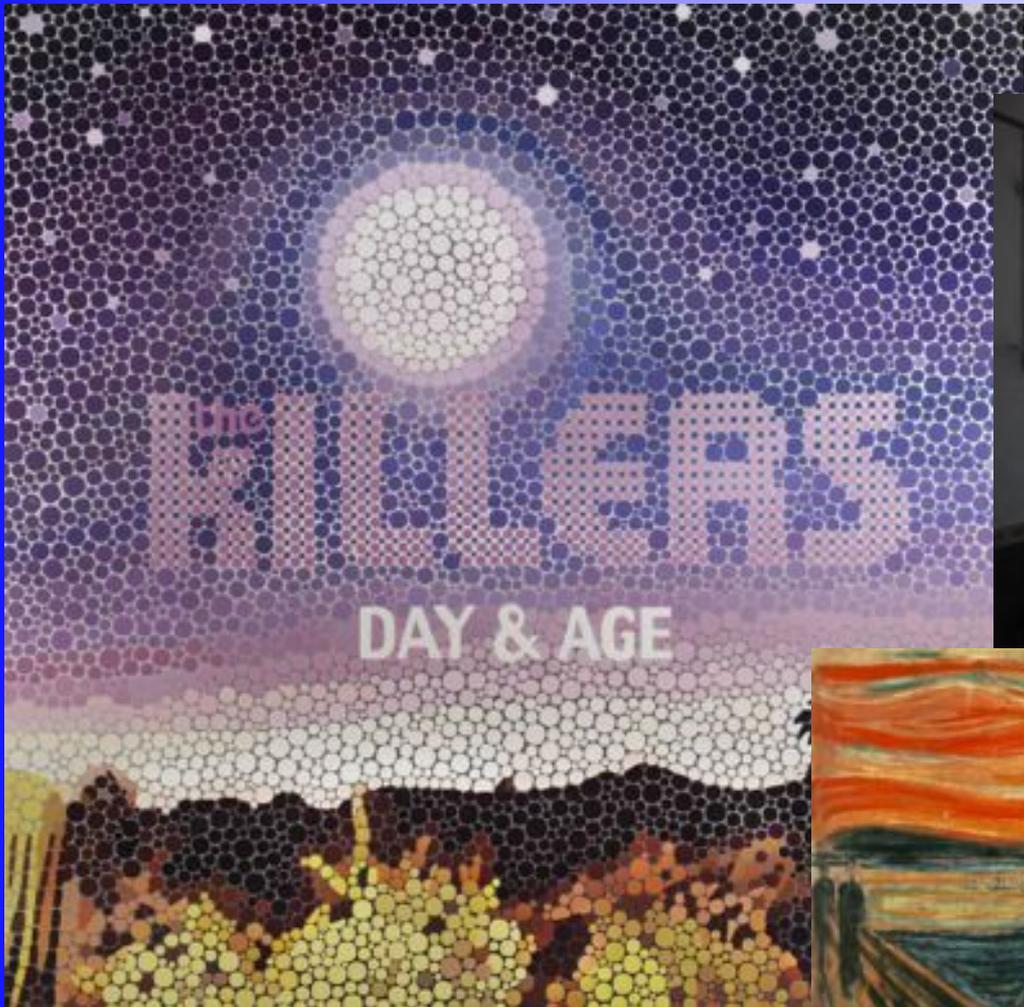


URGENCIAS NEUROLÓGICAS

Dra. Lidia Gómez Vicente
Servicio de Neurología



URGENCIAS NEUROLÓGICAS: AQUELLO QUE NO DEBEMOS OLVIDAR

Dra. Lidia Gómez Vicente
Servicio de Neurología

Neurología en urgencias

- Durante los últimos años: incremento en consultas médicas en urgencia hospitalaria.
- De forma proporcional: incremento urgencias neurológicas.
- Peso específico en las urgencias hospitalarias: 8-10%.
- Requerirán valoración por especialista en neurología.



10%

Neurología en urgencias

- Motivos de consulta más frecuente:

1. Patología cerebrovascular.
2. Cefaleas.
3. Crisis epilépticas.

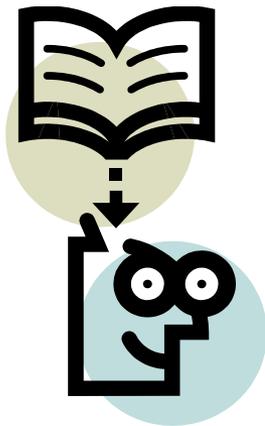
50%

Figuerola A, Vivancos J, Monforte C, Segura T, León T, Ramos LF et al. Registro de urgencias neurológicas en un hospital de tercer nivel. Rev neurol 1998; 27: 750-754.

Jiménez-Caballero PE, Marsal-Alonso C, Álvarez-Tejerina A. Análisis de la actividad asistencial en las guardias de neurología y su repercusión en el hospital. Rev Neurol 2004; 39: 120-124.

Paciente neurológico en urgencias

- Anamnesis
- Exploración
- Pruebas complementarias



Diagnóstico sintrómico



Diagnóstico topográfico



Diagnóstico etiológico

Anamnesis

- No difieren mucho de medicina general
- **PATOCRONIA:** recogida detallada de la historia temporal de los síntomas
 - Instauración: ¿cómo comienzan los síntomas?
 - Curso ¿fluctúa? ¿hay mejoría completa?

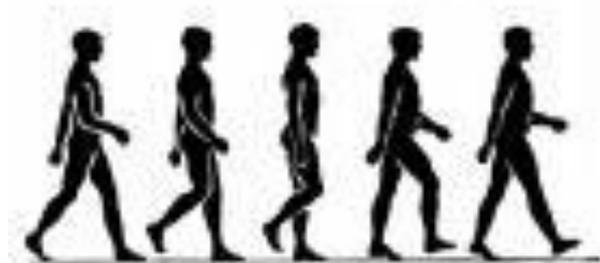


Exploración neurológica básica

- Funciones superiores
- Pares craneales:
Campimetría
- Motor: **reflejos.**
- Sensibilidad
- Coordinación
- **Marcha!**

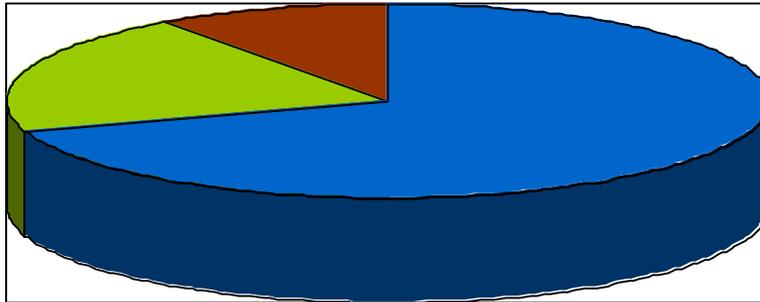
No olvidar:

- La exploración neurológica puede ser normal.
- Fondo de ojo en cefaleas
- Hay que distinguir signos sutiles.



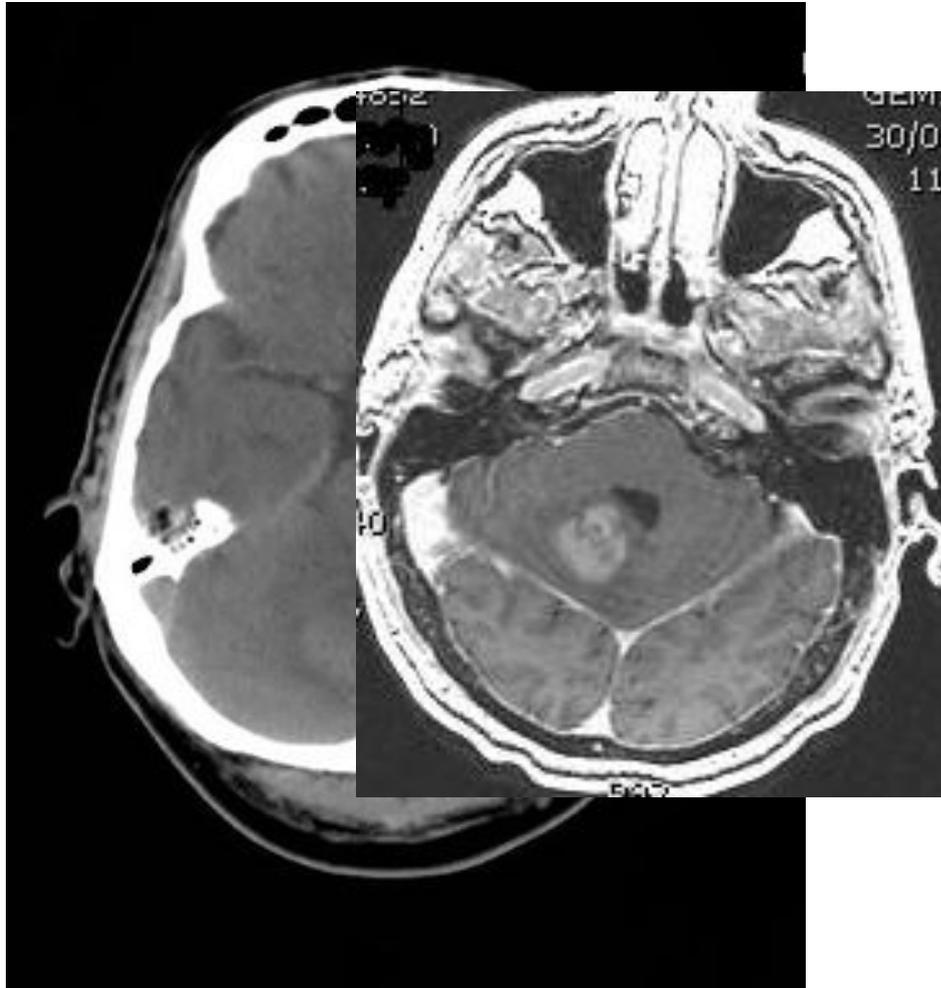
Neurología en urgencias

- **IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS Y LA EXPLORACIÓN**



- Anamnesis
- Exploración neurológica
- Pruebas complementarias

Neurología en urgencias



**EL TAC ES
NORMAL!**



Urgencias neurológicas

- Crisis epilépticas
- Cefaleas
- Infecciones del SNC
- Debilidad aguda
- Mareo y vértigo
- Neurooftalmología

• Crisis epilépticas

- Crisis epilépticas
- Cefaleas
- Infecciones del SNC
- Debilidad aguda
- Mareo y vértigo
- Neurooftalmología

• Crisis epilépticas

Actitud

≠

- 1. PRIMER EPISODIO DE CRISIS COMICIAL**
- 2. CRISIS EN PACIENTE EPILÉPTICO CONOCIDO**
- 3. STATUS EPILÉPTICO**

• Crisis epilépticas: Primera crisis

- **NO tiene porqué ser epilepsia**
- Identificar la causa

Crisis sintomáticas agudas

- Metabólicas
- Infecciones SNC
 - Ictus
 - TCE
- Tóxicas
 - Alcohol
 - Estimulantes
 - Opiáceos
- Fármacos
- Eclampsia

Crisis sintomáticas remotas o tardías

Gliosis

Tumores cerebrales

Enfermedades degenerativas

• Crisis epilépticas: Primera crisis

• TAC craneal

• Obligado

- Déficit focal
- Nivel de conciencia alterado
- Fiebre
- Trauma craneal reciente
- Cefalea persistente
- Antecedente de neoplasia
- Paciente en tratamiento anticoagulante
- Sospecha de SIDA-infección VIH
- Mayores de 40 años

• Ambulatorio

- Exploración neurológica normal.
 - Siempre que se pueda hacer una RM o TAC en 1-2 semanas



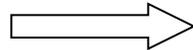
• Crisis epilépticas: Primera crisis

**¿Tratar una
primera crisis?**

**¡No hay prisa!
INDIVIDUALIZAR**

Remitir a CCEE Neurología

INGRESO



**Lesión en TC craneal para estudio.
Mal control de las crisis.**

Crisis epilépticas: Conocido

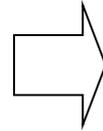
- El 25-50% de los epilépticos presentarán crisis a pesar del tratamiento.
- Suelen acudir a urgencias aportando el diagnóstico.
- Motivo de urgencia:
 - Crisis **diferente** de las habituales
 - Crisis **más frecuentes** de lo habitual
 - Crisis con **trauma** craneal u otro traumatismo.

Incumplimiento o modificación reciente tto Fármacos
Náuseas/vómitos
Alteraciones vigilia-sueño
Estrés físico o psíquico
Fiebre
Tóxicos

- **TC craneal:**
 - Déficit neurológico nuevo.
 - Nuevo tipo de crisis comicial
 - Fiebre o cefalea persistente
 - Persiste alteración del nivel de conciencia

Crisis epilépticas: Conocido

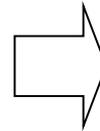
**Crisis típica + paciente
asintomático**



Reiniciar tratamiento. Alta a domicilio.

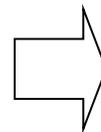
Actuar si cambios en lo habitual

**Si ha presentado más de 1
crisis**



**Observación 24 h. y
reiniciar y ajustar
tratamiento.**

Toma correcta de medicación.
No desencadenante objetivado
Crisis repetidas.



**Considerar
hospitalización**

Crisis epilépticas: Status

- El estado epiléptico es una **emergencia médica** que requiere tratamiento inmediato.
- Crisis recurrentes (2 o más crisis sin recuperación de conciencia) o crisis prolongada con duración igual o mayor a 5 minutos
- **Crucial:** Inicio temprano del tratamiento con fármacos antiepilépticos.
- El diagnóstico NO debe retrasar el inicio del tratamiento

**IMPORTANTE OBTENER INFORMACIÓN DE
FAMILIA Y DESCARTAR ALTERACIONES
ANALÍTICAS TRATABLES**

Crisis epilépticas: Status

SOPORTE RESPIRATORIO
Monitorización ECG
Temperatura
Examen neurológico

Glucemia, laboratorio, gasometría, tóxicos en orina, niveles fármacos

Suero salino, glucosado 50 ml 50% IV, Tiamina 100 mg IV o IM

Tratamiento con fármacos
1º Línea: Benzodiacepinas
2º Línea: FAEs

3º línea: Anestésicos
Traslado del paciente a la UVI

Crisis epilépticas: Status

- **DIACEPAM**

- (Valium®) i.v 2mg/min
(máx.20 mg)

10-20 mg/kg
Repetición dosis 10 mg/kg
Máximo 20-40 mg/kg

- **FENITOÍNA**

- Fármaco de elección (Fenitoína
Rubio ® 250mg/5 ml)
- Monitorizar EKG y TA



Ritmo infusión
lento <30mg/min
Habitualmente
1g en 40-45m.

- **VALPROICO**

Bolo inicial:
15-20 mg/kg en 3-5 min
Repetición dosis 15 mg/kg

Crisis epilépticas

- **Primera crisis:**
 - Descartar patologías urgentes asociadas a crisis
 - Diagnóstico diferencial
 - **No hay prisa en iniciar tratamiento**
- **Crisis en paciente conocido**
- **Status: Situación de emergencia**
 - Descartar desencadenantes tratables
 - Iniciar tratamiento rápido
 - Vigilar estabilidad hemodinámica
 - NO OLVIDAR LA MORTALIDAD DEL CUADRO (HASTA DEL 50%)

Cefaleas

- Crisis epilépticas
- Cefaleas
- Infecciones del SNC
- Debilidad aguda
- Mareo y vértigo
- Neurooftalmología

Cefaleas

- EN URGENCIAS:
 - Exacerbaciones de cefaleas primarias
 - Status migrañoso
 - Cefalea en racimos
 - IMPORTANTE DESCARTAR cefaleas secundarias.

Cefaleas

- ANAMNESIS
 - **Antecedentes personales** e historia familiar
 - Edad de inicio y perfil temporal
 - Forma de instauración y remisión
 - Duración de cada ataque
 - Frecuencia y horario
 - Localización, intensidad y síntomas acompañantes
 - Factores agravantes
 - Fármacos

Cefaleas primarias

Status migrañoso

>72 horas

Reposo

Hidratación

Analgesia:

Sumatriptán s.c.+AINEs i.v

Sedantes: Clorpromacina 25 mg
i.v.despacio. (Largactil®)

Antieméticos Metoclopramida 1-
20 mg i.v. (Primperan®)

Si falla lo anterior:

Dexametasona 4-20 mg v.o.

Metilprednisolona 60-120 mg i.v.

Cefalea en racimos

Ataque:

Inhalación de oxígeno a 7-8
lpm (unos 15-20 min)
80%.

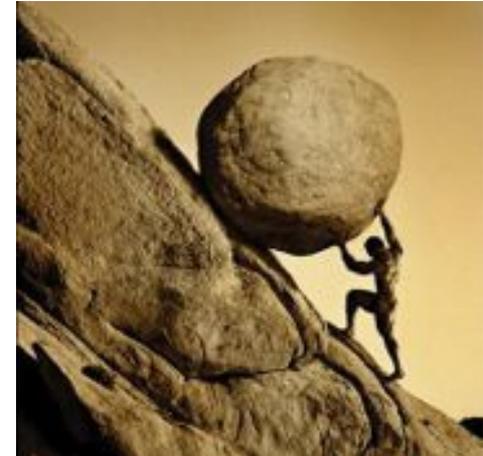
Sumatriptán subcutáneo



Síntomas de alarma

**CEFALEA
EXPLOSIVA**

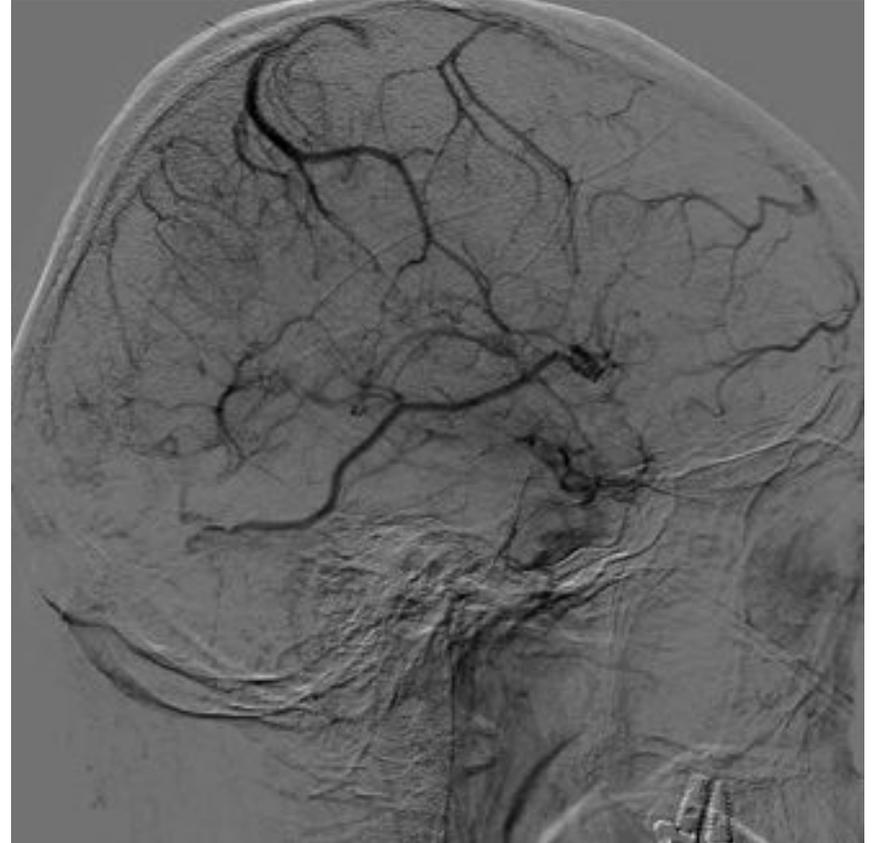
La peor
cefalea de mi
vida!



Relacionada con el esfuerzo

**IMPRESINDIBLE TC CRANEAL
Y PL SI PRECISA**

Síntomas de alarma



Síntomas de alarma

**CEFALEA
EXPLOSIVA**

**CEFALEA EN
MAYORES
DE 50 AÑOS**



VSG

Síntomas de alarma

**CEFALEA
EXPLOSIVA**

**CEFALEA EN
MAYORES
DE 50 AÑOS**

**CEFALEA
PROGRESIVA,
NO MEJORA
CON TRATAMIENTO**

Síntomas de alarma



Síntomas de alarma

**CEFALEA
EXPLOSIVA**

**CEFALEA EN
MAYORES
DE 50 AÑOS**

**CEFALEA
PROGRESIVA,
NO MEJORA
CON TRATAMIENTO**

**CAMBIO DEL
PATRÓN
HABITUAL DE
CEFALEA PREVIA**

Síntomas de alarma

**CEFALEA
EXPLOSIVA**

**CEFALEA EN
MAYORES
DE 50 AÑOS**

**CEFALEA
PROGRESIVA,
NO MEJORA
CON TRATAMIENTO**

**CAMBIO DEL
PATRÓN
HABITUAL DE
CEFALEA PREVIA**

**CEFALEA
+
FOCALIDAD
NEUROLÓGICA**

Síntomas de alarma

**CEFALEA
EXPLOSIVA**

**CEFALEA EN
MAYORES
DE 50 AÑOS**

**CEFALEA
PROGRESIVA,
NO MEJORA
CON TRATAMIENTO**

**CAMBIO DEL
PATRÓN
HABITUAL DE
CEFALEA PREVIA**

**CEFALEA
+
FOCALIDAD
NEUROLÓGICA**

**CEFALEA
+
FIEBRE/
MENINGISMO**

Síntomas de alarma

**CEFALEA
EXPLOSIVA**

**CEFALEA EN
MAYORES
DE 50 AÑOS**

**CEFALEA
PROGRESIVA,
NO MEJORA
CON TRATAMIENTO**

**CAMBIO DEL
PATRÓN
HABITUAL DE
CEFALEA PREVIA**

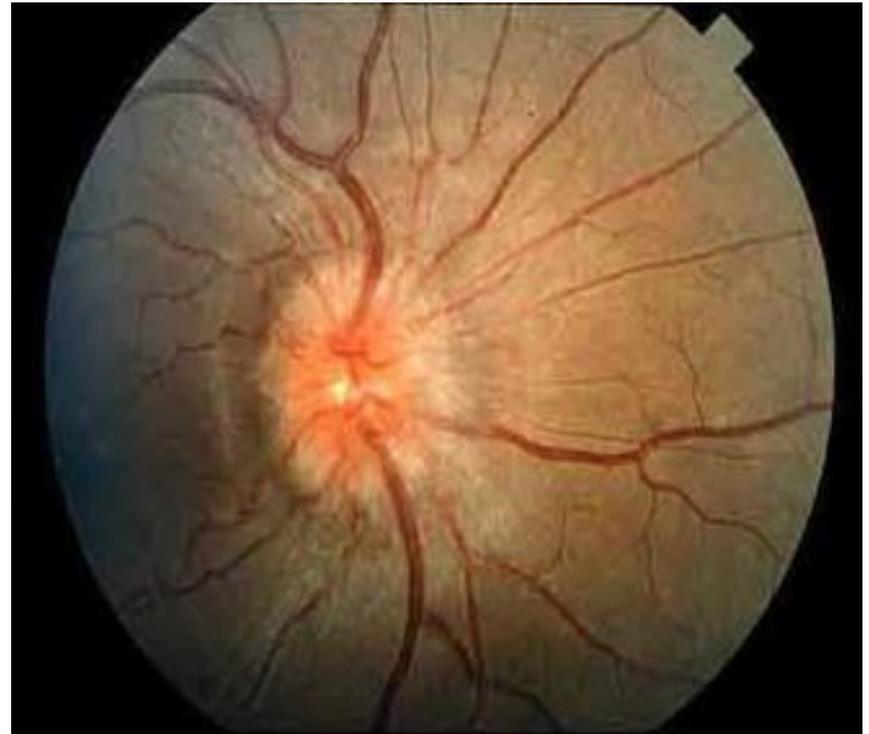
**CEFALEA
+
FOCALIDAD
NEUROLÓGICA**

**CEFALEA
+
FIEBRE/
MENINGISMO**

**CEFALEA
+
DATOS DE
HIC**

Síntomas de alarma

- Hipertensión intracraneal
 - Holocraneal
 - Opresiva
 - Inicio subagudo
 - Predominio matutino
 - Aumenta con maniobras de Valsalva y en decúbito
 - Náuseas y vómitos



Síntomas de alarma

**CEFALEA
EXPLOSIVA**

**CEFALEA EN
MAYORES
DE 50 AÑOS**

**CEFALEA
PROGRESIVA,
NO MEJORA
CON TRATAMIENTO**

**CAMBIO DEL
PATRÓN
HABITUAL DE
CEFALEA PREVIA**

**CEFALEA
+
FOCALIDAD
NEUROLÓGICA**

**CEFALEA
+
FIEBRE/
MENINGISMO**

**CEFALEA
+
DATOS DE
HIC**

**CEFALEA EN
PACIENTES
ONCOLÓGICOS**

Síntomas de alarma

**CEFALEA
EXPLOSIVA**

**CEFALEA EN
MAYORES
DE 50 AÑOS**

**CEFALEA
PROGRESIVA,
NO MEJORA
CON TRATAMIENTO**

**CAMBIO DEL
PATRÓN
HABITUAL DE
CEFALEA PREVIA**

**CEFALEA
+
FOCALIDAD
NEUROLÓGICA**

**CEFALEA
+
FIEBRE/
MENINGISMO**

**CEFALEA
+
DATOS DE
HIC**

**CEFALEA EN
PACIENTES
ONCOLÓGICOS**

**CEFALEA
EN
INMUNODEPRIMIDOS**

Infecciones del SNC

- Crisis epilépticas
- Cefaleas
- Infecciones del SNC
- Debilidad aguda
- Mareo y vértigo
- Neurooftalmología

Infecciones del SNC

- **Emergencia** médica
- Cefalea, **fiebre**, signos meníngeos, alteración del comportamiento...

**PEDIR GRAM EN
LCR**

BM TEST!!!



158

70



53

Infecciones del SNC

Sospecha de meningitis



Indicación para TC

NO

SÍ

Hemocultivos

PL y hemocultivos

Corticoides+ antibioterapia

Corticoides +
antibioterapia

TC negativo

Punción lumbar

LCR compatible con
meningitis bacteriana

NO

DXM? + ATB empírico

Positividad en GRAM

SÍ

DXM + ATB específico

Infecciones del SNC

- La meningitis y la meningoencefalitis son urgencias neurológicas frecuentes.
- Son patologías con una alta morbimortalidad.
- La historia clínica y la exploración son fundamentales para el diagnóstico.
- Ante la sospecha clínica es mandatorio descartar infección del SNC.
- Tratamiento empírico inmediato: no esperar a la confirmación diagnóstica.

Debilidad aguda

- Crisis epilépticas
- Cefaleas
- Infecciones del SNC
- Debilidad aguda
- Mareo y vértigo
- Neurooftalmología

Debilidad aguda

- TODO PACIENTE CON **PÉRDIDA DE FUERZA SUBAGUDA** EN MIEMBROS INFERIORES ES UNA **EMERGENCIA NEUROLÓGICA** HASTA QUE SE DEMUESTRE LO CONTRARIO

Debilidad aguda

PARAPARESIA AGUDA



Anamnesis
Exploración neurológica

Mielopatía aguda
No traumática



DOLOR
NIVEL
SENSITIVO
ESFÍNTERES
REFLEJOS

Compresiva

No Compresiva

RETRASARSE PUEDE
SUPONER GRAVES SECUELAS

INDICACIÓN DE
RM URGENTE
Y CIRUGÍA

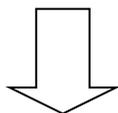
Debilidad aguda

- **POLIRRADICULONEUROPA
TÍA INFLAMATORIA
DESMIELINIZANTE AGUDA
(SD. GUILLAIN-BARRÉ)**
 - Curso clínico típico:
debilidad muscular
simétrica ascendente con
hiporreflexia.
 - Puede asociar afectación
de pares craneales,
**síntomas
disautonómicos**
 - La progresión clínica
finaliza al cabo de 1 o 4
semanas.

URGENCIA MÉDICA:
ingreso en UVI
para **soporte
ventilatorio**

Debilidad aguda

- **CRISIS MIASTÉNICA**
 - Paciente con MG
 - Empeoramiento de debilidad que conlleva insuficiencia respiratoria.
 - Puede precipitarse por infecciones intercurrentes, al iniciar/suspender bruscamente los esteroides..
 - **DEBILIDAD MUSCULATURA BULBAR**

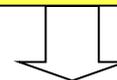


RIESGO DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA

NO SIRVE LA DETERMINACIÓN DE GASES ARTERIALES
(es muy tardía)



Peak flow/ 3h.
Peak flow < 150 cm/H2O



Intubación y UVI

Mareo y vértigo

- Crisis epilépticas
- Cefaleas
- Infecciones del SNC
- Debilidad aguda
- Mareo y vértigo
- Neurooftalmología

Mareo y vértigo

¿ES VÉRTIGO?

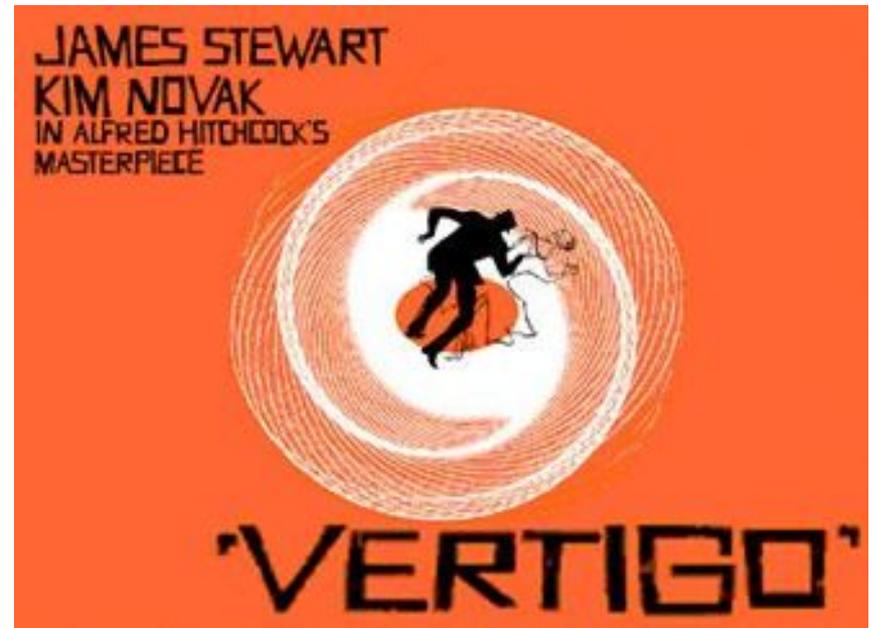


VÉRTIGO=ILUSIÓN DE MOVIMIENTO

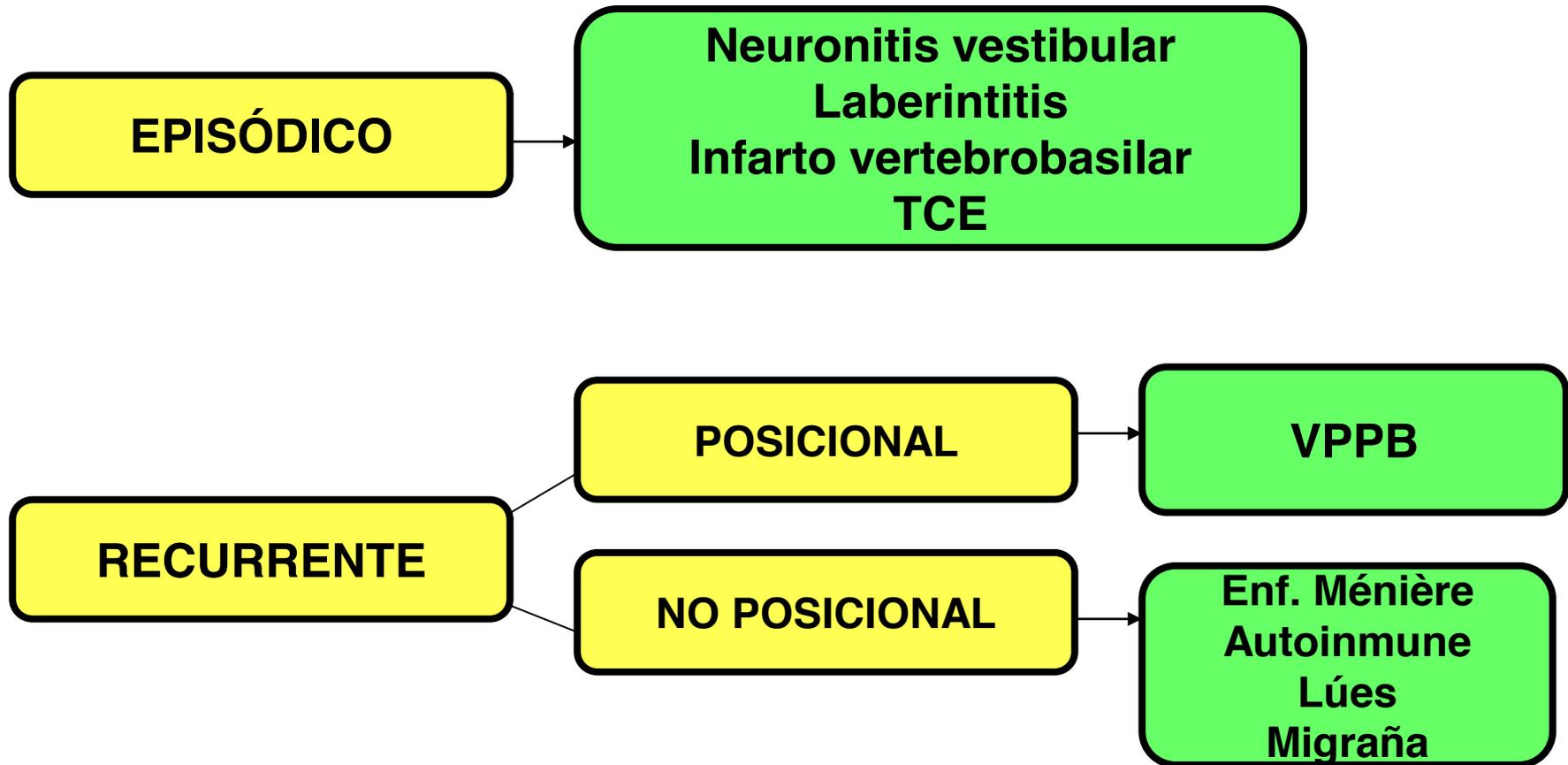
- No es vértigo:
 - “flotar”, “cabeza hueca”, “inestabilidad”...
 - Mareo: Síntoma más vago (inestabilidad de la marcha, dificultad de concentración, dolor o pesadez de cabeza, problemas visuales, malestar general, náuseas y vómitos, dolor torácico o abdominal,...)

Mareo y vértigo

- Anamnesis
 - Frecuencia, duración y desencadenantes.
 - Factores de riesgo cardiovascular
 - Acúfenos, hipoacusia, antecedentes de migraña.
 - Otros síntomas neurológicos

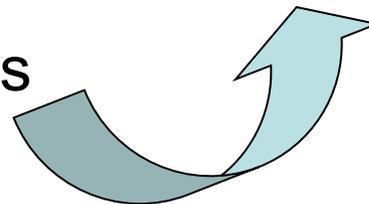


Mareo y vértigo



Mareo y vértigo

- Central o periférico
 - **No focalidad** neurológica
 - Vértigo marcado
 - Lateropulsión siempre al mismo lado
 - Vértigo de **menos de 72 horas** de duración (pero la inestabilidad puede durar varias semanas)
 - Nistagmus de características periféricas
- ¿Qué son características periféricas?
 - Horizonte-rotatorio
 - Siempre bate al mismo lado
 - Siempre es máximo en sentido de la fase rápida
 - Se inhibe con la fijación de la mirada



Mareo y vértigo

- Prueba de imagen:
 - Datos de vértigo central
 - **Muchas veces resulta difícil diferenciar entre vértigo central y periférico, incluso a veces pueden ser indistinguibles**
 - Vértigos persistentes
 - Mala respuesta terapéutica
 - Otros factores de riesgo
 - TCE
 - Anticoagulación
 - Personas mayores con inicio de vértigo tardío

Mareo y vértigo

- VPPB: Se desencadena con la maniobra de Hallpike-Dix
- No pautar sedantes vestibulares en VPPB.
- Maniobra de Epley: eficacia de >70%.



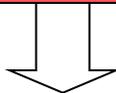
Neurooftalmología

- Crisis epilépticas
- Cefaleas
- Infecciones del SNC
- Debilidad aguda
- Mareo y vértigo
- Neurooftalmología

Neurooftalmología

- **Amaurosis fugax**
 - Ceguera monocular transitoria
 - Indolora, súbita
 - Minutos de duración, raramente superior a 30 minutos.

AIT
No es un proceso “benigno”



**Requiere hospitalización
y estudio neurovascular**

CONCLUSIONES

- Las urgencias neurológicas constituyen un porcentaje significativo de las urgencias hospitalarias.
- El enfoque inicial es fundamental para una correcta actitud terapéutica: a través de una correcta anamnesis y exploración.

**STATUS
EPILEPTICO**

AIT/CTUS

**INFECCIONES
NEUROMENÍNGEAS**

**PARAPARESIA
AGUDA**





Muchas gracias!!!