

Cuidados al paciente con problemas neurológicos

Pregunta 1

Señale la respuesta correcta respecto a los cuidados del paciente fibrinolizado en las primeras 24 horas tras la aplicación del tratamiento:

- ☐ a. Durante las 2 primeras horas tomar tensión arterial cada 30 minutos
- ☐ b. Entre las 2-6 horas tras la administración del tratamiento fibrinolítico tomar tensión arterial cada 15 minutos
- ☒ c. Durante las 2 primeras horas tomar tensión arterial cada 15 minutos ✓
- ☐ d. Entre las 2-6 horas tras la administración del tratamiento fibrinolítico tomar tensión arterial cada 5 minutos

Retroalimentación

Tras la administración del tratamiento fibrinolítico se monitorizará la Tensión Arterial (TA) siguiendo las siguientes pautas: - Las primeras 2 horas se tomará cada 15 minutos. - Entre las 2-6 horas siguientes cada 30 minutos. - Posteriormente cada hora. ? - Si TA mayor que 185/105 ó menor que 100/60 mmHg, se monitorizará cada 30 minutos, hasta conseguir un control de la misma. ?

Pregunta 2

Los valores normales de PIC (presión intracraneal) en condiciones fisiológicas son:

- ☐ a. Por debajo de 10 mmHg
- ☒ b. Por debajo de 15 mmHg ✓
- ☐ c. Por debajo de 35 mmHg
- ☐ d. Por encima de 20 mmHg

Retroalimentación

La PIC es la presión en el interior del cráneo. En situaciones fisiológicas normales se mantiene por debajo de 15 mmHg. El aumento de la PIC por encima de 20 mmHg es patológico y constituye una emergencia médica. ?

Pregunta 3

¿Cuál de las siguientes no es una intervención enfermera adecuada en la administración del tratamiento fibrinolítico a un paciente que ha sufrido un episodio de ICTUS isquémico?

- ☐ a. Asegurar dos vías venosas periféricas
- ☐ b. Se monitorizará la Tensión Arterial cada 15 minutos durante las primeras 2 horas
- ☒ c. Colocar al menos una vía venosa periférica en el brazo parético ✓
- ☐ d. Valorar las funciones mentales con la Escala Canadiense cada hora durante las 6 primeras horas

Retroalimentación

Siempre se evitará el brazo parético para la colocación cualquiera de las dos vías venosas periféricas necesarias para la realización del procedimiento.

Pregunta 4

Al realizar la exploración neurológica a un paciente se objetiva: la pupila derecha tiene 4 mm, es redondeada y reactiva a la luz, mientras que la pupila izquierda mide 6 mm, es redondeada y no es reactiva a la luz. ¿Qué podemos decir de las pupilas de nuestro paciente?

- ☐ a. Las pupilas son anisocóricas y reactivas
- ☐ b. Las pupilas son discóricas, siendo la derecha reactiva y la izquierda arreactiva
- ☒ c. Las pupilas son anisocóricas, siendo la derecha reactiva y la izquierda arreactiva ✓
- ☐ d. Las pupilas son isocóricas, medias y reactivas

Retroalimentación

Las pupilas descritas son anisocóricas ya que tienen diferente tamaño pero poseen la misma forma. La pupila izquierda no es reactiva al estímulo luminoso, por tanto decimos que es arreactiva.

Pregunta 5

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta respecto a la sedación del paciente crítico?

- ☐ a. Un paciente con indicación de sedación profunda deberá mantenerse con valores en la Escala RASS entre (-4) y (-5).
- ☐ b. En los pacientes con sedación profunda (RASS entre (-4) y (-5)), deberá complementarse la monitorización con sistemas objetivos como el sistema BIS®.
- ☒ c. La sobredosificación de los pacientes críticos se relaciona con una disminución de los tiempos de ventilación mecánica ✓
- ☐ d. La infradosificación de los pacientes críticos se relaciona con riesgo de autorretirada de dispositivos como el tubo endotraqueal

Retroalimentación

La sobredosificación de los pacientes críticos se relaciona con una disminución de los tiempos de ventilación mecánica y por tanto predispone a neumonías asociadas a ventilación mecánica, aumento de la estancia en UCI, de los costes y de la morbilidad, aumento del delirio y del estrés postraumático (alucinaciones, sueños paranoides), peor calidad de vida al alta hospitalaria, etc. El resto de afirmaciones son correctas

Pregunta 6

Señale la respuesta respecto a la administración de soluciones hiperosmolares en el paciente neurocrítico:

- ☐ a. Producen una disminución del volumen cerebral y como consecuencia una disminución de la PIC.
- ☐ b. Aumentan el volumen sanguíneo y la presión arterial.
- ☐ c. El manitol y el suero salino hipertónico son consideradas soluciones hiperosmolares.
- ☒ d. Todas las respuestas son correctas ✓

Retroalimentación

Se consideran medidas de primer nivel para el control de la PIC: - Administración de soluciones hiperosmolares: producen una disminución del volumen cerebral y, como consecuencia, disminución de la PIC. No atraviesan la BHE sana, no son tóxicos y no producen muchos efectos sistémicos si se utilizan de forma adecuada. Aumentan el volumen sanguíneo y la presión arterial. - Manitol: diurético osmótico. ? - Suero salino hipertónico (SSH): no existe suficiente evidencia para recomendar su uso, concentración y forma de administración.

Pregunta 7

¿Cuál de las siguientes manifestaciones NO es característica de la Triada de Cushing?

- ☐ a. Bradicardia
- ☐ b. Hipertensión Arterial
- ☐ c. Bradipnea
- ☒ d. Taquicardia ✓

Retroalimentación

Signos como la bradicardia, la hipertensión y la bradipnea componen la Triada de Cushing y podrían indicar herniación cerebral.

Pregunta 8

¿Cuál de las siguientes indicaciones para la administración de rt-PA (Activador Tisular del Plasminógeno Recombinante) para la realización de fibrinólisis en el caso de ICTUS isquémico es incorrecta?

- ☐ a. La dosis indicada es de 0,9 mg/kg
- ☐ b. El 10% de la dosis prescrita se administrará en bolo intravenoso en un minuto
- ☒ c. El 100% de la dosis prescrita se en perfusión continua intravenosa en una hora ✓
- ☐ d. El 90% de la dosis prescrita se en perfusión continua intravenosa en una hora

Retroalimentación

La dosis que se administrará es de 0,9 mg/kg. Dicha dosis presenta las siguientes pautas de administración: ? - El 10% en bolo intravenoso en 1 minuto. ? - El 90% en perfusión continua durante una hora, tras comprobar que no ha habido ?ningún problema. ?

Pregunta 9

¿Cuál de los siguientes tipos de cefalea se considera subsidiario de atención urgente?

- ☐ a. Cefalea ergotamínica
- ☒ b. Cefalea aguda generalizada relacionada con síndrome meníngeo ✓
- ☐ c. Cefalea tensional crónica
- ☐ d. Arteritis de Horton

Retroalimentación

Las cefaleas agudas generalizadas generalmente traducen procesos graves que requieren un diagnóstico y tratamiento precoces como pueden ser el síndrome meníngeo, el síndrome de hipertensión intracraneal y la emergencia hipertensiva. El resto de cefaleas nombradas en las opciones de respuesta se consideran cefaleas crónicas.

Pregunta 10

Los valores normales de PIC (presión intracraneal) en condiciones fisiológicas son:

- ☐ a. Por debajo de 10 mmHg
- ☒ b. Por debajo de 15 mmHg ✓
- ☐ c. Por debajo de 35 mmHg
- ☐ d. Por encima de 20 mmHg

Retroalimentación

La PIC es la presión en el interior del cráneo. En situaciones fisiológicas normales se mantiene por debajo de 15 mmHg. El aumento de la PIC por encima de 20 mmHg es patológico y constituye una emergencia médica. ?

Pregunta 11

El concepto hipoestesia, ¿con cuál de las siguientes definiciones se corresponde?

- ☐ a. Sensibilidad aumentada
- ☐ b. Pérdida de la capacidad de producir y/o comprender el lenguaje
- ☒ c. Sensibilidad disminuida ✓
- ☐ d. Alteración adquirida de la articulación de las palabras

Retroalimentación

La hipoestesia se define como sensibilidad disminuida. El resto de definiciones se corresponden con los conceptos hiperestesia, afasia y disartria.

Pregunta 12

La definición “cefalea intensa de localización orbitaria, supraorbitaria o temporal, siempre del mismo lado, sin aura, que se acompaña de inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración frontal, enrojecimiento e hiperestesia e hiperalgesia facial, miosis y ptosis palpebral ipsilateral”, ¿con cuál de los siguientes tipos de cefalea se corresponde?

- ☒ a. Cefalea en cúmulos o racimos ✓
- ☐ b. Síndrome meníngeo
- ☐ c. Cefalea de la tos
- ☐ d. Cefalea tensional episódica

Retroalimentación

Llamamos cefalea en cúmulos o racimos a aquella cefalea intensa de localización orbitaria, supraorbitaria o temporal, siempre del mismo lado, sin aura, que se acompaña de inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración frontal, enrojecimiento e hiperestesia e hiperalgesia facial, miosis y ptosis palpebral ipsilateral.

Pregunta 13

¿Cuál de los siguientes fármacos es el recomendado para la fibrinólisis en caso de ICTUS isquémico?

- ☐ a. Manitol
- ☐ b. Cisatracurio
- ☐ c. Fentanilo
- ☒ d. rt-PA (Activador Tisular del Plasminógeno Recombinante) ✓

Retroalimentación

El objetivo del tratamiento del Ictus isquémico en fase aguda será mejorar o restablecer el flujo sanguíneo cerebral en la zona isquémica. Este tratamiento consiste en intentar la disolución del coágulo responsable del Ictus mediante la administración de fármacos por vía intravenosa. El más utilizado actualmente es rt-PA (Activador Tisular del Plasminógeno Recombinante). ?

Pregunta 14

Los pacientes con indicación de sedación superficial deberán mantenerse con valores en la escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale):

- ☐ a. RASS entre (-4) y (-5)
- ☒ b. RASS entre (+1) y (+3) **X**
- ☐ c. RASS entre (0) y (-2/-3)
- ☐ d. RASS entre (+2) y (-2)

Retroalimentación

La mayor parte de los pacientes ingresados en nuestras UCI tienen indicación de sedación consciente, si correlacionamos esta indicación con la escala RASS, podemos decir que el objetivo en la mayor parte de los enfermos es mantenerlos con niveles en la escala RASS entre (0) y (-2/-3).

Pregunta 15

Un paciente que abre los ojos cuando le llamamos por su nombre, que a la pregunta en qué año estamos nos contesta 1526 y que nos aprieta la mano cuando se lo pedimos, ¿qué puntuación le daríamos en la Escala de Coma de Glasgow?

- ☐ a. 3 puntos
- ☐ b. 13 puntos
- ☒ c. 12 puntos **X**
- ☐ d. 11 puntos

Retroalimentación

Otorgaremos 3 puntos (apertura ocular a la orden verbal) en la subescala ocular, 4 puntos (confusa) en la subescala verbal y 6 puntos (obedece órdenes) en la subescala motora. Total, 13 puntos.

Pregunta 16

El concepto hiperestesia, ¿con cuál de las siguientes definiciones se corresponde?

- ☒ a. Sensibilidad aumentada **✓**
- ☐ b. Pérdida de la capacidad de producir y/o comprender el lenguaje
- ☐ c. Sensibilidad disminuida
- ☐ d. Alteración adquirida de la articulación de las palabras

Retroalimentación

La hiperestesia se define como sensibilidad disminuida. El resto de definiciones se corresponden con los conceptos hipoestesia, afasia y disartria.

Pregunta 17

¿Cuál de los siguientes signos puede ser considerado como un indicio de gravedad neurológica?

- ☐ a. Pupilas isocóricas y reactivas a la luz
- ☒ b. Pupilas anisocóricas y arreactivas al estímulo luminoso ✓
- ☐ c. Pupilas discóricas y reactivas a la luz
- ☐ d. Pupilas discóricas y arreactivas al estímulo luminoso

Retroalimentación

Como enfermeros, aquellos pacientes con anisocoria o pupilas arreactivas al estímulo luminoso, deberán alertarnos como posibles indicios de gravedad neurológica.

Pregunta 18

¿Cuál de los siguientes tipos de episodios convulsivos se consideran focales?

- ☐ a. Tónico-clónicas o gran mal
- ☐ b. Ausencias o pequeño mal
- ☐ c. Mioclonías
- ☒ d. Elementales ✓

Retroalimentación

Dentro de las crisis focales encontramos crisis elementales y complejas, teniendo cada uno de estos elementos de la clasificación distintas subclasificaciones, por ejemplo, las crisis elementales pueden ser motoras, sensoriales o vegetativas. El resto de respuestas propuestas son crisis generalizadas primarias o de origen no detectado.

Pregunta 19

Señale la respuesta correcta respecto a los drenajes usados para la monitorización de la Presión Intracraneal (PIC):

- ☐ a. La presencia de drenajes de monitorización de PIC obliga a vigilar la presencia de signos y síntomas de endocarditis
- ☐ b. En el caso de lesiones bilaterales a nivel cerebral, se colocarán preferentemente en el lado izquierdo del cráneo ya que es el lado que más drenaje venoso recibe
- ☐ c. A través de los drenajes ventriculares se puede realizar extracción de Líquido Cefalorraquídeo (LCR) con una velocidad máxima de 20 ml/h
- ☒ d. El uso de drenajes intraparenquimatosos está indicado cuando se sospechan hemorragias ventriculares o hidrocefalia ✗

Retroalimentación

Los drenajes ventriculares están indicados para el drenaje de hemorragias ventriculares o hidrocefalia, debiendo ser la extracción menor de 20 ml/h. Se colocarán preferentemente en el

lado de la lesión, y en caso de lesión bilateral, se colocarán en el lado derecho del cráneo ya que es el que más drenaje venoso recibe. Los catéteres intraparenquimatosos están indicados para la monitorización de los valores de PIC pero no para la extracción de LCR ni la infusión de fármacos. Siempre que se usen catéteres de monitorización de PIC se deberá vigilar la posibilidad de desarrollo de una meningitis.

Pregunta 20

Al aplicar la Escala de Coma de Glasgow a nuestro paciente nos encontramos con las siguientes respuestas: abre los ojos cuando le llamamos por su nombre y le decimos que lo haga y el resto del tiempo los mantiene cerrados, al preguntarle en qué año estamos nos dice que estamos en 1998 y al preguntarle por dónde estamos nos contesta que en casa de su abuela en Alemania, al pedirle que abra los ojos lo hace y al pedirle que saque la lengua también lo hace correctamente. Atendiendo a las respuestas descritas, ¿qué puntuación tiene en ese momento nuestro paciente en la Escala de Coma de Glasgow?

- ☐ a. 15 puntos
- ☐ b. 14 puntos
- ☐ c. 13 puntos
- ☒ d. 12 puntos **X**

Retroalimentación

Puntuación subescala ocular: 3 puntos; puntuación subescala verbal: 4 puntos; puntuación subescala motora: 6 puntos. Total: 13 puntos.

Pregunta

¿Cuál de las siguientes escalas de valoración es la adecuada para monitorizar la situación neurológica de un paciente que ha sufrido un ICTUS isquémico y ha sido sometido a fibrinólisis sistémica?

- ☒ a. Escala Canadiense **✓**
- ☐ b. Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID)
- ☐ c. Escala de Agitación-Sedación de Richmond (RASS)
- ☐ d. Escala de Barthel

Retroalimentación

La valoración del estado neurológico de un paciente que ha sufrido un ICTUS isquémico y ha sido sometido a fibrinólisis sistémica se hará cada 2 horas mediante la Escala Canadiense. La escala ESCID se usará para monitorizar el dolor en pacientes críticos no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica. La escala RASS se usará para valorar la profundidad de la sedación. La escala o índice de Barthel nos habla de la independencia del paciente para el desempeño de Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Pregunta

Diremos que un paciente presenta movimientos de decorticación cuando:

- ☐ a. Nos conteste con palabras inapropiadas a la pregunta realizada
- ☐ b. No presente ninguna respuesta motora ante ningún estímulo doloroso
- ☒ c. Presente movimientos de flexión y aducción de los miembros superiores sobre el tronco ? ✓
- ☐ d. Presente rotación interna con extensión de los miembros respecto al tronco

Retroalimentación

Los movimientos anómalos que nos pueden indicar daño neurológico son la decorticación (movimientos de flexión y aducción de los miembros superiores sobre el tronco) y la descerebración (rotación interna con extensión de los miembros respecto al tronco).

Pregunta

La pérdida adquirida de la capacidad de articular las palabras se denomina:

- ☐ a. Afasia motora
- ☒ b. Disartria ✓
- ☐ c. Afasia de Broca
- ☐ d. Afasia sensorial

Retroalimentación

A la alteración adquirida de la capacidad para articular de manera adecuada las palabras se le llama disartria. A la pérdida adquirida de la capacidad de producir se le denomina afasia motora o de Broca) y a la pérdida adquirida de la capacidad de comprender el lenguaje la conocemos como afasia sensorial o de Wernicke.

Pregunta

La definición: "colección hemática dentro del parénquima encefálico producida por rotura vascular con o sin comunicación con espacio subaracnoideo y sistema ventricular ?", se corresponde con:

- ☐ a. Parálisis facial
- ☐ b. Infarto cerebral
- ☒ c. Accidente Cerebrovascular hemorrágico ✓
- ☐ d. Accidente isquémico transitorio

Retroalimentación

La definición propuesta se corresponde con Accidente cerebrovascular hemorrágico. Las otras respuestas se corresponderían con las siguientes definiciones: - Parálisis facial: lesión del VII par craneal (nervio facial) o parálisis de Bell que produce parálisis de los músculos faciales. ? -

Infarto cerebral: déficit vascular isquémico en el que los síntomas neurológicos persisten más de 24 horas. - Accidente isquémico transitorio (AIT): episodio breve de disfunción neurológica, con síntomas clínicos que duran menos de una hora y sin evidencia de infarto en las técnicas de neuroimagen. ?

Pregunta

Señale la respuesta correcta respecto a las convulsiones tónico-clónicas:

- ☐ a. En la fase clónica se produce un aumento brusco del tono muscular en el tórax o cara, flexión de brazos, extensión de piernas.
- ☒ b. En la fase tónica se produce un aumento brusco del tono muscular en el tórax o cara, flexión de brazos, extensión de piernas. ✓
- ☐ c. Se definen por un periodo de 30 o más minutos de actividad convulsiva generalizada.
- ☐ d. Todas las respuestas son correctas.

Retroalimentación

Convulsiones tónico-clónicas: rigidez de nuca, espasmos, pérdida de conocimiento, dilatación pupilar, respiración con estertores, ptialismo, incontinencia fecal/urinaria, y mordedura de la lengua. ?Tras la crisis el paciente está agotado, puede dormir durante varias horas, mostrarse débil, confuso y amnésico respecto al episodio, con náuseas, rigidez y dolor muscular. - Fase tónica: aumento brusco del tono muscular en el tórax/cara, flexión de brazos, extensión de piernas. Dura unos segundos. - Fase clónica: contracción muscular con relajación, que se presenta entre las contracciones musculares tónicas. Puede presentar respiración estri- dente y ptialismo.

Pregunta

El paciente que tenemos a nuestro cargo ha sido diagnosticado de delirio con la herramienta CAM-ICU (Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit). ¿Qué tipo de delirio presentará si desde el diagnóstico está letárgico, confuso, con bajo nivel de conciencia e inatento?

- ☒ a. Delirio hiperactivo ✗
- ☐ b. Delirio mixto
- ☐ c. Delirio hipoactivo
- ☐ d. Desorientación temporoespacial pero no en persona

Retroalimentación

En la UCI el delirio se puede presentar de tres maneras diferentes: - Delirio hiperactivo: se caracteriza por agitación, alucinaciones, desorientación, agresividad, intento de autorretirada de dispositivos,... Es decir, comportamientos que se correlacionarían con valores positivos de la escala RASS. Es el menos frecuente en los pacientes críticos. ? - Delirio hipoactivo: pacientes letárgicos, confusos, con bajo nivel de conciencia o periodos de poca atención, apatía,... Los pacientes con delirio hipoactivo presenta- rían valores negativos en la escala RASS. Es la forma

más frecuente de presentación del delirio en pacientes críticos. ? - Delirio mixto: alternancia de periodos de delirio hiper e hipoactivo.

Pregunta

La Escala de Coma de Glasgow nos orienta hacia situaciones de importante gravedad neurológica. ¿Ante qué puntuación de las siguientes deberemos pensar que estamos ante un paciente grave?

- ☐ a. Cuando la puntuación en la subescala motora sea de 0 puntos
- ☐ b. Cuando la puntuación en el total de la Escala de Coma de Glasgow sea de 2 puntos.
- ☒ c. Cuando la puntuación en la subescala motora sea de 3 puntos ✓
- ☐ d. Cuando la puntuación en la subescala ocular sea de 3 puntos

Retroalimentación

La Escala de Coma de Glasgow nos orienta hacia situaciones de importante gravedad, deberán ser considerados pacientes graves aquellos que tengan una puntuación en la escala menor a 8 o que presenten movimientos anómalos, es decir, puntuaciones menores de 4 en la subescala motora del Glasgow. Las puntuaciones de 0 puntos en cualquiera de las subescalas o menores de 3 puntos en la puntuación total del Glasgow no son posibles.

Pregunta

Atendiendo a la triada de UCI de dolor, agitación y delirio, ¿cuál de los siguientes ítems no es un factor inductor de dolor en el paciente crítico?

- ☐ a. Presencia de tubo endotraqueal
- ☐ b. Presencia de accesos vasculares
- ☒ c. Edad avanzada ✓
- ☐ d. Presencia de daño tisular

Retroalimentación

La edad avanzada es un factor de riesgo para el desarrollo de delirio, pero no para el dolor. El resto de opciones propuestas son elementos inductores de dolor en el paciente crítico.

Pregunta

Existen una serie de signos que pueden alertarnos de un posible fracaso de los mecanismos de autorregulación cerebral. ¿Cuál de las siguientes situaciones pueden estarnos indicando una pérdida de la capacidad de autorregulación cerebral?

- ☐ a. Valores de Presión de Perfusión Cerebral (PPC) entre 60 y 70 mmHg
- ☐ b. Valores de Presión Intracraneal (PIC) entre 10 y 15 mmHg
- ☐ c. Valores de Saturación de Oxígeno en el bulbo de la yugular (SjO₂) entre 50 y 70%
- ☒ d. Presencia de vómito brusco en escopeta sin presencia de náuseas previas ✓

Retroalimentación

Las 3 primeras respuestas se corresponden con los valores normales de PPC, PIC y S_jO₂, por tanto no son indicativas de pérdida de la capacidad de autorregulación cerebral. Sin embargo, la presencia de vómitos en escopeta sí que puede ser indicativa de daño neurológico grave y ser consecuencia de una regulación cerebral deficitaria

Pregunta

¿Cuál de los siguientes elementos no está incluido en el concepto “triada de UCI”?

- ☐ a. Dolor
- ☐ b. Agitación
- ☐ c. Delirio
- ☒ d. Daño neurológico ✓

Retroalimentación

En el modelo conceptual “triada de UCI” se interrelacionan los tres principales motivos de discomfort del paciente crítico (dolor-agitación-delirio).

Pregunta

Señala la respuesta correcta respecto al tratamiento de las cefaleas en pacientes no graves:

- ☒ a. Administración de oxigenoterapia a altas concentraciones durante 10 minutos ✓
- ☐ b. Infiltración de corticoides en caso de neuralgias leves.
- ☐ c. Aplicación de calor local.
- ☐ d. Habitación con luz blanca intensa.

Retroalimentación

Los cuidados de enfermería consistirán (medidas generales) en pacientes no graves: - Reposo en decúbito. - Habitación con poca luz y sin ruido. - Oxígeno a altas concentraciones (mascarilla con reservorio a 7-10 litros) durante 10 minutos. ? - Colaboración con el médico en la infiltración de corticoides en caso de neuralgias severas. ? - Aplicación de frío local. ?

CASO CLINICO

Información

Raquel es una mujer de 48 años de edad que mientras realiza ejercicio anaeróbico intenso en el gimnasio sufre una cefalea brusca de alta intensidad.

Antecedentes personales:

- No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas
- Hipertensión arterial recién diagnosticada, de momento sin tratamiento farmacológico, controlada con medidas higienico-dietéticas
- Madre de 1 hijo nacido sano con 28 años de edad

En los primeros minutos tras el inicio de la cefalea, pierde el conocimiento (según testigos presenciales en el gimnasio) y en 2-3 minutos recupera espontáneamente la conciencia pero sigue confusa y con problemas en la articulación del lenguaje. A la vista de la situación, el personal del gimnasio decide avisar al 112.

Pregunta 1

Al llegar los servicios de emergencias, se encuentran a Raquel tendida en el suelo con los ojos cerrados, al llamarle por su nombre los abre; cuando le preguntan por su nombre y apellidos es capaz de responder con dificultad y lentitud, pero los dice correctamente, sin embargo, cuando le preguntan por el lugar donde está o el año en el que estamos, dice que en 1992 y que está en las olimpiadas de Barcelona; al pedirle que saque la lengua o apriete la mano del examinador, obedece las órdenes con lentitud pero correctamente. Atendiendo a la exploración descrita, ¿qué puntuación tiene Raquel en ese momento en la Escala de Coma de Glasgow?

- ☐ a. 15 puntos
- ☐ b. 14 puntos
- ☒ c. 13 puntos ✓
- ☐ d. 12 puntos

Retroalimentación

Otorgaremos 3 puntos (a la orden verbal) en la subescala ocular, 4 puntos (confusa) en la subescala verbal y 6 puntos (obedece órdenes) en la subescala motora. Total, 13 puntos.

Pregunta 2

Texto de la pregunta

Ante la puntuación obtenida en la Escala de Coma de Glasgow, se decide la exploración pupilar: al valorar las pupilas a Raquel, encontramos que la pupila derecha es de 5 mm y la izquierda de 5 mm y ambas reaccionan al estímulo luminoso. ¿Qué podremos decir de las pupilas de Raquel?

- ☐ a. Son isocóricas y arreactivas
- ☒ b. Son isocóricas y reactivas ✓
- ☐ c. Son discóricas y arreactivas
- ☐ d. Son anisocóricas y reactivas

Retroalimentación

Diremos que unas pupilas son anisocóricas cuando presentan diferencias en el tamaño entre ellas y discóricas cuando presentan diferencias en la forma. Sólo en el caso de que sean iguales en forma y tamaño podremos decir que son isocóricas. Si al aplicar un estímulo luminoso las pupilas se contraen diremos que son reactivas, si no lo hacen diremos que son arreactivas.

Información

Dada la exploración neurológica inicial realizada a Raquel y la descripción de la situación realizada por los testigos, los servicios de emergencia deciden trasladar a Raquel al hospital de referencia.

Durante el traslado en la ambulancia Raquel presenta un episodio convulsivo.

Pregunta 3

Durante el episodio convulsivo, Raquel presenta rigidez de nuca, incontinencia urinaria, dilatación pupilar y pérdida de conocimiento. ¿Qué tipo de episodio convulsivo está sufriendo Raquel?

- ☐ a. Crisis jacksoniana
- ☐ b. Convulsión focal del lóbulo temporal
- ☐ c. Crisis psicomotora
- ☒ d. Crisis tónico-clónica ✓

Retroalimentación

Las crisis tónico-clónicas se caracterizan por: rigidez de nuca, espasmos, pérdida de conocimiento, dilatación pupilar, respiración con estertores, ptialismo, incontinencia fecal/urinaria, y mordedura de la lengua. ?Tras la crisis el paciente está agotado, puede dormir durante varias horas, mostrarse débil, confuso y amnésico respecto al episodio, con náuseas, rigidez y dolor muscular.

Información

Al llegar al hospital y teniendo en cuenta la anamnesis y las distintas situaciones descritas, se realiza una Tomografía Axial Computerizada (TAC) urgente en el que se objetivan imágenes compatibles con una hemorragia intraparenquimatosa que podría justificar tanto la cefalea, como la pérdida de conocimiento y el episodio convulsivo posterior.

Dada la evolución de Raquel se decide su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para su vigilancia estrecha y su tratamiento específico.

Pregunta 4

Al realizar la exploración de la subescala motora del Glasgow a Raquel se han hallado objetivado movimientos involuntarios de flexión y aducción de los miembros superiores sobre el tronco al aplicar un estímulo, ¿qué nombre reciben este tipo de movimientos involuntarios?

- ☐ a. Movimientos de descerebración
- ☒ b. Movimientos de decorticación ✓
- ☐ c. Disestesias
- ☐ d. Hiperestesias

Retroalimentación

Definimos como descerebración a la rotación interna con extensión de los miembros respecto al tronco y como decorticación a la flexión y aducción de los miembros superiores sobre el tronco. Los conceptos hipo/hiper/disestesias se refieren a alteraciones en la sensibilidad, pero no a movimientos anómalos.

Información

Tras el empeoramiento de la situación neurológica de Raquel, se realiza nuevo TAC craneal donde se observa un aumento de la hemorragia intracraneal y se avisa al Neurocirujano de guardia ya sus familiares.

Finalmente, tras la firma del Consentimiento Informado por parte de los familiares de Clara, se realiza neurocirugía urgente evacuándose el hematoma y colocándose un sensor para la medición de Presión Intracraneal (PIC) a nivel de parénquima cerebral.

Pregunta 5

Si al monitorizar a Raquel la PIC obtenemos un valor de 26 mmHg, y en ese momento tiene una TAm de 65 mmHg. ¿Qué valores de Presión de Perfusión Cerebral (PPC) tendrá?

- ☐ a. 28 mmHg
- ☐ b. 53 mmHg
- ☒ c. 39 mmHg ✓
- ☐ d. 42 mmHg

Retroalimentación

Para el cálculo de la PPC se usa la fórmula: $PPC = TAm - PIC$. Por tanto, en el caso de Raquel la PPC será: $PPC = 65 - 26 = 39$ mmHg.