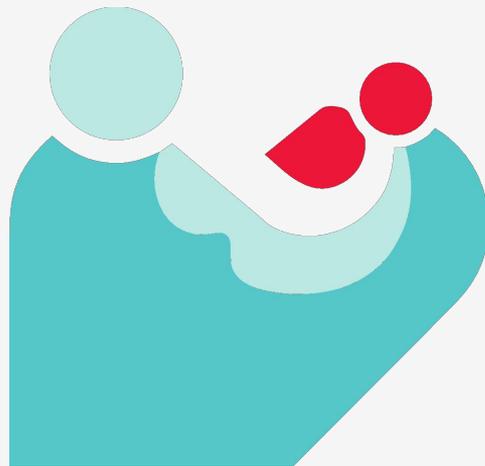


XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

PÓSTER SIN DEFENSA

Manejo del paciente con disfunción del SNC en Urgencias de un hospital de segundo nivel

Soler Febrer B, Vidiella Sánchez N, Mansó Borràs M, Ferrer Betorz L, González Amador R, Arasa Panisello F. *Hospital Virgen de la Cinta, Tortosa. Tarragona.*

Introducción y objetivo

La hemorragia intracraneal no traumática es rara en la infancia, aun así constituye una entidad con mucha morbimortalidad asociada. La causa más frecuente son las malformaciones vasculares, especialmente las de tipo arteriovenoso. La clínica es inespecífica y su diagnóstico requiere un alto grado de sospecha clínica.

Nuestro **objetivo** es describir la secuencia de actuación ante un **paciente inestable con disfunción del SNC** en urgencias en un hospital de segundo nivel.

Resumen del caso

Paciente de 13 años traído a urgencias por el SEM por episodio de pérdida de consciencia no recuperada en la escuela. Realizando ejercicio físico presenta mareo y náuseas, seguido de 3 vómitos y pérdida de conocimiento. Sin movimientos anormales de las extremidades, sin pérdida del control de esfínteres ni rigidez. Previamente asintomático, sin antecedentes de interés. A la llegada del SEM presenta Glasgow oscilante superior a 10.

Dada sospecha de post-crisis convulsiva se administra Midazolam endovenoso sin respuesta.

A la llegada a urgencias...

Presenta **TAP inestable** (disfunción del SNC). Se inicia monitorización cardiorespiratoria y oxigenoterapia con mascarilla reservorio, se canaliza segunda vía periférica. Tiende a la **hipertensión arterial** (TAm 90-95) sin bradicardia asociada. Presenta hipoactividad neurológica con **Glasgow** oscilante entre **8-10 puntos** (respuesta ocular al dolor, flexión normal y respuesta verbal incomprensible). Se realiza analítica sanguínea que es normal y TC craneal que muestra gran **hematoma intraparenquimatoso con signos incipientes de herniación**. Se contacta con UCI-P de referencia y SEM para traslado. Deterioro neurológico progresivo en 20 minutos que llega a **Glasgow 6** por lo que se decide intubación previa a sedación con Fentanilo, Rocuronio y Midazolam. Se inicia ventilación mecánica sin incidencias. Sedación con BIC de Fentanilo y Midazolam. Se le coloca sonda nasogástrica y sonda urinaria. Por persistencia de signos de hipertensión endocraneal leve se administra dosis única de dexametasona y bolus de suero salino hipertónico (3%). En todo momento se mantiene estable hemodinámicamente con normoglicemia y normotermia. Se traslada a hospital de referencia para UCI pediátrica y valorar por neurocirugía para drenaje quirúrgico.

Comentarios

- Es importante realizar el triángulo de evaluación pediátrica para una correcta valoración fisiopatológica del paciente, seguido del ABCDE y el tratamiento específico causal.
- Las hemorragias intracraneales son poco frecuentes en pediatría pero se deben sospechar siempre en casos de disfunción del SNC, especialmente si asocian signos de hipertensión endocraneal como nuestro caso.
- Es importante iniciar medidas de soporte de manera precoz así como un tratamiento adecuado.

*Imágenes del
TC cranial*

