencia urinaria, problemas cognitivos, dolor y pérdida de autonomía. La aportación del estudio es medir el impacto de estos síntomas en la calidad de vida del paciente, mediante la realización de un cuestionario de síntomas no motores.

CONCLUSIÓN: Los síntomas no motores son frecuentes y tienen un gran impacto en la calidad de vida del paciente con enfermedad de Parkinson. Es necesario reconocerlo y tratarlos en un diagnóstico rápido y temprano, ya que en muchos casos son la principal causa de hospitalización de los pacientes. Los síntomas no motores contribuyen significativamente a la morbilidad de la Enfermedad de Parkinson.

PALABRAS CLAVE: PARKINSON, SÍNTOMAS NO MOTORES, TRASTORNO, SISTEMA NERVIOSO, DIAGNÓSTICO.

INFARTO MALIGNO CAUSADO POLITRAUMATISMO POR PRECIPITACIÓN

PATRICIA HARO HERAS, ROSA MARIA MAZUECOS MARTIN, LUISA PARRAGA MERIDA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se describe un caso clínico de una paciente de 14 años que desarrolla un infarto maligno de la arteria cerebral media tras un politraumatismo por precipitación. Se trata de una paciente que es traída a urgencias tras precipitarse de una altura de hemodinámicamente estable y consciente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: EL estudio inicial muestra fractura inestable de pelvis, fractura de los arcos costales 11º y 12º izquierdos, contusión pulmonar y cardíaca. TAC craneal y cervical sin alteraciones. A las 24 horas se constata deterioro neurológico con midriasis derecha por lo que se repite TAC craneal que pone en evidencia infarto precoz extenso en territorio de la arteria cerebral media derecha por lo que se decide realizar craniectomía descompresiva urgente.

JUICIO CLÍNICO: Respecto al mecanismo etiológico del infarto, diferentes posibilidades fueron planteadas no pudiendo establecerse un diagnóstico definitivo con seguridad. El estudio vascular cerebral inicial no mostró disección carotídea ni otras anomalías que pudieran justificar el cuadro. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Aunque la presencia de múltiples fracturas obligan a pensar en un síndrome de embolia grasa, la paciente no presentó hipoxemia, petequias ni reúne los criterios menores de Gurd necesarios para el diagnóstico de esta entidad. No presentó hipotensión ni anemia severa que orientarían a un mecanismo hemodinámico. El ecocardiograma transtorácico no mostró foramen oval permeable ni otras alteraciones.

PLAN DE CUIDADOS: La evolución fue favorable, tras un mes de ingreso en UCI es capaz de comunicarse verbalmente de forma adecuada persistiendo como secuelas hemiplejía izquierda, hemianopsia homónima e inatención izquierda.

CONCLUSIONES: Aunque se trata de un caso particular, sobretudo por la edad de la paciente, es un ejemplo del beneficio que puede aportar la craniectomía descompresiva en los infartos malignos. Por otra parte, señalar que pese a los diferentes estudios no fue posible establecer un mecanismo ni etiología determinada del infarto.

PALABRAS CLAVE: JOVEN, POLITRAUMATISMO, INFARTO, MALIGNO, PRECIPITACIÓN.

ICTUS ISQUÉMICO AGUDO VERTEBROBASILAR PROBABLE LACUNAR

MONICA JIMENEZ PARADA, MARIA DE LOS ANGELES MUÑOZ CALDERON, CATALINA BARRAGAN GOMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 65 años que acude a urgencias con cuadro de 24 horas de inestabilidad en la marcha y torpeza en ambos miembros superiores. También refiere tos y expectoración, sin fiebre, ni disnea, Dolor torácico tipo pleurítico, no síntomas gastrointestinales, no disuria. Entre sus antecedentes previos cabe destacar hace 2 años sufrió un Ictus con hemiparesia derecha leve secuelar y ataxia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: NAMC. Bebedor moderado, DM tipo 2, Dislipemia y HTA. Consiente, orientado y colaborador. Buen estado general. Hemodinámicamente estable. Eupneico en reposo. En la exploración neurológica: pupilas isocóricas y normoreactivas, pares craneales normales, no nistagmus, no asimetría facial, fuerza levemente menor en hemicuerpo derecho (4/5). Solicitan analítica sanguínea: hemoglobina 16.4 G/dl, hematocrito: 49.5%. Tiempo de protrombina 106.20%. Glucosa 118mg/dl. Proteína C reactiva 7.0Mg/L. En el Tac de cráneo sin contraste que se le realiza se observan lesiones hipodensas sin efecto masas asociados en la sustancia blanca periventricular y profunda subjetivas de lesiones isquémico-degenerativas. Lesión hipodensa en tálamo izquierdo sugestiva de lesión isquémica crónica.

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico agudo vertebro-basilar, probable lacunar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho relacionado con alteración neurológica.

PLAN DE CUIDADOS: Basado principalmente en los riesgos que pueden presentarse. Basandonos en los factores de riesgo asociados al mismo, se realiza el plan de cuidados.

CONCLUSIONES: El ictus es un trastorno brusco de la circulación cerebral, que altera la función de una determinada región del cerebro. Son trastornos que tienen en común su presentación brusca, que suelen afectar a personas y que frecuentemente son la consecuencia final de la concurrencia de una serie de condiciones personales, ambientales, sociales, etc.

PALABRAS CLAVE: ACV, INFARTO, INESTABILIDAD, HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD ANTE EL RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

CAROLINA COLORADO SANCHEZ, JESÚS JIMÉNEZ DOMÍNGUEZ, CRISTINA COLORADO SANCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 83 años que ingresa en Observación procedente de la Unidad de Urgencias por ICTUS. Tras varios días desde el ingreso la principal secuela es deterioro de la movilidad física que solo le permitirá traslados de la cama al sillón con necesidad de ayuda. Se informa a la familia y se le indica la necesidad de supervisión del paciente durante las 24 horas del día desde la llegada al domicilio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física aportó los siguientes datos: - Signos vitales: TA 110/75 mmHg FC 88 lpm T° 35,7°C - Sistema tegumentario: Piel y mucosas limpias, íntegras e hidratadas.

JUICIO CLÍNICO: Tras la confirmación de las secuelas del accidente cerebrovascular podemos fijar nuestro principal objetivo: aumentar los conocimientos de los familiares sobre la prevención de úlceras por presión. Su importancia reside en el riesgo de deterioro de la integridad cutánea que implica la reducción de movilidad física. Al tratarse de un paciente dependiente, debemos educar a la familia si va a tratarse del cuidador principal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

PLAN DE CUIDADOS: NANDA [00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea m/p deterioro de la movilidad física NOC [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas Indicadores [110101] Temperatura de la piel [110104] Hidratación [110105] Pigmentación anormal NIC [3500] Manejo de presiones Actividades - Facilitar pequeños cambios de la carga corporal - Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel.

CONCLUSIONES: Después de un mes, los familiares están más habituados con el cuidado de la piel. Realizan una revisión de la misma cada 24 horas (tras el baño), así como cambios posturales cada tres horas tanto en la cama como en el sofá. El paciente aún requiere revisiones médicas mensuales pero pronto podrá ser derivado al alta.

PALABRAS CLAVE: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, ENVEJECIMIENTO, PLAN DE CUIDADOS, TAXONOMÍA NANDA.

LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE COMO UNA ENFERMEDAD PROGRESIVA

ANA MARIA MANRIQUE ROMERO, GEMMA CAMACHO MOLINA, ELENA LAZARO DIEST

INTRODUCCIÓN: La esclerosis múltiple es una enfermedad progresiva caracterizada por desmielinización diseminada de las fibras nerviosas del cerebro y la médula espinal. Comienza lentamente, en general durante los primeros años de vida adulta, y la evolución cursa con periodos de exacerbación y remisión.

OBJETIVOS: Determinar los signos y los síntomas de la enfermedad de la esclerosis múltiple.

METODOLOGÍA: Tras una larga revisión bibliográfica, se revisaron 36 artículos, entre los años 2002 y 2018, de los cuales trabajamos con 4 artículos cuyo idioma es el español por su especial relevancia e importancia, además de ser los artículos en los que sus escritores reflejan perfectamente nuestra causa de estudio. Se utilizaron para ello las bases de datos enfermeras Cuiden, Dialnet, Cochrane y Scielo. El idioma elegido ha sido el español. Los descriptores utilizados en la búsqueda han sido esclerosis, múltiple, enfermedad y demielinización.

RESULTADOS: Los primeros signos consisten en parestesias o sensaciones anormales en las extremidades o en un lado de la cara. También son signos precoces las parestesias, el vértigo y los trastornos visuales como los nistagmos, diplopía (visión doble) y ceguera parcial. Más adelante pueden presentarse labilidad emocional extrema, ataxia, reflejos anormales y dificultad para la micción. Puesto que otras muchas enfermedades del sistema nervioso pueden producir síntomas similares, es difícil establecer el diagnóstico de esclerosis múltiple. Son características la exacerbación y remisión alternativas de los síntomas y la presencia de cantidades anormales de proteínas en el líquido cefalorraquídeo. Conforme la enfermedad progresa, se hacen as cortos los intervalos entre las exacerbaciones y aumenta la incapacidad.

CONCLUSIÓN: No existe tratamiento específico; los corticoesteroides y otros fármacos se usan para controlar los síntomas que acompañan a los episodios agudos. La fisioterapia puede ser útil para retrasar o evitar las incapacidades específicas. Se aconsejara al paciente que lleve una vida lo más normal y activa posible.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS, PROGRESIVA, MÚLTIPLE, DESMIELINIZACIÓN.

POSIBLES COMPLICACIONES EN EL INICIO DE LA INGESTA ORAL EN PACIENTES NEUROLÓGICOS

SILVIA GARCÍA MACIAS, PATRICIA GARCIA LANZUELA, AINHOA LARA TRAUS

INTRODUCCIÓN: Las posibles complicaciones en el inicio de la ingesta oral en pacientes neurológicos es la disfagia (dificultad al tragar). Es frecuente en pacientes neurológicos.

OBJETIVOS: Identificar el rol del auxiliar de enfermería ante las complicaciones en el inicio de la ingesta oral en pacientes neurológicos.

METODOLOGÍA: Búsqueda en libros y artículos en protocolos de neurología.

RESULTADOS: El auxiliar de enfermería, el protocolo y el trabajo que tiene que hacer es ayudarle/enseñarle a volver a ingerir oralmente por él mismo. Para empezar les enseñará a hacer una serie de ejercicios que les ayudará en la ingesta, a la hora de tragar. Empezará enseñándoles por los ejercicios que tienen nombre a las praxias linguales (lengua). Todo seguido les enseñará a hacer los ejercicios a las praxias labiales (labios). Tercer y últimos ejercicios son las praxias de mandíbula y mejillas, se realizarán con la mandíbula y las mejillas. Los resultados concluidos sobre la búsqueda en los diferentes artículos científicos concluyen en la importancia de realizar los ejercicios.

CONCLUSIÓN: Las conclusiones ante dicho estudio concluimos que es de vital importancia el fomento de técnicas para mejorar la deglución en pacientes neurológicos para evitar complicaciones asociadas al inicio de la ingesta oral.

PALABRAS CLAVE: INGESTA, AUXILIAR, DISFAGIA, COMPLICACIONES.

LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ADULTO

EUGENIO MANUEL GAMBOA SORIANO, MARIA CARMEN VAZQUEZ HUERTAS

INTRODUCCIÓN: Los trastornos del sueño abarcan diferentes patologías y manifestaciones. Los más frecuentes, insomnio, síndrome de la apnea del sueño y trastornos del ciclo circadiano que está relacionado con el modo de vida. Estos trastornos tienen como síntoma la somnolencia diurna, suele pasar desapercibido.

OBJETIVOS: Determinar los trastornos del sueño en el adulto.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos. Los descriptores utilizados son las palabras clave arriba mencionadas.

RESULTADOS: Apnea del sueño, ocurre que la respiración cesa o es insuficiente cuando uno está dormido, para corregirlo se emplean, dispositivos bucales, cirugía y aparatos para la respiración. Patologías del ritmo circadiano del sueño, (sueño vigilia, desajuste). Los farmacológicos, desde la antigüedad se han venido usando sustancias químicas obtenidas de plantas, valeriana, tila, pasiflora y opioides. Algunas de estas se usan en el insomnio agudo transitorio. Los barbitúricos se han dejado de usar como hipnóticos, debido al mal uso, (abuso, dependencia y suicidio), están contraindicados en la actualidad. Las benzodiacepinas sustituyen a los barbitúricos, emplear con precaución en algunos pacientes. El tratamiento debe basarse en su origen, severidad y duración. La mayoría de los insomnios son secundarios a alguna enfermedad. Se puede empezar con los no farmacológicos que a veces es muy efectivo, como son los cambios de hábitos en su vida diaria. Se estima que entre un 50% de los adultos sufren insomnio en algún momento. Un 25-35% ocasional, crónicos 42%, recurrentes 32% y nuevos 26%.

CONCLUSIÓN: El sueño normal se compone de dos tipos, REM y NO REM. Con la edad, estructura y el tiempo varían. Un recién nacido duerme unas 18 h. , Adulto 7,5 a 8 h. Y anciano 6,5 h. En el recién nacido la fase REM ocupa más de un 50% total del sueño, el anciano solo 20%.

PALABRAS CLAVE: INSOMNIO, TRASTORNOS, SIGNOS, TRATAMIENTO, SÍNTOMAS, FÁRMACOS.

A PROPÓSITO DE UN CASO: PSICOSIS VS SÍNDROME DE ABSTINENCIA

ÍÑIGO DE LA YEZA FERRÓN, ELVIRA MORENO BARRIGA, NIEVES HUERTAS NUÑEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 58 años, sin antecedentes personales de interés que acude de urgencias acompañada de su pareja refiriendo tener alucinaciones visuales desde la noche anterior. Al principio veía especies de sombras, nada claras, pero desde el ese día ve diversos objetos, árboles dentro de la casa, animales y por último personas que no conoce, asustándola aún más. Le preguntamos por antecedentes familiares de enfermedad mental, los cuales niega, así como también el consumo de tóxicos. Nos explica que de hecho en los últimos 15 días ha estado convaleciente en casa por gripe, no ha comido ni bebido mucho, quedándose en casa. Preguntamos por la medicación, y refiere antigripales en sobres que le recomendaron en la farmacia. Pero que desde entonces no le apetece tomar nada, ni siquiera las copas de vino. Le pregunto qué tipo de alcohol, y nos refiere que puede llegar a tomar todos los días 5 copas de vino tinto, 5 cervezas y dos copas de ron con refresco. Pero que no bebe tanto, si su pareja.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con tensiones de 120/74 mmHg, frecuencia cardíaca de 96 lpm, glucemia 104 mg/dL, pero sudorosa, algo asustada, agitada, mirando a su alrededor. Orientada en espacio y tiempo, discurso coherente y es consciente del problema.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de abstinencia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Psicosis por abuso de tóxicos, esquizofrenia.

PLAN DE CUIDADOS: Explicamos la sospecha diagnóstica a la paciente. Como estaba hemodinámicamente estable ofertamos tratamiento domiciliario, siempre y cuando aceptara seguimiento estrecho por nuestra parte. Iniciamos tratamiento con benzodiacepinas y nos ponemos en contacto con centro de adicciones de referencia de la localidad, explicando que se trata de un caso urgente.

CONCLUSIONES: El abordaje del consumo de alcohol debe ser multidisciplinar, tanto por su médico de familia, como por enfermería, trabajadores sociales, salud mental y organizaciones de apoyo contra las adicciones.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, PSICOSIS, TÓXICOS, SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

MENINGOROMBOENCEFALITIS COMPLICADA CON ABSCESO DE TRONCO POR LISTERIA MONOCYTOGENES

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ VILLALOBOS, JUAN JOSE SORIA TORRECILLAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 65 años con antecedentes personales de hipercolesterolemia y broncopatía. Acude a urgencias por cuadro de cefalea, náuseas, diplopía y fiebre de 3-4 días de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física destaca tendencia a somnolencia, disconjugación ocular con limitación para la abducción del ojo derecho. No presenta limitación en supravversión de la mirada, aunque sí nistagmus downbeat. También destaca paresia facial derecha y dismetría apendicular en extremidades superiores. Al realizar punción lumbar se objetiva presión de apertura elevada, con aspecto turbio de líquido cefalorraquídeo (LCR). Citobioquímica (LCR): hipogluorraquia, hiperproteorraquia, pleocitosis de predominio linfomononuclear. En cultivo microbiológico (LCR) se aísla *Listeria monocytogenes*. En resonancia magnética (RM) cerebral se objetiva absceso en tronco y pedúnculo cerebeloso derecho.

JUICIO CLÍNICO: Meningoromboencefalitis por *Listeria monocytogenes* asociada a absceso de tronco cerebral y pedúnculo cerebeloso derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Romboencefalitis bacteriana (*Listeria monocytogenes*, primera opción), encefalitis de tronco vírica, meningocencefalitis tuberculosa. Encefalitis de tronco no infecciosas.

PLAN DE CUIDADOS: Se inicia tratamiento antibiótico empírico previo a obtención de documentación microbiológica incluyendo ceftriaxona, vancomicina, ampicilina, aciclovir y tuberculostáticos, logrando mejoría clínica. Tras resultados de cultivo (LCR), se realiza cambio a ampicilina más gentamicina, manteniéndose durante al menos dos meses.

CONCLUSIONES: La romboencefalitis por *Listeria monocytogenes* representa una variedad rara y grave de afectación del sistema nervioso central, cuyo cuadro clínico típico suele presentar un curso bifásico, caracterizado por una fase prodrómica (fiebre, cefalea, náuseas/emesis), seguido de instauración brusca de signos de afectación de tronco cerebral y/o cerebelo. En RM se pueden objetivar lesiones parcheadas en tronco cerebral, sugestivas de microabscesos, característicos de infección por este microorganismo.

PALABRAS CLAVE: ABSCESO CEREBRAL, *LISTERIA MONOCYTOGENES*, RESONANCIA MAGNÉTICA, AMPICILINA, LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO.

LOS BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LOS PACIENTES CON ALZHEIMER

MARÍA SÁNCHEZ NAVARRO, MARINA MARTÍNEZ LÓPEZ, LIDIA ANA HINOJO IBAÑEZ

INTRODUCCIÓN: La musicoterapia produce cambios genéticos, bioquímicos, estructurales y funcionales a nivel cerebral, que se traspasan a todo el cuerpo modificando variables fisiológicas como la frecuencia cardíaca, respiratoria, presión arterial, etc. Por lo tanto, múltiples estudios coinciden que la musicoterapia origina efectos beneficiosos en multitud de enfermedades, sobre todo en enfermedades psiquiátricas y neurológicas crónicas.

OBJETIVOS: Determinar los efectos de la musicoterapia en pacientes con Alzheimer.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Scielo y Pubmed. Los descriptores utilizados fueron: “alzheimer”, “musicoterapia”, “efectos” y “enfermería”. Del total de referencias encontradas, fueron seleccionadas 4 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos, que son los siguientes: estudios que traten sobre los beneficios de la musicoterapia en pacientes con Alzheimer, publicados en español y con acceso al texto completo. Período temporal (2012-2017).

RESULTADOS: Se ha demostrado que la musicoterapia reduce los problemas de conducta del paciente con demencia. Los resultados manifiestan que se estimularon las habilidades sociales y emocionales, incluyendo interacción y comunicación. Además la música estimuló las capacidades cognitivas, facilitando la retención y recuerdo de la información. Por último, se observó una mejora significativa de memoria, orientación, depresión y ansiedad en estos pacientes.

CONCLUSIÓN: La musicoterapia se considera beneficiosa ya que mejora la conducta y comportamiento en los ancianos con demencia.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, MUSICOTERAPIA, EFECTOS, ENFERMERÍA.

AFECTACIÓN MENINGEA EN PACIENTE CON LUPUS

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 35 años, acude a urgencias por deterioro del nivel de conciencia. Paciente con 5 años de evolución de lupus eritematosos sistémico y síndrome antifosfolípido, actualmente en tratamiento con prednisona de 15 mg. Acude al servicio de urgencias por fiebre y síndrome confusional. No apreciándose otra semiología infecciosa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tendencia al sueño, agitación, y 38,5° de temperatura. Rigidez de nuca y signos de Kernig y Brudzinski positivos. En analítica destaca PCR mínimamente elevada, descenso de fracción 3 y 4 del complemento. En el líquido cefalorraquídeo se observa, 260 leucocitos con predominio de neutrófilos, glucosa 15, proteínas 300, hemáties 60, cultivo posterior arrojó resultado de negativo. TAC craneal sin hallazgos. RMN craneal con afectación de sustancia blanca.

JUICIO CLÍNICO: Meningitis aséptica lúpica. Durante la evolución la paciente desarrolló como complicación una neuropatía del III par craneal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Lo primero en lo que se pensó fue en la posibilidad de meningitis séptica bacteriana, descartada por los resultados bioquímicos de la punción lumbar y confirmado con el cultivo posterior. Otra posible sería meningitis vírica. Otras meningitis subagudas, como las fúngicas, la tuberculosa o las producidas por *Brucella* o por *Treponema*. Luego se encuentran las meningitis no infecciosas, como las secundarias a radioterapia, la meningitis lúpica, sarcoidosis, neoplasias y Behçet.

CONCLUSIONES: Aunque sea una entidad infrecuente, la meningitis aséptica lúpica tendremos que tenerla en cuenta a la hora de valorar un paciente con deterioro neurológico, clínica meníngea y lupus eritematoso sistémico.

PALABRAS CLAVE: LUPUS, MENINGITIS, CONFUSIONAL, SISTÉMICO, NEUROPATÍA.

CUIDADOS EN ENFERMERÍA ANTE CÓDIGO ICTUS EN REANIMACIÓN TRAS TROMBECTOMÍA MECÁNICA

ANTONIO LOZANO BELMONTE, YOHANA GARCIA MOLINA, BEATRIZ SARMIENTO ESCOLANO

INTRODUCCIÓN: El Ictus cerebral, también llamado accidente cerebral agudo (ACVA), es un proceso frecuente siendo la primera causa de muerte de mujeres en nuestro país. La trombectomía mecánica es el procedimiento quirúrgico de elección en el ictus que consiste en la extracción del trombo responsable del accidente vascular, devolviendo el flujo normal al vaso afectado. Tras esta intervención los pacientes son trasladados a la unidad de Reanimación donde su evolución es clave, precisando cuidados de enfermería estandarizados.

OBJETIVOS: Identificar complicaciones secundarias al ictus y al tratamiento. Establecer el plan de cuidados estandarizado en pacientes que han sufrido un ictus. Describir las principales actividades de enfermería tras la recepción del paciente en unidades de reanimación.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica retrospectiva de los últimos 10 años en las bases de datos Cuiden, Scielo y PUBMED.

RESULTADOS: Las principales complicaciones son hipertensión intracraneal, afecciones pulmonares, convulsiones, hemorragia cerebral, coma. Las principales actuaciones enfermeras son monitorización de signos vitales, monitorización neurológica con escalas específicas. Los principales diagnósticos NANDA son Déficit de autocuidado alimentación (102), Déficit de autocuidado baño/higiene (108), Afrontamiento inefectivo (69).

CONCLUSIÓN: Un código ictus supone una actuación coordinada y segura. El personal de enfermería entrenado es clave para valorar precozmente las complicaciones, evolución y posibles secuelas neurológicas y motoras del paciente así como para proporcionar los mejores estándares de seguridad en la aplicación los cuidados.

PALABRAS CLAVE: ACCIDENTE CEREBRAL, TROMBECTOMÍA MECÁNICA, CÓDIGO ICTUS, ICTUS.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL ICTUS

SUSANA OMAR VILA, ELISA MARIN SANCHEZ, MARIA GARCIA MORENO, ANA GARCIA GRANERO, ENRIQUE SANTIAGO RODRIGUEZ CARVAJAL

INTRODUCCIÓN: El Ictus es un evento Neurológico en el que se produce un trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral provocando afectación de una función o varias según la zona afectada, dicho trastorno puede ser transitorio o permanente, y puede cursar con alteración del nivel de conciencia o no. Hay dos tipos de Ictus según el tipo de lesión: Ictus isquémicos, producidos por el taponamiento de una arteria, o hemorrágico, por rotura de una arteria. Según la American Stroke Association el 85% de los Ictus son Isquémicos y el 15% hemorrágicos.

OBJETIVOS: Analizar los principales factores de riesgo y educar a la comunidad para la prevención de dichos factores, así como actuar de manera precoz disminuyendo las posibles secuelas.

METODOLOGÍA: Se han realizado una revisión bibliográfica de los últimos 15 años, las bases de datos usadas: Pubmed, Lilacs, Cuiden, Cochrane Library, Cinahl, Ibics, Scielo, Enfispo, Encuentr, Gpc, además de una revisión de trabajos publicados por la autora Margaret Lawrence a través de Glasgow Caledonia University. Se han utilizado como descriptores DeCs: ischemic stroke (Ictus isquémico), prevention (prevención), nurse intervention (intervenciones enfermeras), stroke programs (programas de Ictus).

RESULTADOS: Tras hacer un análisis de la bibliografía se han obtenido unos resultados que muestran que existen distintas intervenciones que llevan a cabo las enfermeras en la prevención del Ictus; el manejo y conocimiento de los distintos factores de riesgo modificables (hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, tabaquismo, sedentarismo) promocionando educación en la prevención secundaria e iniciando estrategias de promoción de la salud.

CONCLUSIÓN: Podemos decir que hay gran variedad de intervenciones que enfermería puede realizar en la prevención del Ictus, el más importante es el manejo de los factores de riesgo (habitualmente se presentan asociados potenciándose entre sí), la educación en la modificación del estilo de vida empleando un enfoque multimodal como la entrevista motivacional.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, PREVENCIÓN, ICTUS, FACTORES DE RIESGO.

HEMATOMA PONTOMESENFALICO IZQUIERDO: A PROPOSITO DE UN CASO

FRANCISCA DOLORES MARTIN ANTEQUERA, EVA GARCIA JIMENEZ, NOELIA MUÑOZ JIMENEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente con diagnóstico de HTA y EPOC que acude a consulta por presentar cuadro de diplopía en la mirada lateral sin pérdida de fuerza asociada y ptosis palpebral derecha.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración se detecta hemiparesia derecha junto con ptosis palpebral derecha, no otra focalidad. Constantes estables excepto cifras de TA: 175/90. Toma de muestra sanguínea con valores dentro de la normalidad. Se realiza TAC craneal, RM craneal y arteriografía cerebral.

JUICIO CLÍNICO: Hematoma Pontomesencefalico Izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** ACV isquémico/ hemorrágico; aneurisma.

PLAN DE CUIDADOS: Tras la realización de TAC y RM craneal se detecta hematoma pontino de unos 5 ml que alcanza mesencéfalo posterior izquierdo. La arteriografía descarta hallazgos de MAVs o aneurisma cerebral. Se realiza cuidados de paciente inmovilizado con HBMP, controles de cifras tensionales y vigilancia de signos de alarma de focalidad neurológica (somnolencia, dolor intenso de cabeza, vómitos, etc.). La evolución del paciente es satisfactoria iniciando marcha y pasando a tener más movilidad. Se deriva a servicio de rehabilitación de forma urgente para recuperar lo máximo posible la funcionalidad de la zona afectada y deje las menores secuelas posibles.

CONCLUSIONES: Importancia de determinación precoz del origen de los eventos cerebrovasculares para instaurar unas medidas adecuadas y oportunas para la mas pronta recuperación con las menores secuelas posibles.

PALABRAS CLAVE: ACV, HEMATOMA PONTINO, DIPOPLIA, PTOSIS PALPEBRAL.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON GUILLIAM BARRÉ

MARIA BACA BOCANEGRA, ALEJANDRO ANTÓN PLATA, JACINTO GOMEZ BARRIO

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Guilliam Barré (GBS) se ha convertido en uno de los casos más frecuentes de parálisis aguda generalizada. A pesar de que el pronóstico es bueno en el 80% de los casos, la rápida actuación en el diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería hacen que disminuya el número y severidad de las secuelas.

OBJETIVOS: Analizar la importancia y los cuidados de enfermería en pacientes con GBS.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica durante 2 meses consultando bases de datos como Scielo, Cuiden, Pubmed. Se han seleccionado 15 artículos entre 2010-2018. Los descriptores utilizados fueron: "Síndrome de Guilliam Barré", "cuidados de enfermería", "rehabilitación" "competencias enfermeras". Criterios de inclusión: ámbito hospitalario quedando excluidos centros especializados, residencias y domicilios.

RESULTADOS: Desde el inicio de la enfermedad, el paciente con GBS necesita cuidados y atenciones, por tanto, se debe realizar una valoración enfermera que tenga en cuenta los posibles riesgos y complicaciones. Dependiendo de la afectación, progresión y severidad de la enfermedad, los cuidados enfermeros irán orientados a: paciente encamado, inestabilidad del estado hemodinámico, de la función respiratoria y motora, control del dolor, administración de medicamentos, efectos secundarios al tratamiento y ayuda psicológica.

CONCLUSIÓN: Se requiere un plan de cuidados desde una valoración inicial según las necesidades de Virginia Henderson. Dicho plan, favorecerá la rápida actuación enfermera y facilitará los procesos de rehabilitación y atención psicológica tras recibir el alta. Es necesario formar al personal de enfermería para cubrir el apoyo emocional y psicológico del enfermo y de la familia, la cuál debe ser partícipe de la rehabilitación y así brindar una mejor calidad de vida al enfermo.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME DE GUILLIAM BARRÉ, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, REHABILITACIÓN, COMPETENCIAS ENFERMERAS.

EDUCACIÓN SANITARIA PARA EL PERSONAL SANITARIO ANTE UN PACIENTE QUE HA SUFRIDO UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

VALERIN JOYSI ESPINOZA REYES, ESTHER SALAZAR ZOYO, ANA MARIA RUEDA FAJARDO, NOELIA FERNÁNDEZ GIL, DAVID PASCUAL DE CASO, JACQUELINE REYES CORDOVA, MIRIAM MERCADÉ NIN, TAMARA DIEGO BELMONTE, MARIA NIEVES FERNÁNDEZ GIL, JORGE UTRILLAS SANCHEZ, ELISABET GRANOLLERS HERNANDEZ, FRANCISCA HERNÁNDEZ LUQUE

INTRODUCCIÓN: El ACV ocurre cuando se revienta un vaso sanguíneo y sangra dentro del cerebro (hemorragia), esto daña las células del cerebro y comienzan a morir. Se ve afectado el control sobre su propio cuerpo, habla, visión y emociones.

OBJETIVOS: Determinar la actuación del personal sanitaria ante los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo, una revisión bibliográfica sistemática en base de datos como Dialnet y Pubmed en guías clínicas con diferentes centros hospitalarios y organizaciones sanitarias. Descriptores utilizados: “ACV”, “UPP”, “recuperación” y “hemiplejía” a través de los operadores booleanos “NOT” y “XOR”.

RESULTADOS: La hipertensión arterial prepara y ejecuta la hemorragia cerebral. Realizar cambios posturales cada 2 horas siempre en pacientes encamados para prevenir UPP. Aplicar espesante a los líquidos para obtener una textura ideal y triturada, progresar dieta a medida de su recuperación. Ayudar a alcanzar el máximo grado de independencia posible y con ello, mejorar su calidad de vida en el menor tiempo. Además de suplir sus necesidades básicas, dar apoyo psicológico al paciente, mantener una buena higiene para evitar infecciones. Además de disminuir y prevenir: la malnutrición, riesgo de atragantamiento, bronco aspiración y prevenir UPP.

CONCLUSIÓN: La eficacia de un adecuado y precoz tratamiento postural, con movilización temprana sobre la evolución a medio y largo plazo del enfermo con ictus, se sustenta en diversos estudios, que revelan la reducción de la mortalidad, las complicaciones derivadas del encamamiento, la dependencia funcional y la institucionalización de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: UPP, ACV, RECUPERACIÓN, HEMIPLEJÍA.

A PROPÓSITO DE UN CASO : ICTUS LACUNAR

MARÍA DE LAS NIEVES RAMOS FUENTES, PABLO OJEDA GONZÁLEZ, LAURA MUÑOZ CASTILLO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 72 años que ingresa en urgencias con cuadro de desorientación y dificultad para hablar, acompañado de su hijo. El hijo refiere que le han llamado desde la asociación para la tercera edad que su padre frecuencia porque durante una excursión al campo su padre estaba desorientado y con discurso incoherentes. Al llegar de vuelta al centro han decidido llamar a su hijo porque el cuadro no cesaba y este lo ha traído a urgencias lo antes posible. Antecedentes personales: Hipertensión arterial y fibrilación auricular en tratamiento con furosemida, bisoprolol y acenocumarol. Antecedentes tóxicos: ex-fumador desde hace 30 años y enolismo social. Antecedentes familiares: Padre padeció cáncer de páncreas y falleció de un infarto de miocardio, y su madre tuvo hipertensión y diabetes tipo 2.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le toman constantes vitales: temperatura 36,2°C, saturación de oxígeno 98%, tensión arterial 145/105 mmHg y frecuencia cardiaca 88 l. P. M. Exploración física: Mantiene movilidad y fuerza en las cuatro extremidades. Exploración neurológica: El paciente presenta afasia de expresión, no de comprensión. Escala Canadiense al ingreso: 8,5. En el electrocardiograma se observa fibrilación auricular, sin más hallazgos destacables. Se decide realizar Tomografía Axial Computarizada (TAC) observamos un lesión isquémica en la protuberancia.

JUICIO CLÍNICO: Ictus lacunar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Inicio de Alzheimer, demencia...

CONCLUSIONES: Se activa el Código Ictus, ingresará en la unidad de neurología en cama ictus para control y monitorización: las primeras 24 horas se le tomarán las constantes vitales, incluida la glucemia y se le realizará la escala canadiense cada cuatro horas. Tras lo cual si no empeora se le pasarán a tomar cada 6 horas las siguientes 24 horas. Además comenzará anti-agregantes plaquetario, deberá mantener reposo en cama y dieta absoluta hasta ver evolución con sueroterapia de mantenimiento para evitar deshidratación.

PALABRAS CLAVE: AFASIA, ICTUS, LACUNAR, ISQUÉMICO.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DEBIDO A UN TRAUMATISMO

MARÍA DE LAS NIEVES RAMOS FUENTES, PABLO OJEDA GONZÁLEZ, LAURA MUÑOZ CASTILLO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 23 años que llega a urgencias traído por el 061 tras una agresión física en la calle presentando un Traumatismo Cráneo Encefálico (TCE) abierto en parietal derecho con pérdida de conciencia de cinco minutos. Lo encontramos somnoliento, orientado en persona aunque no en espacio y tiempo; con cefalea y sensación intensa de mareo ha realizado un vómito durante el traslado en ambulancia; presenta un aliento afrutado sugestivo a ingesta alcohólica. Antecedentes personales sin interés clínico. Antecedentes familiares de interés: Abuelo paterno sufrió un ictus hace dos años y el padre ha padecido un infarto agudo de miocardio recientemente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le toman constantes vitales: temperatura 36,4°C, saturación de oxígeno 97%, tensión arterial 104/65 mmHg y frecuencia cardiaca 78 lpm. Exploración física dificultosa debido al estado del paciente. Test Glasgow 12 puntos. Se realiza análisis de saliva por posible ingesta de sustancias estupefacientes, dando positiva en cocaína. Se decide realizar analítica sanguínea, todos los valores dentro de la normalidad y positivo en etanol. Se realiza radiografía craneal, se observa una posible fractura el hueso parietal derecho. Por lo que se decide realizar Tomografía Axial Computarizada (TAC) de urgencias.

JUICIO CLÍNICO: Hemorragia subaracnoidea secundaria a fractura parietal derecha tras agresión física.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Hipertensión craneal, aneurisma cerebral, etc.

CONCLUSIONES: Se realiza ingreso en la unidad de neurología para observarlo, tras las primeras 24 horas no ha habido somnolencia, vómitos, náuseas, etc. Por lo que se decide darle el alta domiciliaria, dándole unas recomendaciones y explicándole los signos y síntomas de deterioro neurológico que puede experimentar, en caso de presentar alguno de ellos debe acudir al servicio de urgencias. Así mismo, se le programa cita para TAC craneal y cita con neurólogo para comprobar la evolución de la hemorragia.

PALABRAS CLAVE: HEMORRAGÍA, TRAUMATISMO, FRACTURA, SUBARACNOIDEA.

PROCESOS NEUROLÓGICOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: INFORMACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIARES

MARIA ARACELI TORREGROSA MADUEÑO, MARIA ISABEL SECILLA TRAVESET, CARMEN CARMONA GARCIA

INTRODUCCIÓN: Tras un episodio neurológico ocurrido en un paciente en UCI se deteriora mucho su calidad de vida y la de sus familiares, algunos de ellos pasando a un rol de cuidador. No se realiza una información correcta, no hay unos cuidados apropiados y una explicación de la situación del paciente tanto para él como para su familia.

OBJETIVOS: Determinar pautas para intervenir de forma precoz en el sistema de cuidados, realizar una formación de familiares, comenzar los cuidados del paciente desde el sistema hospitalario y luego exportarlo al domicilio familiar y utilizar herramientas de medida de la afectación del área dañada tras episodio neurológico.

METODOLOGÍA: Revisión de las publicaciones actuales respecto a las intervenciones post evento neurológico del paciente en UCI, valoración de las escalas actuales en bibliotecas online PubMed, Cochrane y congresos especializados en patología neurológica.

RESULTADOS: Es fundamental reconocer los síntomas y signos de las secuelas neurológicas. La rehabilitación post evento. Informar a la familia sobre los recursos sanitarios a su disposición y la Ley de Dependencia actual. Las intervenciones realizadas deben enfocarse a la mejora de calidad de vida, prevención de caídas, mejora de las áreas afectadas, mejora de los problemas articulares, musculares. Fundamental la enseñanza e información a los familiares del paciente.

CONCLUSIÓN: En la mayoría de los casos la información al paciente y familiares es muy baja. Aumentando la información sobre secuelas y posibles complicaciones mejora la prevención y la actuación ante estas.

PALABRAS CLAVE: UCI, FAMILIA, PROCESOS NEUROLÓGICOS, INFORMACIÓN.

A PROPÓSITO DE UN CASO: HEMIPARESIA DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN TRAS EPISODIO DE CRISIS CONVULSIVA

ALVARO RUBIO MORILLA, MIRIAM JIMÉNEZ GARCÍA, IRENE MATADOR SANTOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 33 años con hemiparesia de brazo y pierna izquierdos de 2 días de evolución tras episodio de crisis tónico clónica generalizada. No refiere fiebre ni clínica infecciosa previa. A la exploración se objetiva hemiparesia de brazo y pierna izquierdos (3/5), siendo el resto de la exploración neurológica y general normales; llama la atención la actitud del paciente: consciente y orientado, sin alteración del lenguaje pero desinhibido, despreocupado.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: PA 130/90 mmHg. Fc 86 lpm. Tª 36.2°C. SO2 100%. Consciente y orientado, bradipsíquico, frontalizado. Bien hidratado y perfundido. Eupneico. No rigidez de nuca ni signos meníngeos. Pupilas isocóricas y normorreactivas, pares craneales normales, Hemiparesia 3/5 de MMII, resto de exploración neurológica normal. ACP: normal. Abdomen y EE: anodino. Analítica: Leucocitos 15.200, PCR 28. Resto normal. ECG: Ritmo sinusal a 72 lpm, sin alteraciones de conducción ni de repolarización. TC CEREBRAL realizado sin y con CIV: lesión parenquimatosa frontal derecha con realce de contraste periférico de 45 x 40 x 34 mm y marcado edema vasogénico circundante. Colapso parcial de ventrículo lateral derecho y desplazamiento de línea media hacia la izquierda de unos 10 mm. Se traslada al paciente.

JUICIO CLÍNICO: Absceso frontal izquierdo por Actinomyces. Actinomycosis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se traslada al paciente a neurocirugía, se repite en tac debido a la sospecha de Neoplasia cerebral, metástasis de neoplasia pulmonar.

PLAN DE CUIDADOS: Al 3º del ingreso presenta cefalea intensa con alteración de nivel de conciencia y se decide cirugía urgente: Craneotomía. Apertura dural observándose corteza a gran tensión. Corticotomía apreciando salida de material purulento a presión. Evacuación del absceso y resección de la cápsula gruesa del absceso.

CONCLUSIONES: Actinomyces es un género de bacterias del tipo gram-positivo que forman colonias con estructura semejante a las hifas de los hongos. Muchos Actinomyces son patógenos oportunistas de los seres humanos y de otros mamíferos, particularmente en la cavidad bucal.

PALABRAS CLAVE: ABSCESO, CONVULSION, HEMIPARESIA, NEUROLOGIA.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON PACIENTES QUE PADECEN UN ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO

ALICIA AVILES ROMERA, ELENA AVILES ROMERA, ALINE RODRIGUEZ ILLESCAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 61 años que acude a urgencias acompañado por su mujer, ella nos dice que su marido está confuso que de repente tiene dificultad para caminar y para hablar y entender. La mujer dice que ha comenzado así hace una hora.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente consciente pero desorientado, no puede comunicarse porque tiene dificultad para el habla. Se solicita: toma de constantes vitales, TA 135/ 90, Saturación de oxígeno 99 %, sin fiebre ECG y analítica de sangre: Hemograma, bioquímica y coagulación Se solicita un TAC craneal.

JUICIO CLÍNICO: Por los síntomas que presenta el paciente ayudado de la información que ofrece su mujer se piensa que el paciente sufre un ICTUS. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se solicita interconsulta a neurología para el estudio de consciencia, escala de Glasgow, signos meníngeos, reflejos pupilar.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnósticos NANDA: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA NOC: Movilidad NIC:. Ayuda con los autocuidados: aseo, Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal.

CONCLUSIONES: Un accidente isquémico transitorio (AIT) es cuando se detiene el flujo de sangre a una parte del cerebro por un breve período de tiempo. Una persona tendrá síntomas similares a un accidente cerebrovascular hasta por 24 horas. En la mayoría de los casos los síntomas duran entre 1 y 2 horas.

PALABRAS CLAVE: AIT, ICTUS, ACV, ACCIDENTE ISQUÉMICO.

PSICOSIS POR DOPAMINÉRGICOS VERSUS ESQUIZOFRENIA

ALBA BUSTAMANTE HERNANDEZ, ANTONIA GARCÍA ROPERO, MARIA BENVENUTY ALONSO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 76 años acompañado de su esposa quien refiere que desde hace 2-3 semanas presenta alucinaciones visuales "veo personas sin rostro que quieren matarme con gas", "viene el alcalde a robarme las macetas del patio" e ideas delirantes de perjuicio "me vigilan con cámaras". Presenta además comportamientos inapropiados. "Busca posibles fugas de gas bajo los muebles". Niega clínica de infección, tampoco refiere cambios en la posología de su tratamiento ni consumo de tóxicos. Antecedentes personales de parkinson en tratamiento con carbidopa-levodopa y pramipexol, marcapasos por bloqueo aurículo-ventricular de tercer grado.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: consciente y desorientado. Atento y colaborador. Temblor de reposo en ambos brazos. Rigidez leve de ambos brazos. Marcha a pequeños pasos con acantocornia y leve arrastre de pies, sin descompensación del giro. Pares craneales normales. Reflejos vivos de forma global sin asimetría. Pruebas complementarias: analítica general, sedimento de orina, radiografía de tórax, electrocardiograma y tomografía craneal: sin alteraciones.

JUICIO CLÍNICO: Psicosis por dopaminérgicos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Esquizofrenia.

CONCLUSIONES: Los delirios y alucinaciones son frecuentes en la enfermedad de parkinson. Se han vinculado a la propia enfermedad, pero su prevalencia ha aumentado mucho desde la generalización del uso de la estimulación dopaminérgica. Estos síntomas repercutirán en el paciente y en su entorno familiar, de aquí la importancia como médico de familia de conocer los efectos secundarios de algunos fármacos y poder actuar en consecuencia.

PALABRAS CLAVE: PSICOSIS, DESORIENTACIÓN, ESQUIZOFRENIA, PARKINSÓN.

LOES CEREBRALES, MELANOMA METASTÁSICO O GASTROENTERITIS

ALBA BUSTAMANTE HERNANDEZ, MARIA BENVENUTY ALONSO, ANTONIA GARCÍA ROPERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 64 años que 24 horas antes presentaba vómitos sin náuseas, diarrea autolimitada, sin dolor abdominal ni fiebre. Asociaba vómitos a cambios posturales. Negaba más síntomas. Es necesario reinterrogarlo para observar disartria evidente que justificaba por benzodiazepinas que había suspendido hace 15 días. Hemiparesia izquierda con imposibilidad para bipedestación y marcha desde el día anterior. Antecedentes de diabetes en tratamiento con ADO. No alergias. Cirugías: apéndice y un año atrás lesión cutánea maligna con vaciamiento ganglionar axilar izquierdo con secuela de dolor crónico en brazo. Exfumador. Tratamiento: velmetia 50/500, pregabalina, zaldiar y una semana antes levofloxacino por infección respiratoria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: buen estado general, bien hidratado y perfundido, afebril, estable. Neurológico: orientado, no meningismo, pares craneales y pupilas normales, hemiparesia izquierda 3/5, imposibilidad para la marcha y bipedestación. Disartria. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, gasometría venosa. Radiografía tórax y abdomen: sin hallazgo. TAC cráneo sin contraste: al menos 3 lesiones ocupantes de espacio intraaxiales hiperdensas, zonas hemorrágicas en su interior, marcado edema perilesional con impronta sobre cuerpo ventrículo lateral derecho sin desplazamiento de línea media.

JUICIO CLÍNICO: LOES cerebrales. Melanoma metastásico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Proceso infeccioso gastrointestinal.

CONCLUSIONES: Se plantea proceso infeccioso gastrointestinal, pero al observar los otros signos pensamos en proceso de origen central ya que otras causas endocrino-metabólicas se descartan por los resultados complementarios.

PALABRAS CLAVE: MELANOMA, TUMOR, CEREBRAL, METASTÁSICO.

CASO CLÍNICO: ENCEFALITIS LÍMBICA PARANEOPLÁSICA

MARIA TERESA ALMAZAN MELGUIZO, PABLO SANCHEZ SANTOS, MARIA ARACELI MORENO ROMERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 58 años que acude al servicio de urgencias por cuadro de alteraciones conductuales y alucinaciones de varios días de evolución, pérdidas de memoria y malestar general con sensación distérmica. Acompañado de su mujer quien colabora en la anamnesis. Antecedentes personales: Pancreatitis aguda de causa no filiada, en seguimiento por Digestivo. Hernia discal. Hipoacusia neurosensorial bilateral. Síndrome ansioso-depresivo. Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía. No alergias medicamentosas. Fumador de 2 paquetes diario. Ex-alcoholismo. Previamente independiente para las ABVD. Tratamiento habitual: Omeprazol, Venlafaxin, Alprazolam.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente con tendencia al sueño. Rigidez mandibular, retrovulsión ocular. Orientado en persona y tiempo, no en espacio. Lenguaje sin rasgos disfásicos, leve disartria. Buena movilidad de cuatro extremidades sin signos neurológicos. Afebril. TA 145/100mmHg, FC 99ppm, SatO₂ 95%. Taquipnéico sin trabajo respiratorio. Analítica: bioquímica, hemograma y coagulación dentro de la normalidad. Cultivo LCR negativo. TAC craneal: hipodensidad lóbulo temporal izquierdo. RM cráneo: Hiperintensidad en región temporal anterior circunscrita a hipocampo compatible con encefalitis límbica. Rx Tórax: Infiltrado incipiente en lóbulo pulmonar inferior derecho, engrosamiento hiliar derecho. TAC torácico: Masa medistínica ocupando espacios paratrequeal derecho e hilio izquierdo. Adenopatías en mediastino superior.

JUICIO CLÍNICO: Epilepsia con crisis parciales secundarias a síndrome paraneoplásico. Carcinoma de pulmón con metástasis cerebral. Se decide ingreso en planta para control sintomatológico y exploración diagnóstica diferencial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Encefalitis límbica paraneoplásica.

PLAN DE CUIDADOS: Tras valoración enfermera según patrones funcionales destacan los siguientes diagnósticos: Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con proceso patológico actual manifestado por negatividad en la colaboración. Confusión aguda relacionada con cuadro neurológico manifestada por conductas agresivas y agitación.

CONCLUSIONES: Durante estancia en planta evolución lenta y tórpida, cuadro encefalopático progresivo, periodos de agitación frecuentes. Crisis epilépticas controladas. Deterioro de movilidad con marcha inestable. Actitud negativa con escasa colaboración. Se presenta caso en sesión multidisciplinar y es valorado por servicio de Oncología donde se decide actitud paliativa junto a familiares.

PALABRAS CLAVE: ENCEFALITIS, CARCINOMA, PALIATIVO, NEUROLOGÍA.

PÉRDIDA DE VISIÓN POR ESPASMO HEMIFACIAL DERECHO

HELENA BERMEJO RUIZ, LUCÍA PILAR SALAG RUBIO, NOELIA MUÑOZ VADILLO, ISABEL PEREZ LOZA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 41 años, comercial, que presenta como antecedentes personales apendicectomía. No tratamiento habitual. Presenta desde hace meses episodios de contracciones involuntarias en párpado inferior derecho de minutos de duración que ha ido progresando hasta cierre completo del párpado y contracciones involuntarias de la musculatura hemifacial ipsilateral. No otra sintomatología acompañante.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración neurológica sin hallazgos salvo sintomatología descrita. Resonancia magnética nuclear sin alteraciones.

JUICIO CLÍNICO: Espasmo hemifacial derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Contractura, tic, crisis parcial motora simple, malformación arteriovenosa, tumores, traumatismo.

CONCLUSIONES: El espasmo hemifacial es una distonía o trastorno crónico del movimiento que se caracteriza por la contracción involuntaria e intermitente de los músculos de una hemicara. Estos síntomas se agravan con el estrés y la fatiga y disminuyen con el reposo. De predominio femenino en proporción 3:2, suele ser unilateral y aparece generalmente a partir de la 4ª década de la vida. En cuanto a su etiología, la mayoría es de origen idiopático, aunque existen causas secundarias como tumores o malformaciones vasculares, que debemos de tener en cuenta. Su diagnóstico se basa en la clínica y en una exploración física minuciosa. Como pruebas complementarias para descartar etiología secundaria sería recomendable la realización de analítica y técnicas de imagen (preferentemente RMN). La aplicación de toxina botulínica se considera el tratamiento de elección en estos pacientes, con duración media de su efecto de aproximadamente 3 meses y escaso riesgo de complicaciones. Otra alternativa sería la microcirugía con buenos resultados aunque con mayor riesgo de complicaciones y recaídas.

PALABRAS CLAVE: DISTONÍA, ESPASMO HEMIFACIAL, CONTRACCIÓN MUSCULAR, FACIES, TOXINA BOTULÍNICA.

LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTES CON TRASTORNOS CEREBROVASCULARES

RUTH GONZÁLEZ LÓPEZ, DULCE MARIA ANTUÑA FUENTES

INTRODUCCIÓN: El accidente cerebrovascular o ictus se trata de un trastorno agudo de la circulación a nivel cerebral, debido al cese o a la disminución del flujo sanguíneo en una zona del cerebro o bien producido por una hemorragia. Los pacientes que padecen hemiplejía habitualmente presentan problemas en la deglución así como contracturas y deformidades articulares. Es ahí donde el papel de la enfermería es esencial para mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir las posibles complicaciones.

OBJETIVOS: Analizar los diferentes tipos de accidentes cerebrovasculares existentes y resaltar el importante papel que ejerce el personal de enfermería consistente en aumentar la calidad de vida del paciente.

METODOLOGÍA: Se trata de una revisión sistemática en la cual se ha realizado una búsqueda de artículos científicos sobre los trastornos cerebrovasculares. Para ello he utilizado buscadores científicos como Scielo, Cochrane Plus y Google académico. Las palabras claves empleadas en la búsqueda han sido “trastorno cerebrovascular”, “ictus”, “enfermería” y “cuidados”. Como criterios de inclusión he seleccionado artículos en español publicados desde el año 2005 en adelante, cualquier tipo de estudio epidemiológico ya sea de casos y controles como de cohortes o revisiones sistemática. He obtenido 62 resultados, de los cuales han sido utilizados 16.

RESULTADOS: Existen dos tipos de ictus, isquémicos y hemorrágicos, siendo los primeros los que se dan con mayor frecuencia en la sociedad. La hipertensión arterial es considerada el principal factor de riesgo para desarrollar un ictus, seguido de la hiperlipemia, la diabetes y el tabaquismo.

CONCLUSIÓN: La enfermera debe prevenir el deterioro cognitivo del paciente, compensar la pérdida visual estimulándolo desde el lado afectado, prevenir las deformidades articulares realizando cambios posturales cada dos horas y dar alimentos semisólidos así como evitar distracciones en pacientes con problemas de deglución.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO CEREBROVASCULAR, ICTUS, ENFERMERÍA, CUIDADOS.

EL RECONOCIMIENTO DE LOS SÍNTOMAS ANTES DE PADECER UN ICTUS

ENRIQUE VÁZQUEZ HERNÁNDEZ, ROCÍO MARCO RODRÍGUEZ, NOELIA CRUZ GUIRADO

INTRODUCCIÓN: El ICTUS puede llegar a crear una discapacidad e incluso la muerte. Es un problema neurológico agudo que provoca una enfermedad cerebrovascular, como un infarto o hemorragia. La gravedad del ICTUS es tan grande que es importante concienciar y educar a la población en qué consiste este problema y qué tiene que considerar como una emergencia médica, explicándoles cuales son los síntomas previos a un ICTUS.

OBJETIVOS: Analizar los síntomas previos a padecer un ICTUS.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como Redalyc y MedlinePlus. Se recogen textos científicos sobre accidente cerebrovascular, signos y síntomas.

RESULTADOS: Los principales síntomas antes del ICTUS son: debilidad o adormecimiento de una parte del cuerpo o su mitad, como la cara, la pierna o el brazo. Dificultad para hablar, entender palabras o pronunciarlas y confusión. Pérdida repentina de visión de visión, tanto en un ojo como en los dos. Tiene una dificultad repentina de caminar, pérdida de coordinación o inestabilidad. Dolor de cabeza súbita e intensa.

CONCLUSIÓN: Existe la evidencia científica que manifiesta los principales síntomas que presenta una persona, que indica que posiblemente sea una emergencia médica ya que se está produciendo un ICTUS. Los síntomas más importantes son la debilidad de un parte del cuerpo, la dificultad para hablar y la pérdida de visión.

PALABRAS CLAVE: SINTOMAS, ICTUS, ENFERMEDAD, MANIFESTACION.

HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO-TEMPOROPARIETAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARGARITA CEÑAL BERJANO, LOURDES GARCÍA FRANCO, VERÓNICA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ZAIRA DEL COUZ PELÁEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 70 años. Casado. Jubilado de una fábrica. NAC. HTA, dislipemia, dispepsia, fiebre reumática a los 9 años, cólicos nefríticos por nefronilitiasis, gonartrosis bilateral, cardiopatía hipertensiva, cervicoartrosis. IQ: menisco, herniorrafia inguinal izquierda. Se recibe aviso a través del 112 por varón precipitado de una escalera de unos dos metros de altura. A la llegada el paciente presenta un traumatismo craneoencefálico sin pérdida de conocimiento. Refiere dorsalgia intensa. No tiene focalidad neurológica, no disnea y no dolor torácico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Glasgow 15/15. Eupneico. Pupilas isocóricas normoreactivas. Movimientos oculares sin alteraciones. No otorragia. No epistaxis. Scalp frontoparietal. ACP: movimientos ventilatorios bilaterales, ruidos cardiacos rítmicos. Dolor a la palpación en la columna dorsal a nivel interescapular. Abdomen doloroso a la palpación con defensa en vacío e hipocondrio izquierdo. Pelvis estable. Miembros inferiores: sin dolor ni deficit. TAC craneal: en el trayecto de la arteria cerebral media derecha se identifica una imagen nodular ligeramente hiperdensa en la serie basal muy sugestiva de aneurisma secular de 11 mm en el segmento M1. Mínima HSA. TAC torácico: fractura de vértebra T7 afectando a cuerpo vertebra con discreta pérdida de altura y mínimo desplazamiento del muro.

JUICIO CLÍNICO: Hematoma subgaleal fronto-temporoparietal izquierdo. Mínima HSA frontal basal bilateral. Aneurisma secular en segmento M1 de la cerebral media derecha. Fractura T7. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Traumatismo craneoencefálico. Policontusiones.

PLAN DE CUIDADOS: Se sutura scalp. Se coloca corsé que deberá utilizar cuando se encuentre en bipedestación. Se deriva a neurocirugía para valoración de aneurisma donde se decide junto con el paciente un tratamiento endovascular y se implanta stent intracerebral.

CONCLUSIONES: A menudo se diagnostican patologías desconocidas de manera fortuita, muchas de las cuales tienen mayor transcendencia que el motivo por el que se deriva en un primer momento. En estos diagnósticos un juega un papel importante la casualidad y el azar.

PALABRAS CLAVE: PRECIPITACIÓN, FRACTURA VÉRTEBRA, TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, ANEURISMA.

ICTUS ISQUÉMICO DE PERFIL SUBCORTICAL

MARIA DEL PILAR MIGUEL GALÁN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 62 años sin alergias medicamentosas conocidas que acude al servicio de urgencias refiriendo desde esta mañana mareos con sensación de inestabilidad, sin giro de objetos ni claro componente posicional. Hace 2 horas comienza con parestesias en mano y pie derechos con sensación de pérdida de fuerza y mayor inestabilidad. Tiene antecedentes de hipertensión arterial y diabetes tipo II con mal control metabólico. Ex-fumador desde hace 2 años y consumo ocasional de alcohol.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientado y colaborador. Buen estado general. Eupneico en reposo. Normocoloreado y normohidratado. Neurológicamente presenta un discurso fluido y repetitivo. Nervio motor ocular externo conservado; facial derecho dudoso, con discreta asimetría de pliegues y desviación de la comisura bucal. Fuerza, tono y sensibilidad conservados en miembros superiores y miembros inferiores. Ritmo sinusal a 85 latidos/min. Trazado sin alteraciones de repolarización ni signos de isquemia aguda. Analítica sin valores a destacar. Se decide realización de TAC urgente donde se observa una pequeña área hipodensa en el brazo anterior de la cápsula blanca interna izquierda, en relación con lesión isquémica subaguda/ crónica. No se observa sangrado intra ni extracraneal, efecto masa ni desviación de la línea media. Hipodensidad de la sustancia blanca periventricular en relación con patología crónica de pequeño vaso.

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hematoma subdural o epidural. Enfermedad de Mennière. Tumor / absceso cerebral.

CONCLUSIONES: El ICTUS es la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad. Las unidades de ICTUS son una importante contribución al tratamiento rehabilitación de estos pacientes. Para un mejor desenlace hay que destacar los protocolos extendidos a la población y a los profesionales de la salud que, junto con pruebas de imagen que tenemos al alcance hacen posible un diagnóstico diferencial temprano, fundamental para un posterior tratamiento que mejorará de forma significativa la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, TRASTORNOS CEREBROVASCULARES, INFARTO CEREBRAL, CEREBRO.

DIPLEJIA BRAQUIAL BILATERAL SECUNDARIA A SIRINGOMIELIA EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD

LUCÍA PILAR SALAG RUBIO, HELENA BERMEJO RUIZ, ISABEL PEREZ LOZA, NOELIA MUÑOZ VADILLO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 67 años sin antecedentes personales de interés. Consulta por incapacidad súbita para la elevación de ambos miembros superiores. En días previos había presentado dolor cervical y parestias en ambas manos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración presentaba déficit motor con imposibilidad para la elevación y abducción extremidades superiores. Abolición bilateral de reflejos tricipital, bicipital y estiloradial. Sensibilidad propioceptiva conservada; sensibilidad termoalgésica alterada en antebrazos. Resto de exploración anodina. Se realizó resonancia magnética que evidencia hidromielia desde C2 a C6 y cambios degenerativos cervicales con estenosis foraminal.

JUICIO CLÍNICO: Diplejia braquial bilateral secundaria a siringomielia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Malformación Chiari tipo I, esclerosis lateral amiotrófica, procesos neoplásicos medulares.

PLAN DE CUIDADOS: Se remitió a neurocirugía para valoración, optándose por manejo conservador. Tras tratamiento rehabilitador, presentó mejoría del déficit motor y a nivel radiológico.

CONCLUSIONES: La siringomielia es la presencia de cavidades quísticas en la médula espinal. Su incidencia es 8,4 casos/año/100.000 Personas. El 90% se asocian con malformación de Chiari tipo I. Pero también puede deberse a otras malformaciones congénitas, procesos infecciosos, inflamatorios, neoplásicos, postraumáticos o idiopáticos. La mayoría de las lesiones se sitúan entre C2 y T9. Los síntomas suelen ser de inicio insidioso y curso progresivo. Hay gran variabilidad clínica, puede cursar con ausencia de síntomas, síntomas inespecíficos o signos neurológicos graves. A veces, el inicio es brusco tras una hiperextensión del cuello. Puede aparecer cefalea occipital, cervicgia y vértigos. Así como debilidad y espasticidad en extremidades, alteraciones esfinterianas, apneas, disartria, disfonía y disfagia, bradicardia sinusal, síndrome cerebeloso, síndrome centromedular como en el caso de nuestro paciente con arreflexia e hipoestesia disociada suspendida en tronco o extremidades. El diagnóstico se establece mediante resonancia magnética. En cuanto al tratamiento quirúrgico, está indicado ante deterioro neurológico o dolor intratable.

PALABRAS CLAVE: DIPLEJIA BRAQUIAL, SIRINGOMIELIA, MALFORMACIÓN CHIARI TIPO I, MIELOPATÍA CERVICAL.

HIDROCEFALIA SECUNDARIA A NEOFORMACIÓN EN ÁNGULO PONTOCEREBELOSO DERECHO

HASSANIA EL MESSAOUDI KHARBOUCH, URSULA PEDRINACI GARCIA, YAHIZA JIMENEZ SALAH

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 72 años comienza con un cuadro de bradipsiquia, lenguaje escaso y desconexión del medio, después de unos días de evolución la familia decide trasladarla al servicio de urgencias en ambulancia. Antecedentes de diabetes mellitus, HTA, hiponatremia, colecistectomía y dificultad para caminar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: **EXPLORACIÓN:** Paciente consciente, con tendencia al sueño, visibilidad muy reducida, no habla, no paresias, no clínica respiratoria ni fiebre. **TAC:** se visualiza hidrocefalia con aumento de tamaño ventricular y posible lesión en fosa posterior. **RM:** neoformación en ángulo pontocerebeloso derecho con afectación de tronco cerebral así como una hidrocefalia severa supraventricular con trasudado transependimario. **Tx tórax:** infiltrado basal derecho.

JUICIO CLÍNICO: Neoformación en ángulo pontocerebeloso derecho. Hidrocefalia. Infiltrado basal derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La hidrocefalia puede ser secundaria de varias patologías, como hidrocélulas secundarias a hemorragia intraventricular, quiste coloide del 3 ventrículo. Con las pruebas y los medios existentes actualmente podemos llegar a un correcto diagnóstico.

PLAN DE CUIDADOS: Reposo absoluto. Colocación de válvula ventriculoperitoneal. Curas y retirada de sutura en su centro de salud.. Dada la mejoría se decide su alta hospitalaria con petición urgente en consultas de neurocirugía de otro hospital de referencia.

CONCLUSIONES: Con la colocación del drenaje se consiguió controlar la hidrocefalia, la paciente mejoró clínicamente, dado que su ingreso posterior era sólo para ser trasladada a su hospital de referencia para manejar el tumor, la paciente es dada de alta por falta de camas.

PALABRAS CLAVE: CEREBRAL, MASA, NEO, LÍQUIDO.

EVIDENCIA CIENTÍFICA EN NEUROPLASTICIDAD PARA PACIENTES AFECTADOS POR ICTUS

GEMMA GONZALEZ CAZALILLA, LAURA PORRAS BRAOJOS, ESTHER ORTIZ MORENO

INTRODUCCIÓN: Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año casi 120.000 Personas sufren un ICTUS en España, de los cuales la mitad quedan con secuelas discapacitantes o fallecen. El ICTUS es la principal causa de daño adquirido, se produce por la interrupción del flujo sanguíneo en alguna zona del cerebro, que provoca la pérdida de alguna capacidad asociada a esa zona del cerebro. La clasificación más sencilla es la lo clasifica en isquémico o hemorrágico. La neuroplasticidad cerebral es la adaptación del sistema nervioso central, para minimizar los efectos de las alteraciones estructurales o fisiológicas, sea cual fuere la causa originaria.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica existente sobre neuroplasticidad en la recuperación de pacientes afectados por ICTUS.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como: Cuiden, Cochrane Library, Pubmed y Scielo. Los términos empleados para la búsqueda fueron: ICTUS, neuroplasticidad, rehabilitación, riesgos. Se utilizaron como criterios de inclusión, revisiones bibliográficas, estudios cualitativos y cuantitativos. En español e inglés. Hemos seleccionado 12 artículos de 20 encontrados.

RESULTADOS: Según la bibliografía consultada en los últimos años se están probando nuevas técnicas de rehabilitación de estos pacientes basadas en la neuroplasticidad de nuestro cerebro. Estas terapias, como la terapia del movimiento inducido por constricción del lado sano o la marcha en cinta rodante con suspensión parcial del peso corporal, la terapia asistida por robots y el entrenamiento con sistemas de realidad virtual, inducen la plasticidad neuronal y por consiguiente facilitan la recuperación funcional del paciente.

CONCLUSIÓN: Se ha demostrado que las nuevas terapias basadas en la estimulación de la neuroplasticidad, obtienen buenos resultados, aunque hacen falta más estudios para asentar las indicaciones sobre las mismas.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, NEUROPLASTICIDAD, REHABILITACIÓN, RIESGOS.

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ISABEL MARÍA JÓDAR LÓPEZ, KIMBERLEY BUZZACCARINI, IRENE BUSTOS FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: La hipertensión intracraneal es un incremento en la presión hidrostática del interior de la cavidad craneal. Cuando la presión intracraneal aumenta, se produce hipoxia por disminución de la perfusión cerebral y aumenta el riesgo de hernia cerebral. Puede aparecer alteración de la consciencia si la presión intracraneal continúa aumentado como la triada de Cushing (hipertensión intracraneal, bradicardia y alteraciones respiratorias).

OBJETIVOS: Determinar las causas y los cuidados de enfermería en el paciente con Hipertensión Intracraneal.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de información (revisión bibliográfica) en diferentes bases de datos de ciencias de la salud: Lilacs, Scielo y Cochrane. De todos los artículos revisados en las bases se seleccionaron un total de 10 artículos, aquellos considerados de mayor idoneidad y que mejor se ajustaron al tema objeto de estudio.

RESULTADOS: Las causas más comunes para desarrollar hipertensión intracraneal serían las siguientes : Hidrocefalia, Hemorragias y Hematomas, Obstrucción de grandes vasos y el Edema causado por traumatismos que aumentan el volumen cerebral. Los cuidados de enfermería irán encaminados a elevar el cabecero de la cama evitando la flexión del cuello, mantener reposo absoluto evitando maniobras que eleven la presión arterial como toser, vomitar.... Fomentar un ambiente tranquilo evitando la sobreestimulación del paciente, si el paciente está monitorizado habrá que controlar la presión intracraneal valorando el patrón respiratorio del paciente ya que la hipercapnia y la hipoxemia favorecen el aumento de la PIC. El manejo de fluidos corporales también está indicado en pacientes con HIC.

CONCLUSIÓN: La hipertensión intracraneal es una emergencia médica, si no se resuelve el cuadro puede producirse daños neurológicos e irreversibles. Por lo tanto, es fundamental una actuación rápida por parte del personal sanitario.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL, CAUSAS, ENFERMERÍA, CUIDADOS.

EFFECTOS DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

VERONICA DIAZ SOTERO, OLGA MARTINEZ BUENDIA, MARIA DEL CARMEN GARCIA CASTRO

INTRODUCCIÓN: La esclerosis múltiple es un trastorno autoinmune que afecta principalmente al sistema nervioso central. Esta enfermedad afecta comúnmente a mujeres que están en edad fértil. Algunas investigaciones sobre la enfermedad muestran que el embarazo tiene efectos clínicos e inmunológicos positivos en la esclerosis múltiple.

OBJETIVOS: Conocer las relaciones entre embarazo y esclerosis múltiple. Identificar los efectos de la esclerosis múltiple sobre el embarazo.

METODOLOGÍA: Se realiza revisión bibliográfica en bases de datos como Cuiden, Medline, Scielo y Pubmed, en el período 2010--2017, encontrando 34 artículos. Los descriptores de salud empleados han sido: “esclerosis”, “embarazo”, “fertilidad” y “complicaciones”.

RESULTADOS: El embarazo no es un problema para la esclerosis múltiple (EM), sino que tiene un efecto beneficioso. Además las mujeres con esclerosis múltiple, no corren el riesgo de preeclampsia, problemas hipertensivos del embarazo y ruptura prematura de las membranas. Asimismo el embarazo puede tener una función protectora disminuyendo los brotes de la enfermedad en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Pueden aumentar las recaídas en el postparto. Se aconseja en el abandono del tratamiento farmacológico para la esclerosis múltiple antes de la concepción o inmediatamente al conocer la mujer que está embarazada por sus efectos secundarios y teratógenos.

CONCLUSIÓN: Las mujeres con esclerosis múltiple no tienen ninguna contraindicación para quedarse embarazadas, siempre y cuando lo deseen y cesen el tratamiento farmacológico antes de concebir. La enfermedad no tiene efectos sobre la lactancia, se ha demostrado que la lactancia estricta reduciría el riesgo de recaídas post parto. Se recomienda lactancia materna exclusiva los 3 primeros meses del postparto a las mujeres que tienen una enfermedad estable en el año previo a la gestación.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS MÚLTIPLE, EMBARAZO, FERTILIDAD, COMPLICACIONES.

VARÓN GERIÁTRICO CON ALTERACIONES AGUDAS DEL COMPORTAMIENTO

CARMEN PORRAS ARBOLEDAS, MARIA DOLORES MANJON RODRIGUEZ, JUSTO MARTÍNEZ COLMENERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 81 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con Antecedentes Personales de HTA, D Mellitus tipo 2, EPOC con oxigenoterapia domiciliaria e Insuficiencia Renal Crónica Ingresa por cefalea y alteraciones del comportamiento de curso progresivo, de 3 días de evolución. No fiebre ni ninguna otra sintomatología acompañante.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y desconectado del medio con agitación psicomotriz, afebril, cianótico y con dudosa rigidez de nuca. ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia, con murmullo vesicular conservado. Abdomen: depresible, no doloroso a la palpación profunda, sin signos de peritonismo. MMII: sin edemas ni signos de TVP * ANALÍTICA: Hemograma: 24400/ mm3 leucocitos con 93% PMN, Plaquetas: 128000 /mm3. Coagulación: Dímero D: 4.5 Bioquímica: Glucosa: 293 mg/dl, Creatinina; 1.10 Mg/dl, Sodio: 127 mEq/l, PCR: 288, VSG: 39 mm/h. Procalcitonina: 20.5. A, Láctico: 5.83 * LCR: Glucosa: 117, hematíes: 11400, leucocitos: PMN: 47%, Linfocitos: 53%. Serología: PCR virus y bacterias: negativos. GRAM LCR: Coco-bacilos G + * Hemocultivos: Positivo para Listeria Monocytogenes.

JUICIO CLÍNICO: Meningitis por listeria monocytogenes. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Demencia: El inicio es insidioso y en su evolución se mantiene o empeora el deterioro cognitivo. Tumores cerebrales: obnubilación, labilidad emocional, cambios emocionales de forma brusca y muy rápida como agresividad e irritabilidad. Alteraciones de causa yatrogénica: benzodiacepinas, Barbitúricos, Neurolépticos, Anticonvulsivantes, etc.

PLAN DE CUIDADOS: Administración del tratamiento prescrito. Monitorizar los signos vitales. Registro de la Escala de Glasgow, como indicador de la evolución neurológica del paciente. Cuidados generales para un paciente encamado.

CONCLUSIONES: La meningitis por Listeria Monocytogenes afecta fundamentalmente a pacientes inmunodeprimidos o con comorbilidad y a pacientes con edad avanzada, aunque puede ocurrir en ausencia de factores de riesgo. Clínicamente no se diferencia de otras causas de meningitis, pero el estudio inicial del LCR puede sugerirla.

PALABRAS CLAVE: SALUD, TRATAMIENTO, EDAD AVANZADA, CEFALEA, INFECCIÓN, AGITACIÓN.

IMPORTANCIA DEL CÓDIGO ICTUS: ATENCIÓN UNIFICADA

PATRICIA ESCALONA CONTRERAS, CRISTINA CHAVES GASOL, EVELYN MAYAR ALCARAZ, MARIA PILAR MÉRIDA GALÁN, SANDRA MECERREYES MARTIN, MARIA TABOADA SOLE, ROSER BELLOSTES CARDIEL, LAURA PUIG GARCIA, JAVIER GILI ZAKI, SILVIA TORRES GÓMEZ, LAURA GOMEZ PORTA, MAGDALENA CALZADA MORE

INTRODUCCIÓN: Se define ictus como todo aquel signo clínico de déficit focal o global con síntomas que persisten durante 24 horas o más. Es un problema asistencial complejo y creciente. Debido a la importancia de la detección y actuación precoz de acv es necesario tener un protocolo de actuación que disminuya la morbilidad. El entrenamiento del personal de urgencias y la coordinación con la asistencia extra hospitalaria es vital para una atención de calidad.

OBJETIVOS: Conocer el protocolo establecido para desarrollar una mejor reacción a la hora de actuar en un código ictus en el servicio de urgencias.

METODOLOGÍA: Revisión empírica de bibliográfica publicada.

RESULTADOS: El ingreso del enfermo en una unidad de ictus ,reduce la mortalidad y la dependencia posterior del paciente.

CONCLUSIÓN: Es muy importante que el equipo tenga muy claro que tratamiento realizar en estos casos y la coordinación total con el equipo extra hospitalario.

PALABRAS CLAVE: CODIGO ICTUS, PROTOCOLO, UNIFICACIÓN, PRECOZ.

DOLOR Y PÉRDIDA DE FUERZA EN MIEMBROS INFERIORES

JULIANA LISSET CADENA MORA, MARÍA JOSÉ NAVARRO ALONSO, MARÍA MARTÍNEZ LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 76 años de edad con APP de DM, HTA y artropatía controladas. Consulta previa en atención primaria en 3 ocasiones por dolor en miembros inferiores, “hoy no se mueve de la cama”; decaimiento marcado en las últimas 48 horas, dificultad para deambular, dolor intenso en rodillas y zona lumbosacra, malestar general, disnea y cefalea. Días antes consulta por hipo que se trata con Clorpromacina con mejoría parcial, así como cuadro respiratorio banal que se trato de forma sintomática 2 semanas previas. Se evidencia debilidad muscular e hiporeflexia por lo que se deriva para estudio en atención especializada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientado, decaimiento marcado, marcha inestable. Limitación de la deambulación por dolor articular en rodilla y caderas, así como en zona lumbosacra. Debilidad en extremidades, predominio inferior. Hiporeflexia tendinosa profunda, dismetría de miembros inferiores y disdiadococinesia. Leve disartria. Murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales. No signos de dificultad respiratoria. Pruebas complementarias: hemograma con ligera desviación a izquierda. Leve eosinofilia. Rayos de tórax: reforzamiento de hilios pulmonares sin áreas de condensación. LCR: aspecto claro, glucosa baja, células escasas, proteínas altas. RM lumbar con cambios osteodegenerativos no específicos propios de la edad y TAC craneal normal.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de GUILLAIN-BARRÉ. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Otras Neuropatías Inflamatorias; Enfermedad De LYME; Enfermedad de HODGKIN. Enfermedad Cerebrovascular. Amiotrofia Diabética. Osteoartritis Lumbosacra. Trastorno Psicogénico.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico Precoz. Tratamiento De mantenimiento en UCI y Plasmáferesis. Rehabilitación Precoz.

CONCLUSIONES: Esta enfermedad puede manifestarse de diversas formas, muy incipiente e inespecífica en las primeras etapas, lo que dificulta su diagnóstico. Es importante pensar en ella ante el antecedente de cuadro infeccioso reciente. De esto dependerá el éxito del tratamiento y la recuperación del paciente. Aunque nos podemos apoyar en pruebas clínicas es una entidad con un diagnóstico fuertemente clínico, en el que la habilidad para no dejarla escapar evita las consecuencias graves que puede ocasionar.

PALABRAS CLAVE: DOLOR MUSCULAR, MIALGIAS MIEMBROS INFERIORES, DEBILIDAD MUSCULAR, POLINEUROPATIA, GUILLAIN-BARRE.

DESCRIPCIÓN DE UN ICTUS POR DISECCIÓN ARTERIAL TRATADO CON TROMBECTOMÍA MECÁNICA CON EXCELENTE RESULTADO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 54 años que levantándose bien fue encontrado al momento por un familiar sin poder hablar e imposibilidad para movilizar extremidades derechas. Avisaron a los servicios de urgencias activándose el código ictus con el correspondiente traslado al hospital. A su llegada fue valorado por neurología constatándose un déficit que puntuaba en la NIHSS 20 puntos. No tenía antecedentes personales de interés y no tomaba ningún tratamiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Al ingreso poco reactivo a estímulos, mutista, facial central derecho, plejía completa de extremidades derechas con hipoestesia en dicha localización y un Babinski ipsilateral. Hospitalizado tras el tratamiento asintomático. El angioTSA/PW y TC craneal mostró oclusión cervical de la carótida interna secundaria a disección con oclusión en tándem de la T carotídea. El trombo se extendiendo por todo el segmento M1 hasta M2 proximal. Recibió tratamiento fibrinolítico con posterior trombectomía aspirando trombo. Se logró extraer gran cantidad consiguiéndose recanalizar. La disección se manejó de forma conservadora y recanalizó espontánea posterior. La resonancia craneal mostró a posteriori lesiones isquémicas en ganglios basales izquierdo y parietal ipsilateral de ese territorio.

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico con infarto en territorio de la arteria cerebral media. Oclusión secundaria a disección de carótida interna izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ante un cuadro clínico de estas características cabe poco diagnóstico diferencial. Es fundamental la activación del código ictus y su urgente traslado al hospital. Precisa valoración por neurología para descartar los llamados stroke mimics (crisis comiciales, infecciones, síncope, tumores, dolores de cabeza, etc) y una neuroimagen urgente.

CONCLUSIONES: Un infarto cerebral es una urgencia médica y debe manejarse dentro de los protocolos del código ictus. La valoración neurológica es fundamental. Existen tratamientos como son la fibrinólisis (menos 4.5H evolución cuando esté indicada), y la trombectomía en este caso al existir trombo.

PALABRAS CLAVE: INFARTO CEREBRAL, ICTUS, CÓDIGO ICTUS, DISECCIÓN ARTERIA, TROMBECTOMÍA MECÁNICA.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO DE CEFALEA HÍPNICA CON EXCELENTE RESPUESTA A CAFEÍNA Y MELATONINA

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 67 años que acudió por dolor de cabeza holocraneal, opresiva, no pulsátil y escasas horas de duración. Intensidad del dolor moderada fuerte en escala verbal, siempre le sucedía de madrugada, casi todas las noches desde hace años. Mejoraban unos treinta minutos tras levantarse. Si volvía a acostarse podía reaparecer pero sólo si se dormía, no estando despierta tumbada. No rinorrea, obstrucción nasal, ni ptosis. Le habían prescrito previamente flunaricina que fue ineficaz. Tomaba melatonina previamente porque le aliviaba. Se introdujo cafeína como parte del tratamiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración fue normal. La analítica general fue normal. El TAC y la RMN craneal no mostraron hallazgos significativos. El estudio neurosonológico también fue normal.

JUICIO CLÍNICO: Cefalea hípica primaria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Es una cefalea sorda que cumple los criterios B-D. B. Al menos dos de las siguientes: ocurre >15 veces al mes, dura 15 min o más después del despertar u ocurre por primera vez después de los 50 años. D. No hay síntomas autonómicos asociados, y no aparece más de uno de los siguientes: náuseas, fotofobia o sonofobia. Tampoco se puede atribuir a otro proceso. Existen sólo algunos casos secundarios publicados en la literatura: infarto pontino, meningioma de fosa posterior, microadenoma, macroadenoma hipofisario, apnea del sueño y malformaciones vasculares.

CONCLUSIONES: Se trata de una cefalea primaria por definición, aunque es necesario descartar causas secundarias. Clásicamente tiene respuesta a litio, cafeína, indometacina y flunaricina. En nuestro caso la respuesta fue excelente con la toma de cafeína y la melatonina.

PALABRAS CLAVE: CEFALEA HÍPNICA, DOLOR DE CABEZA, NOCTURNA, CAFEÍNA, MELATONINA.

LA IMPORTANCIA DE EXPLORAR LA PIEL

BEATRIZ GUERRERO BARRANCO, ANTONIO JAVIER MARTÍNEZ MOLEÓN, DIEGO ÁMEZ RAFAEL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 33 años que acude por cuadro de desconexión del medio, acompañado de movimientos tónico-clónicos y estado postcrítico posterior. A su llegada presenta nuevo episodio similar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración: Buen estado general. Consciente orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. En piel y mucosas destaca manchas café con leche que refiere presentar desde hace años, con neurofibroma en hemitórax derecho. Auscultación rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. Neurológico sin focalidad. Se solicita: Analítica normal. Orina normal. Rx tórax: imagen hiperdensa en 4o arco costal correspondiente a neurofibroma a ese nivel. TAC craneal sin patología. Ante los hallazgos se decide valoración por Neurología, con diagnóstico de Neurofibromatosis tipo I con crisis epilépticas como debut. Se pauta tratamiento con oxcarbamacepina y se cita para completar estudio.

JUICIO CLÍNICO: La Neurofibromatosis tipo I (NF1), denominada previamente enfermedad de Von Recklinghausen, es una enfermedad genética, progresiva y multisistémica, con afectación predominante de la piel y el sistema nervioso. Se considera una de las enfermedades genéticas dominantes más frecuentes.

CONCLUSIONES: Los dos signos mayores de la NF1 en los cuales se basa su diagnóstico son: manchas café con leche y los neurofibromas dérmicos (que aparecen en la piel o justo debajo de ésta). Los nódulos de Lisch son la tercera característica, pero estos no pueden ser vistos normalmente a simple vista. Otras manifestaciones que se dan en la NF1 pero en menor frecuencia es la corta estatura y la macrocefalia. Las complicaciones que se pueden presentar en esta enfermedad son: neurofibromas plexiformes, la malignización de las lesiones, dificultades en el aprendizaje, tumores del sistema nervioso, y por último, la epilepsia, como es el caso de nuestro paciente.

PALABRAS CLAVE: NEUROFIBROMATOSIS, CONVULSION, MANCHAS, SISTEMICA.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA

ESTHER GUIADO GARCIA, FÁTIMA NAYARA GARCÍA AFONSO, ISABEL HERNANDEZ MARTIN

INTRODUCCIÓN: La epilepsia es una afectación neurológica en los que agrupaciones de células nerviosas cerebrales, se encargan de transmitir distintas señales de una forma errónea y por consiguiente causan crisis epilépticas y/o ataques. La epilepsia tiene distintas fases, crisis y gravedad en cada una de ellas. Cualquier persona es capaz de desarrollar dicha enfermedad, no hay nadie exento de ella.

OBJETIVOS: Determinar la actuación de personal sanitario más eficaz ante una crisis epiléptica en una unidad hospitalaria.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos científicas Cochrane, Fistera y Pubmed. Se utilizaron los descriptores: “Epilepsia”, “crisis epilépticas”, “neurología” y “antiepilépticos”. De un total de 90 referencias encontradas, se seleccionaron 21 para su posterior análisis. El idioma utilizado fue el castellano. El periodo del estudio abarca entre el año 2012 y la actualidad.

RESULTADOS: Los resultados demostraron que la manera más eficaz para tratar y saber reaccionar ante una crisis epiléptica es la actuación en equipo, siempre y cuando se sigan una serie de protocolos para poder combatirla. Los protocolos hablan de colocar como primera opción al paciente en decúbito prono con la cabeza de lado, esto hará que evitemos que el paciente pueda taponarse la vía aérea y morderse la lengua. Una vez acabada la crisis se podrá colocar una almohada debajo de la cabeza del paciente para que esté lo más comfortable posible. Una cosa muy importante es controlar la duración de la crisis, este dato podrá orientarnos sobre el daño ocasionado.

CONCLUSIÓN: Las conclusiones que llevamos a cabo tras el estudio realizado son, el temor de la sociedad ante la palabra “epilepsia”. Es un papel muy importante el del personal sanitario, ya que nuestros conocimientos podrán orientar al familiar o conocido del paciente a desenvolverse de una manera más eficaz si sucede alguna crisis presenciada por el/ellos.

PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA, CRISIS EPILÉPTICA, NEUROLOGÍA, ANTIEPILEPTICOS.

ANSIEDAD EN JOVEN CON DIFICULTAD PARA TENER UNA BUENA CALIDAD DE VIDA

LORENA RAMOS TORNERO, JAVIER CAMACHO MUÑOZ, ELENA RUCIERO BERNAL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 30 años, profesora, acude a consulta de enfermería por presentar síntomas de ansiedad generalizada que le dificultan desarrollar las actividades de la vida diaria y su carrera laboral. Se muestra irritable e inquieta. No presenta antecedente ni enfermedades de interés. No alergias medicamentosas. No refiere tener hábitos tóxicos ni seguir ningún tratamiento farmacológico. Refiere que tanto su padre como su madre son hipertensos. Padece insomnio, duerme como mucho 5 horas al día, lo que le produce cierto cansancio por las mañanas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Constantes vitales dentro de la normalidad. Se muestra muy intranquila por no poder conciliar el sueño, así como referir que no puede llevar adelante su vida laboral y ni su vida cotidiana con total normalidad.

JUICIO CLÍNICO: Ansiedad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos recogidos, el diagnóstico más adecuado según la taxonomía NANDA es: Ansiedad, ya que se muestra irritable e inquieta por la situación que vive, aunque no podemos dejar de lado el diagnóstico de Insomnio.

PLAN DE CUIDADOS: NOC 0004 Sueño Horas de sueño Dificultad para conciliar el sueño 1211 Nivel de ansiedad Inquietud Ansiedad verbalizada NIC 5820 Disminución de la ansiedad Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

CONCLUSIONES: La paciente manifiesta haber conseguido disminuir gradualmente su estado de ansiedad y sentirse más relajada, mejorando la conciliación de su sueño y despertándose más descansada por las mañanas, gracias a la realización de actividades placenteras que le ayudan a reducir la tensión (caminar, nadar, leer y escuchar música) y a la expresión de sentimientos y preocupaciones sentidas durante las citas con enfermería, además de la toma de un hipnótico pautado por su médico de atención primaria.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, INSOMNIO, INQUIETUD, IRRITABILIDAD.

POLINEUROPATÍA INFLAMATORIA AGUDA: SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

FERNANDA CHACÓN RECHE, LUCIA RISUEÑO BONILLA, MARIA DEL CARMEN LLORIS MORALEJA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 77 años, que acude a Urgencias del Centro de Salud por segunda vez en menos de 24 horas por cuadro de debilidad con disminución de fuerza de MMII en ascenso progresivo hasta afectar a MMSS de forma bilateral. Hace 10 días tuvo cuadro de deposiciones diarreicas junto a febrícula, que cedió hace 3 días. AP: NAMC. Fibrilación auricular, anticoagulado con Dabigatrán. Ictus isquémico en 2014, sin secuelas destacables HTA.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: EF: TA 109/72, FC 109, SatO₂ 94% REG. Palidez cutáneo-mucosa. Levemente deshidratado. Exploración. Neurológica: Consciente, orientado y colaborador. PINR. MOEC. Glasgow 15/15. Fuerza severamente disminuida en los cuatro miembros, con balance 0/5 en MMII y 1/5 en MMSS. Reflejos disminuidos en las cuatro extremidades. ACR: tonos arrítmicos, sin soplos. MVC. Sin ruidos patológicos. Abdomen: blando, no doloroso. PC: Analítica: hb 13,3. VCM 91. Leucocitos 8100, PMN 79% ECG: FA a 103 lpm Rx. Tórax: normal TAC craneal: lesión isquémica crónica occipito-parietal izquierda. EMG: hallazgos neurofisiológicos compatibles con polirradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante aguda (Síndrome de Guillain Barré), con importante componente axonal asociado y afectación muy severa tanto de las fibras sensitivas como motoras.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Guillain Barré, tetraparesia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Accidente cerebrovascular, Polineuropatía infecciosa inflamatoria, Encefalitis, Meningitis, Enfermedad neurodegenerativa, Deshidratación tras proceso de GEA, proceso neoplásico.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente se traslada al Hospital de referencia donde es ingresado a cargo de Neurología y se inicia tratamiento con inmunoglobulinas iv. Tras 2 meses de hospitalización, se inicia rehabilitación, con mal pronóstico en este caso.

CONCLUSIONES: El SGB es un trastorno autoinmunitario que cursa con desmielinización de las fibras nerviosas. Puede aparecer a cualquier edad y se desconoce la causa exacta. Puede ocurrir tras infecciones bacterianas o virales. El pronóstico es variable según el caso, precisando frecuentemente tratamiento rehabilitador a largo plazo y apoyo psicológico profesional, donde el papel del médico de Familia es fundamental.

PALABRAS CLAVE: POLINEUROPATÍA, DEBILIDAD, PARÁLISIS, SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ, INFECCIÓN, INFLAMACIÓN.

DOLOR DE HOMBRO Y PÉRDIDA DE FUERZA DE MIEMBRO SUPERIOR

RAFAEL CASTILLO REINA, MARIA DE LOS ANGELES TOBOSO CAMPOS, MARINA DE LA CASA PONCE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 82 años que consulta por dolor de hombro izquierdo desde hace varios meses. Refiere dolor de características mecánicas e inflamatorias, despertándolo en ocasiones por las noches. No obtiene alivio con paracetamol ni metamizol ni tramadol. No puede tomar antiinflamatorios por patología vascular cerebral previa. Ante la falta de mejoría se llevan a cabo dos infiltraciones intraarticulares de corticoides, una por vía lateral y otra por vía posterior, en el plazo de cuatro semanas, sin clara mejoría clínica. Se deriva a Traumatología para valoración, donde le dan alta con parches de fentanilo 25 mcg y gabapentina 300 mg. El paciente sufre deterioro progresivo de su calidad de vida, con empeoramiento del dolor y aparición de pérdida de fuerza en brazo izquierdo con déficit sensitivo asociado, motivo por el que acuden a Urgencias de Hospital de referencia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En consulta: Inspección normal, sin deformidad ni inflamación. No rubor ni aumento de temperatura. No postura antiálgica. Movimientos activos libres, con dolor a la exploración en grados máximos de rotación. No hay arco doloroso. Movimientos pasivos poco valorables porque el paciente no relaja la musculatura por completo. Movimientos resistidos dolorosos a la exploración del supraespinoso, fundamentalmente. Rx hombro: Discreta artrosis acromioclavicular sin otras alteraciones. En Urgencias: Déficit motor en miembro superior izquierdo a expensas de extensores del codo, dorsiflexores de la muñeca y abductores de los dedos. Resonancia Nuclear de Columna Cervical: Tumor intradural y extramedular a nivel de C3-C4 que comprime cordón medular sugestivo de tumor de vaina nerviosa tipo Schwannoma o neurofibroma. Protusión discal difusa en C3-C4, C4-C5, C5-C6 y C6-C7 sin compromiso aparente de estructuras mieloradiculares.

JUICIO CLÍNICO: Neurinoma C3-C4 Mielopatía cervical compresiva secundaria. **PLAN DE CUIDADOS:** El paciente ingresa a cargo de Neurocirugía para intervención quirúrgica programada.

PALABRAS CLAVE: DOLOR DE HOMBRO, LESIONES DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES, ANESTESIA LOCAL, NEURILEMOMA.

TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES Y TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE EMISIÓN MONOFOTÓNICA EN LA EPILEPSIA

MARTA LUQUE GARCIA, LETICIA DELGADO ARRONIZ, MARIA MILAGROS ARRONIZ GALLEG0

INTRODUCCIÓN: La epilepsia es uno de las enfermedades neurológicas crónicas más comunes, padeciéndola un 1-2% de la población. En los casos en los que el tratamiento farmacológico no reporta buenos resultados la mejor opción es el tratamiento quirúrgico que consiste en la escisión de la zona que origina la crisis, zona epileptógena.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía reciente acerca del uso de pet y spect en la epilepsia.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Cuando nos encontramos con varios focos o displasias corticales que no quedan bien definidas por medio de RM o éstas zonas no coinciden con la localización que nos da la v- EEG el uso de técnicas de neuroimagen (PET y SPECT) nos van a proporcionar una mejor ubicación de las zonas generadoras de crisis epilépticas antes de la cirugía y así obtendremos mejores resultados. Si no utilizamos éstas novedosas técnicas el fracaso en la cirugía es muy alto. Se realizan estudios en dos fases diferentes. Fase interictal: es el período entre crisis convulsivas periodo perictal: el que rodea a la crisis convulsiva.

CONCLUSIÓN: En todas estas situaciones es donde las exploraciones de neuroimagen funcional, como la tomografía por emisión de positrones (PET) y la tomografía por emisión de fotón único (SPECT), pueden aportar información adicional fundamental para localizar la zona epileptógena.

PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE, ZONA EPILEPTÓGENA, PET, SPECT, EXPLORACIONES DE NEUROIMAGEN.

DIAGNÓSTICO EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE EN LA INFANCIA

MARTA LUQUE GARCIA, LETICIA DELGADO ARRONIZ, MARIA MILAGROS ARRONIZ GALLEGO

INTRODUCCIÓN: Del total de casos de epilepsia infantil hay un 25% que no responden a tratamientos farmacológicos. Este tipo de epilepsia se asocia a otros trastornos del desarrollo neurológico e incluso psicomotor. Es lo que llamamos epilepsia farmacorresistente.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca del diagnóstico de epilepsia farmacorresistente en la infancia.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión y análisis de diversas bases de datos y buscadores científicos. Los descriptores utilizados han sido las palabras clave nombradas.

RESULTADOS: En pacientes pediátricos la sensibilidad de la Resonancia Magnética es menor que en adultos, debido a que prevalece la epilepsia extratemporal causadas por displasias corticales, a esto se suma que las de tipo I se muestran con RM normal en un 40% de los casos. Por último la lesión real es en muchos casos mucho mayor que la detectada por RM. Por estos motivos se sugiere que se realicen exploraciones complementarias que ayuden en el diagnóstico especialmente de las lesiones corticales que tienen difícil visualización en niños en los que la sustancia gris y blanca apenas se distingue en la RM. La cirugía no debe retrasarse, ya que cuando se realiza gracias a la plasticidad cerebral, la cirugía de la epilepsia consigue la remisión de las crisis en un 60-70% de los niños, luego es de extrema importancia reconocer de la forma más certera posible la ZE.

CONCLUSIÓN: En estas circunstancias la PET y el SPECT son las mejores técnicas de diagnóstico de las ZE que vamos a extirpar como tratamiento a este tipo de epilepsia.

PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA INFANTIL, EPILEPSIA EXTRATEMPORAL, DISPLASIAS CORTICALES, EPILEPSIA REFRACTARIA, CIRUGÍA TEMPRANA.

ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

TAMARA GÓMEZ LÓPEZ, MÓNICA LÓPEZ MARTÍNEZ, LORENA HERNANDEZ VERDE

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades de la neurona motora son un conjunto de enfermedades debilitantes y progresivas que se caracterizan por la afectación de la primera y/o segunda motoneurona. Siendo la esclerosis lateral amiotrófica la más frecuente en el adulto.

OBJETIVOS: Conocer más sobre la enfermedad de esclerosis lateral amiotrófica.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica con estrategias de búsqueda dirigidas a libros y artículos científicos publicados entre 2010 y 2018. Se emplearon las bases de datos de ciencias de la salud: Cinahl, Cuiden, Medlineplus, Scielo y Dialnet. Los criterios de inclusión fueron artículos que tartan sobre la esclerosis lateral amiotrófica con resumen disponible en inglés o español y publicados entre 2010 y 2018.

RESULTADOS: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central caracterizada por la pérdida progresiva de motoneuronas superiores e inferiores. Esta tiene una incidencia de 1-2 casos por 100.000 Habitantes, siendo la prevalencia en España de 3,5 casos por 100.000 Habitantes. Aún no existe claridad sobre su etiología, siendo la mayoría de los casos de ELA esporádicos, aunque el 5-10 % son de patrón hereditario. La edad media de aparición para ELA esporádica es de alrededor de los 60 años y se ha visto una mayor incidencia en el sexo masculino. Esta enfermedad no tiene cura, y requiere un tratamiento sintomático que es fundamental para aumentar la calidad de vida y supervivencia de los pacientes, siendo el riluzol el único fármaco que ha demostrado prolongar la supervivencia.

CONCLUSIÓN: En la actualidad no se dispone de cura para la esclerosis lateral amiotrófica, es de vital importancia un abordaje multidisciplinar de la enfermedad y la planificación de cuidados para mejorar la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA, INCIDENCIA, PREVALENCIA, TRATAMIENTO.

ANÁLISIS CLÍNICO DE UNA NEURALGIA POSHERPÉTICA CRÓNICA

MARIA DEL MAR HIDALGO CASTELLANO, ELENA ALEJANDRES DEL ROSAL, RAFAELA HINESTROSA ROSAL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 50 años acude al médico tras sentir con tiempo de evolución un dolor en la parrilla costal derecha que cursa con dolor tipo calambrazo y llega a molestar el roce la ropa y del sostén. Refiere dolor al realizar algunos movimientos de tronco e incluso llega a cogerle un poco el brazo del lado. No tiene antecedentes personales anteriores. Se remite a servicio de traumatología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración no mostró ninguna lesión en piel, dolor en la palpación a la altura de la T6 a T9 en la parrilla costal, dolor al cambio de temperatura. Pruebas complementarias: Radiografía, Resonancia magnética.

JUICIO CLÍNICO: Neuralgia posherpética. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Las imágenes de la radiografía no aportó ninguna imagen relevante, en la resonancia se encontró un hemangioma en la T8, se estudió más a fondo pero se comprobó que no alteraba ninguna estructura que pueda provocar el dolor y que era un hallazgo casual que se vigilará pero no tiene ninguna importancia. Al no mostrar las imágenes ninguna imagen relevante se contempla la opción de neuralgia y por las características del dolor se puede asociar a la neuralgia posherpética crónica por como se manifiesta el dolor.

CONCLUSIONES: La neuralgia posherpética es una complicación que se produce tras la presencia de una enfermedad viral que afecta a la piel y se denomina herpes zoster. Produce unas lesiones vesiculares cutáneas (que en este caso no se notado la paciente) acompañadas por dolor que puede continuar en el territorio durante meses o años a pesar de que las lesiones de la piel se han curado; el dolor puede manifestarse como sensación de “toque eléctrico”, “quemantes”. El tratamiento que se prescribe sería antiinflamatorios, antidepresivos, antiepilépticos para controlar los niveles del dolor. Si hay crisis de dolor se podría hacer algún bloqueo epidural de los ganglios parasimpáticos.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, QUEMANTE, CRÓNICO, TOQUE ELÉCTRICO.

CEFALEA Y PTOSIS PALPEBRAL EN BAILARINA

MARÍA ISABEL VILLA GARCÍA, INMACULADA POYATO AYUSO, CARMEN HERRERO RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 40 años con cuadro de cefalea hemicraneal derecha de 3 días de evolución, que no mejora con analgesia. En el último día se acompaña de otalgia y ptosis palpebral derechas. No náuseas ni vómitos. No sonofobia ni fotofobia. AP: NAMC. Intervenida cistoadenoma mucinoso. Tratamiento habitual: sulfato de hierro Realiza ejercicios de baile con movimientos cervicales de repetición.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ACR: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos Abdomen: blando, depresible, no doloroso. MMII: no edemas ni signos de TVP. Neurológica: no presenta déficit focal neurológico: Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad conservadas y simétricas en las cuatro extremidades. (No datos que sugieran sd. Horner) - Analítica: Hemograma y coagulación normales. Bioquímica: destaca colesterol total 217, LDL 126, GGT 54. Proteinograma, PCR, TSH, B12, fólico y autoinmunidad normales. - EDTSA: Sin alteraciones en la porción accesible de la ACID. - Angio-RM cerebral: disminución de calibre de la ACI derecha en toda su extensión, compatible con disección carotídea derecha con estenosis de aproximadamente 50%, con repermeabilización distal. - AngioTC TSA y craneal: afilamiento brusco de la arteria carótida interna derecha a nivel del segmento C1 extendiéndose a C2, de unos 2 cm de longitud. Apareciéndose en RM el signo de la "semiluna". Hallazgos en relación con disección carotídea derecha.

JUICIO CLÍNICO: Disección arteria carótida interna derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Migraña, cefalea en brotes o hemorragia subaracnoidea.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento es médico con antiagregación o anticoagulación.

CONCLUSIONES: La disección de la arteria carótida interna es una de las principales causas de ICTUS en jóvenes (20% en menores de 40 años). La etiopatogenia no está bien conocida pero se admite un origen multifactorial, genético y ambiental. El síntoma más frecuente y precoz es la cefalea. Para su diagnóstico es necesario un alto índice de sospecha, y confirmación mediante eco-Doppler, RMN y angio-RM.

PALABRAS CLAVE: CEFALEA, PTOSIS PALPEBRAL, DISECCIÓN, CARÓTIDA.

CEFALEA EN PUÉRPERA TRAS ANESTESIA EPIDURAL

MARÍA ISABEL VILLA GARCÍA, CARMEN HERRERO RODRIGUEZ, INMACULADA POYATO AYUSO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 27 años que acude a Urgencias por cefalea holocraneal muy intensa de 4 días de evolución, así como dolor a nivel cervical y dorsal y parestesias de MMII sin déficits motor. No vómitos ni náuseas. Afebril. AP: NAMC. Parto eutócico en la semana previa, con anestesia epidural, sin complicaciones Tratamiento actual: no tiene

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No focalidad neurológica. Consciente y orientada. No disartria. No afasia, pupilas isocóricas y normorreactivas. No déficits de pares craneales. Fuerza y sensibilidad conservadas y simétricas en los cuatro miembros. No rigidez de nuca. ACR: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible sin organomegalias. MMII: No edemas ni signos de TVP TAC craneal: Trombosis de senos venosos: longitudinal superior, transverso izquierdo y seno sigmoide de dicho lado. Neumoencéfalo. RM columna completa: sin alteraciones RM cerebral: Trombosis del seno longitudinal superior, seno transverso y sigmoide izquierdo y seno recto. Presencia de contenido aéreo en las astas frontales de los ventrículos laterales. Angio RM-venosa: Persisten defectos de replección en el seno longitudinal y seno recto sin llegar a identificarse el seno transverso y sigmoideo izquierdo sugeriendo de persistencia de trombosis venosa.

JUICIO CLÍNICO: Trombosis de senos venosos cerebrales. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** ACVA, síndromes del seno cavernoso, absceso intracraneal y epidural, empiema subdural, pseudotumor cerebri, meningitis, LES.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento es fundamentalmente médico y se realiza con heparina.

CONCLUSIONES: La trombosis de senos venosos representa alrededor del 0,5% de todos los casos de enfermedad vascular cerebral. Sus principales manifestaciones clínicas son cefalea, déficits focales y crisis convulsivas. La prueba de imagen más sensible y específica es la RM. Tiene una mortalidad del 10%.

PALABRAS CLAVE: CEFALEA, ANESTESIA EPIDURAL, PUÉRPERA, TROMBOSIS SENOS VENOSOS.

HEMORRAGIA INTRACRANEAL EN PACIENTE SIN ADHERENCIA A TRATAMIENTO HIPERTENSIVO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 73 años, antecedentes de hipertensión arterial y diabetes con baja adherencia al tratamiento y sin realizar hábitos higienicodietéticos adecuados. Traslada porque esa misma mañana, su nieto encuentra a la paciente en el suelo del cuarto de baño, con un traumatismo craneofacial derecho, consciente y con alteración del habla, la última vez que se vio bien fue la noche anterior. Al llegar el 112 se objetiva TA de 192/109 y ante la clínica presentada se traslada como código ICTUS a hospital de tercer nivel.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tensión arterial 168/97. Tª 37.5°C. SpO2 95% basal. Frecuencia cardíaca 74 lpm. Auscultación cardíaca: rítmica con soplo sistólico de intensidad IV/VI panfocal, y diastólico asociado. NRL: consciente y atenta a la exploración física. Impresiona de afasia mixta con lenguaje ininteligible y neologismos, obedece algunas órdenes simples. Pupilas isocóricas normorreactivas. Hemiplejía de extremidad superior derecha. Fuerza 1/5 de extremidad inferior derecha, 2/5 plantar derecho. RCP flexor izquierdo y extensor derecho. TC: que muestra hematoma agudo en ganglios basales y cápsula interna izquierda. Se realiza angioTC que informa de malformaciones vasculares de la circulación anterior y posterior.

JUICIO CLÍNICO: Hematoma en ganglios basales y cápsula interna izquierda de probable causa hipertensiva. **PLAN DE CUIDADOS:** Se comentó el caso con neurocirugía para evacuar el hematoma que desestimó. Se ha citado con rehabilitación para empezar tratamiento fisioterapia con ejercicios pasivos de miembros derechos y tratamiento postural autoestimulación lado sano sobre enfermo y control tronco en sedestación.

CONCLUSIONES: La hemorragia cerebral espontánea no aneurismática o hemorragia intracraneal supone el 10-15% de todos los ictus 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. Es importante la adherencia al tratamiento y una dieta para hipertensos adecuada.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, HEMORRAGIA INTRACRANEAL, MEDICACIÓN, PACIENTE SIN ADHERENCIA.

DISARTRIA Y DEBILIDAD BRAQUIAL DERECHA EN PACIENTE VARÓN DE 64 AÑOS

MARÍA ISABEL VILLA GARCÍA, INMACULADA POYATO AYUSO, CARMEN HERRERO RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 64 años que acude por alteración en la articulación del lenguaje, sin alteración de la comprensión, además de debilidad en miembros derechos de predominio braquial, de unas 48 horas de evolución. AP: NAMC. Diabetes Mellitus tipo 2, dislipemia. Tratamiento actual: Sitagliptina, Metformina, Simvastatina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente. No limitación óculo motora ni déficit campimétrico por confrontación. Hemiparesia derecha facio-braquio-crural leve (facial inferior, miembro superior derecho con claudicación en Barré incompleta, miembro inferior derecho con claudicación incompleta). No déficit sensitivo. No ataxia. No afasia. Disartria leve. No heminegligencia. NIHSS = 5. ECG: ritmo sinusal a 60 lpm con eje normal sin alteraciones de la repolarización ni bloqueos. Rx de tórax: ICT dentro de la normalidad, no signos de condensación ni derrame. Analítica: función tiroidea, folato, vitamina B12, perfil lipídico, renal y hepático normales. TC de cráneo: Lesiones hipodensas periventriculares en sustancia blanca frontal bilateral en relación con lesiones vasculodegenerativas. Ecocardiografía: sin alteraciones. Función sistólica conservada, no valvulopatías, no derrame pericárdico. RNM: A nivel de la hemiprotuberancia izquierda lesión sugestiva de vascular isquémica aguda. Imágenes focales de diverso tamaño en la sustancia blanca frontoparietal bilateral de localización periventricular, subcortical y media de probable origen vasculodegenerativas. Holter: no alteraciones del ritmo durante el registro. EDTSA: Ateromatosis incipiente carotídea sin signos de estenosis hemodinámicamente significativas.

JUICIO CLÍNICO: ACVA isquémico en hemiprotuberancia izquierda, de probable origen aterotrombótico, en paciente con factores de riesgo cardiovascular. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hemorragia intracerebral, hematoma subdural o epidural, tumores, migraña, convulsiones, hipoglucemia, encefalopatía hipertensiva, trastorno por conversión.

PLAN DE CUIDADOS: Antiagregación y rehabilitación.

CONCLUSIONES: La enfermedad cerebrovascular constituye una de las principales causas de muerte en nuestro país, así como también una frecuente causa de discapacidad. La mayor parte del daño cerebral tiene lugar durante las primeras horas tras el episodio, por lo que su rápido diagnóstico y tratamiento son fundamentales para mejorar su pronóstico.

PALABRAS CLAVE: DISARTRIA, DEBILIDAD BRAQUIAL, HEMIPROTUBERANCIA, ATERTROMBOSIS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

BEATRIZ MARTIN PUGA, ZORAIDA MOLINA JIMÉNEZ, MARÍA DE LA CRUZ MOLERO CORPAS

INTRODUCCIÓN: Es muy común encontrar drenajes intracraneales externos en pacientes de cuidados intensivos, ya sea por cirugía o por un proceso traumático que haya precisado de su inserción, tanto como herramienta diagnóstica como terapéutica. Se conoce como drenaje ventricular (DVE) externo, la inserción de un catéter en el ventrículo lateral cerebral con salida hacia el exterior. Es necesario estandarizar procesos de atención del portador de estos drenajes y cuidados del mismo para evitar complicaciones.

OBJETIVOS: Determinar medidas para estandarizar los cuidados de los enfermos portadores de estos DVE y prevenir posibles complicaciones y dar unos cuidados de calidad.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la bases de datos, Scielo y Pubmed, de los últimos 10 años, utilizando los siguientes descriptores de la salud; drenaje ventricular, enfermería, cuidados intensivos, complicaciones; obtuvimos 25 artículos que aplicando criterios de exclusión de “artículos en español” se redujeron a un número de 7.

RESULTADOS: Los principales usos del DVE son: monitorizar la PIC, administración de medicación a través del mismo y el drenado del LCR si fuese necesario. Entre los cuidados de enfermería incluyen, entre otros: manejo de forma aséptica, administración de medicación prescrita por el médico, vigilancia neurológica, registrar volumen y características del LCR, tras movilización del paciente volver a hacer el cero en el sistema comprobando que todo está correctamente alineado, vigilar permeabilidad y posición del catéter, vigilar la zona de inserción...

CONCLUSIÓN: Tras esta revisión sistemática, concluimos en que los DVE tienen ventajas y desventajas, por una parte son imprescindibles para la medición de la PIC en estos pacientes, siendo un sistema de coste bajo y como inconveniente, aumenta en un número considerable el riesgo de infección del sistema nervioso central. Por lo tanto cada vez es más necesaria la estandarización de los cuidados del mismo, basados en la evidencia para disminuir el riesgo.

PALABRAS CLAVE: DRENAJE VENTRICULAR, CUIDADOS ENFERMEROS, CUIDADOS INTENSIVOS, PIC.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE MENINGUITIS VIRAL Y BACTERIANA

ANTONIO JAVIER NAVARRO VIDAL, FRANCISCO MANUEL RODRÍGUEZ NARANJO, MARÍA DEL ROSARIO GIRALDO RAMÍREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se describe el caso de un niño de 9 años con fiebre (39,2°C) de 4 días de evolución, cefalea frontal intermitente que ha empeorado en las últimas 48h. Además presenta fotofobia, dolor cervical y vómitos desde 1 día antes. No ha usado ningún tipo de antibiótico durante este período. Inmunizaciones completas, no historia conocida de alergias. Otros antecedentes no relevantes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Peso 29kg, T 36.5°C BEG, normohidratado, buena perfusión. Neurológico: Despierto, orientado, no alteración de pares craneales. Signos de Kernig y Brudzinki positivos. Resto del examen normal Analítica: Hemograma: Hb 12.7. Hto 37.8. Leucocitos 7000 (66%N,24.4%L). Plaquetas 270,000/mm³. Bioquímica: Glucosa 108 mg/dL Urea 21 mg/dL. Creatinina 0.29Mg/dL Na 136mEq/L K 4mEq/L. PCR < 0.3 Mg/dL Tórax AP: Sin condensaciones. Citobioquímica de LCR: Glucosa 59mg/dL, Proteínas 49.3Mg/dL Células 95 (77% mononucleares, 23% PMN) No se visualizan gérmenes en la tinción de Gram.

JUICIO CLÍNICO: Meningitis por enterovirus. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La meningitis bacteriana parcialmente tratada con antibióticos era el diagnóstico diferencial más apremiante, en el servicio de urgencias, pero con el advenimiento de nuevas pruebas como la reacción en cadena de la polimerasa-cuyo resultado está disponible en pocas horas-ha pasado a ser un dilema resuelto rápidamente.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento de soporte continúa como la base del manejo, dada la benignidad del cuadro. Existen reportes con beneficio muy marginal (disminución de la duración de la cefalea) usando Pleconaril, un fármaco que inhibe la producción de viriones durante la replicación del enterovirus, con una buena disponibilidad oral.

CONCLUSIONES: La proteína C reactiva no es la prueba más significativa para el diagnóstico de meningitis viral. La procalcitonina si tiene mayor sensibilidad para diferenciar meningitis bacteriana de la aséptica. La no visualización de gérmenes en la tinción de Gram y la pleocitosis mononuclear son los elementos más significativos para el diagnóstico de meningitis viral.

PALABRAS CLAVE: MENINGUITIS, BACTERIANA, VIRAL, DIAGNÓSTICO.

CLAUDICACIÓN INTERMITENTE EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO

PATRICIA RODRIGUEZ FERNANDEZ, MIREYA ORDIZ BLANCO, SILVIA MARTÍN MENÉNDEZ, VIRGINIA BERODAS CUEVA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 62 años valorada en su centro de salud por dolor en MID sugestivo de claudicación intermitente. Según refiere la paciente desde hace aproximadamente 3 meses, comenzó a experimentar dolor en la pierna derecha (región de la pantorrilla), dolor que se presenta exclusivamente al deambular y aproximadamente después de 200 m de marcha. Cuando interrumpe la marcha el dolor cede, dicho dolor no se acompaña de pérdida de sensibilidad ni fuerza. Como antecedentes personales: no HTA ni DM. Dislipemia, Obesidad, Osteoporosis, Intervenida de Varices en dos ocasiones y tratada por sarcoidosis cuando era adolescente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente aporta ecografía de gemelo derecho, poplíteo y tobillo sin hallazgos significativos así como radiografía de columna y rodilla Dcha. La exploración general y neurológica en el momento de su valoración es normal, salvo por la constatación de un reflejo cutáneo plantar derecho ambiguo. Se le solicita por este motivo RM de la columna Lumbosacra, así como consulta al Servicio de Cirugía Vascular.

JUICIO CLÍNICO: Lipomatosis Epidural Anterior. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** RM: A nivel L5-S1 se observa una lipomatosis epidural anterior que condiciona una reducción de aproximadamente el 50 % en las dimensiones del saco tecal. La consulta derivada al servicio de Cirugía Vascular no es sugestiva de claudicación intermitente de origen vascular.

CONCLUSIONES: La lipomatosis epidural es una rara afección en su mayoría relacionada con tratamientos corticoideos sistémicos o hipercortisolismo endógeno en regiones dorsales, siendo mucho menos frecuentes la Lipomatosis idiopática cuya relación esta más ligada a pacientes de más edad y obesos afectando a zonas lumbares y con una presentación clínica de claudicación neurogénica en la marcha. Sería recomendable una reducción progresiva de su peso que suele conllevar a una mejoría del acumulo de grasa epidural y por tanto a la mejoría de los síntomas.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, LIPOMATOSIS EPIDURAL, OBESIDAD, CLAUDICACIÓN NEUROGÉNICA.

MENINGITIS BACTERIANA EN EL PACIENTE ADULTO

ANNA ESCOLÀ NOGUÉS, MARINA CORRETGÉ GINÉ, LAURA MEDINA ROSA, ENRIC GALLART LUCERO, ESTEFANIA RUIZ CHACON, SUSANA ROSA SERRANO, SÒNIA BRAVO VALDIVIA, GEORGINA FUSTEGUERAS MIR, SARA BUIL PELLISÉ, LAURA GUIX CLIVILLÉ, RAQUEL MARTINEZ MASOT, ANNA GUIU TRIQUELL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Acude a urgencias, mujer de 65 años por cuadro de congestión de 3 días de evolución. En las últimas 24 h aparición de fiebre de hasta 40°, con otalgia izquierda, cefalea y trastorno del comportamiento. Durante su estancia en urgencias, destaca afasia motora y tendencia a la somnolencia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: NRL: alterna episodios de somnolencia de fácil despertar con inquietud motora. Afasia motora. Rigidez de nuca; C-HMD: TA estable, RS 65 pm, AC: tono rítmico, no soplos audibles. En AS destaca: PCR de 153, procalcitonina de 18 y lactato de 7.1, Glu 210 Se realiza TAC craneal que informa de neumoencefalo. Se realiza punción LCR: 100 hties, 100 leucos, 13 MN. 97 PMN, prot. 510, Glu< 1. PCR Gripe A y B: negativa PCR VRS: positiva.

JUICIO CLÍNICO: Meningitis bacteriana. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Meningitis VS intoxicación farmacológica VS hipoglucemia.

PLAN DE CUIDADOS: Ingreso en UCI para controlar NRL. Antibioterapia empírica con cefotaxima + vancomicina + ampicilina. Corticoterapia y fenitoína.

CONCLUSIONES: La meningitis bacteriana (MB) es un proceso inflamatorio de las leptomeninges que puede aparecer en cualquier edad aunque sea más frecuente en niños. La MB supone el tipo de infección que con mayor frecuencia cumple criterios de sepsis, sepsis grave y shock séptico en los SU. Por ello se justifica el interés de disponer desde el SU de herramientas útiles e inmediatas para sospechar y distinguir los casos de MB de los de Meningitis viral (MV). En este sentido los biomarcadores de infección e inflamación (BMiEI) han demostrado su utilidad para distinguir las causas infecciosas. Se considera que la procalcitonina (PCT) es el BMiEI analizado en sangre más apropiado para diferenciar MB de MV. También se utiliza la proteína C reactiva (PCR). Otra prueba diagnóstica de gran ayuda es la punción lumbar.

PALABRAS CLAVE: MENINGITIS, SERVICIO DE URGENCIAS, ADULTOS, PROCALCITONINA, PROTEÍNA C REACTIVA, PUNCIÓN LUMBAR.

ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS DEL ICTUS Y LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

FRANCISCA LOPEZ GUTIERREZ, LETICIA LÓPEZ RIVAS, PABLO TORTOSA TORTOSA

INTRODUCCIÓN: Actualmente las enfermedades cerebrovasculares están sufriendo una elevada incidencia, lo que está repercutiendo en un aumento de la tasa de mortalidad y morbilidad. Los ICTUS pueden ser isquémicos o hemorrágicos. El conocimiento de los factores de riesgo y las medidas que se pueden llevar a cabo para reconocer los primeros síntomas, contribuye a controlar las posibles secuelas, así como la mortalidad.

OBJETIVOS: Analizar los síntomas que produce la aparición de un ICTUS y las medidas que debe adoptar el equipo de enfermería.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como son PubMed, Medline, Cuiden y Scielo y en el motor de búsqueda Google Scholar con los descriptores "ICTUS", "síntomas", "factores de riesgo", "intervenciones" y "enfermería" combinados estos con los operadores booleanos AND y OR, se analizaron los resultados con publicación tanto en español como en inglés, y se procedió a escoger las publicaciones más relevantes del tema en cuestión, sin tener en cuenta publicaciones y estudios anteriores al año 2010.

RESULTADOS: Una vez que aparecen los síntomas, el desarrollo de la enfermedad es rápido, pudiendo alterar la función cerebral, alteración del lenguaje de la sensibilidad, de la visión, inestabilidad para caminar. El periodo que transcurre entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico es determinante para disminuir los posibles daños cerebrales y las secuelas, no pudiendo ser este tiempo superior a las dos horas.

CONCLUSIÓN: Los protocolos y cadenas asistenciales garantizan una correcta atención a este tipo de pacientes, mejorando de esta forma los cuidados enfermeros. Se deben educar a la población sobre los síntomas de un ICTUS, de manera que puedan acudir inmediatamente a un hospital.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, FACTORES DE RIESGO, SINTOMAS, PREVENCIÓN, ENFERMERIA.

CASO CLÍNICO: HEMATOMA LOBAR PARIETO-OCCIPITAL IZQUIERDO ESPONTÁNEO

ANGELES MOYA VERDU, JOSE JAVIER CARAVACA ALONSO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 62 años que viene remitida de otro Hospital por hallazgos de hematoma en TC craneal, tras presentar cefalea junto a náuseas y vómitos de aparición brusca, y posterior alteración del lenguaje. Sin presentar ninguna sintomatología previa. Como antecedentes destacamos: dislipemia, fumadora, presenta síndrome ansioso-depresivo, osteopenia, ha presentado carcinoma de mama tanto izquierda como derecha, tratada con quimioterapia y radioterapia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente durante la exploración se encuentra normotensa y afebril. Realizando apertura ocular cuando se le llama, presentando respuesta verbal incoherente y obedeciendo a órdenes simples. Posible afasia parcial sensitiva. Muy poco colaboradora con la exploración. Se le realiza un Tac Craneal donde se evidencia un extenso hematoma occipital y parietal izquierdo. También se lleva a cabo un Angio-tac sin evidencias de patología vascular subyacente.

JUICIO CLÍNICO: Hematoma lobar parieto-occipital izquierdo espontáneo/hematoma subdural agudo izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnóstico se debería establecer diferenciándolo de otras patologías con clínica y resultados de pruebas similares, como en el caso de algunos tumores cerebrales.

CONCLUSIONES: El Hematoma lobar se definiría como la existencia de sangre que se encuentra dentro del parénquima cerebral, provocado por una rotura vascular espontánea. Toda esta sangre se podría extender también al espacio intraventricular o subaracnoideo. Dentro de las actuaciones que se deben de llevar a cabo ante este tipo de casos, cuando tenemos el diagnóstico confirmado se debería realizar cirugía para vaciar ese hematoma. Los síntomas que tenemos que tener en cuenta para detectarlo, serían: dolores fuertes de cabeza, vómitos abundantes, alteración del lenguaje, etc.

PALABRAS CLAVE: DISNEA, CEFALEA, HEMORRAGIA, AFASIA, HEMIANOPSIA, HEMATOMA.

CEFALEA Y VÉRTIGO SECUNDARIO A HEMANGIOBLASTOMA CEREBELOSO

INMACULADA GALLARDO MUÑOZ, ADELAIDA LORENTE ZARAGOZA, MIRIAM PORTERO DE LA TORRE, MARIA DEL MAR VIEDMA LOPEZ, JOSÉ RAMÓN SALVADOR POZO, MARÍA ROSA GONZÁLEZ PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 42 años, con cefalea y vértigo que no cede con medicación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Constantes normales. En la exploración neurológica pupilas normoreactivas, sin alteraciones sensitivo-motoras. TC craneal: masa intraparenquimatosa de 2,3 cm en el hemisferio cerebeloso izquierdo, con hidrocefalia supratentorial y edema cerebral.

JUICIO CLÍNICO: Hemangioblastoma. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con estos datos el diagnóstico diferencial se planteó entre las siguientes entidades: Abscesos cerebrales (restringen en la difusión). Tumor quístico o cavitado localizado en el cerebelo: o Hemangioblastoma: la edad y el tamaño son de ayuda, ya que si la lesión es menor de 5 cm y el paciente tiene más de 25 años probablemente se trate de un hemangioblastoma o Astrocitoma quístico. Tumores sólidos no cavitados: o Metástasis en pacientes de más de 35 años. O Meduloblastoma en pacientes jóvenes.

PLAN DE CUIDADOS: Se realizó resección completa de la lesión.

CONCLUSIONES: Los hemangioblastomas son tumores benignos infrecuentes, aproximadamente el 1-2% de todos los tumores primarios del sistema nervioso central (SNC). Existen dos modos de presentación, uno esporádico en pacientes de edad media, varones en un 60%, como tumores solitarios y otra como parte de la enfermedad de Von Hippel-Lindau, usualmente múltiples. Se localizan fundamentalmente en la fosa posterior y dentro de ésta en los hemisferios cerebelosos. La resonancia magnética (RM) es el método de elección para el diagnóstico del hemangioblastoma cerebeloso. Macroscópicamente son tumores bien limitados, con mucha frecuencia quísticos, a veces con un nódulo mural de pequeño tamaño en la pared de un quiste mucho más grande. Las manifestaciones clínicas más frecuentemente son: las derivadas de la hipertensión intracraneal (cefaleas, vómitos, edema de papila bilateral) y los síntomas específicamente cerebelosos (vértigo y trastornos en la marcha). El tratamiento quirúrgico exige una resección completa ya que recidivan fácilmente si existen restos.

PALABRAS CLAVE: TUMOR, HEMANGIOBLASTOMA, FOSA POSTERIOR, CEREBELO.

ATENCIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE CON HEMATOMA SUBDURAL

MARIA NIEVES MATUTE CABALLERO, JOAQUIN JIMENEZ MARQUEZ, JUAN JOSE GARCIA MATA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 71 años que es trasladado desde otro hospital para valoración por neurocirugía por cuadro de hematoma subdural subagudo. Sufrió caída hace dos meses, refiere sensación de inestabilidad a la marcha los últimos días, no ha tenido más caídas. Acude con TAC donde presenta un hematoma subdural bilateral con efecto masa, motivo por el que lo remiten. No RAMC. Si HTA, en tratamiento con aldomet plus 20/12.5 mg.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente consciente, orientado y colaborador. Buen estado general. Hemodinámicamente estable con tensión arterial 149/92; Fc 91 lpm. Temperatura de 37.1°C Saturación de oxígeno al 98%. Auscultación pulmonar: normo ventilación, no crepitantes, no ruidos agregados. Abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes. Exploración neurológica; no focalidad neurológica, Glasgow 15. Pruebas complementarias: Preoperatorio completo (Rx de tórax, ECG y análisis completo de sangre) y pruebas cruzadas. Aporta TAC del hospital trasladado.

JUICIO CLÍNICO: Hematoma subdural. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hematoma subdural subagudo traumático.

CONCLUSIONES: El paciente se operó de forma urgente, se dejaron dos drenajes en los orificios de trepano a caída libre y se ingresó en planta para ver evolución. El postoperatorio fue tormentoso ya que al entrar aire en la cavidad, se expande y aumento la PIC, también se produce irritación en las membranas que rodean al cerebro. Al cabo de los días se retiraron los drenajes y posteriormente con la mejoría clínica el paciente fue dado de alta.

PALABRAS CLAVE: HEMATOMA SUBDURAL SUBAGUDO, DESCOMPRESION VENTRICULAR, HEMATOMA TRAUMATICO, TREPANO.

CONTRACTURA CERVICAL Y TRISMUS DE TRES DÍAS DE EVOLUCIÓN

MARIA PROVIDENCIA CERON GARCIA, LIDIA FENOLL GIL, ROSARIO RODRIGUEZ MARTINEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 84 años, que acude a Urgencias por contractura cervical dolorosa y trismus, de tres días de evolución. AP: HTA. Carcinoma de mama intervenido en 1993. Hace 10 días sufrió herida por pinchazo con una rama de limonero, en el campo. Fue vacunada del tétanos un día después. Por sospecha de infección por C, tetano se administra IG tetánica humana. Ante la clínica y el riesgo de compromiso de la vía aérea ingresa en UCI. Se procede a IOT y VM. Progresión de la enfermedad con contracciones dorsales y abdominales intensas y disautonomía a pesar del tratamiento. Desarrollo de Neumonía asociada a VM e inestabilidad hemodinámica, siendo éxitus finalmente dieciséis días más tarde.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientada, risa sardónica, apertura oral limitada a 1cm. ACP:normal. Abdomen contracturado, sin dolor ni irritación peritoneal. Herida en cara interna distal pierna izquierda, infectada. Sin focalidad neurológica. Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. Radiología de tórax: sin hallazgos patológicos. Cultivo de herida: Enterobacter agglomerans.

JUICIO CLÍNICO: Tétanos generalizado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Intoxicación por estricnina Intoxicación por fenotiacinas tetania secundaria a hipocalcemia.

PLAN DE CUIDADOS: Inicio de VM precoz. Sedación profunda, Administración de IG tetánica humana+toxóide tetánico. Analgesia con opiáceos, sulfato de magnesio (para disminuir sedación y relajantes musculares). Relajación en perfusión iv. Tratamiento antibiótico Ceftriaxona+ Metronidazol. Limpieza de herida,se extrae una astilla de 3 cm. Por crecimiento en herida de E. Agglomerans por lo que se cambia Ceftriaxona por Ciprofloxacino. Tratamiento antibiótico Ceftriaxona+ Metronidazol. Limpieza de herida,se extrae una astilla de 3 cm. Por crecimiento en herida de E. Agglomerans por lo que se cambia Ceftriaxona por Ciprofloxacino. Precisa vasoactivos por inestabilidad hemodinámica.

CONCLUSIONES: La precocidad en la administración de IG tetánica humana +toxóide tetánico puede neutralizar la toxina circulante y detener la producción de mas toxina. La disautonomía y la neumonía asociada a la VM, son las complicaciones mas frecuentes.

PALABRAS CLAVE: TÉTANOS, CLÍNICA TÉTANOS, DIAGNÓSTICO TÉTANOS, TRATAMIENTO TÉTANOS.

PACIENTE ALCOHÓLICO CON CUADRO DE ATAXIA AGUDA

MARIA ISABEL SAUCEDO VILLANUEVA, RAQUEL PIÑAR MORALES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 55 años bebedor severo con antecedentes personales de apendicectomía y colocación de material de osteosíntesis en la columna por accidente laboral. Acude al servicio de Urgencias por temblor generalizado de predominio en miembros superiores y ataxia severa que le impide la deambulación e incluso la bipedestación sin ayuda. Reconoce abandono brusco de la ingesta alcohólica 2-3 días antes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: TA 154/103 mmHg, FC 110 lpm, sat. O₂ 96%. Paciente ansioso, con temblor generalizado de predominio en MMSS. Orientado, habla coherente, pero falta de atención. Marcha atáxica con incapacidad para mantenerse en bipedestación sin ayuda. No pérdida de fuerza en miembros. Prueba “dedo-nariz” patológica. ACR normal. Abdomen y miembros inferiores sin hallazgos de interés. Pruebas complementarias: En analítica destacaba: bilirrubina total 2.05Mg/dl (indirecta 1.11Mg/dl), GOT 92U/L, GPT 82U/L, GGT 722U/L, FA 73U/L, ferritina 1860ng/ml. Hemograma normal salvo presencia de macrocitosis. Estudios de autoinmunidad y serologías normales. TC craneal: signos de atrofia cerebral moderada de predominio cortical frontal, sin signos de sangrado ni de proceso expansivo intracraneal. EMG (realizado al mes del alta hospitalaria): no se observan hallazgos de polineuropatía ni de mononeuropatías periféricas.

JUICIO CLÍNICO: Ataxia por intoxicación aguda alcohólica y delirium tremens en paciente con alcoholismo severo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ataxia por intoxicación aguda alcohólica, de causa tumoral, paraneoplásica, infecciosa (cerebelitis), vascular (Ictus), autoinmune (esclerosis múltiple, sd. De Guillain-Barré...), Tóxico-metabólicas (fármacos, alcohol...), Hereditarias de aparición en el adulto.

CONCLUSIONES: El alcohol es capaz de provocar ataxia muy severa en la intoxicación aguda, pero ésta es reversible. En los casos de ataxia de evolución crónica en pacientes alcohólicos, ésta suele deberse a degeneración cerebelosa alcohólica. Nuestro paciente presentó una evolución favorable del delirium tremens con tratamiento con benzodiacepinas. En lo que respecta a la ataxia, ésta mejoró progresivamente durante el ingreso y desapareció en unas semanas.

PALABRAS CLAVE: ATAXIA, TEMBLOR, ABSTINENCIA ALCOHÓLICA, POLINEUROPATÍA, INTOXICACIÓN AGUDA, ALCOHÓLICA.

ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS DE LA VISIÓN EN LA RETINOPATÍA DIFUSA

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 73 años, hipertenso y operado de cataratas bilateralmente, remitido desde las CC. EE de Oftalmología por presencia de un fondo de ojo, campimetría y Tomografía de coherencia óptica (OCT) de macula y papila anormales con ausencia de percepción de mala visión.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El Potencial Evocado Visual (PEV) presentó una marcada disminución de la amplitud de la onda P100 con morfología en W, bilateralmente. Y un Electrorretinograma (ERG), que mostraba una importante disminución de la amplitud de la onda b, tanto para estudios de conos como de bastones, en ambos ojos.

JUICIO CLÍNICO: Fue diagnosticado de una retinopatía difusa de grado severo. Actualmente se encuentra a la espera de finalizar las pruebas complementarias en busca del origen (hereditaria, diabética, hipertensiva, post-radiación...). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neuropatía del N. Óptico o daño a nivel del sistema nervioso central.

CONCLUSIONES: Los estudios neurofisiológicos de la visión son un conjunto de pruebas dirigidas a la valoración objetiva de la visión. Las más utilizadas son: los PEV y el ERG. Los PEV muestran las respuestas eléctricas del sistema nervioso central ante un estímulo visual, así estudiamos el estado de la vía visual completa, valorando la onda P100. Por otro lado el ERG recoge la respuesta eléctrica de la retina desencadenada por un estímulo visual, pudiendo distinguir la funcionalidad de los bastones y de los conos, de forma independiente. En este caso se valora onda b y la a. En condiciones escotópicas valoramos los bastones, y consecuentemente la retina periférica principalmente. Y en condiciones fotópicas, los conos, y por tanto la retina central. Finalmente queremos resaltar la importancia de las pruebas neurofisiológicas de la visión, al ser pruebas rápidas, baratas y no invasivas, que aporta valiosa información de forma independiente a la subjetividad con la que el paciente percibe su propia visión.

PALABRAS CLAVE: POTENCIALES EVOCADOS VISUALES, ELECTORRETINOGRAMA, NEUROFISIOLOGÍA, RETINOPATÍA DIFUSA.

PREVENIR LAS CAÍDAS EN PACIENTES DE ICTUS

CATALINA JODAR SEGARRA, RICARDO AGUILAR ZARATE, MARIA ALEJANDRA MORA PÉREZ

INTRODUCCIÓN: Normalmente después de haber sufrido un ictus los pacientes dependiendo del grado puede quedar una discapacidad que afecte al movimiento y a su vez a la pérdida de fuerza.

OBJETIVOS: Lograr que el paciente, bajo unos parametros de aprendizaje, resuelva las actividades de la vida diaria como las tareas de autocuidado (higiene personal, comer, etc) como las necesarias para ser como antes (comprar, cocinar, etc.).

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio a 10 personas al azar que han padecido esta enfermedad, para saber su grado de movilidad, porcentaje de ayuda que necesita en su domicilio para prevenir las caídas. Valorar los factores ambientales como barreras arquitectónicas y aumentar/cambiar el tipo de ejercicios que se ajusta al paciente para evitar las caídas.

RESULTADOS: La efectividad de la rehabilitación es fundamental en este tipo de pacientes. En el 90% de los pacientes existe un problema real con las barreras arquitectónicas en el hogar (escaleras, puertas y pasillos estrechos, etc.) En el 50% de los casos se ha tenido que ampliar/cambiar los ejercicios de rehabilitación para aumentar la estabilidad en la movilidad diaria y sólo el 2% de los casos se han producido caídas, con repercusión en el atraso de la rehabilitación (fracturas óseas) y un 1% en recaídas de un nuevo ictus.

CONCLUSIÓN: Se refuerza la importancia de ampliar la rehabilitación en cada caso en la medida necesaria, valorando la afectación del área afectada, la edad del paciente y las barreras arquitectónicas del hogar y su entorno de movilidad natural.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, REHABILITACION, CAIDAS, BARRERAS ARQUITECTONICAS.

CEFALEA EN RACIMOS O CLUSTER HEADACHE: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CON DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Cefalea en racimos o cluster headache, descripción de un caso con diagnóstico diferencial y tratamiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Al ingreso la exploración neurológica fue normal, también el fondo de ojo. Se realizó una angioTSA/PW resonancia y craneal con aparente estenosis puntual del orden del 40-50% de la arteria carótida interna intrapetrosa derecha y se recomendó contrastarlo con un angioTSA TC. NO mostró áreas de estenosis a nivel del segmento intrapetroso de la arteria carótida interna derecha ni otras localizaciones. La analítica fue normal.

JUICIO CLÍNICO: Cefalea en racimos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cursa con dolor muy intenso estrictamente de localización unilateral. La crisis duran entre 15 y 180 minutos. Se presenta una o pocas veces por el día y/o la noche. Suele acompañarse de inyección conjuntival del mismo lado, lagrimeo, rinorrea o taponamiento nasal. Otras características que la acompañan son sudoración ipsilateral, edema palpebral, miosis y un grado de ptosis. Suelen presentar inquietud motora. El diagnóstico diferencial debe establecerse con el resto de las cefaleas primarias que puedan tener un cierto parecido. La primera a tener en cuenta sería la migraña. El resto de cefaleas que más se pueden confundir con obviamente el resto de trigémino-autonómicas.

CONCLUSIONES: La CR en una cefaleas primaria dentro de las trigémino-autonómicas, por lo que es necesario hacer un diagnóstico diferencial para llegar a su diagnóstico. Es una cefalea invalidante por su intensidad y características clínicas. Es necesario realizar estudio de neuroimagen para descartar causas secundarias. Las medidas terapéuticas incluyen el tratamiento abortivo de las crisis y un tratamiento preventivo.

PALABRAS CLAVE: CEFALEA, RACIMOS, CLUSTER HEADACHE, TRIGEMINO-AUTONÓMICA.

PARKINSONISMO VASCULAR: 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 con cefalea, opresiva, con náuseas. La encuentran con episodios de desconexión del medio, mirada fija, que duran unos 20 minutos. Desde entonces refieren que no camina ni controla esfínteres.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ACP: Tonos rítmicos a buena frecuencia. Buen nivel de consciencia, no dice mes ni edad. Comprende ordenes. Orientada en persona y espacio, no en tiempo. Bradipsíquica. Lenguaje poco fluente. No alteraciones en campimetría por amenaza. MOEC. PINLA. Leve asimetría facial derecha. Balance motor normal. Sensibilidad tactoalgésica disminuida en ambos antebrazos. RCP flexor bilateral. Bradicinesia, leve rigidez mas derecha, en froment. Marcha limitada con apraxia y bloqueos importantes de la misma. RANKIN al alta 5 - RM de cráneo sc y cc: . Restos hemáticos crónicos que se proyectan sobre área de encefalomalacia crónica cápsulo - ganglionar izquierda en relación con antiguo evento isquémico / hemorrágico. Hemosiderosis superficial en surcos parietotemporales bilaterales y occipital derecho secundarios a antigua HSA cortical. Moderada angiopatía isquémica de pequeño vaso. Infarto crónico talámico derecho. Leve atrofia corticosubcortical difusa. - Laboratorio: Creatinina 1.17, Urea 83. Proteinograma anodino. Filtrado glomerular 47. Hemograma normal. VSG 40. DD 3860. Gluc 223. Hb 11.2

JUICIO CLÍNICO: Trastorno de la marcha por parkinsonismo vascular. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Deterioro cognitivo acompañado de cefaleas y vómitos.

PLAN DE CUIDADOS: Favorecer un movimiento coordinado r/c con el deterioro motor.

CONCLUSIONES: Al tratarse de una enfermedad crónica y degenerativa, los cuidados de Enfermería se basarán en enseñar y facilitar al paciente la mejor calidad de vida posible. Para ello, y siempre teniendo en cuenta el estado físico del paciente, se propondrán actividades para incentivar la movilidad y favorecer la coordinación. Detectar factores de riesgo como por ejemplo: HTA A la paciente se le instauro un TTO y se realizo educación sanitaria y el apoyo del equipo multidisciplinar.

PALABRAS CLAVE: DESCONEXIÓN, HTA, ATROFIA, BRADIPSÍQUICA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

EVA MOLERO CARRILLO, CARMEN MARIA GONZALEZ GALAN, ANDRES GARCIA HERRUZO

INTRODUCCIÓN: La presión intracraneal es la presión que existe en el cerebro con respecto a la presión atmosférica. Los responsables principales de la elevación de la presión intracraneal son: el líquido cefalorraquídeo, el volumen vascular y el parénquima cerebral. Los valores normales de la presión intracraneal oscilan entre 5 – 15 mmHg.

OBJETIVOS: Conocer que intervenciones debe llevar a cabo el personal de enfermería ante un paciente con hipertensión intracraneal.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática del tema en las siguientes bases de datos: CUIDEN, Pubmed y Scielo. Obteniendo un total de 36 artículos de los cuales se han seleccionado 11. Los descriptores utilizados han sido: cuidados, enfermería, hipertensión intracraneal. Además como requisitos de inclusión se han establecido que fuesen artículos desde 2008 a 2018, tanto en inglés como en español.

RESULTADOS: Se consideran indispensables como cuidados de enfermería la elevación de la cabecera de la cama 30° (para favorecer el drenaje venoso cerebral), evitando la flexión del cuello y manteniendo la alineación anatómica del resto del cuerpo. Reposo absoluto, evitando las maniobras de Valsalva, no contener la respiración antes y durante el movimiento. Prevenir la tos, estreñimiento y el dolor. Proporcionar un ambiente tranquilo y controlar la hipercapnia y la hipoxemia.

CONCLUSIÓN: El papel de la enfermería es fundamental para favorecer el manejo de la hipertensión intracraneal; ya que demuestra que las medidas posturales, control de la eliminación, respiración, y el dolor son aspectos que aborda principalmente la enfermera, y esta debe conocer a la perfección.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMERÍA, HIPERTENSIÓN, INTRACRANEAL.

ICTUS ISQUÉMICO EN PACIENTES EN EDAD TEMPRANA

LAURA CEBREROS CUBEROS, VERONICA DE LOS REYES PLANO HERRAIZ, MARÍA DEL CARMEN CALVO DEL RÍO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 42 años que acude por cuadro de mareos, náuseas y vómitos, seguido de inestabilidad en la marcha. Consciente y orientado en las tres esferas. Mínima disartria y leve dismetría en miembros izquierdos. No factores de riesgo vasculares salvo fumador de 10 cigarrillos al día. No tº habitual, trabaja de comercial lo que implica mucho estrés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Vía periférica, con analítica completa. EKG, TAC de cráneo donde se visualiza un infarto isquémico agudo en distribución de la arteria cerebelosa superior izquierda. Angio TAC y ecocardiografía. Holter, para estudio EKG de 24H.

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Existen dos tipos, hemorrágicos e isquémicos como es el caso que presentamos y más habitual. Comúnmente provocado por un coágulo sanguíneo que bloquea o tapa un vaso sanguíneo en el cerebro, por lo que evita que fluya la sangre hacia éste órgano, y por tanto las células del cerebro empiezan a morir. Otra causa es un estrechamiento arterial, debido a la aterosclerosis. Es importante tratar los ataques cerebrales lo más rápido posible.

PLAN DE CUIDADOS: Requieren de hospitalización para observación y tratamiento. Control de las constantes vitales. Reposo en cama con la posición correcta y con los cuidados posturales adecuados. Oxigenoterapia. Anticoagulantes, desde el primer momento administrar heparina. Es importante el estudio de la causa que provocó el Ictus. Rehabilitación de cada una de las secuelas. Abstenerse del tabaco.

CONCLUSIONES: Ictus está entre las primeras tres causas de muerte en ambos sexos y siendo la principal causa de discapacidad en la actualidad. Es preocupante que cada vez afecte a población más joven, como consecuencia de la existencia de hábitos no saludables y el nivel de estrés a los cuales somos sometidos. El ictus es una enfermedad cardiovascular en la cual es imprescindible una atención temprana para minimizar y paliar los daños y consecuencias de dicha enfermedad.

PALABRAS CLAVE: TABACO, ESTRÉS, MAREOS, INESTABILIDAD EN LA MARCHA, ICTUS.

LIMB SHAKING TRAS AMAUROSIS FUGAX: A PROPÓSITO DE UN CASO

VIRGINIA DELGADO GIL, PATRICIA FERNÁNDEZ GARCÍA, ENRIQUE SANCHEZ RELINQUE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 60 años que acude derivada desde cirugía vascular para valoración por parte de neurología por aparición de movimientos involuntarios en miembros izquierdos. Hace unos 4 meses comenzó episodios de tos brusca, en estos episodios la paciente presentaba visión borrosa por el ojo derecho e incluso llegaba a perder el conocimiento, tras ellos se recuperaba y recuperaba la visión. En uno de los episodios tras la visión borrosa no recuperó y en el momento actual por el ojo derecho solo ve bultos. Desde hace un mes, tras los ataques de tos comenzó a presentar movimientos involuntarios en brazo y pierna izquierdo de minutos de duración.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: . Arteriografía: Oclusión de la ACC derecha desde su inicio con posterior recanalización de la ACI derecha a través de colaterales dependientes del tronco braquiocefálico y arteria subclavia derecha, que irriga a la ACM derecha, con flujo enlentecido.

JUICIO CLÍNICO: Episodios de amaurosis fugax de ojo derecho y limb shaking de Miembros izquierdos en relación a oclusión carotídea derecha de etiología aterotrombótica. **CONCLUSIONES:** El limb Shaking consiste en un cuadro de movimientos involuntarios, estereotipados y autolimitados de uno a ambos miembros superiores o hemicuerpo completo descritos por Miller-Fisher en 1962 que son debidos a estenosis u oclusión de la carótida contralateral. Estos movimientos se suelen desencadenar tras maniobras que reduzcan el flujo como bipedestación, movimientos cervicales, o maniobras de valsava como era el caso de nuestra paciente; en general, suelen existir un periodo de latencia entre la maniobra y el inicio de los movimientos. Dentro del diagnóstico diferencial destacan las crisis epilépticas, cuya diferencial principal radica en la ausencia de progresión jacksoniana y la presencia previa de mecanismos que disminuyan el flujo cerebral.

PALABRAS CLAVE: AMAUROSIS, ACV ISQUEMICO, ESTENOSIS CAROTÍDEA, LIMB SHAKING.

PIC: CUIDADOS ENFERMEROS PARA EVITAR LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

MELODIA LOPEZ ROMERO, JOSÉ JAVIER FERNÁNDEZ LEDESMA, CARMEN QUINTERO TORRES

INTRODUCCIÓN: La hipertensión intracraneal es un trastorno serio en el que la presión del líquido cefalorraquídeo dentro del cráneo es demasiado alta. Puede presentarse espontáneamente, sin causa identificable. La “PIC” es el resultado de la interacción entre el cráneo y su contenido: volumen sanguíneo, tejido cerebral y líquido cefalorraquídeo. Es de vital importancia unos cuidados enfermeros de calidad para mantener los valores de la presión estables.

OBJETIVOS: Conocer las medidas terapéuticas que puede llevar a cabo el profesional enfermero para mantener los niveles normales de PIC en pacientes con HIC.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una búsqueda específica a través de buscadores y base de datos (Pubmed y Medline). En ellos, se ha realizado una revisión detallada de artículos relacionados con el tema y escogiendo los de mayor interés.

RESULTADOS: En los artículos consultados, las actividades enfermeras recomendadas a realizar en el cuidado de la PIC son las siguientes: Control de la vía aérea y la ventilación (hiperventilación inducida). - Vigilancia constante del estado hemodinámico y neurológico (escala Glasgow, examen pupilar, movilidad de extremidades). Monitorización hemodinámica (PPC, PVC, PAM). Medidas posturales. Mantener hipotermia moderada. Control glucémico e hídrico.

CONCLUSIÓN: Una buena formación enfermera ofrecerá unos cuidados de calidad, realizando observaciones precisas con un registro correcto y fiable. Es fundamental continuar con el aprendizaje sobre este tema para disminuir la incidencia de HIC en pacientes susceptibles.

PALABRAS CLAVE: PIC, CUIDADOS, ENFERMERIA, HIPERTENSION INTRACRANEAL.

CASO CLÍNICO DE MAREOS Y DIPLOPIA DE ORIGEN DESCONOCIDO

MARIA VALENZUELA ROLDAN, MARÍA UTRERA MILLÁN, RAFAEL CARLOS OCHOA ORTIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 43 años acude a servicio de urgencias por presentar mareo y visión doble asociado a debilidad de miembros izquierdos de dos semanas de evolución. NAMC Antecedentes personales: DM tipo 2, fumador de un paquete al día, SAOS, hernia de hiato. Niega antecedentes tóxicos. No infecciones recientes, no vacunaciones recientes. En tratamiento con metformina, glicazida, alprazolam, omeprazol.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Durante su estancia en el servicio de urgencias la administración de depresores vestibulares han aliviado la clínica. TA normal. Afebril. Consciente orientado y colaborador. Lenguaje normal sin rasgos disfásicos ni disartria. Campimetria por confrontación normal. Refiere diplopía binocular en todas las posiciones de la mirada excepto en mirada horizontal hacia la derecha. No nistagmus. PINLA. Resto de pc normales. Leve claudicación MSI, con leve drift pronador. No dismetrías, Marcha normal. Tandem normal. Analítica: leucocitos 11.400, Linfocitos 18%. Estudio coagulación normal. TAC craneal: Sin hallazgos. Valoración oftalmológica: Diplopía vertical. Se plantea complementar estudio con angioTC de TSA, RMN craneal, analítica con autoinmunidad y EEG. Ingresa en neurología para completar estudio.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome vertiginoso asociado a diplopía de inicio brusco en paciente con factores de riesgo vascular; asociada debilidad en miembros izquierdos de dos semanas de evolución, en estudio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Con los resultados obtenidos de la analítica de autoinmunidad se descarta sospecha de enfermedad autoinmune. EEG normal. Pendiente de informe de RMN.

PLAN DE CUIDADOS: NANDA Deterioro de la ambulación r/c deterioro de la visión NOC Satisfacción del paciente: Seguridad NIC Ayuda a la deambulaci3n, si es necesario.

CONCLUSIONES: Paciente continua consciente orientado y colaborador. Con debilidad de miembros izquierdos. Durante la estancia presenta un episodio de ausencia que solo familiar pudo presenciar. Neur3logos deciden no modificar tratamiento domiciliario y dejar ingresado para continuar observando sintomatologíay esperar resultados de RMN.

PALABRAS CLAVE: MAREO, DIPLOPIA, AUTOINMUNE, EEG.

ASMA BRONQUIAL CON DISNEA A PESAR DE TRATAMIENTO CORRECTO

OLGA MECA BIRLANGA, ADRIANA GARRE GARCIA, MARIA MOLINA CIFUENTES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 60 años, escayolista de profesión. Hipertensión y dislipemia en tratamiento. Nunca fumador. Asma extrínseco con sensibilización a ácaros. En el último año múltiples consultas por disnea de moderados esfuerzos catalogados de reagudizaciones asmáticas. Auscultación pulmonar sin broncoespasmo. SpO2 98%. Destaca aumento de IgE (762). Prick test positivo para neumolérgenos. Además pérdida de peso, despistaje para tumor oculto negativo. Ingreso con taquipnea con tiraje subcostal, hipofonesis global y SpO2 93%. Se inicia tratamiento con Omalizumab y Sulfato de Magnesio sin mejoría, persistiendo uso de musculatura accesoria. Requiere VMNI, a pesar de ello frecuentes episodios de descompensación respiratoria. Ingresa en UCI por insuficiencia respiratoria global. Durante siete días en UCI recibe tratamiento con broncodilatadores, helio, corticoides, Montelukast y antibioterapia. No es posible destete VMNI por lo que solicitamos EMG para valorar otras causas de miopatía.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Electromiografía: afectación de motoneurona en las regiones espinales exploradas, cervical y lumbosacra, compatible con ELA EF: fasciculaciones linguales y en extremidades, atrofia marcada de extremidades y musculatura interósea, hiperreflexia.

JUICIO CLÍNICO: Esclerosis lateral amiotrófica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Miopatía esteroidea. Asma bronquial de difícil control.

PLAN DE CUIDADOS: Riluzol. Ventilación mecánica domiciliaria.

CONCLUSIONES: La esclerosis lateral amiotrófica se caracteriza por alteraciones progresivas de primera y segunda motoneurona en donde destacan la debilidad muscular, hiper o hiporreflexia, discapacidad para la ejecución, amiotrofia intensa con fasciculaciones. El inicio, la localización, patrón de progresión así como velocidad varía según el individuo. Un 80% de pacientes la debilidad de algún miembro de forma asimétrica es la manifestación inicial, con predominio de las extremidades superiores sobre las inferiores. En un 20%, el inicio se desarrolla en el segmento bulbar, cuya manifestaciones mas frecuentes son la disartria y disfagia. En un porcentaje mas bajo, se desarrolla como debilidad en la musculatura respiratoria (1-3%) debilidad en extremidades y afectación bulbar simultanea (1-9%) y debilidad de la musculatura axial, atrofia con pérdida de peso.

PALABRAS CLAVE: SALUD, DISNEA, ASMA BRONQUIAL, ELA.

CEFALEA Y HEMIPARESIA SUBAGUDOS EN PACIENTE CON AFTAS ORALES Y UVEÍTIS DE REPETICIÓN

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 32 años con antecedente personal de enfermedad de Behçet. El paciente es ingresado por un cuadro de varias semanas de evolución consistente en episodios de cefalea de calidad pulsátil y de predominio occipital que se acompañan de sensación nauseosa, vómitos y sonofotofobia, empeorando con maniobra de Valsalva e interrumpiendo el sueño. Refiere además dificultad para la articulación del habla y déficit motor en extremidades derechas desde entonces. No presenta antecedentes familiares de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración se objetivan aftas orales activas y foliculitis parcheada; desde el punto de vista neurológico se advierten hemiparesia derecha de predominio crural con balance 4/5, signo de Babinski derecho y disartria leve. No se identifican hallazgos patológicos significativos en analítica sanguínea de despistaje, en TC craneal ni en estudio citobioquímico y serológico de líquido cefalorraquídeo. En resonancia magnética enfática se identifican lesiones varias hiperintensas y confluyentes en región mesencefalo pontina, con captación de contraste; no se advierten datos significativos en estudio neurovascular ni de senos venosos cerebrales.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de neuro-Behçet. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Debe realizarse con enfermedades cerebrovasculares, procesos infecciosos del sistema nervioso central, enfermedades inflamatorias sistémicas, enfermedades desmielinizantes y vasculitis.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Behçet es un trastorno inflamatorio sistémico poco frecuente y de base autoinmunitaria que afecta preferentemente a varones jóvenes de raza blanca. Suele manifestarse en forma de poliartritis, aftosis orogenital recurrente, alteraciones cutáneas (eritema nodoso, foliculitis, fenómeno de patergia) y oculares (uveítis vasculitis retiniana). También pueden verse afectados otros órganos, incluyendo el sistema nervioso. Cuando existe afectación neurológica, las formas de presentación más frecuentes son síndrome piramidal, lesiones en sustancia blanca y trastornos cognitivo-conductuales. Su detección se basa en una serie de criterios diagnósticos, siendo imprescindible la realización de neuroimagen y de estudio de líquido cefalorraquídeo. El tratamiento se fundamenta en el empleo de corticoterapia y de fármacos inmunosupresores.

PALABRAS CLAVE: BEHÇET, CEFALEA, HEMIPARESIA, AFTAS, UVEÍTIS.

GLIOBLASTOMA HEMISFÉRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 69 años que curso con ingreso hospitalario, tras sufrir síndrome confusional agudo y episodio de convulsión tónico-clónica generalizada, permaneciendo con fluctuaciones de su estado conciencia de estuporoso ha conectado con el medio y capaz de llevar una conversación sencilla. No refería ni el paciente ni la familia antecedentes medico quirúrgicos de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración neurológica: pares craneales normales, sin asimetrías, no debilidad, ni síntomas sensitivos asociados. La Tomografía de cráneo (TC) no evidenció anomalía, punción lumbar inicial con resultado de citobioquímica normal. El electroencefalograma evidenció descargas periódicas epileptiformes lateralizadas (PLEDS) en hemisferio derecho sobre una actividad cerebral de fondo lentificada bilateralmente, resonancia magnética (RM) cerebral convencional evidenció extensa lesión hemisférica derecha cortico-subcortical con afectación completa del lóbulo temporal e ínsula y parcial de lóbulo parietal y frontal. A pesar del tratamiento con fármacos antiepilépticos, soporte vital básico, profilaxis con antivirales, sedantes y corticoterapia con alta sospecha de encefalitis hemisférica, no evoluciono de forma favorable persistiendo con fluctuaciones del estado de conciencia, agresividad e irritabilidad. Se realiza nueva RM cerebral y PET-TAC evidenciando extensa lesión parenquimatosa hemisférica derecha, sugestiva de lesión tumoral de estirpe glial y alto grado. Biopsia cerebral concluye diagnostico como Glioblastoma de alto grado y mal pronóstico.

JUICIO CLÍNICO: Glioblastoma hemisférico derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome confusional agudo, Estatus epiléptico, encefalitis límbica.

PLAN DE CUIDADOS: Antiepilépticos, sedantes, corticoides, Antivirales, tratamiento neuroquirúrgico.

CONCLUSIONES: Aunque el glioblastoma de alto grado corresponde solo al 25% de los tumores del sistema nervioso central, constituye una enfermedad de mal pronóstico. Su evolución silenciosa y lo inespecífico de los síntomas asociados, retardan el diagnostico siendo confirmado como hallazgo incidental en un TC de cráneo.

PALABRAS CLAVE: CONVULSIONES, GLIOBLASTOMA, ENCEFALITIS CEREBRAL, SÍNDROME CONFUSIONAL.

ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

BEATRIZ ORTEGA MORENO, PALOMA SILES PEREZ, ANGELA MONTORO MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Guillain-Barré, o polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, es un cuadro clínico caracterizado por debilidad o parálisis que aparecen de forma aguda, comenzando en extremidades inferiores y extendiéndose al resto del cuerpo.

OBJETIVOS: Explicar en qué consiste el síndrome de Guillain-Barré. Definir las actuaciones de Enfermería en el síndrome.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de artículos publicados en los principales buscadores científicos, como Dialnet, Cuiden y Scielo. Se seleccionaron trabajos publicados en español e inglés, en los últimos 10 años.

RESULTADOS: Al hablar del síndrome de Guillain-Barré nos referimos a una serie de neuropatías periféricas de evolución rápida, que aparece casi siempre tras un proceso infeccioso. Sus síntomas suelen ser parálisis motora simétrica, con o sin pérdida de sensibilidad, y alteraciones de tipo autonómico. Se dice que es la causa más común de parálisis flácida aguda. Su tratamiento de elección se realiza en el seguimiento en UCI (por insuficiencia respiratoria), con cuidados respiratorios, nutricionales, monitorización de constantes, cuidados de enfermería y atención psicológica. Específicamente, se administran inmunoglobulinas, pudiéndose completar el tratamiento con plasmaféresis. Las intervenciones de enfermería serán: monitorizar la SatO₂, vigilar patrón respiratorio, mantener a la persona en posición semifowler, entre otras.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Guillain-Barré es una de las polineuropatías más frecuentes que produce parálisis flácida generalizada, y por lo tanto, incapacitante. La elaboración de un plan de cuidados individualizado y unas rápidas intervenciones de enfermería organizadas ayudarán en su evolución.

PALABRAS CLAVE: GUILLAIN-BARRÉ, NEUROPATÍA, DESMIELINIZANTE, ENFERMERÍA, NEUROLOGÍA.

SECUELAS EN PACIENTE OPERADO MENINGIOMA FRONTAL DERECHO CASO CLÍNICO

MARIA GERTRUDIS RODRIGUEZ RODRIGUEZ, MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARTA SUÁREZ HURTADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 71 años que hasta mayo 2017 era independiente para todas las actividades de la vida diaria, vivía con su esposa en un piso con escaleras y cobraba pensión. Se despertó una mañana en casa para ir al baño y se quedo paralizado sin poder mover Lado izquierdo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En Mayo el paciente sufre un episodio de hemiparesia izquierda que lo lleva a un ingreso hospitalario de urgencias en el cual se descubre mediante un TAC un meningioma en zona frontal derecha de 7,5cm, por lo cual precisa traslado a centro hospitalario de mayor nivel para intervención quirúrgica, dicho episodio requiere del ingreso del paciente durante 2 meses en hospital, una reintervención por infección de la herida y quirúrgica, se procede a hacer fisioterapia dentro del hospital pero no se observa ninguna mejoría, en las RMN realizadas de control se ve como ha desaparecido infección del lecho de la herida, y se pospone revisión en 6 meses con neurocirugía y nuevo TAC de control. En los resultados analíticos de sangre todos los parámetros están correctos.

JUICIO CLÍNICO: Hemiparesia izquierda tras intervención meningioma frontal derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Deterioro de la movilidad en lado izquierdoR/C Daño producido por Meningioma M/P perdida de fuerza y control movilidad lado izquierdo.

PLAN DE CUIDADOS: Mejorar la movilidad del paciente mediante el uso de dispositivos como silla de ruedas, grúa y cama articulada. Mantener la integridad cutánea mediante el uso de colchón antiescaras en cama y cojín antiescaras en silla, mas cambios posturales. Adaptación familiar a la nueva situación con apoyo de trabajadora social centro de salud, dar carnet de cuidador para evitar perdida de tiempo a su esposa cuidadora principal.

CONCLUSIONES: Ante un cambio radical en poco tiempo se ha de dotar al paciente y su familia con daño neurológico adquirido de medios e información para hacer frente a su nueva situación de forma adecuada.

PALABRAS CLAVE: SECUELAS, MENINGIOMA, DEPENDENCIA, SALUD.

IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN PRECOZ

MARIA DE LA LUZ CARMONA PÉREZ, JOSÉ MARÍA CARMONA PÉREZ, SONIA DE SOUSA PULPILLO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 50 años, con antecedentes de HTA, DLP y fumador activo. Acude a urgencias por presentar parestesias en hemicuerpo izquierdo, con dificultad para coger las cosas. Se realiza TAC craneal y angio-TAC objetivando obstrucción completa de la carótida interna derecha. Se contacta con hospital de referencia y se acuerda realización de endarterectomía programada. Queda ingresado en nuestro hospital. A las 8 horas del ingreso, presenta hemiplejía completa izquierda, parálisis facial, activándose código ictus. Se vuelve a realizar angio-TAC urgente, donde se observa obstrucción de la ACM. Se traslada al hospital de referencia para trombectomía mecánica, por alto riesgo fibrinolítico al llevar >12 horas de clínica. En las primeras horas tras trombectomía, disminución del nivel de consciencia (GSC 4/15), por lo que se procede a intubación y realización de TAC craneal, donde se objetiva hemorragia intraparenquimatosa extensa, intraventricular y subaracnoidea. El paciente presenta muerte encefálica a las pocas horas del ingreso en UCI. La familia acepta la donación de órganos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientado. Disartria. Hemiplejía izquierda. Parálisis facial derecha. Resto de la exploración anodina. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normal. Angio-TAC: Obstrucción del segmento M1 de la ACM derecha, con relleno de contraste distal. Marcada disminución de la vascularización del hemisferio cerebral derecho. Trombectomía de la ACM: Angioplastia con balón de ACI derecha en su origen. Trombectomía mecánica de TICA, M1 y A1 derechas, con buen resultado TICI 3

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico de la arteria cerebral media derecha con transformación hemorrágica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Enfermedad desmielinizante, Accidente isquémico transitorio.

PLAN DE CUIDADOS: Control de tensión arterial. Vigilancia neurológica.

CONCLUSIONES: Una vez objetivada la oclusión de la ACI, quizás se podría haber planteado algún tipo de intervención o trombectomía evitando, así, la instauración del ictus isquémico extenso que, posteriormente, le ha provocado la muerte.

PALABRAS CLAVE: CÓDIGO ICTUS, ICTUS ISQUÉMICO, FIBRINOLISIS, TROMBECTOMÍA MECÁNICA, HEMORRAGIA CEREBRAL.

MUJER 72 AÑOS CON MIASTENIA GRAVIS ASOCIADA A TIMOMA

ROSARIO MARTIN NAVARRO, ALBA GIL MORILLAS, MARIA ISABEL MERCADO MONTORO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente 72 años antecedentes personales de HTA , hipercolesterolemia, espondiloartrosis y síndrome depresivo con vida activa e independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Ingresa para estudio desde consultas por presentar debilidad generalizada progresiva y síndrome constitucional de unos 6 meses de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Refiere dificultad para tragar sobretodo líquidos y caída de los párpados, no refiere diplopía ni disnea. En la exploración física se objetiva ptosis bilateral que empeora con la realización de las maniobras de fatiga. Destacando en las pruebas complementarias la presencia de una lesión nodular sólida en mediastino anterosuperior, en relación con timoma o hiperplasia tímica , un estudio electroneurofisiológico patológico en la exploración de la placa neuromuscular y Ac-antireceptor nicotínico de la acetilcolina positivos.

JUICIO CLÍNICO: Miastenia gravis estadio IIA de Osler asociada a Timoma. **PLAN DE CUIDADOS:** Se inició tratamiento con corticoides y piridostigmina mejorando la sintomatología y realizándose posteriormente timectomía.

CONCLUSIONES: La Miastenia Gravis (MG) es una enfermedad autoinmune mediada por anticuerpos frente a proteínas de la membrana post-sináptica de la unión neuromuscular. Más del 80 % de los pacientes afectados de MG presentan anticuerpos contra el receptor nicotínico de la acetilcolina (AChR). En algunos casos , como se trata en nuestra paciente, la enfermedad aparece en el contexto de un tumor de la glándula tímica. El tratamiento de la MG se basa en la terapia inmunosupresora, especialmente la cortisona asociada o no a otros fármacos, la timectomía en algunos casos y el tratamiento sintomático con piridostigmina. En función del patrón preferente de debilidad muscular se clasifican en formas Oculares o bien Generalizadas. En este último grupo, la afectación predomina principalmente en la musculatura de las extremidades (MG tipo A) o bien en la musculatura bulbar (MG tipo B). El timo desempeña un papel fundamental en la inmunopatogénesis de la Miastenia Gravis, aunque su implicación es variable.

PALABRAS CLAVE: MIASTENIA GRAVIS, TIMOMA, CORTICOIDES, PTOSIS.

DÉFICIT COMPRENSIVO RÁPIDAMENTE PROGRESIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS

ANTONIO JAVIER NAVARRO VIDAL, MARÍA DEL ROSARIO GIRALDO RAMÍREZ, FRANCISCO MANUEL RODRÍGUEZ NARANJO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 37 años. NAMC. Niega hábitos tóxicos. No FRCV. Infección por VIH conocida desde 2002. Acude a urgencias de su centro de salud por síncope sin cortejo vegetativo. Se constata TA 200/110 mmHg que no respondió a antihipertensivo y romberg dudoso. Es derivada a hospital, siendo dada de alta por normalidad de PPCC. Al día siguiente a su médico de familia por presentar parestesias en MSD. Ante la clínica de déficit sensitivo y alteración de la marcha, se deriva a urgencias e ingresa en neurología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Atenta y alerta. Lenguaje conservado. PINLA Y MOEC. Pares craneales conservados. Balance motor normal. Hipoestesia táctil y algésica en MMII y troncos. REM vivos con aumento de áreas rotuliano y bicipital izquierdo. Hoffman positivo bilateral de predominio izquierdo, babinski bilateral. Sensibilidad artrocinética y vibratoria conservada. No temblor ni disimetrías. Marcha espástica.

JUICIO CLÍNICO: Mielopatía compresiva por profusión ducal C5 y C6 de 3 semanas de evolución.

CONCLUSIONES: Es fundamental en atención primaria una buena anamnesis y exploración neurológica básica, pero completa y que nos ayude a diferenciar patología urgente de demorable. En este caso, dada la rápida evolución de la clínica el médico estuvo acertado al derivarla de forma urgente.

PALABRAS CLAVE: DÉFICIT, COMPRENSIVO, PROGRESIVO, ATENCIÓN, PRIMARIA, URGENCIAS.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD HACIA LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBERÁ PROPORCIONAR AL PACIENTE CON DAÑO CEREBRAL

CARLOS RECUERO FERNANDEZ, RAFAEL TOMAS RUZ PIZARRO, LARA MAZON GODINO, DANIEL HERNANDEZ MEGIAS, PEDRO CAMBERO MUÑOZ, JULIA CARRETERO VELASCO

INTRODUCCIÓN: Partimos que el accidente cerebrovascular o ictus es un problema de salud pública, que supone la primera causa de discapacidad física y la segunda de demencia en las personas adultas y la principal causa de muerte en la mujer en España. Sucede en todo el mundo y ha ido creciendo en nuestros entornos alarmantemente, por lo tanto hablamos de una epidemia, que a la larga nos afectará a todos, ya sea por la escasa educación del sistema, de los factores de riesgo, de los estilos y hábitos de vida...

OBJETIVOS: Determinar como proporcionar conocimientos, actitudes y habilidades sobre el ictus a los pacientes, familiares o cuidador principal.

METODOLOGÍA: Obtenido toda la información mediante la búsqueda en bases de datos científicas como Scielo, Cuiden, Medline (Pubmed), Metas, utilizando descriptores como “ictus AND prevención”, “Educación para la salud AND accidente cerebrovascular”, “ictus OR factores de riesgo”, “ictus AND epidemiología”, “Educación para la salud AND modificación de estilos de vida OR ictus”, “stroke AND prevención”.

RESULTADOS: Se ha diseñado un programa de una semana de duración, con actividades dirigidas a proporcionar conocimientos, habilidades y actitudes, a los pacientes, familiares o (CP) sobre el ictus.

CONCLUSIÓN: La Educación para la salud, es la principal herramienta para el desarrollo de la promoción y la detección de un problema. Los pacientes y familiares o CP han adquirido todos los conocimientos sobre el ictus, adquiriendo nuevas actitudes y nuevas habilidades para actuar frente a esta situación.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, CUIDADOS DE ENFERMERIA, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, PROTOCOLO DE ENFERMERIA, STROKE.

ENCEFALITIS VIRAL EN PACIENTE INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Preescolar de 3 años, sin antecedentes de interés, ingresada en UCI pediátrica por alteración del nivel de conciencia. Los padres refieren que desde hace 24 horas la niña presenta un comportamiento inusual, muy despistada y cansada y que al despertarla por la mañana la encuentran irritable, con llanto, se había orinado en la cama, y presentaba incapacidad para emitir lenguaje. Intentan incorporarla y objetivan parálisis de miembro superior e inferior derecho. Cuadro febril de 3 días de evolución de hasta 38,5 °C. Ante sospecha de encefalitis se solicitan pruebas complementarias y se inició tratamiento empírico con aciclovir y antibioterapia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TC cerebral: normal. Vídeo-EEG: Ondas lentas en rango delta de distribución difusa con predominio de frecuencias más lentas sobre áreas anteriores sin un claro predominio hemisférico con incidencia marcada en el estudio actual. LCR: pleocitosis linfocitaria, proteínas elevadas y niveles normales de glucosa, con PCR positiva para Virus Herpes Simple (VHP). Tras los hallazgos de las exploraciones complementarias se suspende tratamiento con antibioterapia y se mantiene aciclovir, con mejoría progresiva de la paciente.

JUICIO CLÍNICO: Encefalitis viral por virus herpes simple. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Encefalopatías tóxicas, otras causas de encefalitis (autoinmunes, bacterianas, otros virus...)

CONCLUSIONES: La encefalitis es un proceso inflamatorio del sistema nervioso central, asociado a una evidencia clínica de una disfunción neurológica. El VHS es la causa más común de encefalitis en niños mayores de seis meses. El cuadro clínico es muy variable y en ocasiones se presenta de manera poco específica, y sin tratamiento, la mortalidad alcanza a 70% y menos de 3% de los afectados queda libre de secuelas. Por ello, un diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: ENCEFALITIS, VIRUS HERPES SIMPLE, EEG, ENCEFALITIS VIRAL.

MANIFESTACIÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICA EN EL SÍNDROME DE ANGELMAN

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 10 años diagnosticada de Sd. Angelman, epilepsia mioclónica y discapacidad intelectual secundaria. Ingresa por presentar en vigilia, episodios de detención de actividad y parpadeo frecuente de hasta 10 segundos de duración, de modo esporádico. No tiene lenguaje. Precisa ayuda para todas las tareas de la vida diaria. No tiene problemas para conciliar el sueño pero se despierta muy temprano.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Electroencefalograma de larga duración de control en el que se registra sueño diurno. Como actividad crítica, se registran 60 crisis electroclínicas de 8 a 21 segundos de duración que se inician con ondas lentas y complejos punta-onda sobre áreas parieto-temporo-occipitales que posteriormente generalizan a la totalidad de la convexidad de los hemisferios, mostrando un predominio frontal y finalizando sobre áreas bifrontales. Clínicamente se observa cese de actividad, parpadeo y/o pérdida de tono progresiva de cuello y tronco simultánea. En el registro intercrítico se registran anomalías epileptiformes (brotes de ondas lentas y complejos punta-onda) sobre áreas bifrontales y región parieto-occipital de hemisferio derecho con elevada tendencia a la generalización secundaria. La actividad de fondo es arreactiva a la apertura-cierre de los párpados, pobremente diferenciada y discretamente lentificada para la edad de la paciente.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Angelman. **CONCLUSIONES:** El síndrome de Angelman es una enfermedad de aparición esporádica, aunque se ha observado en muchos pacientes una delección 15 q11-13. El síntoma más importante es el retraso mental en forma severa, con lenguaje reducido a 2-3 palabras. Además, presentan trastornos en el desarrollo motor, accesos de risa espontánea, microcefalia y crisis convulsivas entre otros. Las crisis convulsivas son generalizadas tónico-clónicas, a menudo precedidos de espasmos masivos, sacudidas mioclónicas, crisis focales y ausencias. El trazado intercrítico en el EEG de este síndrome se caracteriza por paroxismos de PO bilaterales de gran amplitud y ondas lentas a 2-3Hz, sin trazado característico de hirsutismo.

PALABRAS CLAVE: ELECTROENCEFALOGRAMA, SÍNDROME DE ANGELMAN, EPILEPSIA, RETRASO INTELECTUAL, INFANTIL.

RECUPERACIÓN DESPUÉS DE PADECER UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

ROGER SENDINO SERES, IOLANDA ARIAS RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: Queremos destacar la labor tan especial y fundamental del auxiliar, con el paciente y su familia, que se enfrentan a un total replanteamiento de vida tras la dificultosa resolución de un AVC, sus secuelas y/o discapacidades. Queremos destacar que en esos momentos, aparte de la ayuda hospitalaria es muy importante la labor humanitaria que les podemos brindar junto con nuestro trabajo diario, por ese motivo queremos plantearnos si realmente les preguntamos que necesitan o sienten.

OBJETIVOS: Analizar las carencias reales que se presentan para su rehabilitación completa. Analizar la función del auxiliar de enfermería.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, de un paciente en recuperación de AVC. Mediante la realización de varias entrevistas personales, para conocer sus vivencias y necesidades. Seguimiento a las citas con sus rehabilitadores, a los que hemos entrevistado, para comprender el estado y el ánimo con el que acuden los pacientes y la observación directa con el trato a terceros, familia y amigos.

RESULTADOS: Hemos podido observar su lenta recuperación, el sufrimiento diario, las carencias afectivas, la lucha por mejorar. El trabajo de la TCAE, cubrir las necesidades básicas, de higiene, alimentación etc. No es suficiente. El trabajo real esta encaminado en escuchar, entender, fortalecer, y preguntar que sienten, para que se expresen y poderlos ayudar en lo que mas falta les hace.

CONCLUSIÓN: Los TCE, deberíamos: Saber PREGUNTAR Y ESCUCHAR sus necesidades en cada momento. CONCIENCIAR: tanto a los familiares como al paciente, de la enfermedad y hablar sobre ello. ENSEÑAR a dar y recibir ayuda por parte de paciente y familia. TRANSMITIR siempre una actitud positiva. TRABAJAR EN EQUIPO.

PALABRAS CLAVE: ANEURISMA, AVC, ESCUCHAR, DISCAPACIDAD, RECUPERACIÓN.

