

Curso sepsis grave: evaluación 27

REMI está dirigida exclusivamente a profesionales de la salud

[Primera página](#)
[Organigrama](#)
[Política de privacidad](#)
[Derechos de copia](#)

Secciones:

[Enlaces](#)
[Archivo](#)
[Club de lectura](#)
[Pautas de actuación](#)
[Debates](#)
[Casos clínicos](#)
[Arte y Medicina](#)

Revista:

[REMI 2001, Vol 1](#)
[REMI 2002, Vol 2](#)
[REMI 2003; Vol 3](#)
[REMI 2004; Vol 4](#)
[REMI 2005; Vol 5](#)
[Índice temático](#)
[Buscar](#)

Auspiciada por la



REMI suscribe los principios del código HON.
[Compruébelo aquí.](#)

Revista Electrónica de Medicina Intensiva

[[Arriba](#)]

Artículo nº C27. Vol 5 nº 6, junio 2005.

Autor: Eduardo Palencia Herrejón



Encefalopatía en la sepsis. Delirio del enfermo crítico

EVALUACIÓN CAPÍTULO 27

[[Capítulo 27](#)] [[Curso en Internet de sepsis grave](#)] [[Enviar evaluación](#)]

1.- En la encefalopatía asociada a la sepsis:

- Son frecuentes la aparición de asterixis y mioclonias
- La aparición de signos focales, aunque sea transitoria, excluye el diagnóstico
- Rara vez se asocia con la enfermedad neuromuscular del enfermo crítico
- Los potenciales evocados sensitivos pueden encontrar respuestas asimétricas

2.- ¿Cuál de las siguientes alteraciones analíticas se encuentra en la encefalopatía asociada a la sepsis?:

- Elevación de la concentración plasmática de aminoácidos ramificados
- Disminución de la concentración plasmática de aminoácidos aromáticos
- Proteinorrea discreta
- Ninguna de las anteriores

3.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la fisiopatología de la encefalopatía séptica es cierta?:

- El cerebro es un órgano inmunológicamente inactivo
- El flujo sanguíneo cerebral se encuentra preservado, gracias a la auto-regulación
- Es frecuente la invasión bacteriana del sistema nervioso central
- En las fases iniciales se encuentra elevación plasmática de TNF e IL-6

4.- El delirio del enfermo crítico:

- Se asocia siempre a agitación
- Solo puede ser diagnosticado por el psiquiatra
- Es poco frecuente en los enfermos que reciben ventilación mecánica y sedación
- Existen medidas preventivas que han demostrado eficacia en pacientes ancianos hospitalizados

5.- La escala de Richmond:

- Sirve para evaluar la gravedad del delirio
- Es una escala validada de sedación-agitación
- Está incluida en el método para la valoración del estado confusional en UCI
- Todas las anteriores son ciertas

6.- Son factores predisponentes de delirio:

- a. La edad avanzada
- b. El uso de sedantes y opiáceos
- c. La sepsis
- d. Todos los anteriores

7.- Para poder diagnosticar a un paciente de delirio utilizando el CAM-ICU, debe tener siempre:

- a. Un comienzo agudo o un curso fluctuante de los síntomas
- b. Alteraciones cognitivas
- c. Alteración de la conciencia
- d. Todas las anteriores

8.- ¿Cuál de las siguientes medidas NO se recomienda para la prevención del delirio?:

- a. Permitir un horario flexible de visitas
- b. Facilitar el sueño nocturno mediante el uso sistemático de benzodiacepinas
- c. Analgesia combinada, para evitar dosis excesivas de opiáceos
- d. Traqueostomía precoz

9.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos se considera más recomendable en el tratamiento inicial del delirio del enfermo crítico?:

- a. Midazolam
- b. Morfina
- c. Haloperidol
- d. Propofol

10.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos se considera más recomendable en el tratamiento inicial de la abstinencia alcohólica?:

- a. Benzodiacepinas
- b. Barbitúricos
- c. Neurolépticos
- d. Alfa-agonistas

Eduardo Palencia Herrejón
Hospital Gregorio Marañón, Madrid
©REMI, <http://remi.uninet.edu>. Junio 2005.

Palabras clave: Sepsis grave, Encefalopatía séptica, Delirio, Síndrome confusional agudo.

Busque en REMI con Google:

[Envía tu comentario para su publicación](#)