

M5 UF5 NF1

ALTERACIONS NEUROLÒGIQUES



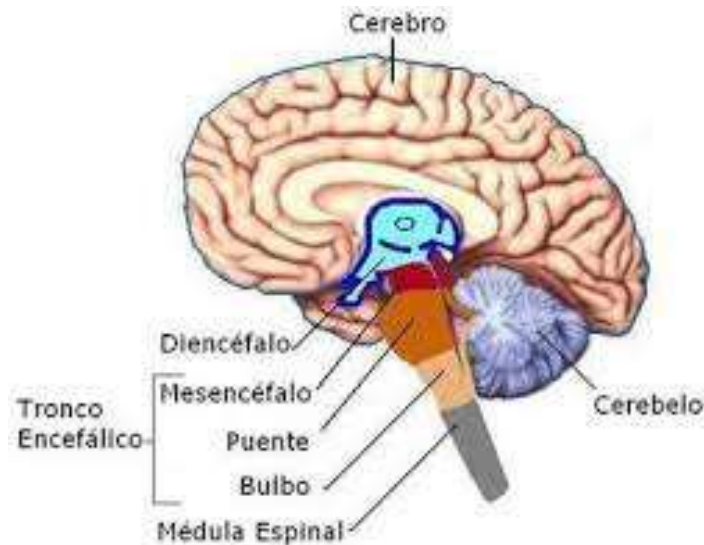
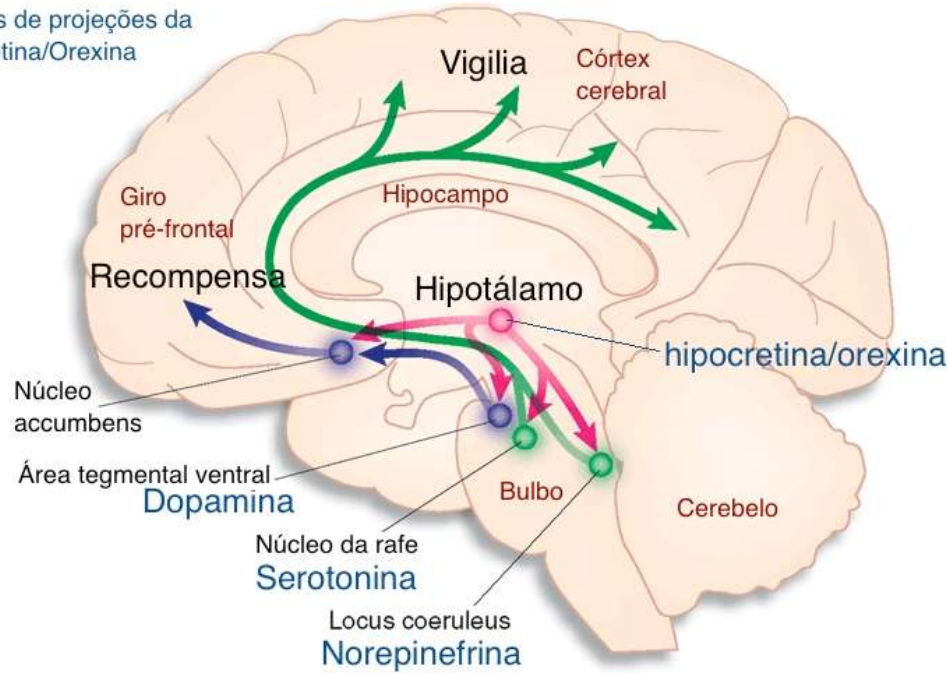
1 Definició

- LA CONSCIÈNCIA la podem definir com el conjunt de funcions del SN que permeten el reconeixement propi i de l'entorn.
- Integrada per dos funcions: **VIGILIA i la consciència**
 - VIGILIA: capacitat d'estar alerta o despert (SARA= sistema reticular activador ascendent del tronc de l'encèfal)
 - CONSCIÈNCIA: conjunt de capacitats cognitives i afectives del còrtex cerebral

2.- Fisiopatologia

- Per tal que un pacient pugui estar conscient necessita que funcionin adequadament aquestes dos estructures:
 - El sistema reticular activador ascendent(SARA)
 - L'escorça cerebral

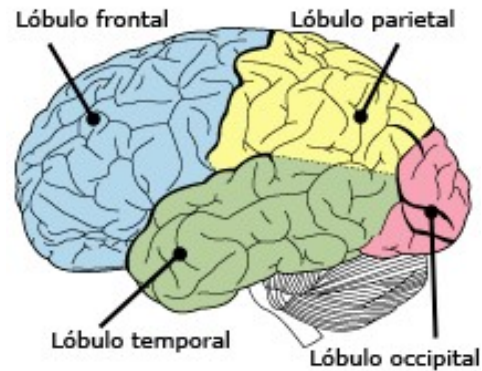
Regiões de projeções da
Hipocretina/Orexina



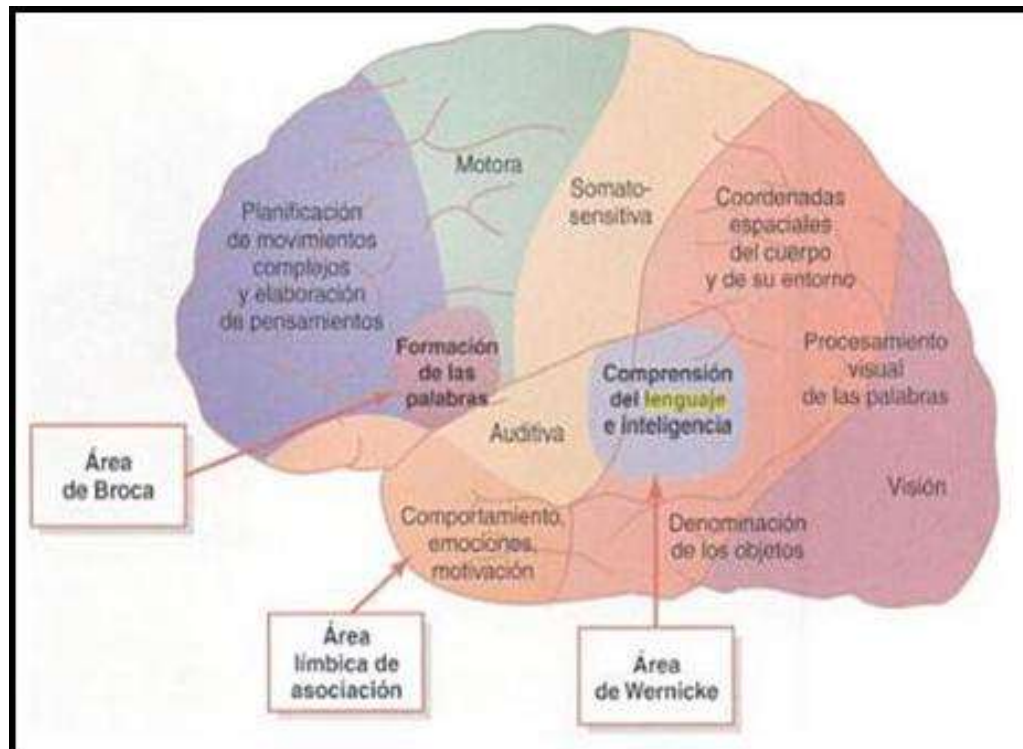
1.- **SARA** sistema reticular
activador ascendent del tronc
de l'encèfal

Xarxa de cèl·lules i fibres
nervioses situades en el tronc
encefàlic. Controla l'activació
del còrtex enviant diferents
neurotransmisors:
acetilcolina, noradrenalina,
serotonina, dopamina entre
altres

2.- **El tronc encefàlic:** Realitza
la comunicació entre el
cervell i la medul·la. Realitza
funcions sensibles, motores i
reflexes



- EL CÒRTEX:
- Cobertura del teixit nerviós que envolta els hemisferis cerebrals. N' hi ha quatre parts: frontal, parietal, occipital i temporal



2.- Fisiopatologia

- Per mantenir la consciència cal un correcte funcionament i activació dels hemisferis cerebrals per les neurones del **sistema reticular ascendent**, localitzades en el tronc de l'encèfal. Per tant sempre que aquest no funcioni hi haurà alteració de la consciència:
 - Lesió física extensa dels hemisferis cerebrals
 - Lesió física local o general en el tronc
 - Supressió de la funció neuronal

2.- Fisiopatologia

- **L'estat d'inconsciència**, la definiríem coma aquella situació clínica que condueix al pacient a una disminució de l'estat normal d'alerta i que pot presentar-se en diferents graus o nivells

3. Classificació

- **Nivells d'alteració de la consciència:**
 1. **Somnolència.** Despertar fàcil quasi normal: amb capacitat de realitzar respostes verbals i moviments de defensa a estímuls verbals i dolorosos
 2. **Obnubilació.** Reducció moderada de l'estat d'alerta, bàsicament hi ha manca d'atenció
 3. **Confusió.** Molt semblant a l'anterior però amb desorientació en temps i espai constant i percepció errònia dels estímuls
 4. **Estupor.** Calen estímuls dolorosos per tal que desperti, sinó es trona a dormir
 5. **Coma.** Absència de resposta enfront a estímuls externs, apareixent només activitat reflexa

4. Causes

- LES CAUSES SÓN MOLT DIVERSES:
 - Exògenes. Intoxicacions, traumes, processos inflamatoris
 - Endògenes. Coma hepàtic, hemorràgia cerebral, coma hiperesmolar, coma cetocidòtic
 - Neurològiques/ estructurals. Lesions en els hemisferis cerebrals o en el SARA, hemorràgies, TCE, anòxia , isquèmia...
 - Metabòliques. Intoxicacions, alteracions hepàtiques, desequilibri àcid-bàsim, , alteracions glicèmia

5. Exploració

- **1.- La valoració de la consciència ja s'inicia en l'aproximació al pacient. Recordem que cal valorar ABCDE i realitzar l'exploració neurològica completa un cop el pacient ja està estabilitzat.**
- **2.- Preguntes bàsiques**
 - Temps instauració
 - Forma d'instauració
 - Si ha hagut símptomes neurològics previs o pròdroms:
 - Brusc : estructural
 - progressiu: metabòlic
 - Si ha hagut convulsions o no
 - Antecedents
 - Malalties metabòliques o neurològiques prèvies
 - Addiccions
 - Fàrmacs
 - Patologies prèvies
 - Antecedents familiars

5. Exploració

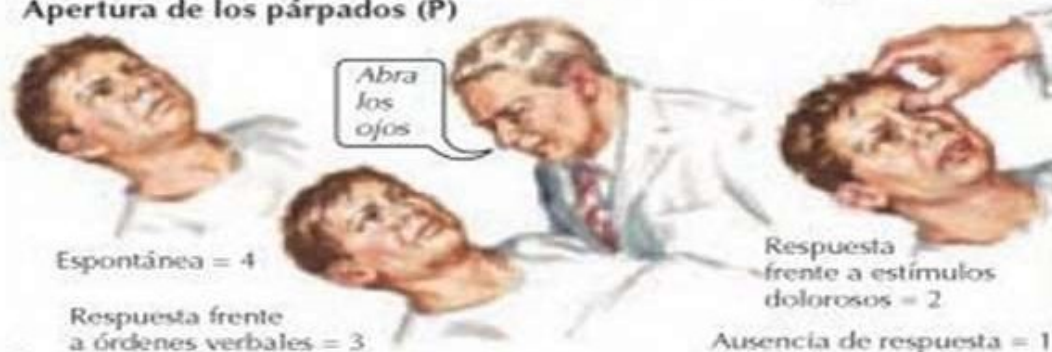
- **3.- Exploració Neurològica completa**
 - **3.1 Nivell de consciència(quantitatiu)**
 - **3.2 Patró respiratori**
 - **3.3 Examen pupil·lar**
 - **3.4 Posició de la mirada i moviments oculars**
 - **3.5 Exploració motora i posició corporal**

5. Exploració

- **3.1 Nivell de consciència(quantitatiu)**
- Realitzar escala de Glasgow. El nivell 3 indica coma, hi ha quadres intermedis que serien confusió o estupor. Sempre que sigui inferior a 8 s'ha de protegir la via aèria. I tot si és de tipus estructural.

Escala del coma de Glasgow

Apertura de los párpados (P)



P

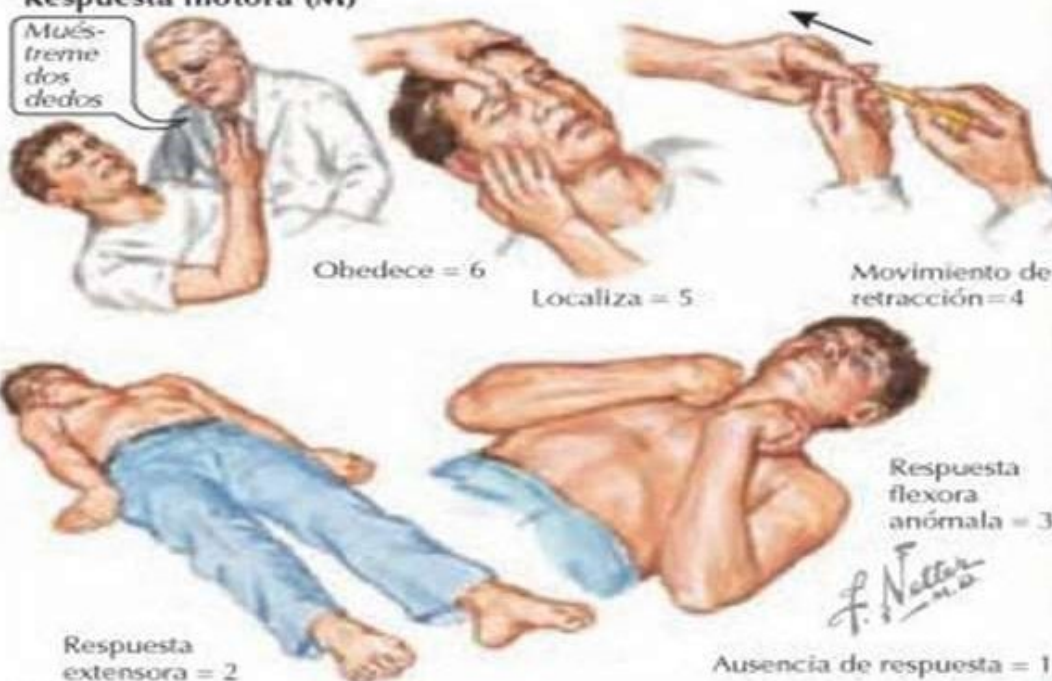
Esponánea . . . 4

Frente a órdenes verbales . . . 3

Frente a estímulos dolorosos . . . 2

Ausencia de respuesta . . . 1

Respuesta motora (M)



M

Obedece . . . 6

Localiza . . . 5

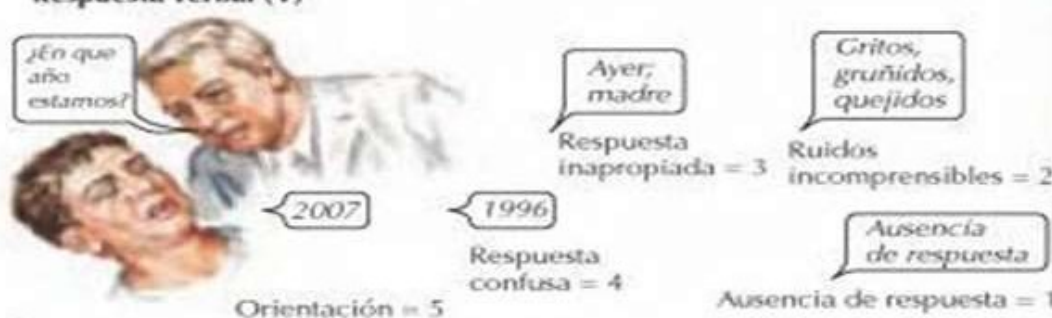
Movimiento de retracción . . 4

Respuesta flexora anómala . . 3

Respuesta extensora . . . 2

Ausencia de respuesta . . . 1

Respuesta verbal (V)



V

Orientación . . 5

Respuesta confusa . . . 4

Respuesta inapropiada . . 3

Ruidos incomprensibles 2

Ausencia de respuesta . . . 1

Puntuación del coma (P + M + V) = 3 a 15

Examen Neurológico

Escala de Glasgow (> 4 años)

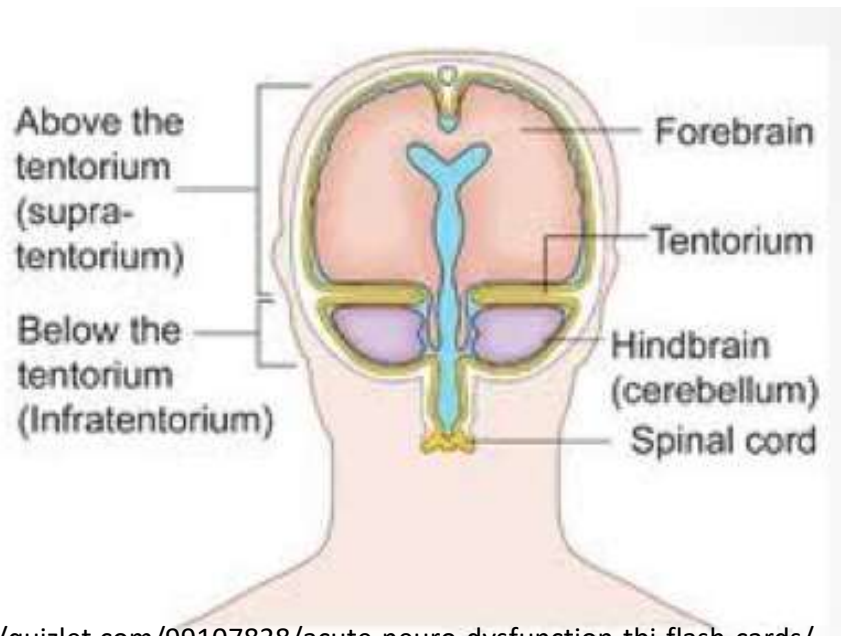
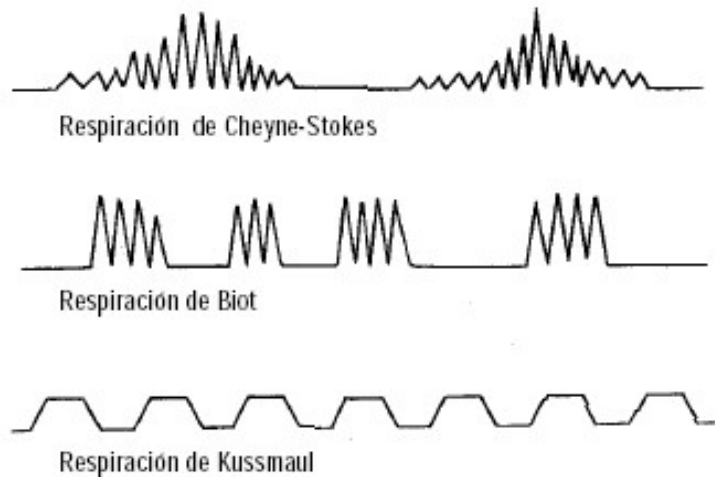
A.- Apertura Ocular	B.- Mejor Respuesta Motora	C.- Llanto	D.- Interacción
Ninguna.....1	Ninguna 1	Ninguno..... 1	Ninguna 1
Al Dolor.....2	Extensora2	Inconsolable....2	Inquieto.....2
Orden verbal.....3	Flexora..... 3	Difícil control . 3	Quejidos.....3
Espontánea.....4	Repulsa..... 4	Controlable4	Inapropiada.....4
	Localiza5	Sonriente 5	Interactúa.....5
	Obedece..... 6		

A + B + C + D = Normal: 20

Mínimo Posible... 4 (Coma)

Valor Crítico....12

5. Exploració



3.2 Exploració respiració

- **Cheyne-Stokes**(lesió supratentori extensa, herniació o intoxicacions.)
- **Biot o atàxica**(lesió bulb on hi ha el centre respiratori)
- **Kussmaul**(metabòlic sobretot però, també hernia transtentorial)

5. Exploració

- **Respiració Cheyne-Stokes:** respiració que es caracteritza per cicles de taquipnea amb amplitud progressiva, fins a un pic màxim i va disminuint de manera gradual fins que hi ha un petit període d'apnea. Ex: IC i lesions supratentori dels dos hemisferis



Respiración de Cheyne-Stokes

5. Exploració

- **Biot o atàxica:** respiració suggestiva de lesió a nivell del bulb. S'inicia en cert ritme però amb apnees. Quan el ritme és completament irregular, sense ritme s'anomena atàxica



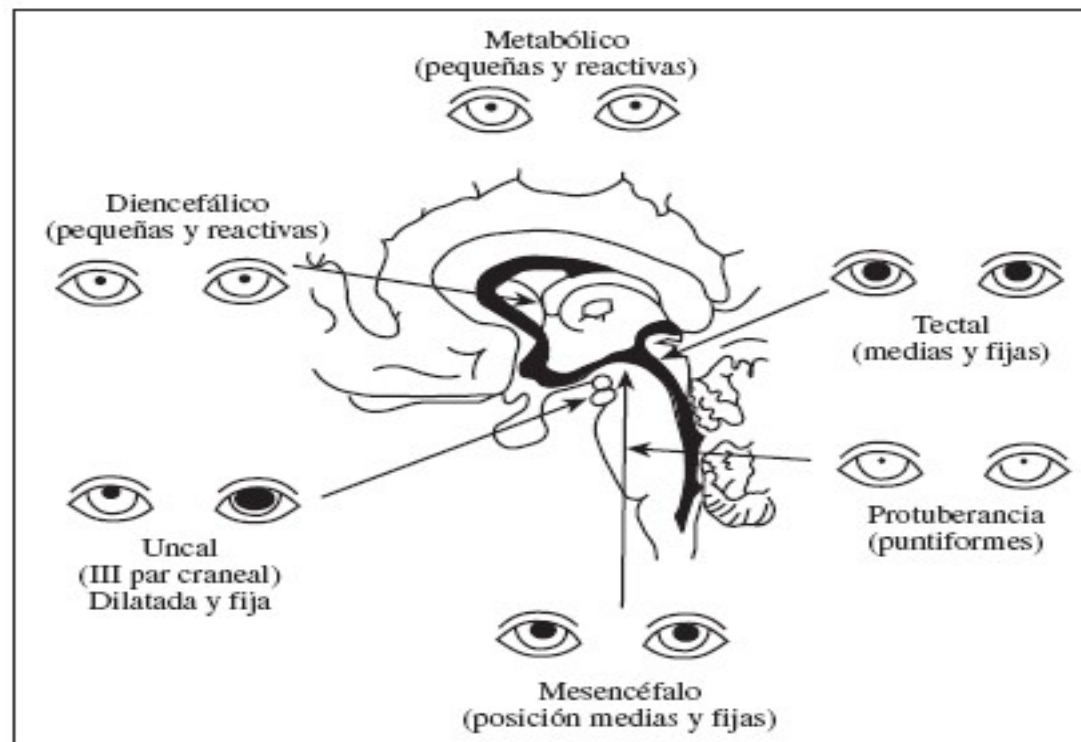
5. Exploració

- **Kussmaul** Hiperventilació accentuada que es dóna sobretot en pacients amb acidosis metabòlica(diabètics ,IR crònica descompensada...)



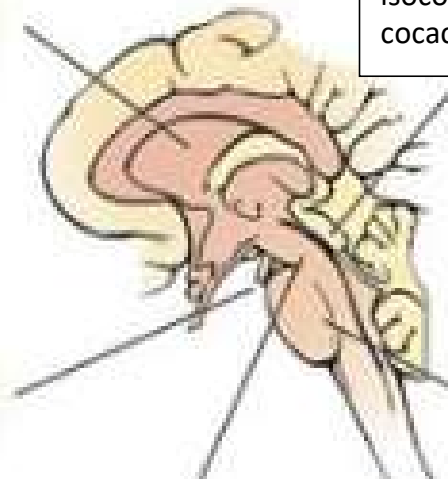
5. Exploració

- **3.3 Examen pupil·lar**
- PUPIL·LES. El sistema reticular del tronc del encèfal està a prop de les vies nervioses que s'ocupen de les reaccions de les pupil·les



5. Exploració

Pupils:



isocòriques, midriàtiques, arreactives; intoxicació
cocaina, anòxia

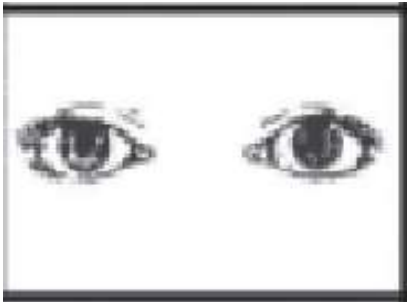
Anisocòria, arreactiva : TCE

isocòriques, midriàtiques, arreactives; intoxicació
cocaina, anòxia

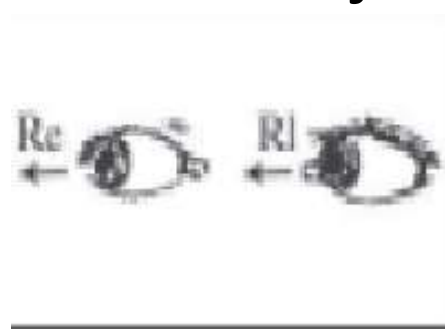
5. Exploració

3.4 Posició mirada:

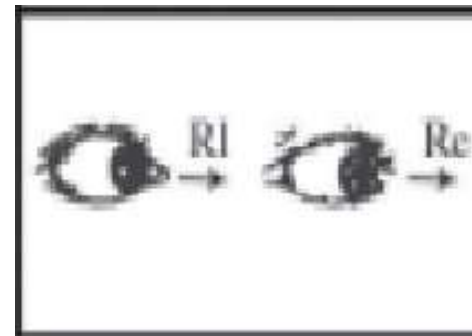
- Si mira de manera conjunta:



Mirada fixa: coma diabètic o lesió nuclear

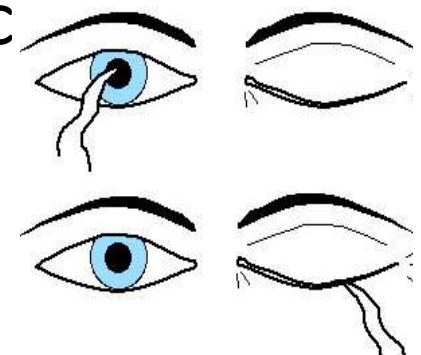
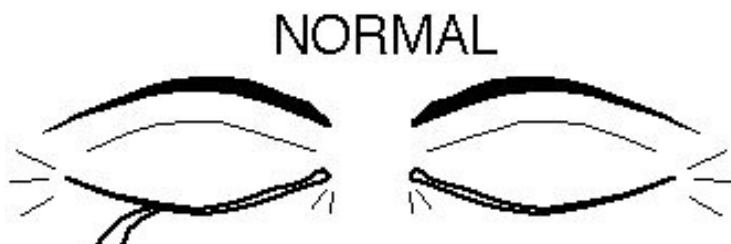


Cap al cantó sa: ictus isquèmic



Cap al cantó que no pot moure: hemorràgia o epilèpsia

- Si mirada NO conjunta: lesió a tronc o parells cranials
- Si reflexe corneal alterat: lesió tronc encefàlic



5. Exploració

- **3.4 Moviments oculars**

- Inclouen els reflexes oculocefàlics (ROC "ulls de nina")i la oculovestibular(ROV)
- S'utilitza el ROV(irrigació amb SF de l'orella) quan no hi ha resposta del ROC i quan està contraindicada la mobilització cervical
- EL ROC , es fa l'exploració AMB EL CAP INCLINAT UNS 30 ° i ES GIRA EL CAP. Es busca la desviació conjugada de la mirada en sentit contrari a la mobilització

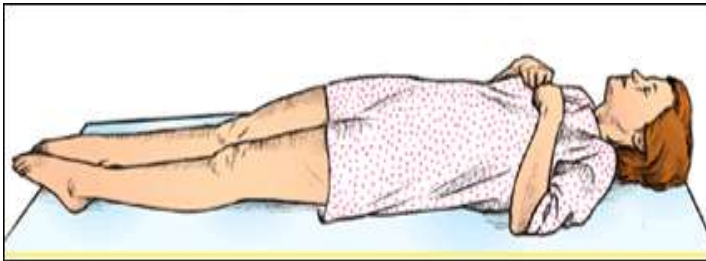


R. Oculomotores
Normales

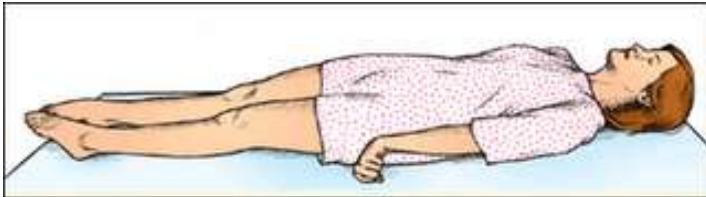
- Si hi ha desviació de la mirada cap cantó contrari del gir= normalitat
- Si no passa això vol dir lesió del tronc cerebral

5. Exploració

- **3.5 Exploració motora i posició corporal**
- Permet **detectar focalitat** al valorar les 4 extremitats, i en cas de respostes asimètriques es considerarà sempre el cantó de millor resposta a l'hora de fer el Glasgow.



Decortització: flexió de braços, colzes i canells, resulta de lesió cortico espinal. (difuses)



Descerebració: extensió de cames i braços, implica danys troncs en encèfal

Si mostra flaccidés generalitzada:
Lesió a troncs o coma diabètic

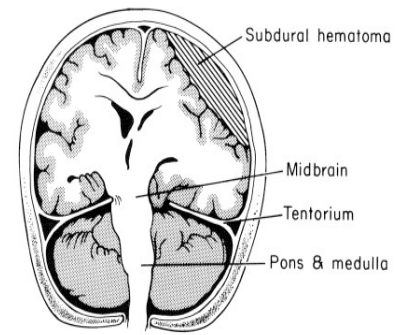
6. Emergència neurològica

- És tota aquella situació on es presenta un quadre neurològic agut que **compromet la vida i les funcions cerebrals vitals.**
- 6.1 COMA
- 6.2 CONVULSIONS
- 6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL
- 6.4 Altres: infeccions, tòxics, traumes, patologia metabòlica

6.1 COMA

- Situació clínica en que el pacient presenta una absència total de resposta en front als estímuls externs.
- A aquests estats els anomenem **trastorns o alteracions de la consciència**

6.1 COMA: Causes



- Es pot classificar les causes del coma en dos grans grups:
 - **Origen estructural o neurològic:** patologies que afecten directament al SNC. Ex: hemorràgies, traumes, inflamació, anòxia, isquèmia...
 - **Origen metabòlic:** no hi ha cap lesió a nivell SNC, però hi ha un augment o disminució d'alguna substància química que dóna lloc a un funcionament anormal del SNC

6.1 COMA: causes

- Diferències entre el metabòlic i l'estructural

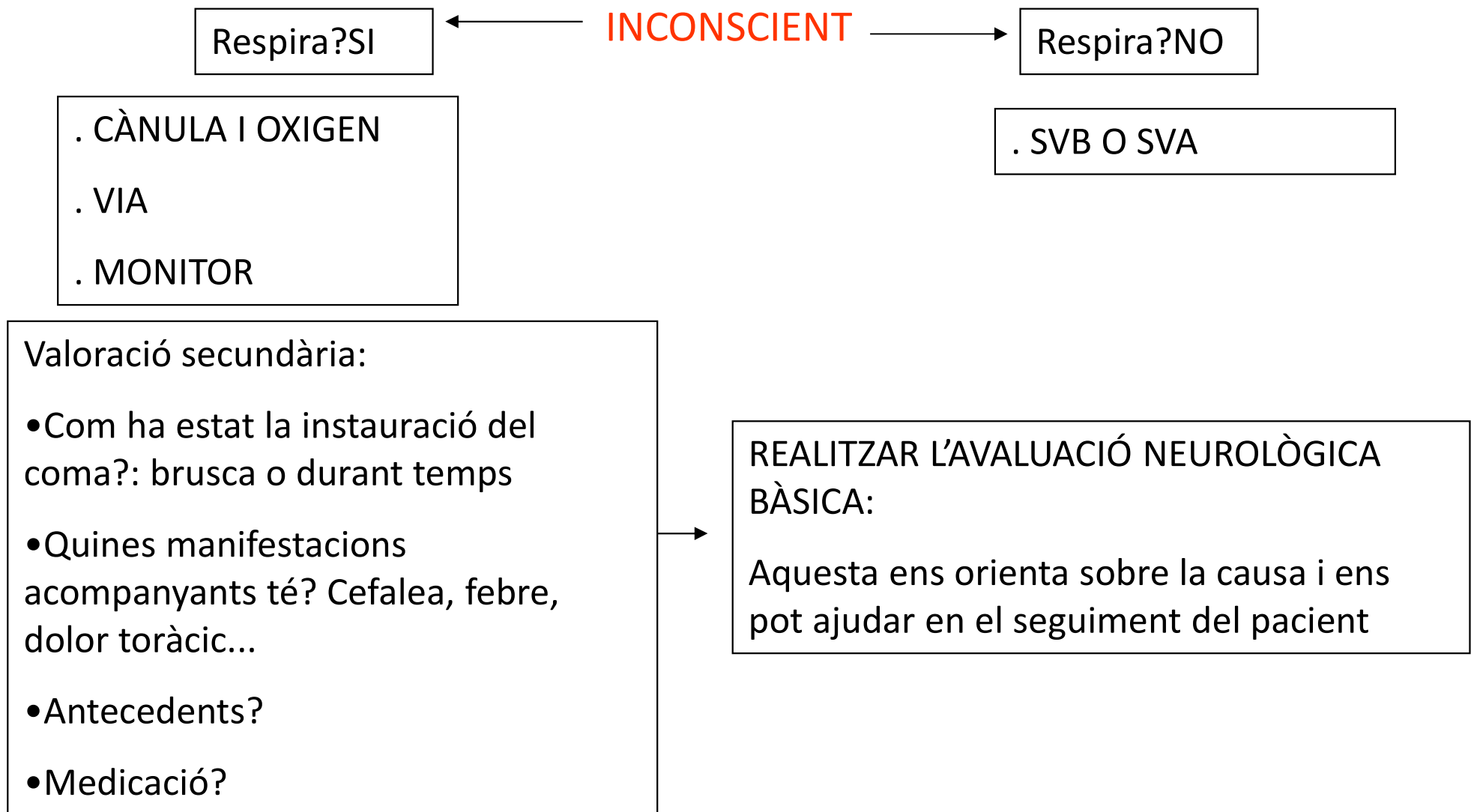
METABÒLIC	ESTRUCTURAL
Instal·lació lenta	Instal·lació brusca
Afectació bilateral i simètrica	Sdr focal neurològic
Reflexes oculars normals	Reflexes oculars alterats
Força normal o disminuïda però de forma simètrica	La força pot ser asimètrica

6.1 COMA: causes

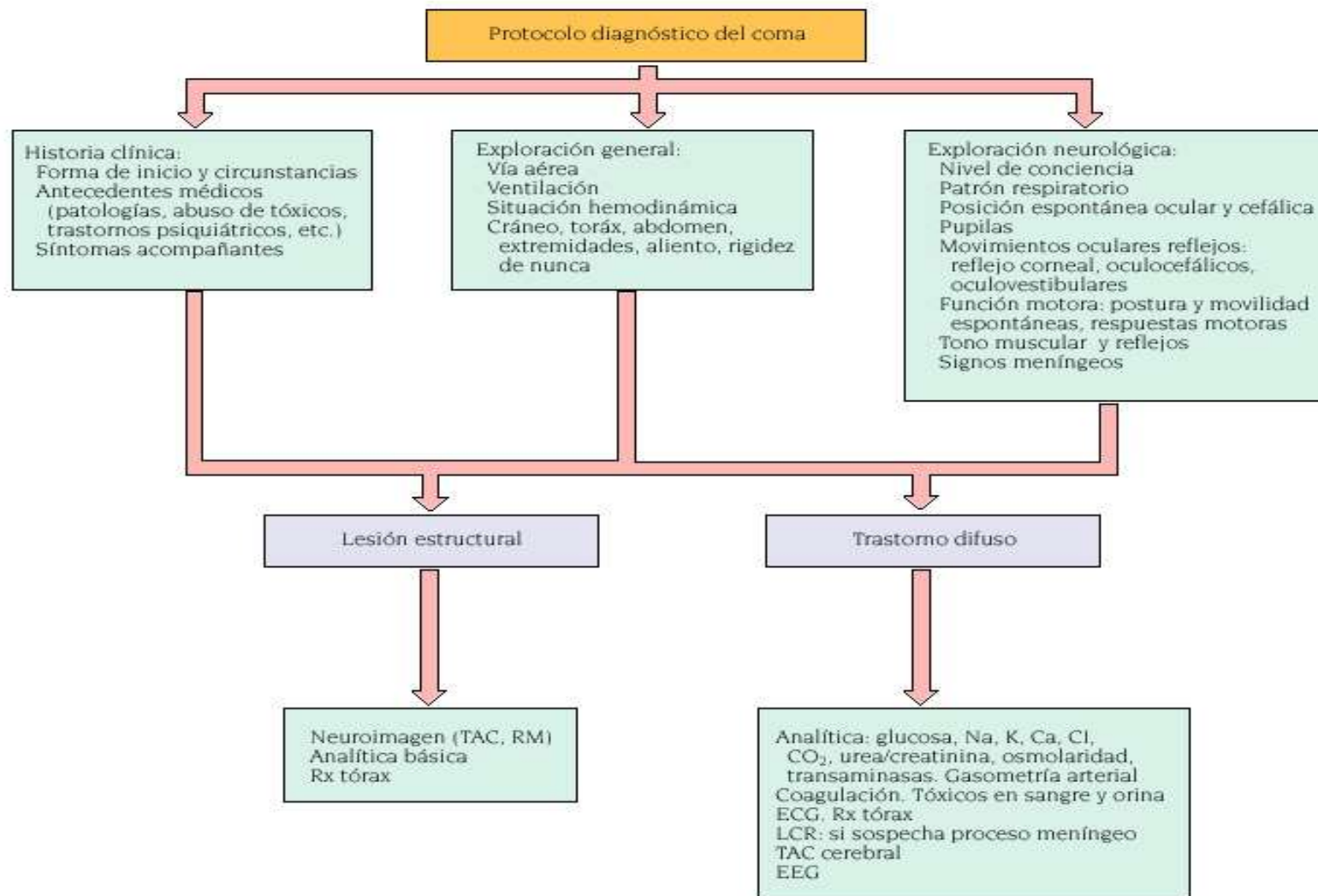
AEIOU-TIPS (raons per l'estat mental alterat):

- **A** alcohol: Cal assegurar O2, la glucosa i Tº. Considerar: Tiamina
acidosi: cal ventilar el pacient
- **E** epilèpsia, donar anticonvulsius
- **I** insulina. Valorar glucagó
- **O** (overdose) sobredosi. Si cal naloxona..
- **U** Urèmia l.renal. Assegurar O2, glucosa i Tº
- **T** traumatisme. Vigilar PIC
- **I** infecció
- **P** psicosi
- **S** stroke AVC. Assegurar O2, glucosa i Tº

6.1 COMA: valoració

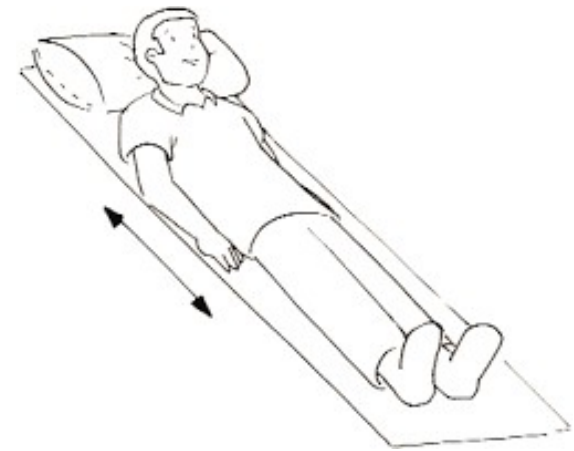


6.1 COMA:valoració



6.1 COMA:valoració

- ABCD: PERMEABILITZAR AMB GUEDEL, ASSEGURAR SI CAL VENTILACIÓ AMB AMBÚ, ventilar si cal, ESTABILITZAR HEMODINÀMICAMENT I POSAR VIES
- Monitoritzar i prendre constants juntament amb glicèmia
- Anamnesi
- Exploració neurològica complerta
- Tractar causes reversibles: Sèrum glucosat si hipoglucèmia, naloxona si opiàcics, flumazenil si benzodiacepines, tiamina en alcohòlics..
- Si convulsions tractar-les
- Si cal IOT
- Trasllat: antitrendelenburg



6.2 CONVULSIONS

- **DEFINICIÓ DE CONVULSIÓ**
- **És una contracció violenta i involuntària dels músculs voluntaris a causa d'un mal funcionament neuronal. Pot ser de diferents tipus i intensitats**
- Deguda a una malaltia o lesió neurològica (primària) o un símptoma d'altres malalties(febre alta, hipoglucèmia, alguns medicaments...)

6.2 CONVULSIONS

- **CRISI COMICIAL:** manifestació clínica brusca i inesperada, degut a una disfunció cerebral, que produeix una **descàrrega excessiva de neurones**. Sol durar una mitjana d'1 minut i cedeix abans dels 4 min.
- **DEFINICIÓ EPILEPSIA**

Es considera epilèpsia quan el pacient pateix crisis breus de manera recurrent

6.2 CONVULSIONS

- **DEFINICIÓ D'ESTATUS EPILEPTIC:**

Situació caracteritzada per una crisi convulsiva tan llarga(més de 20') o repetida en intervals de temps tan curts (que no dóna temps a recuperar la consciència) que poden ocasionar dany cerebral o posar en risc la vida del pacient

6.2 CONVULSIONS : Tipus de crisis comicials

- **1.- Crisis parcials o focals**(afecten una part del cervell i la consciència no està afectada des de el principi)
 - Simples: No hi ha afectació del nivell de consciència. Poden presentar alteracions motores localitzades, sensibles(olfacte), vegetatives(autònom), psíquiques (confusió)
 - Complexes: Al inici no hi ha afectació de la consciència però cap al final s'acaba afectant. Poden aparèixer automatismes(mastegar, empassar) i confusió

6.2 CONVULSIONS : Tipus de crisis comicials

- **2.- Crisis generalitzades**(la consciència està afectada des de l'inici)
 - Clòniques: Moviments de les extremitats, quan més dura aquesta etapa més s'afecta ala consciència
 - Tòniques: Hiperextensió del tronc i extremitats
 - Tònicoclòniques: (conegudes com **de gran mal**). Tenen característiques de les dos anteriors a més de: mossegada de llengua, llavis cianòtics, espuma per la boca i relaxació esfínters.Tot seguit la persona entre en un son profund
 - Mioclòniques. Sacsejar les 4 extremitats uns segons
 - D'absència: la persona queda amb la mirada fixa amb moviments automàtics dura poc segons(**petit mal**)

- Fases de les convulsions tònico/clòniques:
- Aura
- Pèrdua coneixament
- Fase tònica
- Fase clònica
- postcrític



6.2 CONVULSIONS: causes

1.IDIOPÀTICA

2.GENÈTIQUES

3.Dany neuronal previ

- Febre
- Neoplàsies
- Infeccions cerebrals
- Traumes
- Hipoglucèmies
- Hemorràgies cerebrals
- Ictus

4.ALTRES: deixar la medicació, no dormir, estrès emocional, drogues i fàrmacs, alteracions hormonals, llums intermitents, ordinador...

6.2 CONVULSIONS: actuació

- Com que les convulsions duren poc temps ens trobarem moltes vegades que quan arribem aquestes ja hagin passat
- De vegades però podem trobar-nos que la convulsió s'iniciï al arribar . En aquest cas:
 - estirar a la persona per evitar que es faci mal i retirar objectes del voltant per evitar que es faci mal
 - Abans s'aconsellava posar guedel per evitar mossegades
 - Conservar la calma

6.2 CONVULSIONS: actuació

- Després de convulsionar sovint ens trobarem un pacient amb confusió, no recorden què ha passat. Cal vigilar-lo en aquesta tapa, si cal posar en PLS i realitzar anamnesi:
 - Duració i característiques de la crisi
 - Antecedents
 - Prendre signes vitals
 - Glasgow, glicèmia

6.2 CONVULSIONS

- ACTUACIÓ SI ARRIBEM(SVA) I EL PACIENT ESTÀ EN CRISI
 - A: PROTECCIÓ DE LA VIA AÈRIA I TRAUMES
 - B: COL·LOCAR OXIGEN
 - C: CANALITZAR DOS VIES. Administrar medicació si la crisi **no cedeix en 3 minuts**:
 - Diazepan iv/ rectal/ Clonazepan (rivotril) iv
 - Si no podem accedir via: midazolam intranasal o IM
- SI LA CRISI NO CEDEIX ES POT REPETIR UNA SEGONA I UNA TERCERA VEGADES ESPERANT 5 MINUTS EN CADA UNA. Si no cedeix es considera ESTATUS, per tant s'ha de considerar IOT i sedació. La medicació que es posa llavors és el AC. VALPROIC 20 mg/kg
- Mirar sempre d'obtenir informació sobre hora, forma de la crisi, antecedents.....

6.2 CONVULSIONS

- ACTUACIÓ EN BÀSICA:
- A, control de la consciència i VA
- B, mesurar saturació i si cal oxigen
- C, valorar circulació: polsos, TA, FC
- D, valoració neurològica, glicèmia
- E, exploració física per descartar lesions per culpa de les convulsions

6.2 CONVULSIONS

La bàsica trasllada sempre el pacient i activarà USVA si:

- Està postcrític(disminució nivell consciència)
- Desatura per sota 90%
- Si inestabilitat hemodinàmica
- Focalitat neurològica
- Ingesta de tòxics o problemes metabòlics
- Si risc vital immediat

6.2 CONVULSIONS

- ACTUACIÓ SI QUAN ARRIBEM JA HA CEDIT A CRISI:
 - PRESA DE CONSTANTS I TAMBÉ DE LA GLICÈMIA
 - ANAMNESI
 - EXPLORACIÓ FÍSICA(per descartar traumes en la convulsió) neurològica
 - SI CRITERIS DE TRASLLAT COL·LOCAR VIA

6.2 CONVULSIONS

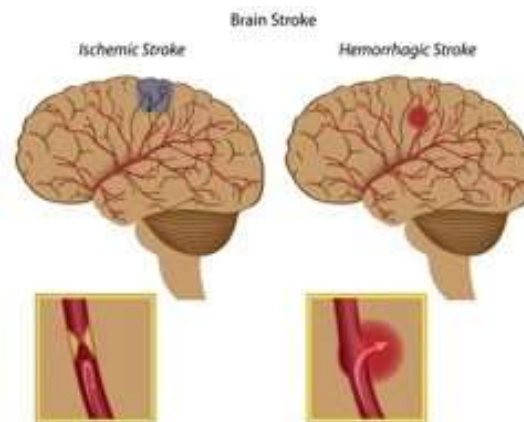
- CRITERIS DE TRASLLAT
 - quan és la primera vegada que convulsiona, sigui quina sigui la causa= DEBUT
 - Segona crisi, si el pacient no es medica
 - si hem utilitzat medicació
 - focalitat neurològica
 - Crisi que no cedeix amb el tractament= estatus

6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL

DEFINICIÓ

- **AVC (accident vascular cerebral) o ICTUS:**

Trastorn sobtat de la circulació cerebral, que altera la funció de determinades regions de l'encèfal.



6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL: CLASSIFICACIÓ

La patologia vascular cerebral pot ser:

➤ **ISQUÈMICA** (interrupció del flux sanguini)

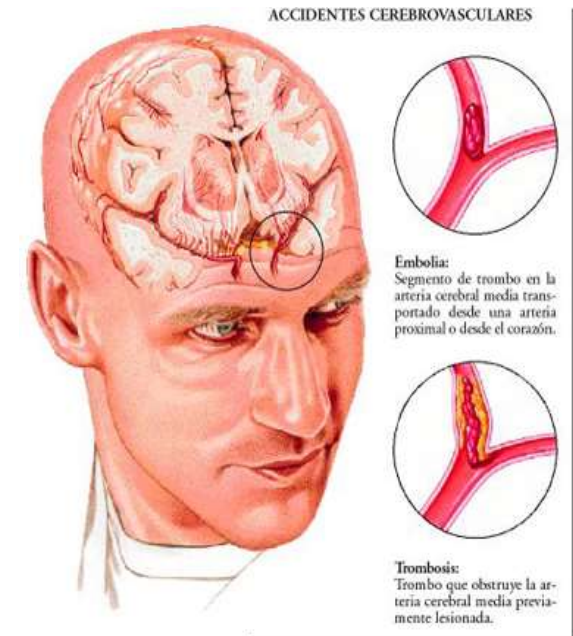
➤ Extravascular: vasoconstricció arterial normalment per disminució TA

➤ intravascular

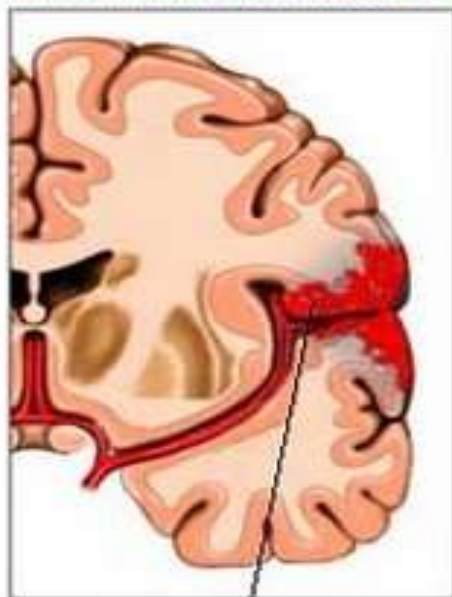
- Trombòtic, el més freqüent, causat per un coàgul que no pot a travessar l'artèria obstruïda prèviament per una placa d'ateroma. El risc trombòtic es relaciona amb malalties vasculars
- Embòlic, causat per un coàgul, format en un altre part del cos, fixant-se en els vasos cerebrals. El risc embòlic es relaciona sobretot amb malalties cardíaques.

➤ **HEMORRÀGICA** (pel trencament del vas).

➤ Els riscos hemorràgics es relaciona amb HTA, malformacions arteriovenoses, aneurismes, etc.

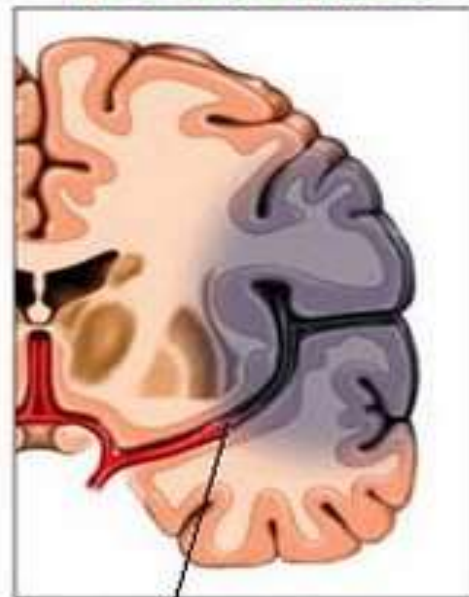


ACV HEMORRÁGICO



Hemorragia en un
área cerebral

ACV ISQUÉMICO



Obstrucción en una
arteria del cerebro

6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL

- **6.3.1. PATOLOGIA ISQUÈMICA(80%)**
 - És d'inici sobtat i de durada variable.
 - **Segons la durada de la simptomatologia**, diferenciem:
 - **AIT(Accident isquèmic transitori)**
 - Dèficit neurològic focal d'inici sobtat de menys d'una hora sense evidència de lesió en la neuroimatge. Si en la RM es veu lesió les alteracions desapareixen abans de 24h.
 - **Accident vascular cerebral(AVC). Pot ser:**
 - **Estable:** Les alteracions presents des de el inici, no es modifiquen
 - **En evolució:** La patologia va empitjorant.
 - **Reversible:** el dèficit establert es recupera entre 24-72h

6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL

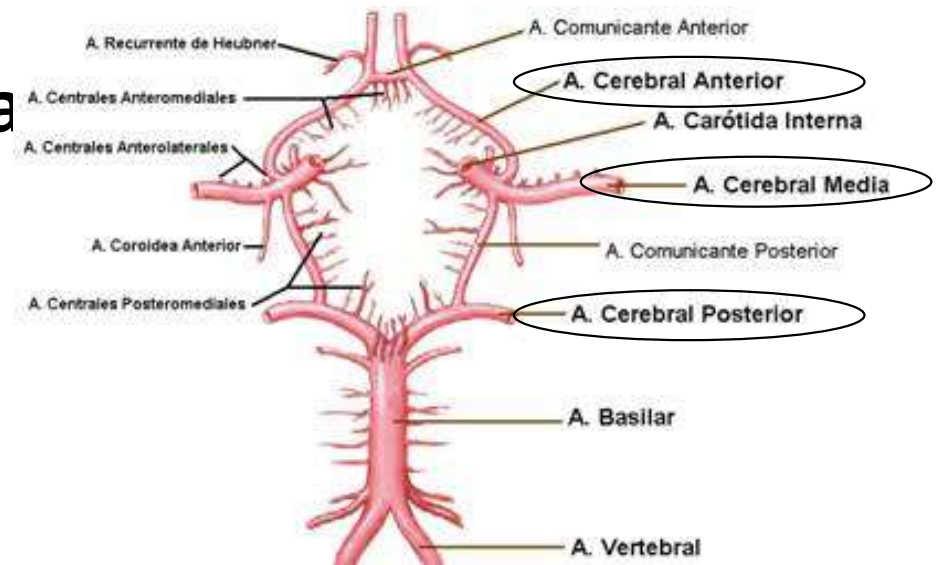
- 6.3.1 PATOLOGIA ISQUÈMICA(80%)

1.- ICTUS HEMISFÈRIC

Afecta a un hemisferi cerebral o a una part. L'obstrucció e troba en una de les artèries que irriguen al cervell principals.

– Segons l'artèria afectada

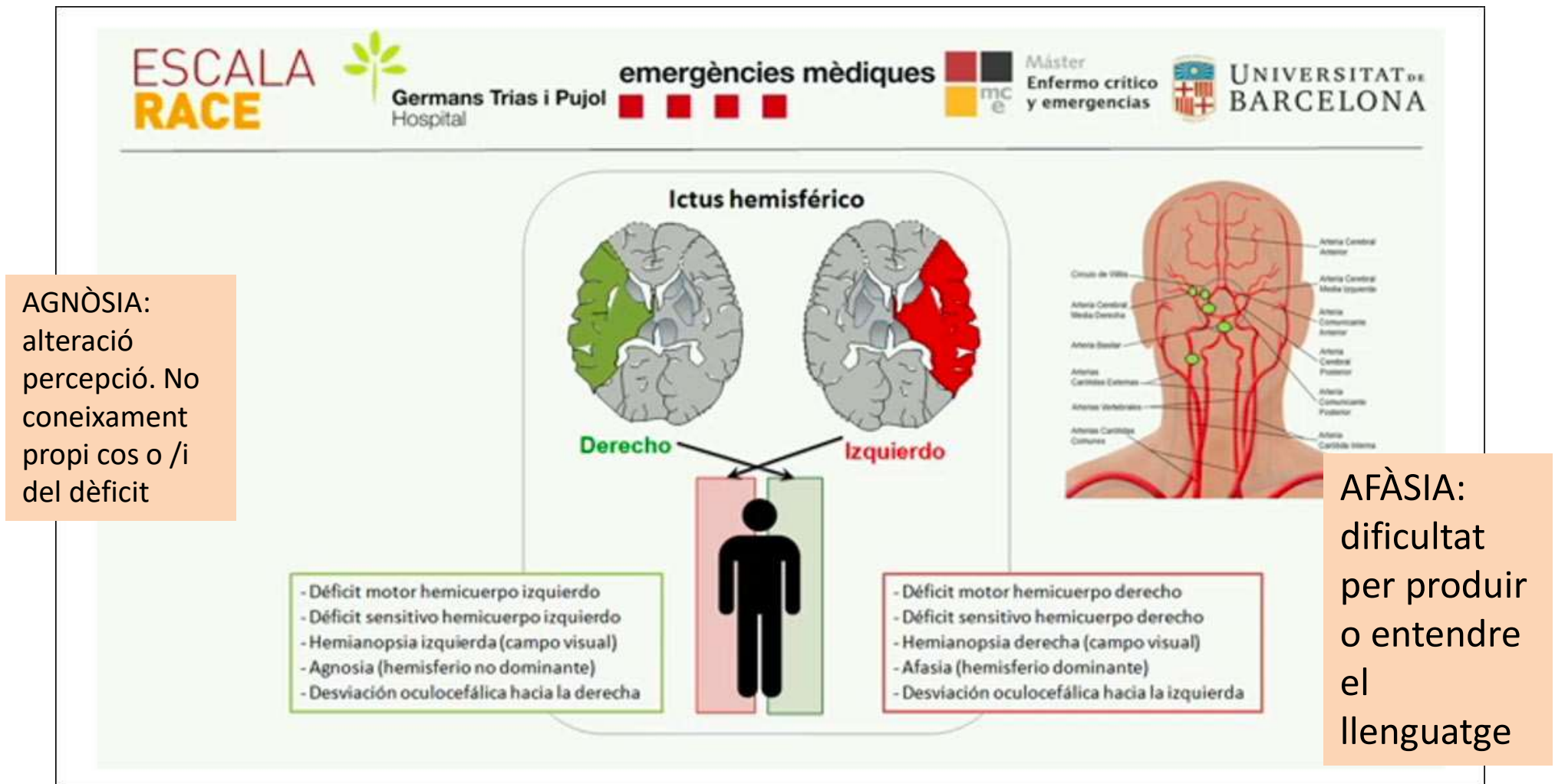
- Cerebral mitja
- Cerebral anterior
- Cerebral posterior
- lacunar



6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL

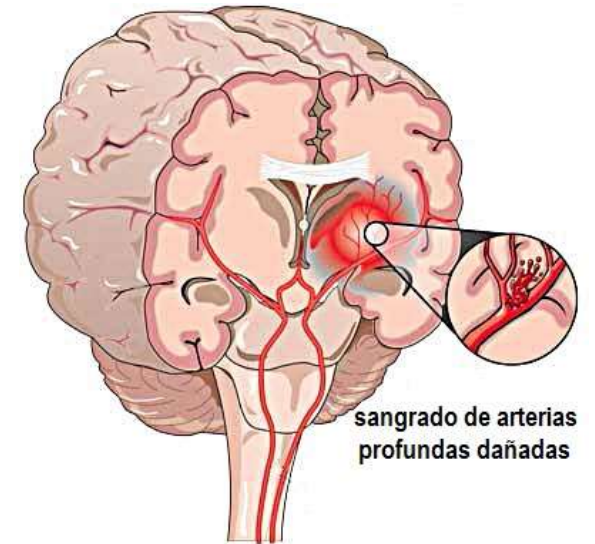
Els ulls sempre miren al cantó de la lesió cerebral

- **1.- ICTUS HEMISFÈRIC**
- **CARACTERÍSTIQUES:** Les lesions es manifesten al cantó oposat del cos



6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL

- **2 ICTUS LACUNAR**
- Afecta a les artèries més petites i més profundes del cervell
- CARACTEÍSTIQUES:
 - Mai tenen símptomes corticals: afàsia o agnòsia
 - Presenten debilitat i alteració de la sensibilitat de mig cos
 - DISÀRTRIA o dificultat per pronunciar les paraules



6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL

- ICTUS DEL TERRITORI POSTERIOR
- Característiques:
 - Afecta al tronc i cerebel
 - Presenta: vertigen brusc, diplopia, atàxia i alteració consciència
 - ULL!!!: alta mortalitat ja que és la zona que regula la FC i FR

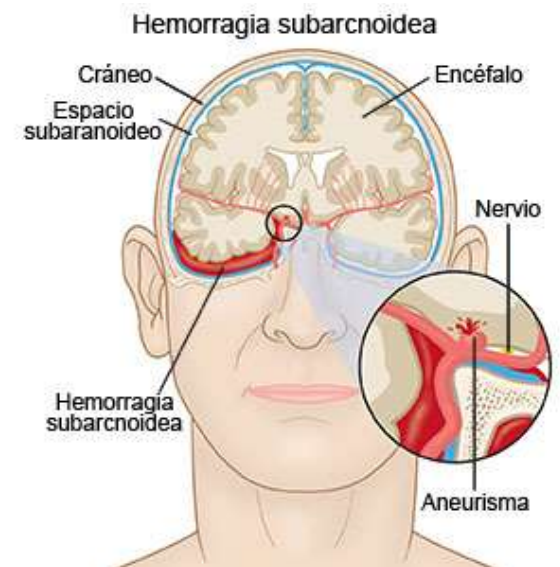
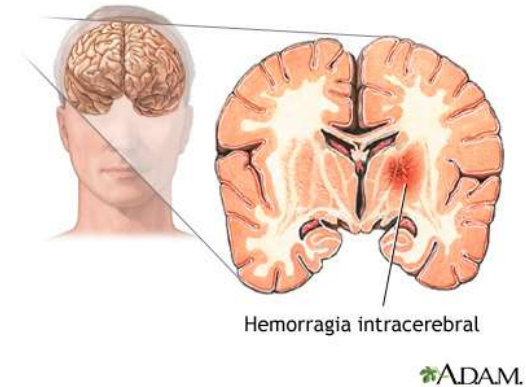
6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL

- 6.3.2 PATOLOGIA HEMORRÀGICA (20%)

- Inici sobtat i empitjorament progressiu.
- Presenta una clínica molt més intensa que l'isquèmic cursant amb:
 - Hemiplegia sobtada.
 - Disminució del nivell de consciència.
 - Cefalea intensa, vòmits i anisocòria.
- Si l'hemorràgia no es pot aturar es pot produir un augment de la pressió intracraneal (PIC) que pot provocar enclavament de l'encèfal i la mort.
- Destaquem l'hemorràgia subaracnoidal i la hemorràgia intracerebral (intraparenquimatosa)

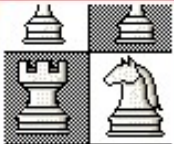
6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL

- **6.3.2 PATOLOGIA HEMORRÀGICA (20%)**
- **Hemorragia intraparenquimatososa**
 - * Apareix després amb símptomes focals d'inici molt ràpid i progressius
 - * Símptomes: mal de cap intens, nàusees, vòmits, disminució nivell de consciència. Alguns d'ells presenten hipertensió intracranial i edema
 - * Solen tenir HTA, prendre sintrom...
- **Hemorragia subaracnoidal:** la causa sol ser un aneurisma de grans vasos a la base del cervell
 - * Símptomes cefalea intensa sobtada, pèrdua consciència, signes meníngis



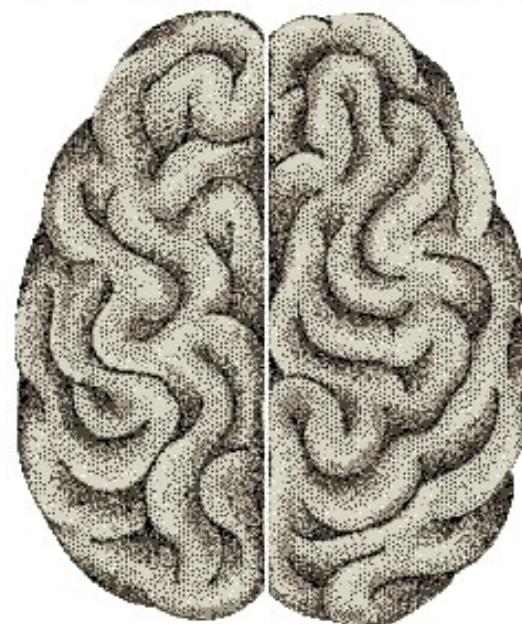
6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL: simptomatologia

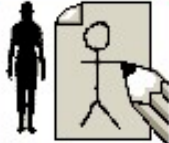
- La simptomatologia d'una AVC pot ser molt variada segons el seu mecanisme i el territori del cervell afectat. Podem trobar des de símptomes sensorials, a motors o tots ells
- SÍMPTOMES MOTOR:
 - Hemiparèsia (pèrdua de força en un braç o cama)
 - Hemianestèsia (pèrdua de sensibilitat, sobretot es pot observar paràlisi cara)
 - Hemiplègia (immobilitat)
 - Parestèsia (formigueig)
 - Atàxia (descoordinació de moviments: pèrdua equilibri, dificultat caminar)
- SÍMPTOMES SUPERIORS:
 - Disàrtria (incapacitat per vocalitzar)
 - Afàsia (falta de comprensió o elaboració /pronunciació del llenguatge). CANTÓ CERVELL ESQUERRE, símptomes al dret
 - Anosognòsia (negació de la malaltia). CANTÓ DRET DEL CERVELL símptomes al cantó esquerre
 - Asomatognòsia (negació d'una part del cos) Lesió CANTÓ DRET DEL CERVELL símptomes al cantó esquerre
 - Hemiapnòsia (pèrdua de vista o vista ennuvolada en un ull)
- ALTRES:
 - Mal de cap intens, pèrdua coneixement, pèrdua equilibri, pèrdua de sensibilitat tèrmica, etc.
- DESVIACIÓ DE LA MIRADA CONJUGADA: Tots aquests símptomes solen acompanyar-se d'una desviació de la mirada i del cap, cap al costat de la lesió cerebral, és a dir, cap al **costat contrari del hemicòs afectat**

	12345 12345 12345 Habilidad numérica
	
	
	
Habilidad científica	Control de la mano derecha

Funciones del hemisferio cerebral izquierdo

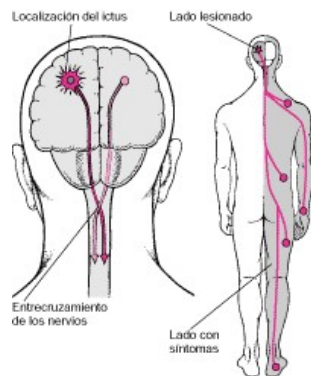
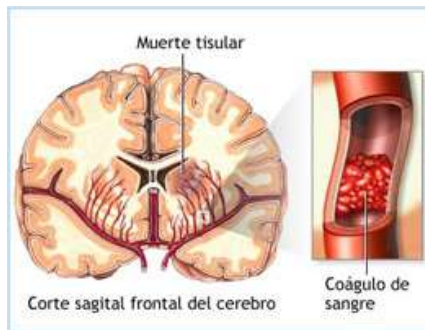
Funciones del hemisferio cerebral derecho



	
Perspicacia	Percepción tridimensional
	
	Sentido artístico
	
	Imaginación
	
Control de la mano izquierda	Sentido musical

6.3 PATOLOGIA VASCULAR

CEREBRAL



- SÍMPTOMES SEGONS EL TERRITORI CEREBRAL AFECTAT:
- **Ictus hemisfèric**
 - Dèficit motor, sensitiu, hemianòpsia(camp visual).CANTÓ CONTRARI A LA LESIÓ
 - Agnòsia(lesió cervell dret) /Afàsia(lesió cervell esquerre)
 - Lesió oculocefàlica al cantó de la lesió cerebral
- **Ictus lacunar:** zona més profunda del cervell on trobem artèries més petites
 - Debilitat i alteració de la sensibilitat a la meitat del cos, disàrtria. No símptomes corticals
- **Ictus tronc i cerebel:** vertigen, diplopia, atàxia, somnolència , disminució consciència

6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL

- **ACTUACIÓ PATOLOGIA VASCULAR ISQUÈMICA:**

SI INCONSCIENT: No contesta / no respira/no pols. Iniciar SVB

Si CONSCIENT:

A; control via aèria (retirar pròtesis dentàries, aspirar secrecions)

B; ventilació (assegurar $\text{Sat} > 95\%$). Si no contesta, però respira: PLS

C; Control de la circulació i monitoratge de constants (TA, FC, FR, SatO_2 , t°) (no donar tractament per l'HTA a menys que la TAS sigui $> 180\text{mmhg}$)

Col·locar via perifèrica

D; Glasgow, **exploració neurològica**, glicèmia capil·lar (evitar hipoglucèmia, ha de ser $\pm 150\text{ mg/dl}$)

6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL

- **Exploració neurològica:**

- Escala **RÀPID/CINCINATI**:

- Torça la boca?
 - Ha perdut força en braços/cames?
 - S'entén quan parla?



- Escala **RANCOM**

POSITIU

- Caminava?
 - Anava sol al bany?
 - Podia vestir-se sol?

NEGATIU

6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL

- ANAMNESI
- Ens hem d'informar sobre:
 - L'hora d'inici dels símptomes i circumstàncies
 - Formes d'aparició: brusca o progressiva, **AMB CONVULSIONS**
 - **Antecedents**: HTA, diabetis, patologies neurològiques, metabòliques, cardíques...
 - Clínica acompanyant: cefalea, nàusees, suor, disminució consciència...

Cal anotar sempre:

- Hora inici(menys de 8h)
- La glicèmia
- La TA, FC

Dades ha transmetre a central: CIP, Hora inici, si pren anticoagulants v.o, Si ha tingut IQ recents, si ha tingut hemorràgies cerebrals fa poc, RAPID, RANCOM , RACE, TA,FC i glicèmia

6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL



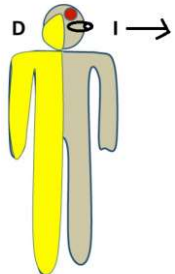
1.- Es puntua la simetria per això s'indica al pacient que somrigui o ensenyi les dents. Si no entén es pot fer pressió amb els dits darrere les orelles



2.- Es puntua el temps que el pacient pot mantenir el braç enlairat. 45º(estirat) 90º (assegut). Si no pot aixecar-los l'ajudarem a fer-ho



3.- Es puntua el temps que el pacient pot mantenir la cama enlairada 30º sobre la superfície. Si no pot aixecar s'ajuda a fer-ho



4.- Mira cap el cantó contrari del cos debilitat

5.1 **Anosognòsia**= no conscient de la seva limitació. Ex: Pot moure els dos braços o aplaudir?

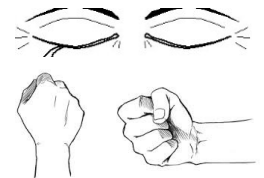
5.2 **Asomatognòsia**= No conscient de la part del cos

Ex: al posar el seu braç afectat(E)sobre la cara i al preguntar de qui és aquest braç? No el reconeixen



ESCALA RACE

HEMICÓS ESQUERRE		HEMICÓS DRET	
PARÈSIA FACIAL ESQUERRE		PARÈSIA FACIAL DRETA	
Absent	0	Absent	0
Lleugera	1	Lleugera	1
Moderada	2	Moderada	2
PARÈSIA DEL BRAÇ ESQUERRE		PARÈSIA DEL BRAÇ DRET	
Absent/Lleugera(>10'')	0	Absent/Lleugera(>10'')	0
Moderada(>10'')	1	Moderada(>10'')	1
Severa(no l'aixeca)	2	Severa(no l'aixeca)	2
PARÈSIA DE LA CAMA ESQUERRE		PARÈSIA CAMA DRETA	
Absent/Lleugera(>5'')	0	Absent/Lleugera(>5'')	0
Moderada(>5'')	1	Moderada(>5'')	1
Severa(no l'aixeca)	2	Severa(no l'aixeca)	2
DESVIACIÓ OCULO-CEFÀLICA A LA DRETA		DESVIACIÓ ACULO-CEFÀLICA A L'ESQUERRA	
Absent	0	Absent	0
Present	1	Present	1
AGNÒSIA		AFÀSIA	
Fa bé les 2 proves	0	Obeeix 2 ordres	0
Asomatognòsia o anosognòsia(fa bé 1 prova)	1	Obeeix 1 ordre	1
Asomatognòsia o anosognòsia(fa malament 2 proves)	2	No obeeix cap ordre	2



6.- es puntua si fa o no aquestes dos ordres

<http://neurex.es/anosognosia-que-es/>

1. Paresia facial

- 0 Simétrica
- 1 Asimetría parcial
- 2 Asimetría completa



2. Paresia del brazo

- 0 No paresia (10 seg)
- 1 Levanta <10 seg
- 2 No levanta



3. Paresia de la pierna

- 0 No paresia (5 seg)
- 1 Levanta <5 seg
- 2 No levanta



4. Desviación oculo-cefálica

- 0 Ausente
- 1 Presente



5a. Agnosia

(si debilidad izquierda)

- 0 No agnosias
- 1 Asomatognosia o anosognosia
- 2 Asomatognosia y anosognosia



¿De quién es este brazo?

¿Puede moverlo bien?

5b. Afasia

(si debilidad derecha)

- 0 Obedece 2 órdenes
- 1 Obedece 1 orden
- 2 No obedece ninguna orden



Cierre los ojos

Haga un puño

6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL

- ACTIVAR CODI ICTUS(No límit edat!!!)
- Els objectius del codi ictus són:
 - Disminuir el temps entre l'inici i el tractament.
 - Incrementar el nombre de pacients d'infarts cerebral tractats amb fibrinòlisis.
 - Incrementar els pacients ingressats en la unitat d'ictus.
- A nivell extrahospitalari es centre en:
 - Identificar, notificar i traslladar al pacient. Posició de trasllat: en repòs, incorporat a 30º
 - Si cal es realitzarà tractament de suport com ara: Si hi ha coma intubar, si hi ha crisis comicial donar la medicació pertinent.
 - En hemorràgies si hi ha signes d'enclavament es poden adoptar mesures antiedema (manitol)
- A nivell intrahospitalari:
- S'inicia a partir de la notificació els protocols de diagnòstic i tractament
 - Fibrinòlisis
 - Procoagulants
 - Si Pic important intervenció quirúrgica...

6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL

- Criteris d'inclusió en el codi ictus:
 - Clínica inferior a 8 hores, ICTUS DEL DESPERTAR O HORA INICI INCERTA
 - Pacient independent per activitats bàsiques de la vida diària.
RANCOM(NEGATIU).**NO LÍMIT EDAT**
 - Síntomes focals, POSITIUS: Escala RAPID/Cincinatti.
 - Feblesa facial
 - Caiguda braç
 - Trastorn parla

És necessari un o més d'aquets per activar codi ICTUS

6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL

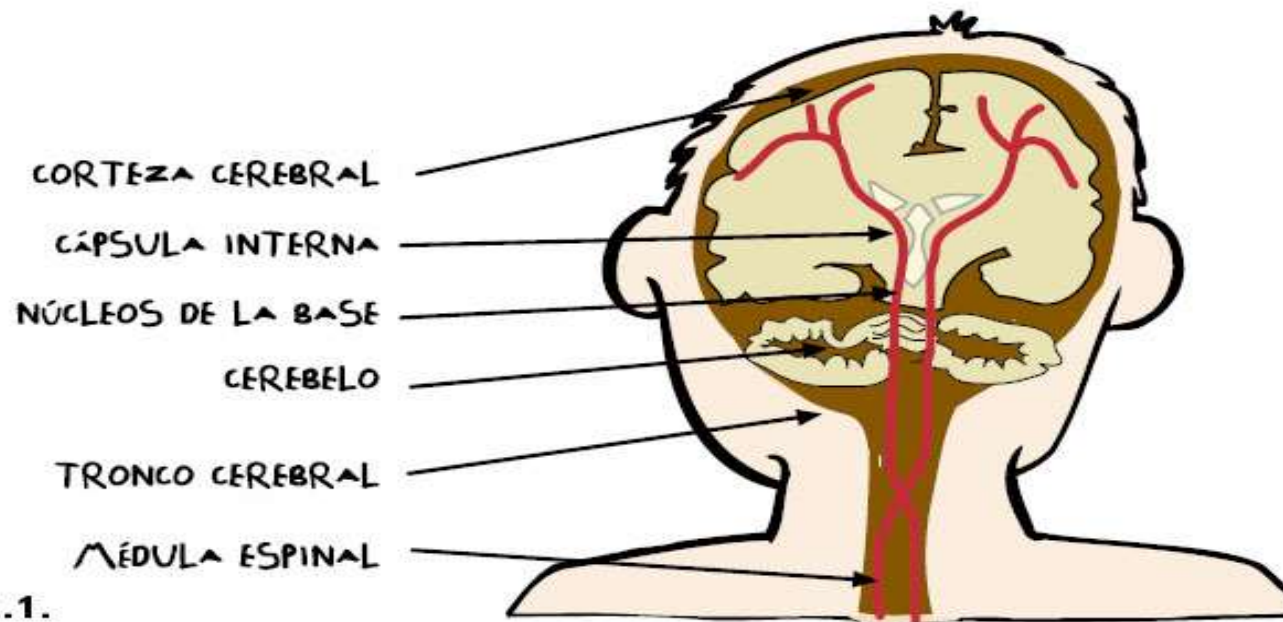
- Criteris d'exclusió:
 - Més de 8 h d'evolució
 - Sospita de:
 - Síncope, convulsions, migranya, hipoglucèmia, intoxicacions...

6.3 PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL

- Normalment no es necessita transport medicalitzat a no ser que hi ha algun d'aquets problemes:
 - Inconscient
 - Risc vital imminent

Quin motiu Els AVC només afecten a un cantó del cos????

- Degut a que els nervis situats en el cervell es creuen cap a l'altre cantó del cos



■ Figura 2.1.

RESUM

- **ICTUS HEMISFERI DRET:**
- Hemiparèsies del cantó esquerre
- No percepció de malaltia
- Dificultats per orientar-se
- Deteriorament tàctil

RESUM

- **ICTUS HEMISFERI ESQUERRE**
- Síntomes afàsics
- Hemiparèsia dreta
- **ICTUS DEL CEREBEL**
- Problemes d'equilibri i coordinació
- Sensació de mareig i nàusees
- **TRONC ENCEFÀLIC**
- Efectes devastadors ja que hi ha els reguladors dels signes vitals

M5 UF5 NF2

Emergències psiquiàtriques



Concepte psiquiatria

- La **psiquiatria** és la branca de la medicina que estudia les malalties mentals.
 1. **Trastorn d'ansietat**. Por descontrolada en certes situacions o en front a que es produeixin.
 2. **Trastorns afectius**. Anormalitat en la regulació del ànim: depressió i trastorn maniacodepressiu
 3. **Trastorns personalitat**. Tenen uns patrons de comportament i pensament diferents als habituals, que els produeix problemes seriosos en les relacions i al treball
 4. **Trastorns psicòtics**. Pèrdua de contacte amb la realitat.

Classificació malalties mentals

1.- TRASTORN ANSIETAT

- **Fòbia específica**

Aquestes persones tenen una por intensa i persistent davant (o de manera anticipada) de determinats **objectes o situacions “específiques”**. Alguns exemples són: **volar en avió, veure sang, alguns animals, etc.**

- **Fòbia social**

Les persones amb aquest trastorn perceben que la **gent els jutjarà negativament i sovint tenen la sensació de ser inferiors, diferents o inacceptables**. Moltes vegades es preocupen per símptomes com ruboritzar-se, suar o tremolar davant dels altres. En algunes persones aquesta por es dona en situacions concretes (**p.ex., parlar en públic o menjar en públic**) i en altres en la majoria de relacions socials.

Classificació malalties mentals

- **Crisis d'angoixa/ Atacs de pànic**
- Una crisi d'angoixa o atac de pànic és un **episodi sobtat de por molt intensa** que **s'acompanya** generalment de **síntomes físics** (p.ex. taquicàrdia, palpitations, calfreds, sensació d'ofeg, mareig, tremolors, etc.) i pensaments negatius sobre aquests símptomes (p.ex, por de patir un infart, por de perdre el control, por de tornar-se boig/ja, por de desmaiar-se, por de morir). **Quan algú té crisis d'angoixa de forma repetida diem que té un trastorn d'angoixa o de pànic.**
- **Agorafòbia**
- **La persona té “por de tenir por”.** Alguns exemples d'aquests espais o situacions temudes són: les multituds de gent, determinades botigues, els trens, els túnels, creuar ponts, els ascensors, etc. Alguns pacients només poden fer aquestes activitats si van acompanyats d'una persona de confiança. La majoria de vegades, el trastorn d'angoixa i l'agorafòbia es donen junts.

Classificació malalties mentals

- **Trastorn d'ansietat generalitzada**
- **Aquestes persones són “patidores”**, és a dir, es preocupen per moltes coses (p.ex., l'economia domèstica, la feina, la família, la salut) durant la major part del dia i durant molts mesos. A més, aquestes preocupacions van acompanyades d'altres símptomes físics, com sentir-se inquiet o impacient, amb tensió muscular, amb problemes per dormir, la incapacitat de relaxar-se, de no poder-se concentrar, amb molta fatiga o sentir-se en general irritables.
- **Trastorn obsessiu-compulsiu**
- Aquestes persones tenen pensaments **o idees recurrents i persistents a les quals temen (obsessions) i realitzen comportaments repetitius o rituals amb l'intent de controlar la por (compulsions)**. Per exemple, rentar-se les mans repetidament o tenir por d'un lladre i comprovar repetidament si la porta de casa està ben tancada.
- Tot i que la majoria de persones amb aquesta malaltia es sorprenen d'això que els passa, és possible que alguns adults i la majoria de nens no en siguin conscients.

Classificació malalties mentals

- **Trastorn per estrès posttraumàtic**
- Aquest és un trastorn d'ansietat que pot aparèixer **després d'un esdeveniment, que és viscut amb por molt intensa**, freqüentment lligat a patir danys físics greus o a l'amenaça a la vida d'un mateix o d'algú altre (per exemple, és comú en combatents de guerra, davant d'agressions, etc).
- Aquestes persones es poden espantar amb facilitat, paraitzar-se a nivell afectiu, perdre interès per gaudir, sentir-se més irritables o agressives i evitar situacions que els recorden l'accident original. A més, habitualment reviu l'esdeveniment traumàtic en els seus pensaments durant el dia i tenen malsons al dormir.

Classificació malalties mentals

2.- TRASTORNS AFECTIUS O DE L'HUMOR

La **depressió** és un trastorn de l'estat de l'humor caracteritzat per **tristesa i incapacitat per experimentar plaer**, persistent en el temps i que deteriora les relacions laborals, escolars i socials de la persona.

La **mania** sol manifestar-se per **eufòria, excitació i hiperactivitat motora i verbal**.

La tristesa i l'eufòria poden associar-se o ser substituïdes per irritabilitat i/o agressivitat. Ambdós trastorns solen incloure alteracions del son i de la gana. És important saber que els símptomes afectius poden correspondre a un trastorn afectiu específic o poden ser el símptoma d'un altre quadre psicopatològic greu o lleu (consum de tòxics, etapa prodròmica d'un trastorn esquizofrènic, trastorns adaptatius).

Els trastorns afectius són el factor de risc més important en els intents autolítics i les conductes suïcides

Classificació malalties mentals

- **3.- TRASTORNS DE PERSONALITAT**

- **Excèntrics:**

- **Paranoides:** desconfiança irracional cap els altres
 - **Esquizoides;** manca interès en les relacions socials
 - **Esquizotípic,** comportament estrany

- **Afectius impulsius:**

- **Psicopàtica:** desconeixements de llei i drets de les persones
 - **Trastorns límit:** pensament “blanc o negre”
 - **Histriònic:** crida l’atenció, emocions exagerada, seducció
 - **Narcisista;** patró general de grandiositat, necessitat admiració i falta empatia

- **Ansiosos:**

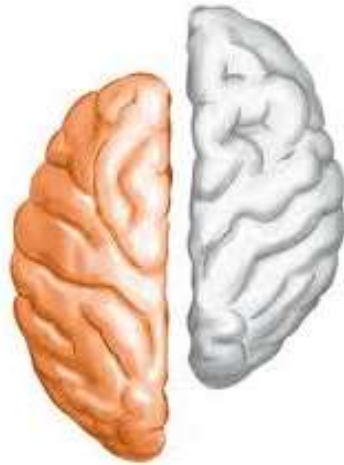
- **Evitació:** por a les crítiques i evitació social
 - **Dependència:** dependència psicològica cap els altres
 - **Obsessivocompulsiu,** molt rígid amb les normes, codis morals i ordre excessiu

- **4.- TRASTORNS PSICÒTICS**

- 1.- Demències, especialment la de tipus Alzheimer.
- 2.- Ús/abús de substàncies: Ja sigui per consums d'alcohol, al·lucinògens, anfetamines, cannabis, cocaïna, hipnòtics, opiàcis, ...
- 3.- Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics (trastorn delirant, psicòtic breu o compartit,...)
- 4.- Trastorn depressiu major o trastorn bipolar amb simptomatologia psicòtica.
- 5.- Altres,...

- <http://www.parcdesalutmar.cat/ansietat/pacients/tipologia.html>
- <http://www.parcdesalutmar.cat/episodis-psicotics/pacients/simptomes.html>

ATENCIÓ A LA PATOLOGIA PSIQUIÀTRICA



URGÈNCIA PSIQUIÀTRICA

Qualsevol pertorbació en el pensament, afecte o conducta per la qual , el mateix pacient, família o societat consideren que necessita una intervenció terapèutica immediata.

Pot presentar-se

- a. Com a manifestació d'una alteració psicològica aguda(ansietat, pànic, depressió, trastorns adaptació...)
- b. Impliquen risc de dany personal o interpersonal(agressió, suïcidi)
- c. Evidencien un comportament profundament desorganitzat(psicosi, deliri)

1. FACTORS DESENCADENANTS

- Factors personals: Incompliment de la medicació, abús d'alcohol, amenaces imaginàries, conflictes interns,...
- Factors interpersonals: Conflictes familiars (discòrdies conjugals, divorci, agressions,...).
- Factors situacionals: Estar a l'atur, mort d'un ésser estimat, situacions catastròfiques,...

2. VALORACIÓ DE LA URGÈNCIA



Aproximació i protecció:

- Evitar irrupcions brusques o aparatoses a l'escenari (sirenes,...)
- Mostrar-se serè i amb control de la situació, evitar actituds autoritàries,...



Avaluació:

- Gravetat.
- Obtenir informació.



Resultat:

- Factor orgànic.
- Necessitat de contenció.
- Risc agressiu.
- Tractament / derivació hospitalària.

2. VALORACIÓ DE LA URGÈNCIA

2.1. Protegir l'entorn:

- Maneig de l'escenari en cas d'agitació:
 - Preocupar-se la pròpia seguretat i la de l'equip.
 - Allunyar del pacient d'instruments perillosos, o armes
 - Si ja està armat, deixar actuar els cossos de seguretat.
 - Bloquejar les sortides sense incomodar al pacient o que se senti engabiat. Deixar-nos sempre una via de sortida
 - No deixar mai sol al pacient.
 - No aproximar-se massa si creiem que hi ha perill.
 - Atenció possible a signes de violència immediata.
 - Comptar amb l'ajut dels cossos de seguretat en segon terme.
 - Utilitzar el temps necessari per la contenció verbal.
 - Retirar les persones que creiem que poden agreujar la tensió al pacient.

2. VALORACIÓ DE LA URGÈNCIA

2.2. Observació de la conducta, obtenir informació de l'entorn i història clínica:

- Obtenir informació sobre els fets que han pogut actuar com a **factor desencadenant** (Què ha passat? Per què precisament ara?)
- **Descartar patologia orgànica** com a causa de la urgència, sobretot si no hi ha factors interpersonals o situacionals.

ENS ORIENTA A CAUSA ORGÀNICA:

- Alteracions consciència
 - Focalitats neurològiques.
 - Alteració en constants vitals
 - Manca d'antecedents psiquiàtrics.
 - Antecedents de malalties orgàniques que afecten al SNC
 - Antecedents de tòxics.
- Anamnesi sobre la malaltia actual i la seva evolució, recollir antecedents mèdics i psiquiàtrics, registrar el tractament farmacològic actual i establir el possible consum de tòxics.

3. PRINCIPIS GENERALS D'ACTUACIÓ

1. Comprendre la tensió que ha alterat l'equilibri psicològic del pacient.
2. Controlar la situació i distribuir les funcions(informar de forma clara a les famílies de com poden ajudar).
3. Seguir pautes de contenció: verbal, física o farmacològica.
4. Preguntar com s'han resolt situacions anteriors semblants
5. Si cal, no dubtar en demanar ajuda

4. TRASLLAT DEL PACIENT PSIQUIÀTRIC

- No pressuposar la utilització de la força(demanar la seva cooperació).
- No enganyar-lo, ja que disminueix la confiança del pacient cap a nosaltres.
- Si és agressiu o està agitat, s'ha de contenir i tenir en compte mesures per disminuir el risc del personal i el pacient
- Si es tracta d'una pacient, millor que l'acompanyant sigui dona.
- Intentar no augmentar l'ansietat, mirant de no córrer gaire amb la ambulància i no utilitzar sirenes.

5. CRITERIS DE TRASLLAT

- Brot psicòtic.
- Auto-hetero agressivitat.
- Intent i/o ideació autolítica.
- Menors d'edat.
- Sol·licitud de valoració per l'especialista.

URGÈNCIA PSIQUIÀTRICA

- PATOLOGIES MÉS FREQUENTS:
 1. Ansietat i pànic.
 2. Agitació psicomotriu
 3. Risc de suïcidi.
 4. Psicosis agudes.
 5. Toxicomanies i alcoholisme.

Trastorns d'ansietat



1. Definició

- En la crisi d'ansietat apareix, sense motiu real, una sensació de por intensa amb important malestar corporal i altres símptomes que variaran en funció de la persona. Aquests símptomes poden ser:
 - Suor, tremolors, taquicàrdia(palpitations).
 - Sensació d'ofec.
 - Nàusees, vòmits.
 - Desrealització i despersonalització.
 - Por a morir-se, perdre el control o embogir.

2. ACTUACIÓ I

- El primer **aspecte** a tenir en compte en aquets casos és **l'ambiental**.

Encara que no hi hagi perill allà on està, separarem el pacient del lloc, i també de la gent que l'envolta(al menys fins saber si interaccionen de manera positiva o negativa).

- S'ha de facilitar la seva relaxació.(entorn de confiança i tranquil·litat)

2. ACTUACIÓ II

- Per dirigir-nos al pacient utilitzarem:
 - Frases curtes i fàcils de comprendre.
 - Un to de veu neutre, però que doni seguretat.
 - Desdramatitzarem els fets i recolzant una valoració realista de la situació.
 - Escolta activa i sense presses
- Si hi ha hiperventilació és útil posar una mascareta sobre nas i boca per tal que respiri ambient hipercàpnic.

2. ACTUACIÓ III

- La crisi d'ansietat pot provocar a mig o llarg termini malestar i limitacions sèries (fòbies, depressió), per la qual cosa, sempre que sigui possible el pacient ha de ser valorat pel servei de psiquiatria de forma urgent o preferent.

EL PACIENT AGITAT



EL PACIENT AGITAT

- **L'agitació psicomotriu és un estat d'exaltació motora** (inquiétude psicomotora exagerada, gesticulació, etc.) en forma de moviments automàtics o intencionals, però que en general no tenen objectiu.
- Aquesta conducta sol comportar un perill per al malalt, el personal i l'entorn
- No és el mateix un pacient violent que la síndrome d'agitació psicomotriu. El pacient violent mostra hostilitat, brusquedats, destrucció, etc.
- Ara bé, els dos quadres no són excloents, ja que un pacient amb agitació pot ser violent i a la inversa.

EL PACIENT AGITAT

L'agitació motora pot ser per **TRES** causes:

• **1 Agitació orgànica**

- Intoxicacions: alcohol, estimulants(cocaïna, amfetamines...), cànnabis, antidepressius....
- Síndrome d'abstinència; degut al alcohol, benzodíacepines o opiàcics
- Malalties orgàniques:
 - Infeccions sistèmiques
 - Febre elevada
 - TCE
 - ICTUS
 - Alteracions metabolisme

Els dos quadres més freqüents d'agitació orgànica són: (parlarem més endavant)

- DELÍRIUM TREMENS absència d'alcohol
- DELIRI AGUT O SCA(síndrome confusional agut)Degut a malalties que hem dit abans

EL PACIENT AGITAT

- **2 Agitació psíquica**: (en aquest cas la persona no es mostra desorientada ni confusa un cop finalitzat l'episodi recorda tot el que ha passat)

2.1 AGITACIÓ PSICÒTICA. Els trastorns psicòtics són trastorns mentals deslligats de la realitat(deliris i al·lucinacions)

2.2 AGITACIÓ NO PSICÒTICA. Reaccions d'estrès agut(dol), crisi d'angoixa, trastorns de personalitat

EL PACIENT AGITAT

- **3.- Agitació mixta:** Són pacients psiquiàtrics que a més a més tenen un component orgànic, generalment intoxicacions etíliques o tòxics

EL PACIENT AGITAT

- ÍTEMS QUE ENS PODEN INDICAR AGRESSIVITAT
- Per part del pacient:
 - Parla amenaçant, vulgar
 - To de veu alt
 - Augment de la tensió muscular
 - Hiperactivitat
 - Cops a objectes
- Per part del sanitari:
 - Negació d'una petició
 - Administració forçada d'un medicament
 - Establir límits inadequats...

EL PACIENT AGITAT

Es contemplen dos tipus d'intervenció per a TTS, en qualsevol dels dos casos aplicar el PAS en l'escenari:

1. **Intervenció verbal**, parlant de forma tranquil·la sense jutgar i sense tenir pressa
2. **Intervenció física**, només en casos necessaris , cal ordre mèdica

Actuació davant autolisi.



1. Vocabulari relacionat

- **Suïcidi frustrat**: Acte que, si no aparegués quelcom imprevisible, s'arribaria a produir.
- **Intent de suïcidi**: Voler fer-se un mal a si mateix de manera intencionada.
- **Gest suïcida**: Acte simbòlic amb la finalitat de cridar l'atenció

IMPORTANT

- Existeix la falsa creença que els suïcides que permeten l'arribada dels equips d'emergència no tenen intenció de complir l'amenaça.
- Tots els intents de suïcidi s'han de prendre seriosament, ja que, fins i tot el més repetit dels casos falsos, pot portar a un accident.

Segons les característiques del pacient:

1 Sdr depressiva :

- Mostrar empatia i comprensió(que ell senti que se'l vol ajudar).
- No es tracta de persuadir, ni discutir. Es tracta de guanyar temps .
- Si hi ha deliri no contradir, seguir el discurs.

Segons les característiques del pacient:

2 Esquizofrènia:

- El major risc està quan apareix el inici del brot i en sortir de l'hospital després del brot.
- Prioritzar la seguretat

Segons les característiques del pacient:

TRASTORNS HISTRIÒNIC DE LA PERSONALITAT:

En aquest cas l'idea no és suïcidar-se, sinó cridar l'atenció.

Mai s'ha de baixar la guàrdia, ja que podem trobar-nos que pateixi algun accident o que per la situació tensa de l'entorn tingui un rampell suïcida.

LA PSICOSI AGUDA

4.PSICOSIS AGUDA

- Es caracteritza per una ruptura amb la realitat i sol anar acompanyat d'un trastorn de conducta, es mostra; agitat, amb tics, moviments incontrolats
- presenta :
 - al·lucinacions(es percep pels sentits però no existeix)
 - Il·lusions(interpretació falsa d'una imatge real)
 - Deliris(idees incoherents, contraries a la realitat i al senti comú)

4.PSICOSIS AGUDA

- És una situació clínica que pot ser produïda per molts trastorns com:
 - Esquizofrènia
 - Mania
 - Abús d'alcohol i altres drogues

4.PSICOSIS AGUDA

- La clínica d'aquesta patologia pot aparèixer en un període de temps curt (dies a setmanes), presentant:
 - Trastorns de pensament.
 - Idees anormals que no es corresponen a la realitat.
 - Augment de l'activitat.

4.PSICOSIS AGUDA

- Es considera que una psicosis és una urgència mèdica sempre, ja que el pacient té alterat els pensaments i la raó que juntament amb l'agitació pot donar lloc a actes violents.

ACTUACIÓ EN SÍNDORME D'ABSTINÈNCIA D'ALCOHOL



1. Definició alcoholisme

- La definició d'alcoholisme inclou: Criteris d'abús i dependència.
- **Abús:** quan la persona pren qualsevol quantitat d'alcohol capaç de produir problemes repetitius en qualsevol de les tres àrees de la vida.
 - incapacitat de complir obligacions principals.
 - consumir en situacions perilloses.
 - seguir consumint tot i tenir problemes socials o interpersonals.
- **La dependència:** implica que es desenvolupi **tolerància**, (cada vegada es necessita més quantitat per aconseguir iguals efectes).

- Segons la OMS una **droga** és: tota substància que introduïda en el nostre organisme pot modificar una o més funcions d'aquest.
- Les podem **classificar en quatre grups**:

1. Depressors del SNC:

L'alcohol es considera depressor del SNC, tot i que ,no es sap ben bé quin és el mecanisme ja que es desconeixen receptors específics cerebrals. Principals efectes són:

- depressió psíquica
- Irritabilitat, vèrtigs

Altres depressors són les benzodiazepines i narcòtics(Morfina, opi, heroïna)

2. Estimulants del SNC: cocaïna , amfetamines, Éxtasis, nicotina, cafeïna

3. Al·lucinògens: mescalina, LSD

4. volàtils: dissolvents, coles, benzina

La síndrome d'abstinència alcohòlica, de forma típica es desenvolupa en pacients que ingereixen alcohol diàriament al menys en els **últims tres mesos** o han ingerit **grans dosis en les últimes setmanes**. **La gravetat és dosi dependents**

El podríem dividir en quatre etapes:

- **Síndrome precoç** : ansietat
- Síndrome **de gravetat intermitja** a les 24 -36 hores. Es caracteritza per efectes adrenèrgics: taquicàrdia, hiperventilació, hipertensió, diaforesi, febrícula, al·lucinacions, ansietat, tremolors...
- Fase **de convulsions** apareix a les 12-72hores.
- Fase de **delirium tremens**, apareix entre les 48-72 hores. Només un 5% pateix aquest estadi

Actualment es redueix aquesta classificació en síndrome d'abstinència precoç(menys greu) i una de tardana (més greu):

- En bevedors moderats apareix la clínica a les 12- 24 hores: tremolor debilitat, calfreds, cefalees, deshidratació, nàusees...
- En grans bevedors: apareix el delírium tremens als 2- 10 dies. L' Inici inclou tot l'anterior juntament a confusió, malsons, suor, febre, convulsions al·lucinacions...

En situacions de dèficits vitamínics es poden donar el SDR.

KORSAKOFF(pèrdua de memòria recent) i l'encefalopatia de Wernicke (moviments oculars i canvis de caràcter)

ACTUACIÓ

- DERIVACIÓ HOSPITAL EN:
 - Delírium tremens(convulsions).
 - Alteracions orgàniques greus.
 - Antecedents d'altres síndromes d'abstinència greus.
 - Si risc suïcidi.
 - Si estem segurs que no es realitzarà un tractament ambulatori correcte.

ACTUACIÓ

Tractament amb estreta **monitorització** del pacient:

- Seroteràpia amb sèrum glucosat
- Vitamines B12
- Contenció mecànica, si agitació
- Benzodiazepines per ansietat(diazepam)
- si convulsions tractar-les farmacològicament

Bibliografia

- <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/mono.pdf>