



Curso CEFIE 2024 Módulo: 4 Emergencias Neurológicas

**CAPÍTULO DE ENFERMERÍA SOCIEDAD ARGENTINA DE
EMERGENCIAS**

**Curso “COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA PARA LA
FORMACION
INTEGRAL EN EMERGENCIAS”**



Curso CEFIE 2024 Módulo: 4

TEMARIO DEL MODULO

- Emergencias neurológicas más frecuentes en el adulto. Generalidades.
- Trauma encéfalo-craneano (TEC). Generalidades.
- Actuación de enfermería en el TEC. Ejercicio interactivo.
- Accidente cerebro-vascular (ACV). Generalidades.
- Actuación de enfermería en el ACV. Ejercicio interactivo.
- Convulsiones. Generalidades.
- Actuación de enfermería en las convulsiones. Ejercicio interactivo.

- Generalidades y Diferencias niño- adulto.
- TEC en Pediatría. Generalidades.
- Actuación de enfermería en el TEC. Ejercicio interactivo.
- Convulsión febril simple (CFS). Generalidades.
- Actuación de enfermería en la CFS. Ejercicio interactivo
- Status epiléptico (SE) Generalidades.
- Actuación de enfermería en el SE. Ejercicio interactivo



Curso CEFIE 2024 Módulo 4

Tema 7 : Convulsiones en el adulto. Caso Clínico
Disertante: Lic. Beatriz Blanco

www.sae-emergencias.org.ar

Caso Clínico

La familia de un paciente de 45 años lo trae al servicio de Emergencias por haber presentado un episodio de sacudidas en todo el cuerpo de 1-2 minutos de evolución.



Caso Clínico

La familia de un paciente de 45 años lo trae al servicio de Emergencias por haber presentado un episodio de sacudidas en todo el cuerpo de 1-2 minutos de evolución.

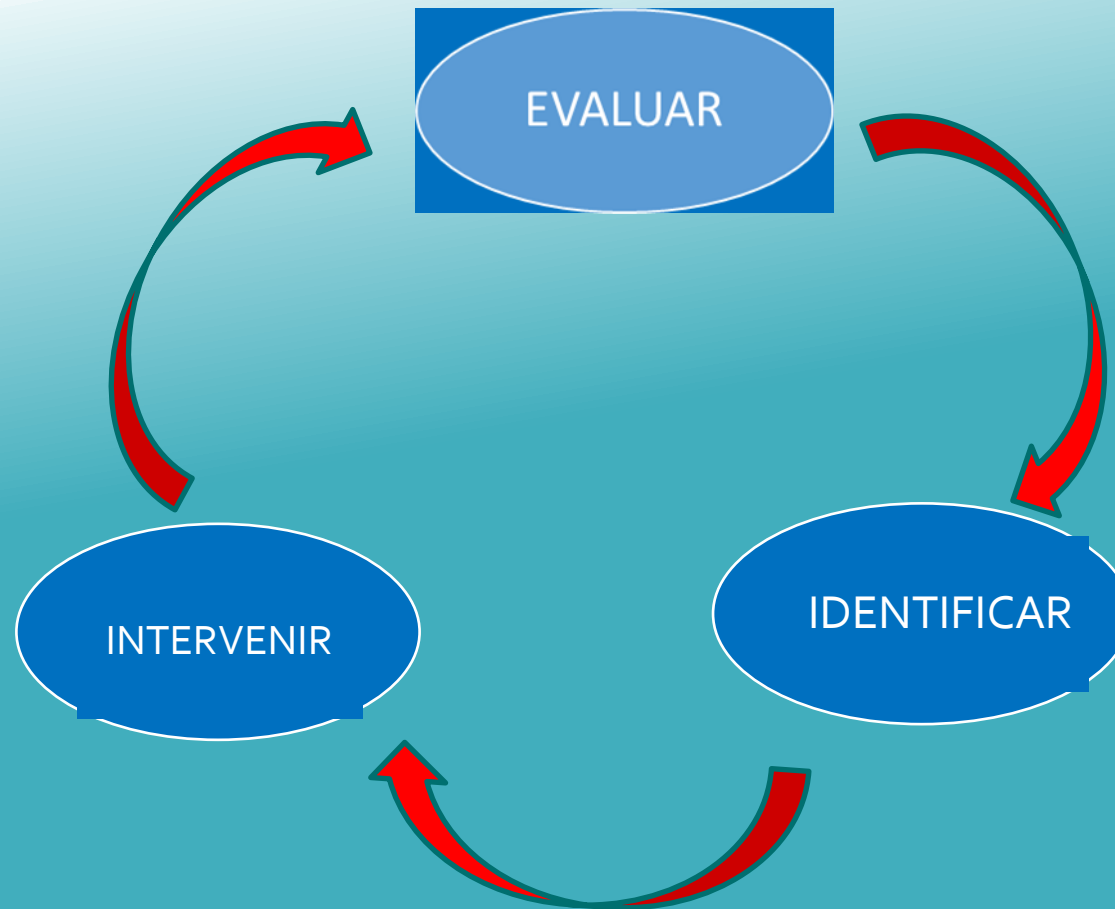
El paciente se encuentra inconsciente, no presenta convulsiones y es ingresado al Sector de Reanimación.

El médico de guardia fue avisado y llegará en menos de 1 minuto.

Cual es su conducta inicial?

A B C D E

A B C D E



Examen físico inicial

Examen físico al inicio de la crisis – Minuto 1

Enfermera 1

- A. Ruido de secreciones abundantes en vía aérea

Cabeza en ligera extensión
Aspiración de secreciones
con EPP nivel 3

- B. Respira con buena excursión torácica, FR 14 x minuto. Sat O2 91%. Se auscultan ruidos transmitidos de VA superior, no otros ruidos.

Aporte de oxígeno con MR
o cánula nasal hasta 6L/min

Enfermera 2

- C. FC 96 x minuto, pulsos periféricos presentes, relleno capilar 2 segundos. TA 140/83 mmhg. Auscultación cardíaca: ruidos normales, no soplos.

Monitorización – Acceso venoso periférico
Glucemia por tira reactiva: 88 mg%

Examen físico inicial

Examen físico al inicio de la crisis – Minuto 1

- D. Ojos cerrados, mueve 4 miembros espontáneamente en forma descoordinada. Al dolor, localiza y dice palabra sueltas. Pupilas isocóricas con escasa respuesta a la luz. Presenta temblor de la mano derecha.

Calcular puntaje de Escala Glasgow

Escala de Glasgow

Respuesta ocular: **1**

Respuesta verbal: **3**

Respuesta motora: **5**

TOTAL: 9

TABLA DE LA ESCALA DE COMA GLASGOW		
👁️ APERTURA DE OJOS	CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
Abre antes del estímulo	Espontánea	4
Tras decir o gritar la orden	Al sonido	3
Tras estímulo en la punta del dedo	A la presión	2
No abre los ojos, no hay factor que interfiera	Ninguna	1
Cerrados por un factor a nivel local	No valorable	-
🗨️ RESPUESTA VERBAL	CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
Da correctamente nombre, lugar y fecha	Orientado	5
No está orientado pero se comunica coherentemente	Confuso	4
Palabras sueltas inteligibles	Palabras	3
Sólo gemidos, quejidos	Sonidos	2
No se oye respuesta, no hay factor que interfiera	Ninguna	1
Existe factor que interfiere en la comunicación	No valorable	-
💪 MEJOR RESPUESTA MOTORA	CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
Obedece la orden con ambos lados	Obedece comandos	6
Lleva la mano por encima de la clavícula al estimularle el cuello	Localiza	5
Dobla brazo sobre codo rápidamente, pero las características no son anormales	Flexión normal	4
Dobla el brazo sobre el codo, características predominantemente anormales	Flexión anormal	3
Extiende el brazo	Extensión	2
No hay movimientos en brazos ni piernas. No hay factor que interfiera	Ninguna	1
Parálisis y otro factor limitable	No valorable	-

Examen físico inicial

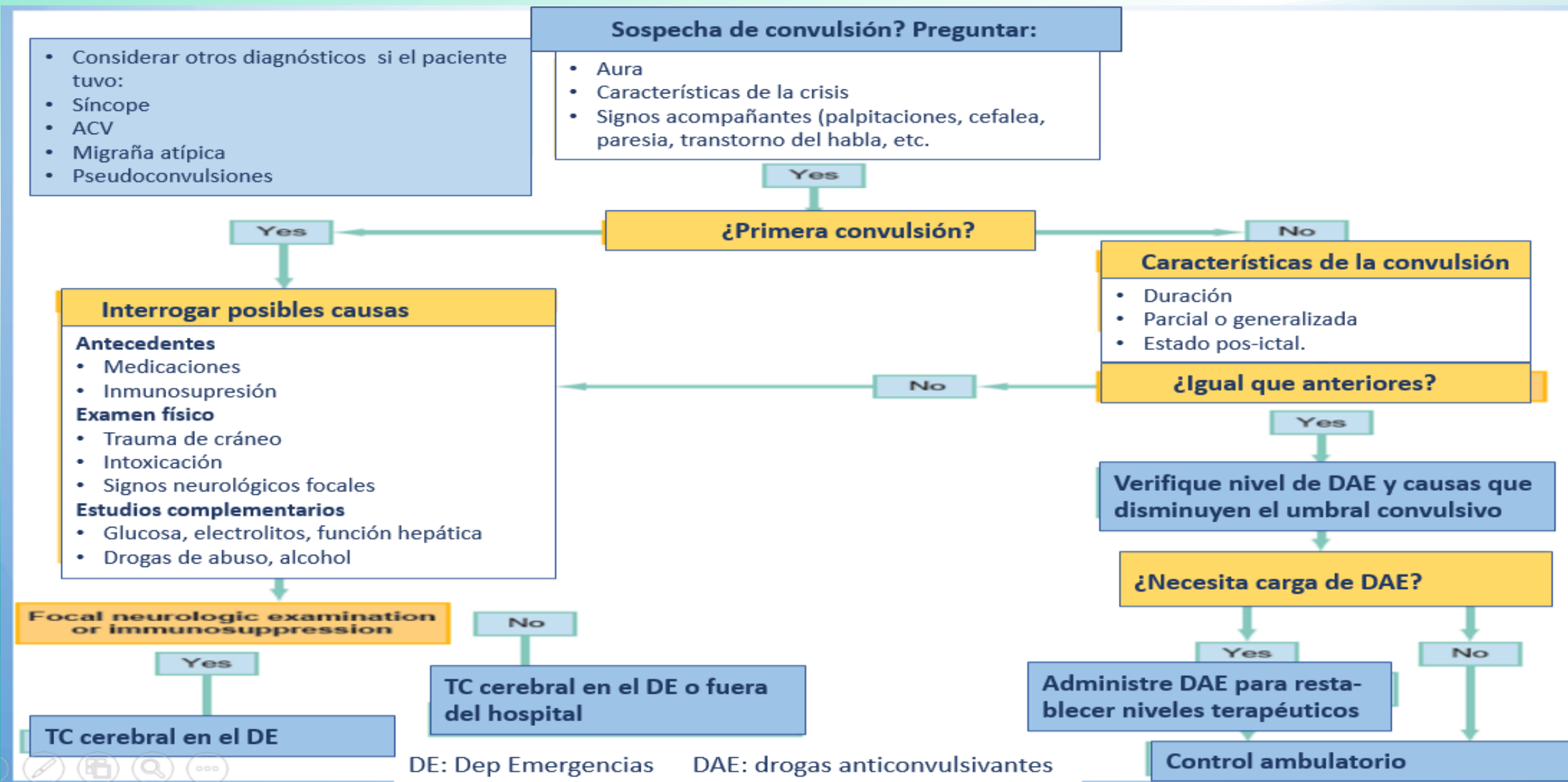
Examen físico al inicio de la crisis – Minuto 1

- D. Ojos cerrados, mueve 4 miembros espontáneamente en forma descoordinada. Al dolor, localiza y dice palabras sueltas. Pupilas isocóricas con escasa respuesta a la luz. Presenta temblor leve e intermitente en la mano izquierda

Puntaje de Escala Glasgow: 9

- E. Examen completo: Afebril. Normohidratado.

MANEJO HOSPITALARIO PTE **NO** CONVULSIVANDO



Caso Clínico

CONVULSIÓN O MIMIC??

- **Anamnesis** (el interrogatorio se realiza al familiar):

Comienzo: repentino, pero dijo que tenía una “sensación rara”

Duración: 1 - 2 minutos

Alteración de la conciencia: perdió la conciencia y golpeó la cabeza.

Movimientos: aumento del tono en forma generalizada al principio del episodio, luego sacudidas generalizadas. Presentó retroversión ocular.

No tuvo relajación de esfínteres.



Caso Clínico

CONVULSIÓN O MIMIC??

- **Anamnesis** (el interrogatorio se realiza al familiar):

Síntomas recientes de enfermedad: no refiere

Antecedentes familiares de epilepsia: no surgen

Trauma/tóxicos: surge antecedente de ingesta de alcohol y pelea callejera el día anterior.

Enfermedad previa: no refieren. **No ha realizado controles médicos** en los últimos 5 años. ←

Caso Clínico

A los 10 minutos de su ingreso, el paciente presenta un episodio de hipertonía generalizada seguida de clonías generalizadas, sin signos autonómicos.

Examen físico

A. Vía aérea permeable, sin ruidos

B. Respira con escasa excursión torácica, FR 10 x minuto. Sat. O2 91%.

Ventilación con bolsa, con O2 flujo 10-15 L/min

Importante: usar EPP nivel 3 y bolsa con filtro viral- bacteriano

Caso Clínico

Examen físico

C. FC 104 x minuto, pulsos y relleno capilar normales. TA 150/83.

D. Crisis tónico- clónica generalizada.

CONVULSIÓN O STATUS CONVULSIVO...?

Status Epiléptico - DEFINICIÓN OPERATIVA

Convulsión mayor de 5 minutos o convulsiones reiteradas entre las cuales hay una incompleta recuperación de la conciencia por 5 minutos.

Caso Clínico

Examen físico

C. FC 104 x minuto, pulsos y relleno capilar normales. TA 150/83.

D. Crisis tónico- clónica generalizada.

CONVULSIÓN STATUS CONVULSIVO...?

- No presentó recuperación intercrisis
- En período pos-ictal presentaba temblor en mano izquierda

Se indica Lorazepam 4 mg EV

CONVULSIONES

Tratamiento y Cuidados

Objetivo 2 : Tratamiento anticonvulsivante.

El médico indica lorazepam 4 mg. ¿Cómo lo administro?

Tomo 1 ml del frasco y administro en bolo.

Lavo la vía con Sol Fisiológica.



LORAZEPAM

Presentación Concentración	Vía de administración	Tiempo de administración	Tiempo de acción	Observaciones
Amp 1 ml 4 mg/ml	EV - IM	En bolo	5 min	Guardar en heladera

MANEJO HOSPITALARIO DEL PACIENTE CONVULSIVANDO

- MONITORIZACIÓN MULTIPARÁMETRICA
- ASEGURAR OXIGENACIÓN Y PERFUSIÓN CEREBRAL
 - CI CÁNULA DE MAYO
 - OXIGENACIÓN/IOT(DE SER NECESARIO)
 - ASPIRACIÓN
- MANEJO FARMACOLÓGICO SIMULTÁNEO

Y

BÚSQUEDA DE CAUSAS REVERSIBLES

Caso Clínico

Examen físico

Mientras se administra la medicación...

E: Se completa examen físico: se observa herida cortante y hematoma parietal derecho.

Se toma muestra de laboratorio: glucemia, función hepática y renal, ionograma, hemograma, coagulograma.

Caso Clínico

- Luego de 3 minutos de administrado el lorazepam, la convulsión continúa.
Se indica una segunda dosis de Lorazepam
Los signos vitales son estables, Sat O2 94% con administración de oxígeno
Fio2 al 100% con bolsa válvula mascara



Caso Clínico

- Luego de 5 minutos de administrado el lorazepam, la convulsión **continúa**. Los signos vitales son estables, Sat O2 94% con asistencia ventilatoria (bolseo)
- Se realiza intubación ET con medidas de protección indicadas para COVID-19
- Se indica difenilhidantoína (fenitoína) 20 mg/kg a pasar en 20 minutos, con monitoreo hemodinámico estricto. El paciente pesa 60 kg. ¿Cuál es la dosis?

20 mg x 60 kg: 1200 mg (1,2 g)
A pasar a 50mg/min=24 minutos

CONVULSIONES

Tratamiento y Cuidados

Objetivo 2 : Tratamiento anticonvulsivante.

La médica indica fenitoína 1,2 g =1200 mg. ¿Cómo lo administro?

Cada ampolla tiene 2 ml =100 mg.

Tomar 12 ampollas y diluir en Sol Fisiol 200 ml.

Administrar en goteo en 20-25 minutos.



DIFENILHIDANTÍNA (o FENITOÍNA)

1. Presentación 2. Concentración	Vía de administración	Dosis por kg	Dosis máx	Tiempo de administración	Observaciones
1. Amp de 100 mg en 2 ml 2. 50 mg/ml	EV	20 mg /kg	1500 mg	En goteo en 20 min	Vía segura (riesgo de necrosis) Diluir en Sol Fisiol 200 ml en DX 5% precipita Monitoreo de FC y TA (riesgo de arritmias)

MANEJO HOSPITALARIO PTE CONVULSIONANDO

- MONITOR MULTIPARAMETRICO
- ASEGURAR OXIGENACION Y PERFUSION CEREBRAL
 - CANULA MAYO
 - OXIGENACION/ IOT (de ser necesario)
 - ASPIRACION
- MANEJO SIMULTANEO FARMACOLOGICO Y

BUSQUEDA DE CAUSAS PISIBLES

Caso Clínico

- La convulsión cede al completar la dosis de DFH y sedoanalgesia durante la secuencia de intubación rápida por lo cual estaría indicado monitorero continuo con EEG, para evaluar si continua con las convulsiones.
- Se solicita TC cerebral, que muestra pequeña fractura con hundimiento parietal derecho, con pequeño hematoma subdural sin efecto de masa.
- Al volver del Sector de Imágenes, el paciente permanece estable hemodinamicamente, sin convulsiones evidentes clínicamente.
- Se le solicita compatibilización sanguínea y se lo prepara para quirófano

**Cualquier consulta ingrese al campus virtual y
coloque su pregunta en el foro**

Muchas gracias.