

27 Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina
de Urgencias y Emergencias

ZARAGOZA SEMES

**El Congreso de la Especialidad
de Urgencias**

10 al 12 junio 2015

URGENCIAS,
UN PILAR DE LA
ASISTENCIA SANITARIA

TECNOLOGÍA,
COMUNICACIÓN E
INNOVACIÓN



Sociedad Española de
Medicina de Urgencias
y Emergencias

 **Zaragoza
TURISMO**

Índice temático

- **DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS**
- **ENFERMERÍA DE URGENCIAS**
- **EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN**
- **GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA**
- **MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS**
- **TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS**
- **URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV**
- **URGENCIAS MÉDICAS I**
(arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)
- **URGENCIAS MÉDICAS II**
(enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)
- **URGENCIAS MÉDICAS III**
(diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)
- **URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS**
- **URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS**
- **VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA**
- **CASOS CLÍNICOS**



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio

Índice temático

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

O-1

CANALIZACIÓN DE VÍAS VENOSAS CENTRALES GUIADAS POR ECOGRAFÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO 2

O-2

CANALIZACIÓN DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES GUIADOS POR ECOGRAFÍA A TIEMPO REAL: ESTUDIO PROSPECTIVO..... 2

O-3

ESTUDIO COMPARATIVO DE PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE DISNEA EN URGENCIAS ENTRE ALUMNOS DE MEDICINA MEDIANTE ECOGRAFÍA Y ADJUNTOS MEDIANTE EXPLORACIÓN 3

O-4

APLICACIÓN DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR PARA LA EVALUACIÓN NO INVASIVA DE LA CONGESTIÓN PULMONAR EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA 3

O-5

APLICACIÓN DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR Y LA ECOCARDIOSCOPIA BÁSICA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE CON DISNEA AGUDA..... 4

P-6

DESPISTAJE DE UNA DEM POR FEEL 4

P-7

TC TORÁCICO EN URGENCIAS 5

P-8

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO EN COMPARACIÓN CON LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO ... 5

P-9

EPIDEMIOLOGÍA DEL USO DE LA ECOGRAFÍA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE MADRID 6

P-10

HERNIACIÓN PULMONAR 6

P-11

DISNEA SÚBITA DE ORIGEN MÚLTIPLE. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA..... 7

P-12

PILOTANDO EL ESCENARIO ECOGRÁFICO DE NUESTRAS URGENCIAS..... 8

P-13

ECOCARDIOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO URGENTE DE PACIENTES CON SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO E INSUFICIENCIA RENAL..... 8

P-14

DOLOR TORÁCICO DE ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE 9

A-15

LA ECOSCOPIA EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA ES YA EL PRESENTE DEL URGENCIÓLOGO, SU APRENDIZAJE Y UTILIZACIÓN SE BENEFICIA DE MÚLTIPLES UTILIDADES 9

A-16

CONSECUENCIAS DEL ECÓGRAFO EN MANOS DEL URGENCIÓLOGO..... 10

A-17

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA COMO PRUEBA DIAGNÓSTICA PROPIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. DE LA FICCIÓN A LA REALIDAD..... 10

ÍNDICE TEMÁTICO

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-18

DE TRIAJE A TRIAMAR..... 12

O-19

IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO PROPIO TCE 113: HACIA UNA ATENCIÓN ESPECIALIZADA..... 12

O-20

LA PRESIÓN DE PULSO EN EL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO: SIGNO GUÍA PRECOZ
EN EL RECONOCIMIENTO DEL **SHOCK**..... 13

O-21

ANÁLISIS DE LA RECUPERACIÓN **AD-INTEGRUM** DE
LA PCR CON RESPECTO A LOS CAMBIOS EN LAS
RECOMENDACIONES, LOS TIEMPOS DE RESPUESTA Y LAS
MANIOBRAS REALIZADAS POR DEMANDANTE..... 13

O-22

FIABILIDAD DEL SISTEMA DE ASISTENCIA AL TRIAJE 3M TAS Y
EL SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE (SET)..... 14

O-23

TÉCNICAS SANITARIAS FRENTE A ENFERMEDAD POR VIRUS
ÉBOLA: ¿UNA REALIDAD?..... 14

O-24

¿HACIA UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS?..... 15

P-25

STOP A LA CONTAMINACIÓN. OPTIMACIÓN DE LOS
HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS MEDIANTE INTERVENCIÓN
MULTIDISCIPLINAR..... 15

P-26

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA CORRECTA INDICACIÓN
DE LA CANULACIÓN DE VÍAS PERIFÉRICAS EN UN SERVICIO
DE URGENCIAS..... 16

P-27

LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DESDE
LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS..... 16

P-28

INFORMATIZACIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE
ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS..... 17

P-29

ADECUACIÓN DE LAS VÍAS PERIFÉRICAS
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS..... 17

P-30

ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA
EN EL TRIAJE DE URGENCIAS HOSPITALARIAS..... 18

P-31

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA
EN EL TRASTORNO PSIQUÁTRICO INFANTIL..... 18

P-32

CONTAMINACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS:
EVOLUCIÓN DE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS EN UN HOSPITAL
UNIVERSITARIO..... 19

P-33

ASISTENCIA POR CONSUMO DE OPIÁCEOS POR UNIDADES
DE SOPORTE VITAL BÁSICO..... 20

P-34

AGRESIÓN EN EL CONTEXTO DEL POLICONTUSIONADO/
POLITRAUMATIZADO..... 20

P-35

FIBRINÓLISIS EN EL ICTUS ISQUÉMICO EN URGENCIAS.... 21

P-36

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS
ICC DE CUIDADOS AL ALTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITAL COSTA DEL SOL DE MARBELLA..... 21

ÍNDICE TEMÁTICO

P-37

DETECCIÓN DE RIESGOS DE CAÍDAS, ÚLCERAS, DEPENDENCIA Y FRAGILIDAD DEL PACIENTE ANCIANO QUE INGRESA EN UCEU POR PARTE DE ENFERMERÍA **22**

P-38

¿QUÉ SABEN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA? EDUCACIÓN SANITARIA. **22**

P-39

ESTUDIO COMPARATIVO 2013-2014: ÚLCERAS POR PRESIÓN PRODUCIDAS POR LAS MASCARILLAS FACIALES EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA, TRAS APLICAR APÓSITO PROTECTOR. **23**

P-40

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE FRÁGIL EN OBSERVACIÓN DE URGENCIAS. **23**

P-41

LA VALORACIÓN ENFERMERA: HERRAMIENTA PARA LA INDICACIÓN FARMACOLÓGICA Y DERIVACIÓN **24**

P-42

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. **24**

P-43

IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERÍA EN LA GERENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA **25**

P-44

SALA DE ACOMPAÑAMIENTO DEL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE OSUNA **25**

P-45

EL ENFERMERO DE TRIAJE EN URGENCIAS **26**

P-46

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAVENOSA EN URGENCIAS ANTE EL PACIENTE CRÍTICO **26**

P-47

LA ADMINISTRACIÓN SIMULTÁNEA DE FÁRMACOS APORTA VENTAJAS EN LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA. **27**

P-48

PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA URGENTE EN EL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL Y ALREDEDORES **27**

P-49

VISIÓN ENFERMERA DE UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL TRAS UN AÑO DE ACTIVIDAD . . **28**

P-50

IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERÍA EN LA GERENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN. TRAUMATISMO CRANEO ENCEFÁLICO **28**

P-51

FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA SALA DE HEMODINÁMICA ANTE UN PACIENTE CRÍTICO. **29**

P-52

ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE BIPAP EN URGENCIAS. **29**

P-53

EL PROCESO DE CUIDAR A LA FAMILIA EN URGENCIAS. UNA APROXIMACIÓN DESDE LA TEORÍA FUNDAMENTADA **30**

P-54

¿SOLO O ACOMPAÑADO?: EL PACIENTE ANCIANO QUE INGRESA EN UCEU. **30**

ÍNDICE TEMÁTICO

P-55

USO DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA REANIMACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. 31

P-56

APORTACIONES DE LA ACREDITACIÓN DE NUESTRA UNIDAD. BENEFICIO MUTUO PARA PROFESIONALES Y CIUDADANÍA 31

P-57

IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. 32

P-58

USO DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO Nº 18 FRENTE AL Nº 20 EN URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA. 32

P-59

ANÁLISIS DEL SISTEMA DE TRIAGE MANCHESTER EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. 33

P-60

ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA CPAP EN URGENCIAS. 33

P-61

CONTAMINACIÓN DE HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. 34

P-62

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS DEMANDAS ASISTENCIALES ATENDIDAS POR EL EQUIPO MÓVIL DE CUIDADOS AVANZADOS. 34

P-63

PERFIL DE LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS EN EL BOX DE REANIMACIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL DURANTE EL AÑO 2014. 35

P-64

PROCEDIMIENTO PARA LA CANALIZACIÓN DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS DIFÍCILES. 35

P-65

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DEL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN SEGÚN EL PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN ENFERMERA. 36

P-66

VALORACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO TRIAJE SANITARIO ESTRUCTURADO CORPORATIVO. 36

A-67

OBSERVACIÓN POR ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE. 37

A-68

TIPOS DE CONTENCIÓN MECÁNICA ACTUAL DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN URGENCIAS. 37

A-69

SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE. CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL MATERIAL PARA UNA CORRECTA TOMA DE TEMPERATURA ANTE PROCESOS ASISTENCIALES CLAVES. 38

A-70

GUÍA CLÍNICA EN PACIENTE ONCOHEMÁTICO PORTADOR DE PICC EN URGENCIAS. 38

ÍNDICE TEMÁTICO

EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-71

DESARROLLO DE TUBOS ENDOTRAQUEALES MEDIANTE NANOTECNOLOGÍA DE MEMBRANAS CON COBRE PARA EVITAR LOS BIOFILMS Y LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA INTUBACIÓN 40

O-72

EVALUACIÓN DEL MANEJO DE TÉCNICAS EN DIEZ SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITALES TERCARIOS. 40

O-73

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE ALUMNOS DE SECUNDARIA CON EL PROGRAMA "RCP EN CLASE" 41

O-74

APRENDIZAJE ONLINE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESCALA RACE EN EL PROTOCOLO DEL CÓDIGO ICTUS ... 41

P-75

SIMULACIÓN EN REANIMACIÓN EN EL LUGAR HABITUAL DE TRABAJO. 42

P-76

Y A TI, RESIDENTE, ¿TE GUSTAN LAS URGENCIAS? 42

P-77

EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN A PERSONAL SANITARIO (MÉDICOS Y ENFERMERAS) EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. 43

P-78

LA SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN URGENCIAS TOXICOLÓGICAS PARA ALUMNOS DE CUARTO CURSO DEL GRADO DE MEDICINA 43

P-79

DISEÑO DE UN CURSO DE FORMACIÓN EN MANEJO DE ENFERMOS CON VIRUS ÉBOLA (EVE) 44

P-80

CONOCEMOS LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN CON EVENTOS CEREBROVASCULARES YEXITE UNIFORMIDAD EN LA ACTUACIÓN. 44

P-81

PERFIL DEL PACIENTE FIDELIZADO O HIPERFRECUEENTADOR AL SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA COMUNIDAD DE MADRID 45

P-82

LA SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN URGENCIAS CARDIOVASCULARES PARA ALUMNOS DE CUARTO CURSO DEL GRADO DE MEDICINA 45

P-83

ANÁLISIS DE NECESIDADES FORMATIVAS EN UN GRUPO MIR. 46

P-84

FORMACIÓN SEMIPRESENCIAL EN EMERGENCIAS: ¿ES SÓLO UNA MODA? 46

P-85

MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES PROCEDENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS. 47

P-86

CONTENCIÓN MECÁNICA TORÁCICA: UN SISTEMA DE RETENCIÓN INFRAUTILIZADO QUE DINAMIZA UN PROYECTO DE INNOVACIÓN 47

P-87

PERIODICIDAD EN RECICLAJE DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESA: BÚSQUEDA DE UN CONSENSO 48

P-88

METODOLOGÍA USADA PARA SELECCIONAR NUEVOS DISPOSITIVOS DE TELEMEDICINA EN LAS AMBULANCIAS . 48



ÍNDICE TEMÁTICO

P-89

EL USO DEL PROGRAMA DE SIMULACIÓN Q-CPR
COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA RCP
BÁSICA DE LOS PRIMEROS INTERVINIENTES **49**

P-90

SIMULACIÓN CLÍNICA EN TRIAGE EXTRAHOSPITALARIO:
MODELO FORMATIVO CLASICO **VERSUS** MODELO
FORMATIVO MIXTO **49**

P-91

PERCEPCIÓN PROFESIONAL SOBRE LA GESTIÓN ANTE LA
CRISIS DEL EVE **50**

P-92

SIMULACIÓN CLÍNICA COMO HERRAMIENTA PARA ENSAYO
CLÍNICO ALEATORIZADO EN EMERGENCIAS. **50**

P-93

DISEÑO DE PROTOTIPOS PARA LA ADQUISICIÓN
DE COMPETENCIAS EN PROCESOS ATENDIDOS EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS. RECONOCIMIENTO DE
GRUPO INVESTIGADOR MULTIPROFESIONAL EN EL ÁREA DE
SIMULACIÓN CLÍNICA. **51**

P-94

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE GESTIÓN DE
PACIENTES CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR VIRUS
ÉBOLA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. . . **52**

P-95

EVALUACIÓN DE LA VALORACIÓN INICIAL PRIMARIA
REALIZADA POR ENFERMEROS. **52**

P-96

PRIMEROS AUXILIOS: MÉTODO EXPOSITIVO **VS.** MÉTODO
DEMOSTRATIVO EN ENSEÑANZA A ADOLESCENTES **53**

P-97

INFORMACIÓN Y APRENDIZAJE NECESARIO EN EL MANEJO
DE ENFERMEDAD POR VIRUS DE ÉBOLA DESDE SAMUR -
PROTECCIÓN CIVIL CIUDAD DE MADRID **53**

P-98

EVALUACIÓN DEL JUICIO CRÍTICO A TRAVÉS DE LA PRÁCTICA
REFLEXIVA EN LOS ALUMNOS DEL MÁSTER DE ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA Y HOSPITALARIA DE LA UNIVERSITAT DE
BARCELONA IL3 **54**

P-99

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS PACIENTES
HIPERFRECÜENTADORES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE
HOSPITALES DIFERENTE NIVEL ASISTENCIAL. **54**

A-100

ALIANZA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y SANIDAD:
ENTRENAMIENTO EN SOPORTE VITAL BÁSICO
EN TERCER CURSO DE ENSEÑANZA OBLIGATORIA
DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA. **55**

A-101

HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA:
UN EJEMPLO PRÁCTICO PARA URGENCIAS **56**

A-102

¿SE PUEDEN MEJORAR LA CALIDAD DE NUESTRAS SESIONES
CLÍNICAS? **56**





ÍNDICE TEMÁTICO

**GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS,
SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA****O-103**ACTIVIDAD DEL FARMACÉUTICO EN URGENCIAS:
ALGO MÁS QUE CONCILIACIÓN **58****O-104**ESTUDIO DE LA TASA DE RETORNO A URGENCIAS.
VARIABLES CLÍNICAS Y NO CLÍNICAS. **58****O-105**ANÁLISIS DE LOS PACIENTES HIPERFRECUENTADORES
QUE CONSUMEN TÓXICOS DENTRO
DEL ESTUDIO FIDUR-CAM **59****O-106**UNIDAD DE OBSERVACIÓN SIN INGRESO:
BALANCE DE CINCO AÑOS DE FUNCIONAMIENTO. **59****O-107**MEJORA DE LA NEFROPROTECCIÓN FRENTE
A CONTRASTES YODADOS EN URGENCIAS. **60****O-108**ANÁLISIS DE LA UNIDAD DE SUBAGUDOS
DEL PARC DE SALUT MAR GESTIONADA
POR EL SERVICIO DE URGENCIAS. **60****O-109**EL CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES
DE UN PROTOCOLO CLÍNICO UTILIZADO EN PACIENTES
CON SEPSIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
Y SU REPERCUSIÓN EN LA MORTALIDAD **61****O-110**ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA DE PACIENTES QUE
INGRESAN PROCEDENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS
INTERMEDIOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS **61****O-111**ESTUDIO FIDUR-CAM: PANORAMA
DE LA HIPERFRECUENTACIÓN EN LOS SERVICIOS
DE URGENCIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID **62****O-112**ADECUACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN EN UN SERVICIO
DE URGENCIAS. **62****O-113**TRAS UN AÑO DE LA APERTURA DE UN SERVICIO DE
URGENCIAS ¿YA CONTAMOS CON PACIENTES FIDELIZADOS?
(HIPERFRECUENTADORES) **63****O-114**RENTABILIDAD DE LOS HEMOCULTIVOS
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE
LOS MESES DE INVIERNO Y VERANO. **63****O-115**¿ES NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS UN LUGAR SEGURO
PARA EL PACIENTE? **64****O-116**RED DE REDES EN LAS PATOLOGÍAS TIEMPO
DEPENDIENTE **64****O-117**CONTINUIDAD ASISTENCIAL.
ASIGNATURA PENDIENTE. **65****O-118**REPERCUSIÓN DE UNA GUÍA PARA LA ADECUACIÓN
DE CANALIZACIÓN DE CATÉTERES PERIFÉRICOS
EN URGENCIAS. **65****O-119**RENDIMIENTO DE HEMOCULTIVOS Y OTRAS MUESTRAS
MICROBIOLÓGICAS EN PACIENTES CON SEPSIS GRAVE
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
ROYO VILLANOVA. ESTUDIO PRELIMINAR. **66**

ÍNDICE TEMÁTICO

O-120¿EXISTE VARIABILIDAD INTERINDIVIDUAL EN LA ASIGNACIÓN DE NIVEL DE TRIAJE? **66****O-121**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO. . . . **67****O-122**UNIDAD DE ALTA PRECOZ DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL **67****O-123**ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS REALIZADOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL. . . **68****O-124**ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL REINGRESO HOSPITALARIO TRAS SER DADOS DE ALTA DESDE UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA **68****O-125**ANÁLISIS DE VARIABLES EN PACIENTE HIPERFRECUEADOR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS **69****O-126**LA EMPATÍA DE LOS MÉDICOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS **69****O-127**ESTUDIO FIDUR-CAM. ANÁLISIS DE LA HIPERFRECUEACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN FUNCIÓN DE LA COMORBILIDAD DEL PACIENTE Y NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL CENTRO **70****O-128**¿PODEMOS PREVENIR LOS REINGRESOS? REINGRESO TRAS ALTA DE LA UEC. ESTUDIO COMPARATIVO CASOS CONTROL. ANÁLISIS BIVARIADO **70****O-129**EL TRIAJE COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE ALTA TECNOLOGÍA **71****O-130**ADECUACIÓN INGRESOS HOSPITALARIOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID **71****O-131**IMPLEMENTACIÓN DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE GERIATRÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO PARA LA VALORACIÓN Y GESTIÓN DE LOS PACIENTES ANCIANOS CRÓNICOS COMPLEJOS . . **72****O-132**ESTUDIO FIDUR-CAM: ANÁLISIS DE LA HIPERFRECUEACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL HOSPITAL. **73****P-133**ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES DE SEGURIDAD EN URGENCIAS. **73****P-134**DESARROLLO DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE URGENCIA **74****P-135**INFLUENCIA DEL AUMENTO DE LA EDAD MEDIA DE LA POBLACIÓN EN EL NIVEL DE GRAVEDAD EN TRIAJE **74****P-136**ANÁLISIS DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN ANCIANO POLIMEDICADO EN URGENCIAS SEGUN CRITERIOS STOPP/START Y BEERS **75****P-137**ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS. AÑO 2013. **75**

ÍNDICE TEMÁTICO

P-138

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: FACTORES INFLUYENTES Y PROPUESTAS DE MEJORA. 76

P-139

PREVALENCIA EN URGENCIAS DE INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN MAYORES DE 65 AÑOS 76

P-140

ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES PRODUCIDAS EN EL AÑO 2014 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS 77

P-141

LA LUMBALGIA NO TRAUMÁTICA EN URGENCIAS BAJO LA PERSPECTIVA DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: ¿ES NECESARIA UNA ESTRATEGIA DE DECONSTRUCCIÓN? 77

P-142

FACTORES PREDICTIVOS INDEPENDIENTES ASOCIADOS A UN REINGRESO HOSPITALARIO, TRAS SER DADO DE ALTA DE LA UEC. ESTUDIO CASOS-CONTROL. ANÁLISIS MULTIVARIADO 78

P-143

PROBLEMÁTICA SOCIAL EN LOS PACIENTES HIPERFRECÜENTADORES. DATOS DEL ESTUDIO FIDUR-CAM 78

P-144

VALORES DEONTOLÓGICOS EN PROFESIONALES DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. 79

P-145

ESTUDIO SOBRE RETORNOS A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (SUH) EN MENOS DE 72 HORAS. 80

P-146

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN 2014 DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA. 80

P-147

INTEGRACIÓN DE PROCESOS SANITARIOS Y SOCIALES APOYADO EN LA TICS PARA UN CUIDADO DE CALIDAD 81

P-148

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. RESULTADOS 2014 81

P-149

PARAMETRIZACIÓN DEL DOLOR TORÁCICO COMO MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS CON EL SISTEMA DE TRIAGE DE MANCHESTER: ANÁLISIS COMPARATIVO DE SU PRIORIZACIÓN CON OTROS HOSPITALES DE NUESTRO ENTORNO 82

P-150

INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN URGENCIAS: JURISPRUDENCIA ACTUAL 83

P-151

MALOS TRATOS REGISTRADOS EN 2014 EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO 83

P-152

INDICADORES DE CALIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN AL CÓLICO NEFRÍTICO. ¿CUÁL ES NUESTRA SITUACIÓN? 84

P-153

EL SISTEMA DE TRIAGE MANCHESTER (STM) ES ÚTIL PARA PREDECIR LAS PRUEBAS RADIOLÓGICAS EN URGENCIAS. 84

P-154

LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN URGENCIAS. CÓMO LA PERCIBEN NUESTROS PACIENTES Y FAMILIARES. 85

P-155

PROGRAMA DE DETECCIÓN DE POSIBLES DONANTES DE ÓRGANOS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. 85

ÍNDICE TEMÁTICO

P-156

¿ES LA GRIPE EL TSUNAMI DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS? 86

P-157

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD EN UNA MUESTRA DE PACIENTES HIPERFRECUENTADORES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 86

P-158

¿SECRETO PROFESIONAL? 87

P-159

CONCILIACIÓN, CÓMO EVITAR ERRORES EN PACIENTES POLIMEDICADOS 87

P-160

IDENTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS SEGÚN UN MAPA DE RIESGOS RECOMENDADO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS 88

P-161

HIPERFRECUENTACIÓN: UN RETO EN LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS..... 89

P-162

MODELOS DE FINANCIACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS: COMPARACIÓN ENTRE UN HOSPITAL DE ALTA TECNOLOGÍA (GRUPO IV) Y UN HOSPITAL GENERAL BÁSICO (GRUPO II) 89

P-163

PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD ENTRE EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO Y SOPORTE VITAL AVANZADO CON ENFERMERÍA DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS DE CATALUÑA 90

P-164

PARAMETRIZACIÓN DE LA DISNEA COMO MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS CON EL SISTEMA DE TRIAGE DE MANCHESTER: ANÁLISIS COMPARATIVO DE SU PRIORIZACIÓN CON OTROS HOSPITALES DE NUESTRO ENTORNO 90

P-165

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA SEDACIÓN PALIATIVA EN UNA UCE 91

P-166

DESCRIPCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS (UCEU) DERIVADOS A CENTRO SOCIOSANITARIO (CSS): CLÍNICA GUADALUPE 92

P-167

PERFIL DEL USUARIO DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS 92

P-168

ANÁLISIS DE ERRORES RELACIONADOS CON LA IDENTIFICACIÓN 93

P-169

PROCESO DE ATENCIÓN AL CÓLICO NEFRÍTICO EN URGENCIAS. ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN LA SOLICITUD DE UNA ECOGRAFÍA ABDOMINAL O UNA INTERCONSULTA A UROLOGÍA? 93

P-170

MEJORA DE TIEMPOS ASISTENCIALES Y PRODUCTIVIDAD EN URGENCIAS CON UN PROGRAMA DE GESTIÓN VISUAL 94

P-171

BASES SOCIOECONÓMICAS DE LA EFICIENCIA TÉCNICA Y ASIGNATIVA DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA 94

P-173

¿ES PREFERIBLE TRABAJAR POR EQUIPOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS? 95

P-174

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON CÓDIGO ICTUS ATENDIDOS EN EL 2014 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS 95

ÍNDICE TEMÁTICO

P-175

PLAN DE COMUNICACIÓN DEL PROTOCOLO DE CUIDADOS
PALIATIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 96

P-176

CUMPLIMENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 96

P-177

UN USUARIO COMPLICADO. 97

P-178

¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS PARA ACUDIR A UN SERVICIO
DE URGENCIAS? 97

P-179

ESTUDIO SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. 98

P-180

CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI). GUÍA DE ACTUACIÓN
EN LA UGC DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS.
ANÁLISIS DE AUTOAUDITORÍA 2013. 98

P-181

MANEJO DE LA AGITACIÓN EN LOS SERVICIOS DE
EMERGENCIAS MÉDICAS (SOSEGA): RESULTADOS
CUALITATIVOS. 99

P-182

IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO MODELO DE
ACCESIBILIDAD DESDE LA ATENCIÓN URGENTE
A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA 99

P-183

ACTUACIÓN SANITARIA EN URGENCIAS ANTE UN BROTE
DE ÉBOLA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 100

P-184

UN RESPETO, POR FAVOR 100

P-185

REAGUDIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
EN UN CONTEXTO FARMACOLÓGICO: ACTUACIÓN
DEL FARMACÉUTICO DE URGENCIAS 101

P-186

MEJORAR DÍA A DÍA. 101

P-187

ANÁLISIS DE LOS RETORNOS A URGENCIAS EN EL HOSPITAL
DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO
DE SEVILLA 102

P-188

DOCUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS PARA EL TRASLADO
INTERHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO 102

P-189

¿QUÉ SERVICIOS DE URGENCIAS EMPLEAN
LOS PACIENTES EN ESPAÑA? 103

P-190

ALERTA, PRIORIDAD 1: INDICADOR DE RESOLUCIÓN 103

P-191

HIPERFRECUENTACIÓN EN URGENCIAS
DE ATENCIÓN PRIMARIA 104

P-192

MANEJO DE LA AGITACIÓN EN LOS SERVICIOS DE
EMERGENCIAS MÉDICAS (SOSEGA): RESULTADOS
CUANTITATIVOS. 104

P-193

CONSULTA PEDIÁTRICA DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO
COORDINADOR DE URGENCIAS DE LA GERENCIA DE
EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN 105

P-194

MEDICACIONES PREVENTIVAS EN PACIENTES CON
DETERIORO COGNITIVO QUE FALLECEN EN UNA UCE ... 105

ÍNDICE TEMÁTICO

P-195

VALORACIÓN DE LA COMORBILIDAD ASOCIADA A LA FRACTURA TRAUMÁTICA DE CADERA EN URGENCIAS COMO FACTOR PRONÓSTICO DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA106

P-196

USUARIOS MAS FRECUENTADORES DE UN PUNTO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO106

P-197

LA PERSONALIZACIÓN DEL CUIDADO: ESTRATEGIA PARA HUMANIZAR LOS SERVICIOS DE URGENCIAS107

P-198

ANÁLISIS DE CALIDAD DE LOS ACV ATENDIDOS EN EL 2014 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS ..107

P-199

¿HA IMPACTADO LA CRISIS ECONÓMICA EN LA DEMANDA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS?108

P-200

OBSERVACIÓN DE URGENCIAS: ¿SON SUFICIENTES 24 HORAS PARA DECIDIR DE FORMA ADECUADA?108

P-201

VALORACIÓN DE UNA ALARMA INFORMÁTICA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS A TRABAJO SOCIAL EN LAS ASISTENCIAS EN URGENCIAS POR MALOS TRATOS109

P-202

SEGURIDAD DEL PACIENTE. ERRORES DE MEDICACIÓN AL ALTA DE PACIENTES ANCIANOS QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS.109

P-203

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE MAYOR EN LA ASISTENCIA SANITARIA DESARROLLADA EN UNA GRAN CIUDAD POR UN SISTEMA DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO ...110

P-204

SEGURIDAD DEL PACIENTE: ESTANDARIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LAS PERFUSIONES DE RIESGO EN URGENCIAS.110

P-205

PERMANENCIA EN URGENCIAS MÁS DE 24 HORAS. PERFIL DEL PACIENTE111

P-206

PROYECTO CHECKLIST ZONA DE CRÍTICOS DE URGENCIAS.111

P-207

ESTANCIAS SUPERIORES A 24 HORAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.112

A-208

ENTREGA DE MEDICACIÓN AL ALTA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.112

A-209

DISEÑO DE UN PLAN DE FORMACIÓN ANTE SITUACIONES DE RIESGOS NBQ. LA OPORTUNIDAD DE APRENDER ANTE SITUACIONES DE CRISIS POR ALERTAS SANITARIAS INTERNACIONALES.113

A-210

TRANSPORTE PEDIÁTRICO POR UNIDADES NO PEDIÁTRICAS: UNA REALIDAD.113

A-211

ATENCIÓN DE URGENCIAS DOMICILIARIAS REALIZADA POR UNA UNIDAD DE SOPORTE VITAL AVANZADO.114

A-212

FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEPENDIENTE DE URGENCIAS (UCEU). UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA.114

ÍNDICE TEMÁTICO

A-213

TRASLADOS INTERHOSPITALARIOS.
MEJORA DE LA CALIDAD CON LA IMPLANTACIÓN
DE PROTOCOLO DE TRANSPORTE. **115**

A-214

ADAPTACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS A PACIENTES
CON TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA. **115**

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-216

VALORACIÓN FUNCIONAL SUBJETIVA
EN URGENCIAS. **118**

O-217

¿POR QUÉ VAN LOS CHINOS A URGENCIAS? **118**

O-218

FRECUENTACIÓN DE LAS PERSONAS MUY ANCIANAS (85 O
MÁS AÑOS) A UN SERVICIO DE URGENCIAS: EL ANCIANO
FRÁGIL **119**

O-219

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA
EN EL MOMENTO DE LA ADMISIÓN AL SERVICIO DE
URGENCIAS. **119**

O-220

HALLAZGO RADIOLOGICO FRECUENTE EN LA INFANCIA:
PSEUDOSUBLUXACIÓN C2-C3. **120**

O-221

DETECCIÓN DE DONANTES EN URGENCIAS. **120**

A-215

AUDITORÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS, AÑO 2014 **116**

O-222

AQUÍ TIENES ESTE PACIENTE **121**

O-223

MODELO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD
AVANZADA (MACA) ¿ÚTIL A LOS PROFESIONALES
DE URGENCIAS EN LA TOMA DE DECISIONES? **121**

O-224

ANÁLISIS DEL PACIENTE HIPERFRECUENTADOR EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE GETAFE **122**

O-225

CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO DE
MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL MOMENTO
DE INGRESO HOSPITALARIO **122**

O-226

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES
HIPERFRECUENTADORES SEGÚN SU UBICACIÓN
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. **123**

O-227

PROYECTO PARA ESTABLECER LA CORRELACIÓN ENTRE LOS
VALORES DE LACTATO EN GASOMETRÍA ARTERIAL Y VENOSA
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA **123**

ÍNDICE TEMÁTICO

P-228

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE ÉXITOS EN URGENCIAS . . . 124

P-229

ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL PARA DETERMINAR LA PREVALENCIA DEL DOLOR EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. 124

P-230

ANÁLISIS DE PACIENTES NONAGENARIOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA 125

P-231

MORTALIDAD EN URGENCIAS: PERFIL CLÍNICO 125

P-232

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES DE 85 AÑOS ATENDIDOS DURANTE UN AÑO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL. 126

P-233

DESCRIPCIÓN DE LAS REVISITAS DE LOS PACIENTES HIPERFRECUEENTADORES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DEL SUR DE MADRID 126

P-234

TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS EN ANCIANOS EN URGENCIAS DEL HOSPITAL EL ESCORIAL 127

P-235

¿ACUDEN LOS PACIENTES PALIATIVOS A URGENCIAS? 127

P-236

EFFECTO DE LA EDAD EN LA EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS A LO LARGO DEL TIEMPO EN UN HOSPITAL COMARCAL. 128

P-237

VARIACIÓN DE LA MORTALIDAD DE LAS PATOLOGÍAS INGRESADAS EN UCI DESDE UNA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIA: UNA PERSPECTIVA EN EL TIEMPO 128

P-238

¿POR QUÉ TE VAS?: ANÁLISIS DE LAS ALTAS VOLUNTARIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 129

P-239

SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE PALIATIVO EN UN HOSPITAL DE AGUDOS 129

P-240

LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y CALIDAD DE VIDA DEL NIÑO: ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS PEDIÁTRICOS. 130

P-241

¿LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN URGENCIAS? 130

P-242

DISFONÍA, DOLOR Y ENFISEMA SUBCUTÁNEO CERVICAL: ALARMA DESPUÉS DE COLONOSCOPIA. ACTITUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 131

P-243

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR UN MÉDICO DEL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN DE ARDOZ EN EL PERIODO DE UN AÑO. 131

P-244

DOCTORA TENGO UN PINCHAZO EN LA BARRIGA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE MASA TUMORAL ABDOMINAL EN PACIENTE DE EDAD PEDIÁTRICA 132

P-245

LINFANGITIS PULMONAR CARCINOMATOSA COMO CAUSA DE TOS CRÓNICA 132

ÍNDICE TEMÁTICO

P-246

PROCESO INOCUO Y COMPLICACIÓN GRAVE:
RARO DÚO133

P-247

CUIDADOS PALIATIVOS EN URGENCIAS:
UTOPIA O REALIDAD134

P-248

PRUEBA PILOTO DE COORDINACIÓN DE URGENCIAS DEL
HOSPITAL DE EL ESCORIAL CON LAS RESIDENCIAS DE ZONA
PARA EL TRATAMIENTO DE ANTIBIÓTICO IV134

P-249

PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS
EN URGENCIAS135

P-250

PERNIOSIS EN EDAD PEDIÁTRICA Y MEDICACIÓN135

P-251

TRASLADOS INFANTILES SECUNDARIOS
DE LA PROVINCIA DE HUELVA EN EL BIENIO 2011-2013:
UN ESTUDIO DESCRIPTIVO136

P-252

HERIDAS COMPLEJAS EN HOSPITALIZACIÓN
A DOMICILIO136

P-253

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN SANITARIA RECIBIDA SOBRE
EL MANEJO DEL RECIÉN NACIDO Y MOTIVOS DE ASISTENCIA
A URGENCIAS137

P-254

MONITORIZACIÓN DOMICILIARIA EN EL SÍNDROME DE LA
MUERTE SÚBITA EN EL LACTANTE137

P-255

URGENCIAS GERIÁTRICAS EN EL HOSPITAL
DEL BAJO CINCA138

P-256

PERFIL DE LOS ENFERMOS QUE INGRESAN EN EL ÁREA DE
OBSERVACIÓN DE NUESTRO HOSPITAL138

P-257

DESHIDRATACIÓN TRAS ASCENSO VERTICAL CON
EQUIPACIÓN TÉCNICA Y EQUIPO DE RESPIRACIÓN
AUTÓNOMO EN CUERPO DE BOMBEROS139

A-258

ACTO ÚNICO DESDE URGENCIAS, ¿FACTIBLE?139

A-259

¿CAUSA O CASUALIDAD? TVP EN NIÑO CON AUSENCIA DE
VENA CAVA INFERIOR140

A-260

SUBACUTE-CARE MODEL: UNA ALTERNATIVA A LA
HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL140

A-261

ELECCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PRESCRIPCIÓN
FARMACOLÓGICA PARA SU INGRESO EN LA UNIDAD DE
HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO141

A-262

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS PORTADORES
DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN TRANSPORTE
TERRESTRE141

A-263

DOCTOR, ÉSTA NO ES MI CARA142

ÍNDICE TEMÁTICO

TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-264

LA EXPERIENCIA EN RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR REAL: FACTOR CLAVE EN LA CALIDAD DE COMPRESIONES TORÁCICAS EFECTIVAS.144

O-265

EL CORRECTO TALLAJE EN EL TRAJE DE PROTECCIÓN ANTE EL RIESGO NUCLEAR, RADIOLÓGICO, BIOLÓGICO Y QUÍMICO: PUNTO CLAVE EN LA SEGURIDAD DEL INTERVINIENTE.144

O-266

ACCESO EN AMBULANCIA A LA PUERTA DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES DE MALLORCA145

O-267

LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y EL TRASLADO EXTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS145

O-268

DETECCIÓN PRECOZ DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR SOPORTE VITAL BÁSICO: UN ASESINO SILENCIOSO146

O-269

BURNOUT Y SENTIDO DE COHERENCIA EN EL COLECTIVO DE TRANSPORTE SANITARIO DE LA PROVINCIA DE GIRONA146

P-270

REDES SOCIALES EN EMERGENCIAS GESTIONADAS POR TÉCNICOS.147

P-271

TÉCNICO, TUS MANOS SALVAN VIDAS147

P-272

PROFESIONALIZACIÓN DE PRIMEROS INTERVINIENTES Y DESFIBRILACIÓN TEMPRANA.148

P-273

PLANIFICACIÓN DE UN EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA PARA ALOJAMIENTO PROVISIONAL.148

P-274

ACTUACIÓN DEL T.E.S. EN LA RETIRADA DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ANTE PACIENTES CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR AGENTES BIOLÓGICOS COMO LA ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA (EVE)149

P-275

¿CUÁL SERÍA EL EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL ADECUADO PARA MANEJAR CON SEGURIDAD UN PACIENTE CON ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA?149

P-276

FORMACIÓN DE PRIMER RESPONDIENTE TÁCTICO A UNIDADES POLICIALES ESPECIALES.150

P-277

LA DIFOTERINA COMO TRATAMIENTO DE CHOQUE EN EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA.150

P-278

DISPOSITIVO DE LOCALIZACIÓN PARA TÉCNICOS EN TRANSPORTE SANITARIO EMERGENTE Y URGENTE EN SVB151

P-279

TÉCNICA EN H MÉTODO DE INMOVILIZACIÓN PARA UN LACTANTE.151

P-280

UNIDAD FOXTROT-EVOLUCIÓN DE UN PROYECTO CONSOLIDADO152

P-281

LA "FORMACIÓN EN REANIMACIÓN" DEL PERSONAL LEGO MANTIENE EL RITMO DESFIBRILABLE EN LA PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA152

ÍNDICE TEMÁTICO

P-282

EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA PARA EL CRIBAJE DE PACIENTES CRÍTICOS (ESCALA NEWS) POR EL EQUIPOS DE SOPORTE VITAL BÁSICO EN SEVILLA. . . . **153**

P-283

DESCONTAMINAR UN EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL. PUNTO CLAVE TRAS MANEJAR UN PACIENTE CON ÉBOLA. **153**

P-284

TÉCNICO EN EMERGENCIAS: CLARO POTENCIAL INVESTIGADOR EN SEMES. **154**

P-285

ATENCIÓN SANITARIA EN BICICLETA. LOS LINCES DE LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA. **154**

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-289

¿ACTUAMOS IGUAL EN LAS PARADAS INTRAHOSPITALARIAS QUE EN LAS EXTRAHOSPITALARIAS? **158**

O-290

LA FUNCIÓN COGNITIVA EN LOS SUPERVIVIENTES DE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA. . . **159**

O-291

¿HAY VIDA SIN DETERIORO NEUROLÓGICO TRAS 20 MINUTOS DE REANIMACIÓN DE UNA PARADA CARDIACA EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO? **159**

O-292

TRES AÑOS DE UN PROGRAMA EXTRAHOSPITALARIO DE DONACIÓN EN ASISTOLIA EN UNA POBLACIÓN PEQUEÑA. ANÁLISIS Y RESULTADOS **160**

P-286

TÉCNICOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS Y EJERCICIO FÍSICO. **155**

A-287

ACTUACIÓN DEL TES EN LA COLOCACIÓN DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ANTE PACIENTES CON SOSPECHA DE INFECCIÓN GRAVE POR AGENTES BIOLÓGICOS TRANSMISIBLES COMO LA ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA (EVE) **155**

A-288

¿REPARTIMOS BIEN LAS AMBULANCIAS?
¿COMODIDAD O NECESIDAD? **156**

O-293

CARACTERÍSTICAS DE LA PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA EN UNA COMUNIDAD UNIPROVINCIAL **160**

O-294

EL VALOR PRONÓSTICO DEL ETCO2 INICIAL DURANTE LA RCP EXTRAHOSPITALARIA: ESTUDIO PILOTO **161**

O-295

SUPERVIVENCIA DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA ATENDIDAS POR UN SISTEMA DE EMERGENCIAS. **161**

O-296

ENCEFALOPATÍA ANÓXICA EN PACIENTES REANIMADOS DE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA DE ORIGEN RESPIRATORIO **162**



ÍNDICE TEMÁTICO

O-297

UNA DÉCADA DE NUEVAS VIDAS: ANÁLISIS DE 249
DONANTES EN ASISTOLIA NO CONTROLADA
TIPO IIA DE MAASTRICH **162**

O-298

¿PUEDE SER EL EXCESO DE BASES UN PREDICTOR
DE LA RECUPERACIÓN DE PULSO EN LA PCR
EXTRAHOSPITALARIA? **163**

O-299

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR TELEFÓNICA COMO
FACTOR PRONÓSTICO DE SUPERVIVENCIA EN LA PARADA
CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA **163**

O-300

¿HAY MÁS RITMOS DESFIBRILABLES CUANDO
LA PCREH ES PRESENCIADA? **164**

O-301

VALORACIÓN DE ESCALAS DE TRANSFUSIÓN MASIVA
EN EL USO EXTRAHOSPITALARIO **164**

O-302

¿MEJORA LA RCP PREVIA LA SUPERVIVENCIA
EN LA PCREH? **165**

O-303

EL ESTUDIO RECAPTA, UN ESTUDIO MULTIDISCIPLINAR
PARA EL ESTUDIO DE LA PARADA CARDIACA
EXTRAHOSPITALARIA **165**

P-304

LOS CARDIOCOMPRESORES MEJORAN LA SUPERVIVENCIA
DE LOS INJERTOS HEPÁTICOS PROVENIENTES DE DONANTES
EN ASISTOLIA TIPO IIA **166**

P-305

REGISTRO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA
EXTRAHOSPITALARIA ATENDIDA POR UN SOPORTE VITAL
AVANZADO. EXPERIENCIA DE UN AÑO **166**

P-306

PARADA CARDIORRESPIRATORIA:
EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL **167**

P-307

VALORACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO DE
LOS PACIENTES REANIMADOS TRAS UNA PARADA
CARDIORRESPIRATORIA COMPARADA ENTRE EL USO
DEL CARDIOCOMPRESOR MECÁNICO EXTERNO LUCAS
Y EL MASAJE MANUAL CONVENCIONAL **167**

P-308

¿IDENTIFICAMOS LA PATOLOGÍA ICTUS COMO MOTIVO DE
LLAMADA EN UN CALL CENTER? **168**

P-309

PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EN URGENCIAS: ¿ES LA
EDAD UN FACTOR DETERMINANTE? **169**

P-310

USO DE LOS DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS EN LA
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. ¿VAMOS TARDE? ... **170**

P-311

CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA ENTRE LAS URGENCIAS DE
ATENCIÓN PRIMARIA Y EL SERVICIO DE EMERGENCIAS
MÉDICAS EN NUESTRA POBLACIÓN **170**

P-312

REGISTRO DE PCR EXTRAHOSPITALARIA 061 ARAGÓN.
DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS. PUNTO DE PARTIDA **171**

P-313

PAPEL DE LAS UNIDADES DE SVB
EN LAS PCR RECUPERADAS **171**

P-314

EL PACIENTE PRECIPITADO: UNA EMERGENCIA
EXTRAHOSPITALARIA **172**



ÍNDICE TEMÁTICO

P-315

PERFIL DEL PACIENTE CRÍTICO ATENDIDO EN LAS URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA UGC. MARQUESADO **172**

P-316

LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS HALLADOS AL INICIO DE LA REANIMACIÓN SON FACTORES PREDICTORES DE PRONÓSTICO NEUROLÓGICO EN LA PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA. HACIA UN RELOJ METABÓLICO ... **173**

P-317

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA ATENDIDA POR SOPORTE VITAL AVANZADO EN CASTILLA Y LEÓN **173**

P-318

CAMBIOS EN EL PERFIL DE URGENCIAS ATENDIDAS POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN UN HOSPITAL COMARCAL (COMPARATIVA AÑO 2000-2014) **174**

P-319

CARACTERÍSTICAS MÉDICAS Y MANEJO DE LOS PACIENTES RESCATADOS POR EL HELICÓPTERO DE PROTECCIÓN CIVIL DEL GOBIERNO DE CANTABRIA **174**

P-320

ALTERACIONES IÓNICAS EN LA MUERTE SÚBITA DURANTE EL EJERCICIO **175**

P-321

PERFIL DEL PACIENTE CON SÍNCOPE ATENDIDO DESDE UN DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS **175**

P-322

ALTERNATIVAS A LAS COMUNICACIONES EN UN ACCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS ANTE LAS ZONAS NEGRAS **176**

P-323

CARACTERÍSTICAS DE LA ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA POR EL EQUIPO DE EMERGENCIAS EN CASTILLA Y LEÓN **176**

P-324

CREACIÓN DE UNA APLICACIÓN ANDROID DE RCP BÁSICA PARA LEGOS (REVIB RCP) **177**

P-325

"TRAUMA BOX", UNA ESTRATEGIA DE REPOSICIÓN HEMOSTÁTICA COMPLEMENTARIA AL USO DE CONCENTRADOS DE HEMATÍES EN HELICÓPTEROS DE EMERGENCIA HEMS **177**

P-326

IMPACTO ASISTENCIAL DE LA EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE CÓDIGO ICTUS EXTRAHOSPITALARIO **178**

P-327

VALIDACIÓN DEL SCORE DE SEPSIS PREHOSPITALARIO INTEGRADO CON LACTATO PORTÁTIL EN UN MODELO MATEMÁTICO BAYESIANO **179**

P-328

FACTORES DETERMINANTES DE LA LOGÍSTICA SANITARIA DE LA EMERGENCIA HUMANITARIA **179**

P-329

PUESTA EN MARCHA DEL PRIMER PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS EN EL ÁMBITO PREHOSPITALARIO EN ESPAÑA **180**

P-330

ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS PACIENTES REANIMADOS TRAS UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA COMPARADA ENTRE EL USO DEL CARDIOCOMPRESOR MECÁNICO EXTERNO LUCAS Y EL MASAJE MANUAL CONVENCIONAL **181**

P-331

ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA EN GALICIA 2005-2014. IMPORTANCIA DE COMPLETAR LA CADENA DE SUPERVIVENCIA **182**

ÍNDICE TEMÁTICO

P-332

CARACTERÍSTICAS DE LA ASISTENCIA A LA PARADA
CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA PREVIA
A LA LLEGADA DEL EQUIPO DE EMERGENCIAS **182**

P-333

ESTUDIO POBLACIONAL DE LA APLICACIÓN REVIB RCP
PARA DISPOSITIVOS ANDROID **183**

P-334

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LOS HELICÓPTEROS SANITARIOS
EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN. **183**

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-337

¿ES DISTINTO EL PERFIL DE LOS PACIENTES CON
FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN LOS QUE
UTILIZAMOS ANTICOAGULANTES ANTI VITAMINA K O
ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA? **186**

O-338

PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO
ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS DE
UN HOSPITAL COMARCAL SIN UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS **186**

O-339

CORRELACIÓN DEL DOLOR TORÁCICO EN EL TRIAJE Y
DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO:
ANÁLISIS DE UN AÑO DE DATOS **187**

O-340

VERNAKALANT, PRIMERAS IMPRESIONES **187**

P-335

ASISTENCIA SANITARIA EN DISTURBIOS URBANOS:
22 DE MARZO EN MADRID **184**

A-336

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES TRASLADADOS
POR UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS DE TRANSPORTE
EXTRAPROVINCIAL. **184**

O-341

DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA. ¿UNA URGENCIA
SUBDIAGNOSTICADA? RECONOCIMIENTO E
IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES DE RIESGO **188**

O-342

¿MANEJAMOS ADECUADAMENTE LA ANTICOAGULACIÓN
EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR DURANTE
LA HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD
DE CORTA ESTANCIA? **189**

O-343

TRATAMIENTO DE URGENCIAS EN PACIENTES EPOC **189**

O-344

BENEFICIO A LARGO PLAZO DE UNA EDUCACIÓN DE
ENFERMERÍA AL ALTA DE URGENCIAS EN PACIENTES
CON FIBRILACIÓN AURICULAR **190**

O-345

EVALUACIÓN DE LAS RECONSULTAS DE LOS PACIENTES
CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE
BORMUJOS **190**

ÍNDICE TEMÁTICO

O-346

EFFECTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO PARA PREVENIR INGRESOS EN LA UCI POR IAM. **191**

O-347

MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA ASISTENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR Y FLUTTER AURICULAR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS. **191**

O-348

ACTORES ASOCIADOS A ESTANCIA CORTA EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA ... **192**

O-349

ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA DE LA FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR ATENDIDAS EN URGENCIAS Y PREVALENCIA DE SANGRADO MAYOR **193**

O-350

¿CÓMO PREVENIR LAS COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR? VALIDACIÓN DE LOS ESQUEMAS DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO E IMPACTO EN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS (ESTUDIO EMERG-AF) **193**

O-351

TIEMPO DE ESTANCIA PROLONGADA EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA ... **194**

O-352

INSUFICIENCIA CARDIACA HIPOTENSIVA EN URGENCIAS. ESTUDIO EAHFE-HIPOICA **195**

O-353

ES POSIBLE IDENTIFICAR FACTORES PRONÓSTICO DE REINGRESO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA? ... **196**

O-354

BIOMARCADORES EN INSUFICIENCIA CARDIACA + INSUFICIENCIA RENAL **196**

O-355

VALIDACIÓN EXTERNA DE LA ESCALA 3D-EAHFE PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE MORTALIDAD PRECOZ EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA (ICA). **197**

O-356

¿EL SERVICIO DE URGENCIAS ES UN DISPOSITIVO ADECUADO PARA LA DETECCIÓN DE ACXFA Y FORMACIÓN EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE CONTRAERLA A CORTO-MEDIANO PLAZO? **197**

O-357

CARDIOVERSIÓN EN FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR PAROXÍSTICO. CUÁNTOS Y CÓMO LO HACEMOS. REVISIÓN DE CASOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. **198**

O-358

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA INGRESADOS EN LA UNIDAD DE SUBAGUDOS DEL PARC DE SALUT MAR **198**

O-359

PREDICCIÓN CLÍNICA EN URGENCIAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. ¿ES ÚTIL LA ESCALA DE DIAMOND-FORREST PARA DIRIGIR EL ESTUDIO DEL TAC DE CORONARIAS EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO? **199**

O-360

¿EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA DESCOMPENSADA (**DE NOVO** O CRÓNICA DESCOMPENSADA) TENER EPOC IMPLICA PEOR PRONÓSTICO? **199**

O-361

¿DE QUÉ SANGRAN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS? ANÁLISIS DE LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO HEMORRÁGICO Y SEGURIDAD DE LA ANTICOAGULACIÓN (ESTUDIO EMERG-AF) **200**

O-362

EL PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO (SUH): COMPLEJIDAD Y "DINAMISMO" **200**

ÍNDICE TEMÁTICO

O-363

MODULADORES CRONBIOLÓGICOS EN LA EFECTIVIDAD DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA, EXTENSIÓN Y COMPLICACIONES DEL INFARTO DE MIOCARDIO201

O-364

RELACIÓN DE MARCADORES CLÍNICOS Y ANALÍTICOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA...202

O-365

ESTUDIO SARA I-II-III: SITUACIÓN ACTUAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ARAGÓN SOBRE LA TERAPÉUTICA ANTIARRÍTMICA EN CUANTO A PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS CON FIBRILACIÓN O FLUTTER AURICULAR.....203

O-366

FIBRILACIÓN AURICULAR: EXPERIENCIA TERAPÉUTICA DE LOS NACOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS203

O-367

ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA TROPONINA COMO PREDICTOR A CORTO PLAZO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR, EN URGENCIAS, CUIDADO NO TODO ES ANGOR HEMONIDÁMICO.....204

O-368

MANTENGAMOS A RAYA LA FIBRILACIÓN AURICULAR ...205

O-369

¿ES POSIBLE MEJORAR LA CALIDAD DE LA ANTICOAGULACIÓN DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO (SUH) EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR (FA)?205

O-370

PAPEL DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO (SUH) EN LA PROFILAXIS DE TROMBOEMBOLIA ARTERIAL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR. MÁS ALLÁ DE LA URGENCIA206

O-371

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y FLUTTER EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE ARAGÓN (SARA II)...207

P-372

UNIDAD DE SEMICRÍTICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL SIN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS207

P-373

OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN URGENCIAS. ADECUACIÓN PRÁCTICA EN LAS SOLICITUDES ANALÍTICAS DE TROPONINA.....208

P-374

EVOLUCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN URGENCIAS, DESDE EL AÑO 2003 HASTA 2014208

P-375

CÓDIGO INFARTO: EXPERIENCIA DE 2 AÑOS EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL.....209

P-376

SEGUIMIENTO A 3 AÑOS VISTA DE PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR QUE ACUDEN A URGENCIAS DURANTE 2011209

P-377

DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO210

P-378

ESTUDIO FURCU III: PACIENTE INGRESADO CON DIAGNÓSTICO DE FA EN LA SALA DE OBSERVACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA DE 3º NIVEL210

P-379

LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN URGENCIAS: UNA TÉCNICA SEGURA.....211

ÍNDICE TEMÁTICO

P-380

TRATAMIENTO CON FLECAINIDA Y SU EFICACIA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN URGENCIAS DURANTE CUATRO AÑOS (2011-2014) **211**

P-381

EFICACIA Y SEGURIDAD DE VERNAKALANT EN LA REVERSIÓN A RITMO SINUSAL DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR. **212**

P-382

DOCTOR, ESTOY ALGO NERVIOSA Y ME CUESTA RESPIRAR **212**

P-383

INFLUENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL PRONÓSTICO DE LAS PACIENTES QUE CONSULTAN A URGENCIAS POR DOLOR TORÁCICO **213**

P-384

VALORACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA PRECOZ MEDIANTE EL TRIAJE AVANZADO **214**

P-385

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES REVERTIDOS A RITMO SINUSAL CON VERNAKALANT **214**

P-386

COMBINACIÓN DE ESCALAS DE RIESGO EN UNA UNIDAD DE SÍNCOPE **215**

P-387

SÍNDROME DE BRUGADA. **215**

P-388

MIOCARDITIS **VS** PERICARDITIS: PROBLEMA DE SEGURIDAD CLÍNICA. A PROPUESTA DE UN CASO **216**

P-389

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO **216**

P-390

UTILIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE TROPONINA CARDIACA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE BARCELONA **217**

P-391

VALOR DEL ECOCARDIOGRAMA EN UNA UNIDAD DE SÍNCOPE **217**

P-392

LA FIBRILACION AURICULAR (FA) EN EL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN (HAR) DE ÉCIJA: EPIDEMIOLOGÍA Y TRATAMIENTO. **218**

P-393

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA FIBRILACIÓN/ FLUTTER AURICULAR EN URGENCIAS **218**

P-394

RECTORRAGIA VENTRICULAR **219**

P-395

CIERRE DE LA OREJUELA COMO ALTERNATIVA A LA ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y ELEVADO RIESGO HEMORRÁGICO **219**

P-396

SEGURIDAD DE LA IVABRADINA EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA **220**

P-397

ESTUDIO SOBRE LAS NECESIDADES DE CUIDADOS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED DE OSUNA **220**

P-398

¿ES CORRECTO EL NIVEL DE PRIORIDAD ATRIBUIDA AL DOLOR TORÁCICO EN SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER? **221**

ÍNDICE TEMÁTICO

P-399

MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO O SÍNDROME DE BALLOONING: A PROPÓSITO DE UN CASO **221**

P-400

NEUMONÍA EN URGENCIAS... FIEBRE QUE MUESTRA UN SÍNDROME DE BRUGADA **222**

P-401

REVISIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON FLUTTER Y FIBRILACIÓN AURICULAR: FÁRMACOS ANTIARRÍTMICOS EMPLEADOS EN SU MANEJO **222**

P-402

CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA DE LA UTILIZACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR (2011-2014) **223**

P-403

EMERGENCIA HIPERTENSIVA **223**

P-404

FIBRILACIÓN AURICULAR Y GÉNERO: ¿IMPORTA EN LA TOMA DE DECISIONES? **224**

P-405

ESTUDIO SOBRE LAS NECESIDADES DE CUIDADOS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED DE OSUNA **224**

P-406

COMPARACIÓN DE DOS POSICIONES DE ELECTRODOS EN EL REGISTRO ELECTROCARDIOGRÁFICO (ECG) **225**

A-407

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN URGENCIAS EN EL ÁREA VII DE LA REGIÓN DE MURCIA **225**

A-408

DISECCIÓN AÓRTICA **226**

A-409

QT ALARGADO EN RELACIÓN CON PAROXETINA **226**

A-410

IMPREVISTOS Y PROTOCOLOS **227**

ÍNDICE TEMÁTICO

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-411

TVP: SOSPECHA CLÍNICA EN UN SUH
Y CONFIRMACIÓN ECOGRÁFICA229

O-412

CARACTERÍSTICAS DE LAS NEUMONÍAS DIAGNOSTICADAS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO ENTRE LA
POBLACIÓN ADULTA JOVEN229

O-413

PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA
VENOSA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA MÉDICA230

O-414

FACTORES PREDICTIVOS DE MALA EVOLUCIÓN
EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN URINARIA DEL TRACTO
SUPERIOR DURANTE SU ESTANCIA EN URGENCIAS231

O-415

ANÁLISIS DE UNA ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA
BASADA EN LA EXPERIENCIA EN EL TROMBOEMBOLISMO
PULMONAR232

O-416

¿TRATAMOS A TIEMPO EL TROMBOEMBOLISMO
PULMONAR?232

O-417

¿EL TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA ITU ES VÁLIDO EN
NUESTRO SECTOR?233

O-418

CUMPLIMIENTO DEL ALGORITMO DE LA TROMBOSIS
VENOSA PROFUNDA (TVP) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DEL HCU LOZANO BLESÁ233

O-419

EPOC: CAUSAS DE REAGUDIZACIÓN Y SERVICIOS DE
HOSPITALIZACIÓN234

O-420

MANEJO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
(NAC) EN URGENCIAS: ¿HASTA DÓNDE DEBEMOS CONFIAR
EN LA ESCALA CURB 65?234

O-421

MANEJO ANTIBIOTIBIÓTICO EN URGENCIAS EN EL
ENFERMO CON AGUDIZACIÓN DE LA EPOC DE CAUSA
INFECCIOSA235

O-422

PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA QUE
CONSULTAN EN URGENCIAS. ¿REALMENTE AJUSTAMOS LA
DOSIS ADECUADAMENTE?235

O-423

DESCRIPCIÓN DE PACIENTES QUE SOLICITAN PPENO EN UN
HOSPITAL TERCIARIO236

O-424

AUTOCRÍTICA DE LA ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN
AURICULAR236

O-425

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA SOSPECHA DE
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN SERVICIO DE
URGENCIAS DE SEGUNDO NIVEL237

O-426

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE
ACTUACIÓN EN URGENCIAS DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN
LA COMUNIDAD.237

O-427

DESCRIPCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS
CON SEPSIS, TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO
SEPSIS EN ARAGÓN.238

O-428

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: RETO ACTUAL
PARA EL URGENCIÓLOGO238

ÍNDICE TEMÁTICO

O-429

ARBOVIROSIS EN EL ÁREA METROPOLITANA NORTE DE BARCELONA **239**

O-430

EFFECTIVIDAD DE LA ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA EN LA NAC Y EFICIENCIA DE LOS ÍNDICES PRONÓSTICOS FINE/CURB65. **239**

O-431

EXACERBACIÓN DE EPOC EN URGENCIAS: PERFIL DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL COMARCAL **240**

O-432

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICO TERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL (TVS) EN LA COMUNIDAD DE ARAGÓN. **240**

O-433

TRATAMIENTO EN URGENCIAS EN PACIENTE EPOC AGUDIZADO SEGÚN CRITERIOS DE GRAVEDAD GOLD . . . **241**

O-434

PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL, ANÁLISIS DESCRIPTIVO . . **241**

O-435

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES TRATADOS CON VENTILACIÓN NO INVASIVA EN URGENCIAS **242**

O-436

INFECCIONES EN URGENCIAS. GRADO DE CUMPLIMIENTO CON LAS RECOMENDACIONES DE LA **SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN** Y SU INFLUENCIA EN LA EVOLUCIÓN **242**

O-437

ANÁLISIS DE LA PROTEÍNA C REACTIVA COMO BIOMARCADOR PRONÓSTICO DE MUERTE EN LAS EXACERBACIONES AGUDAS EN PACIENTES CON EPOC. . **243**

O-438

DIFERENCIAS ENTRE LA NEUMONÍA POR BRONCOASPIRACIÓN Y LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA . . **243**

O-439

IMPLEMENTACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN LOS INGRESOS MÉDICOS DESDE URGENCIAS **244**

O-440

INCIDENCIA E INFLUENCIA DE LA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR . . **244**

O-441

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DOMICILIARIO ENDOVENOSO (TADE) CON APOYO DE LOS CUIDADORES (S-OPAT: SELF-OUTPATIENT PARENTERAL ANTIMICROBIAL THERAPY) EN LAS INFECCIONES DE PARTES BLANDAS DIAGNOSTICADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALCEDILLA **245**

O-442

EPIDEMIOLOGÍA, SITUACIÓN CLÍNICA BASAL Y NIVEL DE CLASIFICACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS ENFERMOS CON AGUDIZACIÓN DE LA EPOC. **246**

O-443

FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON INFECCIONES SIGNIFICATIVAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS **246**

O-444

CAMBIOS EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME SÉPTICO EN LOS INFORMES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN CÓDIGO DE ACTIVACIÓN . . . **247**

O-445

LEUCOCITOSIS AGUDA EN LA NEUMONÍA DEL PACIENTE VIH. ¿PREDICTOR DE MORTALIDAD? **247**



ÍNDICE TEMÁTICO

O-446CÓDIGO SEPSIS: 4 AÑOS TRABAJANDO EN EQUIPO**248****O-447**EVOLUCIÓN DE LAS PIELONEFRITIS AGUDAS NO COMPLICADAS INGRESADAS DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL**248****O-448**SENSIBILIDAD DE LA ANGIOTOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA MULTIDETECTOR EN PACIENTES CON ALTA PROBABILIDAD CLÍNICA PRETEST DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR**249****P-449**VALOR PRONÓSTICO DE UN INGRESO PREVIO MÉDICO O QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON EMBOLISMO PULMONAR SINTOMÁTICO AMBULATORIO**250****P-450**ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE LA TVP. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS**250****P-451**PACIENTES SÉPTICOS ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS DE UN HOSPITAL COMARCAL SIN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**251****P-452**TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE LAS NEUMONÍAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**251****P-453**QUÉ CARACTERÍSTICAS PRESENTAN NUESTROS PACIENTES CON NEUMOTÓRAX**252****P-454**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**252****P-455**NUEVO PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON SOSPECHA DE TVP EN URGENCIAS**253****P-456**PACIENTES CON EPOC EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. ¿ES SEGURO SU INGRESO DESDE URGENCIAS?**253****P-457**PROGRAMA DE ALERTAS MICROBIOLÓGICAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**254****P-458**TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE LA NAC EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: PROPUESTA DE UN MANEJO "NO TAN EMPÍRICO"**254****P-459**FACTORES PRONÓSTICOS PARA EL USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN EL FALLO RESPIRATORIO AGUDO**255****P-460**ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA Y CÁNCER: ¿PAUTAMOS ADECUADAMENTE LA PROFILAXIS EN URGENCIAS?**255****P-461**PRESEPSIN: NUEVA PROMESA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA SEPSIS**256****P-462**PERFIL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEPENDIENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS Y SU ADHERENCIA A LA GUÍA ESPAÑOLA DE LA EPOC (GESEPOC): TODAVÍA QUEDA MUCHO CAMINO POR RECORRER**256****P-463**EVOLUCIÓN TEMPORAL Y CARACTERÍSTICAS DE LAS NEUMONÍAS DIAGNOSTICADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO**257**



ÍNDICE TEMÁTICO

P-464GRADO DE ADECUACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LOS
PACIENTES CON EPOC.....**258****P-465**DISNEA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
DE FRAGA.....**259****P-466**MÁS VALE UNA BUENA PREGUNTA QUE MIL RESPUESTAS
MEDIOCRES E INCLUSO QUE UNA SOLA RESPUESTA
INTELIGENTE.....**259****P-467**PATOLOGÍA INFECCIOSA COMO MOTIVO DE INGRESO Y DE
REINGRESO HOSPITALARIO (RH) EN LA UNIDAD DE ESTANCIA
CORTA (UEC). ¿EXISTE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL?
ESTUDIO DESCRIPTIVO Y CASOS-CONTROL.....**260****P-468**MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS NEUMONÍAS ENTRE
LA POBLACIÓN ADULTA JOVEN EN UN SERVICIO
DE URGENCIAS HOSPITALARIO.....**260****P-469**ADECUACIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y
URGENCIAS A SU GUÍA DE TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA
INTRAHOSPITALARIA.....**261****P-470**EVALUACIÓN DEL VALOR DE LOS BIOMARCADORES EN LA
ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA DE LAS NAC.....**261****P-471**FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO PRECOZ
EN URGENCIAS TRAS LA VALORACIÓN POR PIELONEFRITIS
AGUDA.....**262****P-472**DÍMERO D AJUSTADO POR EDAD EN LA EXCLUSIÓN
DE EMBOLIA PULMONAR. ANÁLISIS POR GRUPOS
DE EDAD.....**262****P-473**PATOLOGÍA VASCULAR: MOTIVO DE CONSULTA FRECUENTE
EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS.....**263****P-474**PAUTAS ANTIBIÓTICAS EN INFECCIÓN COMPLICADA
DE TRACTO URINARIO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITALARIO.....**264****P-475**LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO UNA ALTERNATIVA
ASISTENCIAL COSTO-EFECTIVA AL INGRESO HOSPITALARIO
DESDE URGENCIAS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA
INFECCIOSA.....**264****P-476**TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA:
¿PATOLOGÍA INFRAVALORADA?.....**265****P-477**ANÁLISIS DE LAS DETERMINACIONES DE COAGULACIÓN EN
URGENCIAS.....**265****P-478**UN NEUMOTÓRAX EXCLUSIVO FEMENINO.....**266****P-479**SEPSIS GRAVE. CÓDIGO SEPSIS. LIMITACIÓN DEL ESFUERZO
TERAPÉUTICO.....**267****P-480**TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES. PISTAS PARA
SU SOSPECHA EN URGENCIAS.....**268****P-481**ROTURA INTRAPLEURAL DE PLEUROCATH.....**268****P-482**CUIDADO CON LOS MEG.....**269**

ÍNDICE TEMÁTICO

P-483

URGENCIAS. PREPÁRATE PARA EL ÉBOLA269

P-484

TRATAMIENTO CON CORTICOIDES DE BASE
Y TRATAMIENTO AL ALTA DE URGENCIAS
EN PACIENTES CON EPOC GRAVE Y MUY GRAVE,
¿SEGUIMOS LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA?270

P-485

DE LA GUARDERÍA A LA UCI.270

P-486

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE LOS
PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE PIELONEFRITIS AGUDA
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS271

P-487

RENTABILIDAD DE LA ANTIGENURIA DE NEUMOCOCO
Y *LEGIONELLA* PN271

P-488

NO SIENTO MI PARTE DERECHA.
¿ESPERO A RECUPERARME?272

P-489

SÍNDROME DE LEMIERRE272

P-490

USO PRECOZ DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA CON BIPAP
EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS273

P-491

PERFIL DEL PACIENTE CON PERICARDITIS AGUDA EN UN
SERVICIO DE URGENCIAS.273

P-492

PELIGRO ÉBOLA EN URGENCIA274

P-493

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO BASE AL ALTA
DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ENFERMO
CON AGUDIZACIÓN DE LA EPOC.274

P-494

ANISAKIASIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS275

P-495

TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL, ¿ES REALMENTE
UNA PATOLOGÍA TAN BANAL COMO PARECE?275

P-496

IMPLEMENTACIÓN DEL USO DE HEPARINAS DE BAJO
PESO MOLECULAR (HBPM) PARA LA PREVENCIÓN DE LA
ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES
INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE)
MÉDICA276

P-497

INFECCIONES INVASIVAS DE TEJIDOS BLANDOS EN UN
HOSPITAL COMARCAL DE BARCELONA276

P-498

PERFIL DE RIESGO DE LOS PACIENTES CON EMBOLISMO
PULMONAR: INCIDENTAL, AMBULATORIO CON O SIN
INGRESO PREVIO Y HOSPITALARIO277

P-499

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR
SEPSIS EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE UN SERVICIO
DE URGENCIAS HOSPITALARIO.278

P-500

HIPOMAGNESEMIA ASOCIADA A TRATAMIENTO
CRÓNICO CON IBP278

P-501

PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y SOSPECHA DE
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. ¿REALIZAMOS
TROMBOLISIS?279

ÍNDICE TEMÁTICO

P-502

LEGIONELOSIS EN SABADELL DURANTE
EL AÑO 2014279

P-503

PACIENTES QUE PRESENTAN USO DE LA MUSCULATURA
ACCESORIA A SU LLEGADA AL SERVICIO DE URGENCIAS
Y SU POSTERIOR HOSPITALIZACIÓN280

P-504

CARACTERÍSTICAS DEL USO DE ANTIBIÓTICOS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS280

P-505

PACIENTES CON ASMA DE RIESGO VITAL ATENDIDOS
EN URGENCIAS.281

P-506

REVISIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON MENINGITIS AGUDA
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL MIGUEL
SERVET: TIEMPO DE ESPERA A LA ADMINISTRACIÓN
EMPÍRICA DE ANTIBIOTERAPIA Y RELACIÓN CON
LA MORTALIDAD Y DISMINUCIÓN DE LA ESTANCIA
HOSPITALARIA281

P-507

COMPRESIÓN DEL NERVO RECURRENTE COMO CAUSA DE
DISNEA SÚBITA EN LA PUERTA DE URGENCIAS. A PROPÓSITO
DE UN CASO.....282

P-508

PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO
PULMONAR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
DEL VINALOPÓ.....282

P-509

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS INGRESOS POR PATOLOGÍA
INFECCIOSA DESDE URGENCIAS A LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS (UCI).....283

P-511

UNA HERRAMIENTA DESDE EL TRIAGE: PROTOCOLO
DE ACTUACIÓN ANTE SOSPECHA DE SEPSIS283

A-512

GRIPE A: ¿ALARMA O REALIDAD?284

A-513

YA LE DIJE QUE NO ERA TORTÍCOLIS284

A-514

HEMORRAGIA ALVEOLAR EN PACIENTE EN TRATAMIENTO
ANTICOAGULANTE ORAL285

A-515

¿CUÁNDO LLEGA LA GRIPE?286

A-516

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETE) V
DIAGNOSTICADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.
PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
ASOCIADOS (FRCV) Y LOCALIZACIÓN DEL EVENTO
TROMBÓTICO.....286

ÍNDICE TEMÁTICO

URGENCIAS MÉDICAS III

(diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

O-517

ORGASMOS INESPERADOS288

O-518

ANÁLISIS DESGLOSADO DE LAS DEMANDAS TIPIFICADAS COMO PSIQUIÁTRICAS DESDE LOS CENTROS DE COORDINACIÓN DE EMERGENCIAS SANITARIAS 061 EN ANDALUCÍA288

O-519

IMPLANTACIÓN DE UNA RUTA ASISTENCIAL DE HEPATOPATÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE VILADECANS.....289

O-520

¿EL CUESTIONARIO STONE ES VÁLIDO PARA PREDECIR LA PRESENCIA DE LITIASIS URETERAL?289

O-521

¿SON LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ASOCIADAS A VARICES ESOFÁGICAS DISTINTAS A LAS DEMÁS?290

O-522

HEMORRAGIA DIGESTIVA: DEL CONSENSO A LA REALIDAD290

O-523

ADECUACIÓN DE LAS TRANSFUSIONES DE HEMATÍES A LAS GUÍAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS291

O-524

A TRAVÉS DE UNA UNIDAD DE DIABETES: INGRESOS POR CETOACIDOSIS291

O-525

SÍNDROME INADECUADO DE HORMONA ANTIDIURÉTICA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS.....292

O-526

PREVALENCIA Y PAPEL PRONÓSTICO DE LA DIABETES EN PACIENTES CON INFECCIÓN DE LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE)292

O-527

DESCRIPCIÓN DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, Y SU APLICACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA.....293

O-528

CÓDIGO ICTUS EN EL HOSPITAL DE MATARÓ293

P-529

SÍNDROME DE WUNDERLICH294

P-530

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR COMPLICACIONES METABÓLICAS DE LA DIABETES (DM). ¿QUÉ ATENCIÓN RECIBEN POSTERIORMENTE LOS PACIENTES POR SU DIABETES DE FORMA AMBULATORIA?294

P-531

LA HIPOGLUCEMIA: ¿SON TODAS CONSECUENCIA DE YATROGENIA?.....295

P-532

ANTICOAGULACIÓN, ANTIAGREGACIÓN Y HEMORRAGIAS EN URGENCIAS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO296

P-533

¿HACEMOS UN BUEN USO DE LA ANTIBIOTERAPIA EN LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN URGENCIAS?.....296

P-534

MODELO DE FACTORES PREDICTORES DEL TIPO DE ICTUS Y EVOLUCIÓN NEUROLÓGICA POSTERIOR DEL PACIENTE ATENDIDO POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS297

ÍNDICE TEMÁTICO

P-535

HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL
DE ALTA RESOLUCIÓN 297

P-536

FIBRINOLISIS EN EL ÁREA DE URGENCIAS
EN UN HOSPITAL CON UNIDAD DE ICTUS 298

P-537

MANEJO DE LAS MIGRAÑAS EN UN SERVICIO
DE URGENCIAS. 298

P-538

MANEJO ANTIBIÓTICO DE LA PANCREATITIS AGUDA
EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL
COMARCAL. 299

P-539

IMPACTO Y EVOLUCIÓN DE LAS DEMANDAS ASISTENCIALES
PSIQUIÁTRICAS EN LOS CENTROS COORDINADORES DEL 061
ANDALUCÍA. 299

P-540

INFLUENCIA DE LA HIPOGLUCEMIA SOBRE LA MORTALIDAD
INTRAHOSPITALARIA. 300

P-541

ÚLCERAS DUODENALES VS GÁSTRICAS, ¿EXISTEN
DIFERENCIAS EN SU MANEJO EN URGENCIAS? 300

P-542

MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE
HIPERPOTASEMIA GRAVE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITALARIO 301

P-543

ESTUDIO POSEUR I (POLIFARMACIA EN UN SERVICIO DE
URGENCIAS) 301

P-544

NEURORRETINITIS BILATERAL EN PACIENTE DE 29 AÑOS CON
CEFALEA SIN SIGNOS DE ALARMA Y VISIÓN BORROSA DE 2
SEMANAS DE EVOLUCIÓN. 302

P-545

ENFERMEDAD PULMONAR BENIGNA ASOCIADA
A HIPONATREMIA EN UN SERVICIO DE URGENCIA
HOSPITALARIO 302

P-546

REVISIÓN DE INDICACIÓN TRANSFUSIONAL
EN URGENCIAS. 303

P-547

PAPEL DEL VALOR SÉRICO DE LA PROLACTINA
EN EL DIAGNÓSTICO DE LA CONVULSIÓN EPILÉPTICA
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 304

P-548

¿POR QUÉ SE MUEREN LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS
ALTAS? FACTORES PREDISPONENTES EN UNA SERIE
DE CASOS 304

P-549

ACTUACIÓN ANTE CRISIS EPILÉPTICA EN URGENCIAS
¿LO HACEMOS BIEN? 305

P-550

DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL
EN EL SUMMA 112 305

P-551

HIPONATREMIA Y CÁNCER
EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. 306

P-552

PREVALENCIA Y PAPEL PRONÓSTICO DE LA DIABETES EN
UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA. 306

ÍNDICE TEMÁTICO

P-553

¿SE REALIZAN CON CRITERIO LOS TAC CRANEALES EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS?307

P-554

TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS INGRESADOS EN DOS UNIDADES DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS.307

P-555

MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y REALIZACIÓN DE GASTROSCOPIA URGENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.308

P-556

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CEFALEA SECUNDARIA DEPENDIENTES DE SÍNTOMAS DE ALARMA.308

P-557

CRITERIOS DE CENTOR-MCLSSAC, ¿SE UTILIZAN EN URGENCIAS?309

P-558

TRIAJE AVANZADO PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.309

P-559

DOCTOR, NO TENGO FUERZA310

P-560

SERVICIO DE URGENCIAS. SIEMPRE ALERTA.311

P-561

CEFALEA Y ESTRÉS EMOCIONAL311

P-562

TUMORACIÓN CERVICAL312

P-563

IMPLEMENTACIÓN DEL USO DE INSULINA BASAL-BOLO-CORRECCIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA MÉDICA (UCE)312

P-564

HIPOTIROIDISMO SEVERO AUTOINMUNE.313

P-565

HEMORRAGIAS CEREBRALES MÚLTIPLES313

P-566

INCIDENCIA DE PATOLOGÍA BILIAR EN UN HOSPITAL COMARCAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DE 2014 A DICIEMBRE DE 2014314

P-567

CRISIS RENOURTERALES. NO SON TODOS LITIASIS RENALES314

P-568

MANEJO DEL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS. REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.315

P-569

GRANULOMATOSIS DE WEGENER315

P-570

¿UNA SIMPLE LUMBALGIA MÁS?.....316

P-571

LA EPILEPSIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE.316

P-572

MIGRAÑA HEMIPLÉJICA NO FAMILIAR317

P-573

TRATAMIENTO EXTRAHOSPITALARIO DE LAS CONVULSIONES CON BUCCOLAM.....317

ÍNDICE TEMÁTICO

P-574

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LAS HIPOGLUCEMIAS
ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS318

P-575

DOLOR ABDOMINAL Y TROMBOSIS AGUDA DE ARTERIAL
RENAL. CASO CLÍNICO318

P-576

CEFALEA ORGÁSMICA319

P-577

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS POR COMPLICACIONES AGUDAS
METABÓLICAS DE LA DIABETES. ¿QUÉ ENTIENDEN LOS
PACIENTES SOBRE LOS EPISODIOS DE ATENCIÓN EN
URGENCIAS?319

P-578

LESIONES CUTÁNEAS COMO SIGNO DE ALARMA
NEOPLÁSICA. A PROPÓSITO DE UN CASO320

P-579

HEMOSUCCUS PANCREATICUS: CAUSA RARA DE
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA INTERMITENTE321

P-580

ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA EN UN SERVICIO DE
URGENCIAS DURANTE UN AÑO321

P-581

LA TENSIÓN EN LA URGENCIA322

P-582

ÍNDICE DE CHARLSON EN LOS PACIENTES EPOC322

P-583

DEBUT DIABÉTICO EN VARÓN DE 35 AÑOS TRAS LA TOMA
DE ESTEROIDES ANABOLIZANTES323

P-584

NO TODAS LAS DISARTRIAS SON ICTUS323

P-585

ANGIOEDEMA GRAVE DE VÍA AÉREA POR IECA/IDPP-4
TRATADO CON ICATIBANT: SERIE DE CASOS324

P-586

INFLUENCIA DE LA HIPERGLUCEMIA SOBRE LA MORTALIDAD
INTRAHOSPITALARIA324

P-587

COMPLICACIONES DIABÉTICAS AGUDAS:
¿QUÉ HIPERGLUCEMIA TRATAMOS?325

P-588

PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL AIT EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL325

P-589

MIASTENIA **VS.** CONTRACTURA CERVICAL326

P-590

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES DIABÉTICOS QUE
INGRESAN EN OBSERVACIÓN POR CETOACIDOSIS326

P-591

HEMORRAGIAS EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON
ACENOCUMAROL EN URGENCIAS327

P-592

ANÁLISIS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
EN URGENCIAS328

P-593

LA HIPOGLUCEMIA COMO DETERMINANTE PRONÓSTICO
EN LA ENFERMEDAD AGUDA EN LOS SERVICIOS
DE URGENCIAS328

ÍNDICE TEMÁTICO

P-594

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LA CRISIS COMICIAL
EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. **329**

P-595

FÍSTULA AORTOENTÉRICA COMO CAUSA ATÍPICA DE
HEMORRAGIA DIGESTIVA. **329**

P-596

SI SUBE LA CREATININA, AJUSTA LA HEPARINA. **330**

P-597

¿DÉFICIT DE FÓLICO SECUNDARIO A ANTIDIABÉTICOS? . **330**

A-598

AGRANULOCITOSIS POR METAMIZOL. **331**

A-599

DERRAME PERICÁRDICO. HIPOTIROIDISMO. **331**

A-600

METÁSTASIS CUTÁNEAS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN
DE CARCINOMA BRONCOGÉNICO. DIAGNÓSTICO
MEDIANTE PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA AL
SERVICIO DE URGENCIAS. **332**

A-601

EXPERIENCIA DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL ICTUS
ISQUÉMICO AGUDO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DEL
HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA. **332**

A-602

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL EN
URGENCIAS. **333**

A-603

CARIÑO, ME HA ENCANTADO PERO AHORA ME DUELE
MUCHÍSIMO LA CABEZA... **334**

A-604

TAQUICARDIA VENTRICULAR NO SOSTENIDA
COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ABSCESO
PERIPROTÉSICO AÓRTICO. **335**

A-605

MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS CRISIS CONVULSIVAS EN
URGENCIAS DEL PACIENTE PEDIÁTRICOS. **335**

A-606

BICITOPENIA EN RELACIÓN A TRATAMIENTO CON
AZATIOPRINA. **336**

A-607

ESCOMBROIDOSIS: UNA PATOLOGÍA MÁS FRECUENTE
DE LO QUE PARECE. **337**

A-608

CEFALEA DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE. **337**

ÍNDICE TEMÁTICO

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

O-609

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INTOXICACIONES POR MONÓXIDO DE CARBONO DE NAVARRA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ... **339**

O-610

LA URGENCIA DE LOS BICHOS ... **339**

O-611

INTOXICACIONES VOLUNTARIAS DURANTE 2013 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ... **340**

O-612

CARACTERÍSTICAS DE LAS INTOXICACIONES ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE CATALUNYA DURANTE 2 AÑOS (ESTUDIO INTOX-28) ... **340**

O-613

DEBÍ DE PARAR DE BEBER EN CUANTO PERDÍ LA CUENTA ... **341**

O-614

NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA POR BENZNIDAZOL ... **342**

O-615

ANÁLISIS DE UN BROTE DE INTOXICACIÓN POR **AMANITA PHALLOIDES** ENMASCARADA POR INGESTA DE OTRAS ESPECIES DE SETAS CAUSANTES DE TOXICIDAD PRECOZ ... **342**

O-616

INTOXICACIONES EN LA EDAD GERIÁTRICA ... **343**

O-617

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE RECIENTE APERTURA ENTRE 2010 Y 2015 ... **343**

O-618

SEDACIÓN INTRANASAL EN EMERGENCIAS MEDIANTE DISPOSITIVOS DE ATOMIZACIÓN ... **344**

O-619

INTOXICACIÓN POR KETAMINA COMO DROGA DE ABUSO ... **344**

O-620

¿TODOS LOS EUROPEOS NOS DROGAMOS IGUAL? DIFERENCIAS EN EL USO DE DROGAS DE ABUSO. DATOS ESPAÑOLES DEL ESTUDIO EURO-DEN ... **345**

P-621

INTOXICACIONES AGUDAS EN URGENCIAS ... **345**

P-622

PREVALENCIA DE INTOXICACIONES NO MEDICAMENTOSAS, SÍNTOMAS ASOCIADOS ... **346**

P-623

MUERTES POR INTOXICACIÓN AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ... **347**

P-624

INTOXICACIÓN POR VINAGRERAS ... **347**

P-625

DESPLIEGUE DE UNA ESTACIÓN DE TRÁNSITO Y CONTROL DE ÉBOLA EN LA BASE AÉREA DE GANDO ... **348**

P-626

INTOXICACIÓN POR TEJO ... **348**

P-627

INGESTA VOLUNTARIA DE **ALOCASIA MACRORRHIZA**. INTOXICACIÓN. UN CASO CLÍNICO ... **349**

ÍNDICE TEMÁTICO

P-628

PARA LAS SETAS SIN RECETAS.....350

P-629

URGENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE METOXTETAMINA.
OTRA NUEVA DROGA EN NUESTRO MEDIO.....350

P-630

ETIOLOGÍA DE LAS INTOXICACIONES ATENDIDAS EN UN
SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO QUE PRECISAN
INGRESO EN UCI351

P-631

OLAS DE CALOR 2013: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES
QUE INGRESAN POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS...351

P-632

PERFIL DEL PACIENTE INGRESADO EN OBSERVACIÓN POR
INGESTA MEDICAMENTOSA VOLUNTARIA.....352

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O-638

VALIDACIÓN DEL MODELO DE PROBABILIDAD DE
SUPERVIVENCIA BISS EN PACIENTES TRAUMÁTICOS356

O-639

¿QUÉ IMPACTO ECONÓMICO GENERAN LOS PACIENTES
TRAS SUFRIR UN IMPACTO?.....356

O-640

MORTALIDAD POR TRAUMATISMO GRAVE EN UN CENTRO DE
REFERENCIA NEUROTRAUMATOLÓGICO.....357

P-633

RELEVANCIA DE LA RADIOGRAFÍA SIMPLE EN LA ERA
TECNOLÓGICA.....352

P-634

INTOXICACIÓN POR METANOL353

P-635

SUMISIÓN QUÍMICA353

P-636

INTOXICACIONES AGUDAS VOLUNTARIAS ATENDIDAS EN
URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES
MESEGUER DE MURCIA354

A-637

EL SABOR DEL SALFUMAN.....354

O-641

IMPACTO DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN
PROCEDIMIENTO DE COORDINACIÓN EXTRAHOSPITALARIO-
HOSPITALARIO AL TRAUMA GRAVE357

O-642

PEDIMOS DEMASIADOS TAC EN URGENCIAS
EN EL TC LEVE358

O-643

FALLECIDOS *IN SITU* POR DIFERENTES MOTIVOS
TRAUMÁTICOS. PISTAS PARA LA PREVENCIÓN358

ÍNDICE TEMÁTICO

O-644

HEMORRAGIA CEREBRAL ESPONTÁNEA. PROTOCOLO AUTONÓMICO359

O-645

POLITRAUMA, LA IMPORTANCIA DE CREAR UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS.359

O-646

FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD PRECOZ EN LOS PACIENTES CON LESIONES EXANGUINANTES360

O-647

EL FACTOR TIEMPO TRAS LA INSTAURACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN MASIVA (PTM). VALORACIÓN DE RESULTADOS.361

O-648

PREDICCIÓN DE LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES TRAUMATIZADOS GRAVES UTILIZANDO TÉCNICAS DE SOFT COMPUTING361

P-649

PRIMERA UNIDAD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE URGENCIAS REUMATOLÓGICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID: UN AÑO DE EXPERIENCIA URMES.362

P-650

IMPACTO ASISTENCIAL DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE URGENCIAS REUMATOLÓGICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID363

P-651

FRACTURA DE CADERA. UNA URGENCIA CLÍNICO-QUIRÚRGICA363

P-652

PERFIL DE LOS ACCIDENTES EN UN DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS364

P-653

¿QUIEN SANGRA A LAS 24 HORAS?364

P-654

CÓDIGO POLITRAUMA INTRAHOSPITALARIO. EVALUACIÓN DE LOS DATOS DEL 2014365

P-655

EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMATIZADO GRAVE ASISTIDO EN UN CENTRO NEUROTRAUMATOLÓGICO DE REFERENCIA DURANTE EL AÑO 2013.365

P-656

ESTUDIO DE PACIENTES CON CRITERIOS DE ACTIVACIÓN DE "CÓDIGO TRAUMA" ASISTIDOS POR SAMU 061 EN LA ISLA DE MALLORCA, 2013.366

P-657

ASISTENCIA EN URGENCIAS A AGREDIDOS EXTRANJEROS366

P-658

CIRUGÍA URGENTE MODULAR COMO RESPUESTA A LA CATÁSTROFE367

P-659

DESCRIPCIÓN DE LOS ACCIDENTES DE MONTAÑA ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.367

P-660

ESTUDIO DE LAS GONALGIAS EN URGENCIAS. ADECUACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.368

P-661

FRACTURAS DE CADERA EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITAL TORREVIEJA-ALICANTE: CARACTERÍSTICAS ...368

P-662

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y ANTICOAGULACIÓN EN ANCIANOS369

ÍNDICE TEMÁTICO

P-663

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS VÍCTIMAS DE ACCIDENTE DE TRÁFICO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL369

P-664

INFLUENCIA DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PRÉSTAMO DE BICICLETAS EN LA SINIESTRALIDAD CICLISTA EN MADRID370

P-665

LUEGO DICEN QUE EL DEPORTE ES SALUDABLE...370

P-666

DOCTOR, NO PUEDO ANDAR371

P-667

ME DUELE EL CUELLO.....371

P-668

CREACIÓN DEL GRUPO DE SEGUIMIENTO DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO. ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE (PAI-TG) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ANDALUCÍA372

P-669

EVOLUCIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA DE LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS ATENDIDOS POR UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SAMU-ASTURIAS).....372

P-670

LESIÓN MEDULAR CERVICAL. CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO INICIAL373

P-671

CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS ATENDIDOS POR UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SAMU-ASTURIAS).....373

P-672

NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL COMO CAUSA DE NEUMOPERITONEO374

P-673

FRACTURA INESTABLE DE PELVIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....374

P-674

FRACTURAS-LUXACIÓN TARSOMETATARSIANAS (LISFRANC) TRAS TORCEDURA BANAL375

P-675

PERFORACIÓN ESOFÁGICA. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO Y COMUNICACIÓN INTERNIVELES HOSPITALARIOS.376

P-676

HEMORRAGIA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEA, DIAGNÓSTICO DE DIFÍCIL SOSPECHA EN URGENCIAS ...376

P-677

ANEURISMA EN LA ARTERIA PULMONAR377

P-678

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS MORDEDURAS PRODUCIDAS POR MAMÍFEROS Y ATENDIDAS EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL378

P-679

IMPLANTACIÓN DE UN CHECKLIST EN URGENCIAS DENTRO DE UN PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN MASIVA.....378

P-680

SEGUIMIENTO DE TCE CON LESIÓN INTRACRANEAL DADOS DE ALTA DESDE URGENCIAS379

P-681

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA ASISTIDA POR LOS HELICÓPTEROS SANITARIOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN.....379

ÍNDICE TEMÁTICO

A-682

CUIDADO CON EL DOLOR DE CARACTERÍSTICAS MECÁNICAS380

A-683

IMPACTO EN URGENCIAS DE FRACTURAS DE RAMAS PÉLVICAS POR BAJA ENERGÍA EN MAYORES DE 65 AÑOS381

VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

O-687

REGISTRO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LOS SISTEMAS DE URGENCIAS DE CATALUNYA. REGISTRO VNICAT2.384

O-688

¿DISMINUYE LA HIPERCAPNIA EN PACIENTES CON VMNI Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA PROTOCOLIZADOS?384

O-689

VENTILACIÓN NO INVASIVA EN CATALUNYA. HAY DIFERENCIAS ENTRE LAS URGENCIAS PREHOSPITALARIA Y HOSPITALARIA. REGISTRO VNICAT2385

O-690

PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO-B COMO PREDICTOR DEL RIESGO EN LA DISNEA AGUDA DE CUALQUIER ETIOLOGÍA385

P-691

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE INICIA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.386

P-692

FRACASO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.386

A-684

TRAUMATISMO ABDOMINAL. ¿DE BAJA ENERGÍA?381

A-685

VARÓN DE 23 AÑOS CON ODINOFAGIA Y CREPITACIÓN EN EL CUELLO.382

A-686

DOCTOR, TENGO HINCHADA LA CARA382

P-693

PROGRAMA DE CALIDAD EN VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA: ¿QUÉ TAL LO HACEMOS EN URGENCIAS?387

P-694

UTILIZACIÓN Y RESULTADOS DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS EN PACIENTES NO CANDIDATOS A INTUBACIÓN.387

P-695

VMNI EN EL PACIENTE ANCIANO388

P-696

VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO EN CATALUNYA. REGISTRO VNICAT2388

P-697

RELACIÓN ENTRE MOVILIDAD DIAFRAGMÁTICA Y LA HIPERCAPNIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL REINA SOFÍA DE MURCIA.389

P-698

PROTOCOLO DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSEP TRUETA.389

ÍNDICE TEMÁTICO

P-699

DIFERENCIA DE TASA DE ÉXITO EN LA INTUBACIÓN
OROTRAQUEAL REALIZADA EN LABORATORIO
VS IN ITINERE 390

P-700

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA
EN EXTRAHOSPITALARIA 390

P-701

SISTEMAS DE ALTO FLUJO CON HUMIDIFICACIÓN
ACTIVA CON SUPLEMENTO DE CPAP, ALGO MÁS
QUE UN MODO DE OXIGENACIÓN PALIATIVA.
A PROPÓSITO DE 50 CASOS 391

P-702

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI)
EN URGENCIAS. REGISTRO DE ACTIVIDAD..... 392

P-703

SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CRÓNICO CON
BENZODIAZEPINAS EN PACIENTES TRATADOS
CON VENTILACIÓN NO INVASIVA EN URGENCIAS 392

A-704

TAQUICARDIA CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA. ... 393

A-705

UTILIZACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA
(VMNI) EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS (SES)
VALENCIA-ÁREA METROPOLITANA 393

A-706

CAPNOGRAFÍA EN EXTRAHOSPITALARIA 394

CASOS CLÍNICOS

P-707

INFARTO ESPLÉNICO: CAUSA POCO FRECUENTE
DE SÍNDROME FEBRIL..... 396

P-708

NEUROCISTICERCOSIS: UNA CAUSA INFRECUENTE DE CRISIS
COMICIALES EN URGENCIAS. 397

P-709

DESORIENTACIÓN EN PACIENTE ONCOLÓGICO 397

P-710

DISNEA AGUDA EN VARÓN 398

P-711

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS TRAS
INGESTA MEDICAMENTOSA VOLUNTARIA.
A PROPÓSITO DE UN CASO..... 399

P-712

ANISAKIASIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR
ABDOMINAL 399

P-713

LA **GRANDE BOUFFÉ**. 400

A-714

RITMO DEL SENO CORONARIO:
A PROPÓSITO DE UN CASO..... 400

ÍNDICE TEMÁTICO

P-715

UNA RARA COMPLICACIÓN
DE UNA ENFERMEDAD RARA401

P-716

LA HISTORIA DE UN CAUTIVERIO402

P-717

¡QUÉ COMPORTAMIENTO TAN EXTRAÑO!402

P-718

UN EFECTO ADVERSO BASTANTE INFRECIENTE403

P-719

EL DESCUBRIMIENTO DE UNA NUEVA ENFERMEDAD403

P-720

UNA ENFERMEDAD CLÁSICA DE ADULTOS...
¿PERO EXISTE EN NIÑOS TAMBIÉN?404

P-721

NEUMOTÓRAX A TENSION404

P-722

ICTUS EN TERRITORIO POSTERIOR SECUNDARIO A
DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIA VERTEBRAL405

P-723

IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS EN EL
PACIENTE EN SHOCK: PROTOCOLO RUSH405

A-724

EL FATAL DESENLACE DE UN TRAUMATISMO406

P-725

SÍNDROME DE CHILAUDITI SECUNDARIO A PERITONITIS
QUÍMICA406

P-726

BLOQUEO AURÍCULO-VENTRICULAR COMPLETO POR
ENFERMEDAD DE ANDERSON – FABRY CARDIACA407

P-727

RABDOMIOLISIS POR MALARIA.
A PROPÓSITO DE UN CASO.....407

A-728

NO ERA UNA CEFALEA COMÚN408

P-729

SINUSITIS ETMOIDOFRONTAL IZQUIERDA COMPLICADA
CON CELULITIS ORBITARIA. ACTITUD EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS HOSPITALARIO.....408

P-730

¿QUÉ HA PASADO? ¿PORQUÉ ESTOY AQUÍ? FUTBOLISTA DE
22 AÑOS CON AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA.409

P-731

LA CULPA FUE DE LA OBESIDAD.....410

P-732

SÍNCOPE, ¿CARDIACO O NEUROLÓGICO?.....410

P-733

ENFERMEDAD DE WEGENER: UNA CAUSA INFRECIENTE DE
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN URGENCIAS. .411

P-734

¿QUÉ TIPO DE NEUMONÍA ES ÉSTA?411

P-735

¡¡¡MI CICATRIZ ESTÁ CRECIENDO!!!.....412

A-736

LAS CARACTERÍSTICAS INDETERMINADAS
DE UN ACV412

ÍNDICE TEMÁTICO

P-737

CÓLICO RENAL COMPLICADO413

A-738

HAMARTOMA BILIAR. A PROPÓSITO DE UN CASO413

P-739

HERNIA DIAFRAGMÁTICA COMPLICADA CON PERFORACIÓN A CAVIDAD TORÁCICA414

A-740

COMPLICACIONES DE BOCA SÉPTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO415

A-741

USO DE LA CAPNOGRAFÍA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA: A PROPÓSITO DE UN CASO415

A-742

NI LUDWIG NI LEMIERRE.....416

A-743

PARÁLISIS DE TODD.....416

A-744

FIEBRE Y DOLOR EN FLANCO DERECHO EN UNA MUJER DE 81 AÑOS.....417

P-745

ANTE UN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO, PIENSA UN POCO MÁS417

A-746

DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE... COMO DEBUT DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA.....418

P-747

ENFISEMA SUBCUTÁNEO.....418

P-748

SÍNCOPE DE REPETICIÓN DE 1 SEMANA DE EVOLUCIÓN419

P-749

INFESTACIÓN RESPIRATORIA POR CLOGMIA ALBIPUNCTADA: UNA NUEVA REALIDAD ETIO-PATOLÓGICA EN MEDICINA419

A-750

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ DE INSTAURACIÓN ATÍPICA 420

P-751

ANISAKIASIS COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.....420

P-752

COJERA EN EL NIÑO, A PROPÓSITO DE UN CASO421

A-753

MENINGITIS POR **RICKETTSIA CORONII**. DOCTOR, ¿DONDE SE ESCONDIÓ LA GARRAPATA?421

A-754

SÍNDROME DE KOUNIS TRAS LA INGESTA DE PESCADO CRUDO.....422

A-755

COXARTROSIS.. Y ALGO MÁS422

A-756

PSEUDOANEURISMA FEMORAL POSTCATETERISMO423

A-757

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA SECUNDARIA A ULCERACIÓN DE MUCOSA GÁSTRICA ECTÓPICA POR IBUPROFENO ...423

A-758

IAM EN PACIENTE VIH.....424

ÍNDICE TEMÁTICO

A-759

HIPOTERMIA + MIELOPATÍA COMPRESIVA EN EL CONTEXTO DE UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA **424**

A-760

DOCTOR, ME FATIGO Y ME HAN SALIDO UNAS VENILLAS EN LA PIEL **425**

P-761

MIELOPATÍA COMPRESIVA SECUNDARIA A CALCIFICACIÓN DEL LIGAMENTO LONGITUDINAL POSTERIOR. **425**

A-762

DISECCIÓN AÓRTICA, LA GRAN SIMULADORA **426**

A-763

UN PARÁSITO LLAMADO NEOPLASIA **426**

A-764

CASO INADVERTIDO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR **427**

A-765

COMPRESIÓN MEDULAR. UNA AUTÉNTICA URGENCIA QUIRÚRGICA. **427**

A-766

FLEBITIS SUPERFICIAL TRAS INYECCIÓN INTRAMUSCULAR DE METAMIZOL. **428**

A-767

ROTURA ESPLÉNICA DIFERIDA **428**

P-768

ANISAKIS GÁSTRICO: HALLAZGO ENDOSCÓPICO EN EPIGASTRALGIA AGUDA. **429**

P-769

DEL ROJO AL BLANCO DE UNA PASADA **429**

P-770

GANGRENA GASEOSA CON FATAL DESENLACE. **430**

P-771

RABDOMIOLISIS Y HEMATURIA ASOCIADAS AL USO DE SIMVASTATINA **430**

P-772

HEMATOMA ESPINAL ESPONTÁNEO COMO EFECTO SECUNDARIO DEL USO DE ANTICOAGULANTES ORALES **431**

P-773

INFARTO AISLADO DE VENTRÍCULO DERECHO, UN RETO DIAGNÓSTICO **431**

P-774

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA, ¿SIEMPRE EFECTIVA? . . . **432**

P-775

ENFERMEDAD DE CUSHING **432**

A-776

EVITAR SEPSIS CUTÁNEA EN CALCIFILAXIS. **433**

P-777

SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y HEMORRAGIA DIGESTIVA **433**

P-778

ASPECTO CAQUÉTICO. **434**

P-779

DESCARTAR ORGANICIDAD. **434**

P-780

GLIOMATOSIS CEREBRAL, UNA RARA PATOLOGÍA QUE NO DEBEMOS OLVIDAR. **435**

ÍNDICE TEMÁTICO

P-781

DIFICULTAD IDIOMÁTICA435

P-782

HEMATOMA RETROPERITONEAL CON INESTABILIDAD
HEMODINÁMICA SECUNDARIO A SANGRADO DE NÓDULO
ADRENAL IZQUIERDO436

A-783

PICOTAZO METATARSOFALENGICO436

P-784

HIPERPOTASEMIA Y DIGOXINA, ¿SE PODRÍA HABER EVITADO
LA TORMENTA ARRITMOGÉNICA?437

P-785

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS ANTE
UN PACIENTE CON ABDOMEN AGUDO437

P-786

APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS ECOGUIADAS EN
URGENCIAS.....438

P-787

CANALIZACIÓN ECOGUIADA DE UNA VÍA VENOSA
PERIFÉRICA EN URGENCIAS.....438

A-788

LA INESTIMABLE AYUDA DE LA ECOGRAFÍA EN MANOS DEL
MÉDICO DE URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON DOLOR
ABDOMINAL DE CAUSA POCO HABITUAL439

P-789

DIAGNÓSTICO ECOCARDIOGRÁFICO POR EL MÉDICO DE
URGENCIAS DE UNA COMPLICACIÓN MECÁNICA CARDIACA
EN UN INFARTO DE MIOCARDIO440

P-790

VENTAJAS DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS
ANTE UN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO SIN CAMBIOS
ELECTROCARDIOGRÁFICOS441

P-791

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA DE UN
PACIENTE CRÍTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.....442

P-792

RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ECOCARDIOGRAFÍA
CLÍNICA PARA EL MÉDICO DE URGENCIAS.....443

P-793

PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA FEMORAL
TRAS CANALIZAR UNA VÍA VENOSA CENTRAL
¿DEBERÍAMOS USAR SIEMPRE LA ECOGRAFÍA
EN ESTOS PROCEDIMIENTOS?444

P-794

TUMORACIÓN SUPRACLAVICULAR
Y ENFERMEDAD DE CROHN445

P-795

LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS
MUSCULOESQUELÉTICAS EN URGENCIAS445

P-796

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS
ANTE UN PACIENTE CON SOSPECHA
DE MONOARTRITIS DE RODILLA.....446

P-797

SEPSIS Y ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS.
UNA DUALIDAD INSEPARABLE447

P-798

INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTE CON TRASTORNO
BIPOLAR.....448

A-799

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO CON ENFISEMA
SUBCUTÁNEO CERVICAL448

A-800

RICKETTSIOSIS, ¿ENTIDADES EMERGENTES?.....449

ÍNDICE TEMÁTICO

A-801

PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA449

P-802

INGESTA MASIVA DE Sulfumán.
MANEJO DE UN CASO450

A-803

SÍNDROME SENSITIVO CORTICAL, UN DIAGNÓSTICO DIFÍCIL
DE ESTABLECER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS450

A-804

FALLO HEPÁTICO FULMINANTE POR
AMANITA PHALLOIDES451

A-805

¿PACIENTE ESTABLE, PACIENTE GRAVE
O PACIENTE CRÍTICO?452

A-806

CAUSA INFRECUENTE DE DESACTIVACIÓN
DEL CÓDIGO ICTUS.453

P-807

DOLOR TORÁCICO EN JOVEN AFRICANO453

A-808

ANGIOEDEMA SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE
ANGIOTENSINA454

A-809

POR UNA SIMPLE DIARREA INGRESO EN UCI454

A-810

CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL . . .455

P-811

MANIFESTACIONES PSIQUIÁTRICAS
EN RELACIÓN A ERRORES CONGÉNITOS
DEL METABOLISMO EN ADULTOS455

P-812

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR:
PRESENTACIÓN ATÍPICA.456

A-813

FIBRILACIÓN AURICULAR SECUNDARIA A FÁRMACO.456

A-814

CERVICALGIA POSTRAUMÁTICA: LA ANTESALA
DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR457

P-815

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CON DÍMERO-D
NEGATIVO457

P-816

¿SEDACIÓN O CARDIOVERSIÓN?458

A-817

LUXACIÓN METACARPOFALÁNGICA DEL PULGAR EN EL
NIÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO.458

A-818

DOCTOR, ESTA HERIDA NO MEJORA459

P-819

¡ALGO MÁS QUE UN DOLOR DE GARGANTA!460

A-820

INFILTRADOS QUE CONFUNDEN461

A-821

INTOXICACIÓN AUTOLÍTICA POR PARACETAMOL462

ÍNDICE TEMÁTICO

A-822

CON EL TRABAJO ME HA ENGORDADO EL BRAZO462

P-823

NEUMOTÓRAX A TENSIÓN EN UNA GESTANTE A TÉRMINO. A
PROPÓSITO DE UN CASO463

P-824

¿QUÉ HACER CUANDO FALLA EL DAI?464

A-825

NO SIEMPRE LA ASCITIS ES DE CAUSA DIGESTIVA464

P-826

NO SIEMPRE ES COSA DE NIÑOS465

A-827

¿QUISTE HIDATÍDICO COMPLICADO?
UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE URGENCIAS465

P-828

SÍNDROME FRONTAL COMICIAL DE ORIGEN VASCULAR. .466

A-829

DIAGNÓSTICO DE UN SÍNDROME DEL NODO ENFERMO,
TRAS LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE 6 MG DE
ADENOSINA466

A-830

DOLOR TORÁCICO POR METÁSTASIS ÓSEAS.....467

A-831

ECOGRAFÍA DEL MÉDICO DE URGENCIAS EN DOLOR
ABDOMINAL EN UN HOSPITAL COMARCAL.....468

P-832

DIAGNÓSTICO DE ENDOCARDITIS POR NEUMOCOCO
SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA
EN URGENCIAS.....469

P-833

PACIENTE PEDIÁTRICO CON DOLOR TORÁCICO: COLAPSO
PULMONAR.....469

A-834

FRACTURA CERRADA TRAUMÁTICA DE CARTÍLAGO TIROIDES:
A PROPÓSITO DE UN CASO.....470

A-835

PACIENTE PEDIÁTRICO CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA
GIGANTE.....470

P-836

SÍNDROME SWEET ASOCIADO A INFECCIÓN
POR VEB.....471

A-837

DAÑO CEREBRAL TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR
CRISIS CONVULSIVA.....472

P-838

¿APENDA QUÉ? APENDAGITIS472

A-839

LESIONES ULCERATIVAS EN HOMBRE SANO473

P-840

24 AÑOS Y TRES SEMANAS CON FIEBRE...
¿POR QUÉ?473

P-841

PSICOSIS PROVOCADA POR LEVETIRACETAM474

A-842

VÓMITOS Y TRÁNSITO RÁPIDO.....474

P-843

INTOXICACIÓN POR LITIO475

ÍNDICE TEMÁTICO

P-844

CAUSA DE MUERTE SÚBITA475

P-845

NEUMOMEDIASTINO Y ENFISEMA SUBCUTÁNEO COMO
EVENTO POSTOPERATORIO DE EXOSTOSIS DEL CONDUCTO
AUDITIVO EXTERNO476

P-846

¿DEBE UN MÉDICO DE URGENCIAS LLEVAR MARTILLO? ..476

A-847

MUERTE TEMPRANA POR UN DOLOR DE HOMBRO.....477

A-848

¿APENDICITIS EN APENDICECTOMIZADOS?477

P-849

VOLVER SI EMPEORA478

P-850

SÍNDROME CONFUSIONAL METABÓLICO478

P-851

COMPLICACIONES POCO FRECUENTES DE LAS INFECCIONES
OROFARÍNGEAS. MEDIASTINITIS479

P-852

DOLOR ABDOMINAL EN MUJER DE 30 AÑOS,
MÁS ALLÁ DE LA APENDICITIS AGUDA479

P-853

PIENSA MAL Y ACERTARÁS.480

P-854

NO ES ORO TODO LO QUE RELUCE.....480

P-855

DERRAME PLEURAL SUBAGUDO EN PACIENTE
PLURIPATOLÓGICO TRAS GOLPE DE TOS481

P-856

PÚRPURA PALPABLE: UN RETO DIAGNÓSTICO481

P-857

PIENSA EN GLOBAL.....482

P-858

EL **SHOCK**: CUANDO LAS PRUEBAS APUNTAN A LA
NORMALIDAD, LA CLÍNICA DICE LA VERDAD.482

P-859

LA CISTITIS ENFISEMATOSA UNA ENTIDAD RARA, PERO DE
PRONÓSTICO BUENO.....483

A-860

ANABOLIZANTES Y ROTURAS TENDINOSAS,
SU MANEJO EN URGENCIAS483

P-861

SIGNO DE CHILADITI: DOS HALLAZGOS CASUALES484

P-862

TROMBOSIS VENOSA PORTOMESENTÉRICA:
CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL484

P-863

¿NOS RELAJAMOS CON LOS PSICOFÁRMACOS?485

P-864

TAQUICARDIA COUMEL EN JOVEN CON PALPITACIONES Y
MOLESTIAS TORÁCICAS INESPECÍFICAS.....486

P-865

ABSCESO DE PARED POR METOTREXATE.....487



ÍNDICE TEMÁTICO

P-866

MASA MEDIASTÍNICA EN MUJER DE 33 AÑOS
DIAGNOSTICADA DE CRISIS DE ANSIEDAD **487**

P-867

LA RAMA QUE DEJÓ VER EL BOSQUE, ENTEROCOLITIS
NEUTROPÉNICA..... **488**

P-868

TETRAPARESIA AGUDA PROXIMAL EN PACIENTE CON
GASTROENTÉRITIS AGUDA..... **488**

P-869

¡NO JUGAR CON FUEGO! **489**

P-870

MANEJO DE ANEMIA DE ETIOLOGÍA TUMORAL COMO
CAUSA DE SÍNCOPE EN URGENCIAS..... **489**

P-871

DE LITIASIS A ÍLEO BILIAR..... **490**

A-872

MANIOBRA DE HEIMLICH EN PERSONAL LEGO..... **490**

A-873

SUSPENDIDO EL FÁRMACO,
SE ACABO EL PROBLEMA..... **491**

P-874

CUANDO EL SÍNDROME CONFUSIONAL REFLEJA LA
CONFUSIÓN DEL MÉDICO EN URGENCIAS **491**

P-875

DOLOR TORÁCICO AGUDO Y FRIALDAD EN MIEMBRO
INFERIOR DERECHO **492**

A-876

UN TUMOR DE UN COMPORTAMIENTO
UN TANTO EXTRAÑO **492**

P-877

ABSCESO TORÁCICO **493**

A-878

ECOCARDIOGRAFÍA REALIZADA
POR NO CARDIÓLOGOS EN URGENCIAS:
A PROPÓSITO DE UN CASO..... **493**

A-879

HACIENDO EL AMOR ME PARTO DE RISA..... **494**

A-880

EL DIAGNÓSTICO DE NEUMOTÓRAX
A TENSIÓN ES CLÍNICO Y LA RADIOGRAFÍA
PERMITE CONFIRMARLO Y TRATARLO..... **494**

A-881

ENFOCANDO UN DOLOR ABDOMINAL
EN URGENCIAS..... **495**

A-882

HORMIGUEOS Y ADORMECIMIENTOS EN PACIENTE CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA **495**

A-883

SÍNCOPE Y AGITACIÓN PSICOMOTRIZ SECUNDARIOS A
HIPONATREMIA SEVERA YATROGÉNICA **496**

A-884

SEPSIS POR **SALMONELLOSIS** **497**

A-885

MÚLTIPLES EMBOLIAS SÉPTICAS A PARTIR
DE UN RITUAL INDIO..... **497**

A-886

LAS APARIENCIAS ENGAÑAN **498**



ÍNDICE TEMÁTICO

A-887

LA MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO, UNO DE LOS IMITADORES DEL INFARTO DE MIOCARDIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.498

A-888

SCHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A NEUMONÍA MULTILÓBAR. GRIPE B499

A-889

EL SÍNDROME HANLD (PSEUDOMIGRAÑA CON PLEOCITOSIS). UNO DE LOS GRANDES SIMULADORES DE PATOLOGÍA NEUROLÓGICA GRAVE. A PROPÓSITO DE UN CASO500

A-890

DE LA CERVICALGIA AL QUIRÓFANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.501

A-891

MANEJO DE LA ARTRITIS SÉPTICA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO RARO DE ARTRITIS DE ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR EN UN VARÓN SIN FACTORES DE RIESGO.501

A-892

INTOXICACIÓN POR ETANOL: A PROPÓSITO DE UN CASO.502

A-893

APENDICITIS AGUDA: ¿DIAGNÓSTICO CLÍNICO O RADIOLÓGICO?503

P-894

CRISIS ASMÁTICA CASI FATAL CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA503

A-895

OTRA CAUSA DE FIEBRE EN EL PUERPERIO504

P-896

UNA CAUSA POCO COMÚN DE FIEBRE Y MIALGIAS.504

A-897

GESTANTE CON DOLOR ABDOMINAL.505

A-898

ME FATIGO MUCHO505

A-899

ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTE POLIMEDICADO.506

P-900

SOSPECHOSOS NO HABITUALES506

P-901

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN: NEUMOPERICARDIO EN RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.507

A-902

FARMACOLÓGICO PARECE, PERO NO ES.507

A-903

CRISIS ASMÁTICA SEVERA508

P-904

VARÓN DE 43 AÑOS CON ATAXIA, DIPLOPIA Y DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA.508

P-905

¿DISNEA REFRACTARIA A VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA?509

A-906

INTOXICACIÓN AGUDA POR PARACETAMOL. INTENTO AUTOLÍTICO EN PACIENTE CON REACCIÓN ALÉRGICA A LA N-ACETILCISTEÍNA509

P-907

FIEBRE Y EMBARAZO, CUANDO HAY MÁS DE LO QUE PARECE.510

ÍNDICE TEMÁTICO

A-908

INTOXICACIÓN AGUDA POR ORGANOFOSFORADOS
Y SUS EFECTOS SECUNDARIOS A LARGO PLAZO 510

P-909

ROTURA ESPLÉNICA POR MONONUCLEOSIS INFECCIOSA.
A PROPÓSITO DE UN CASO..... 511

P-910

RELACIÓN EN LA DISTANCIA..... 511

P-911

FRACTURA CERVICAL BAJA EN ANCIANO 512

A-912

DIAGNÓSTICO DE NEUMOTÓRAX
MEDIANTE ECOGRAFÍA 512

A-913

PÉRDIDA DE FUERZA EN MIEMBRO INFERIOR TRAS
TRAUMATISMO COSTAL 513

A-914

SEPSIS POR *CLOSTRIDIUM SEPTICUM*..... 513

A-915

TUBERCULOSIS REITERATIVA FULMINANTE
EN PACIENTE JOVEN..... 514

P-916

SCASEST TIPO IAM SIN ONDA Q POR DISECCIÓN
DE LA DESCENDENTE ANTERIOR..... 514

P-917

TROMBOSIS CAVA INFERIOR-AMBAS ILÍACAS Y FEMORAL
COMÚN POR OBSTRUCCIÓN DE FILTRO CAVA 515

P-918

¿TODAS LAS CEFALÉAS EN EL PUERPERIO SON CEFALÉAS
POSPUNCIÓN EPIDURAL?..... 515

P-919

HTA MALIGNA CON FALLO MULTISISTÉMICO
Y RESULTADO DE MUERTE 516

P-920

NEUROCISTICERCOSIS: UNA ENFERMEDAD
CON PRESENTE ACTIVO..... 516

A-921

TROMBOSIS ATÍPICAS, RARAS PERO EXISTEN 517

P-922

MENINGITIS POR *S. AGALACTIAE* EN PACIENTE ADULTO
INMUNOCOMPETENTE..... 517

P-923

ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR *STAPHYLOCOCCUS*
AUREUS EN PACIENTE SIN AFECTACIÓN
VALVULAR PREVIA..... 518

A-924

DERRAME PLEURAL MASIVO POR FÍSTULA
PANCREATO-PLEURAL..... 518

A-925

UNA INDICACIÓN DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN
URGENCIAS..... 519

A-926

RELACIÓN ICTUS-EPILEPSIA. LA INFRECUENCIA DEL ESTATUS
EPILEPTICO POSTICTAL..... 519

A-927

DISECCIÓN DE LA ARTERIA VERTEBRAL COMO CAUSA DE
ICTUS 520

A-928

PIEL COMO LOCALIZACIÓN INFRECUENTE DE
DISEMINACIÓN CANCEROSA 521

ÍNDICE TEMÁTICO

A-929

EPISODIO DE CRISIS ASFÍCTICA SECUNDARIA A PRESENCIA DE CUERPO EXTRAÑO EN OROFARINGE **521**

P-930

IMPORTANCIA DEL CONTROL DE LA MEDICACIÓN ACTIVA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA **522**

A-931

MIGRALEPSIA: A PROPÓSITO DE UN CASO **522**

A-932

UN DESPERTAR COMPLICADO **523**

A-933

SEGUNDA VISITA A URGENCIAS ANTE DEBILIDAD MOTORA PROGRESIVA **523**

P-934

HIPERAMONEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. ¿PENSAMOS EN ELLA? **524**

A-935

SÍNDROME DE WÜNDERLICH O ROTURA RENAL ESPONTÁNEA **524**

P-936

DISFAGIA COMO MOTIVO DE CONSULTA REITERANTE EN URGENCIAS **525**

A-937

MORBIMORTALIDAD EN PACIENTE JOVEN CON SÍNDROME DE EISENMENGER **525**

P-938

CEFALEAS, ALTERACIONES VISUALES Y SÍNCOPE EN PACIENTE JOVEN **526**

A-939

RETRACCIÓN CUTÁNEA EN LA MAMA, ¿ENFERMEDAD DE MONDOR? **526**

P-940

EL PRINCIPIO DE LA NAVAJA DE OCKHAM EN MEDICINA DE URGENCIAS: FILIACIÓN DEL COMA EN UNA MUJER JOVEN SIN ANTECEDENTES **527**

A-941

ANHIDROSIS Y FRIALDAD FACIAL EN PACIENTE DEPORTISTA **527**

A-942

SOBREVIVIR A LA SEPSIS **528**

A-943

¿PUEDE UN ECÓGRAFO DE BOLSILLO SER DE AYUDA EN UN CASO DE **SHOCK**? **528**

A-944

MUJER DE 64 AÑOS CON DOLOR TORÁCICO INTERMITENTE DE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN **529**

A-945

HIPERPOTASEMIA SEVERA CON ESCASA RESPUESTA A TRATAMIENTO CONVENCIONAL **529**

A-946

VARÓN DE 35 AÑOS CON INESTABILIDAD EN LA MARCHA **530**

A-947

QUISTE PERITONEAL DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO **530**

P-948

MUJER DE 23 AÑOS CON DOLOR EN FOSA ILÍACA DERECHA **531**

ÍNDICE TEMÁTICO

P-949

DOLOR EN MID CON ESCASA RESPUESTA A TRATAMIENTO:
ENFERMEDAD DE GORHAM531

A-950

SEPSIS SEVERA CON ELEVACIÓN DE LA BRECHA DE IONES
FUERTES (BIF) Y LACTATO NORMAL532

A-951

CUANDO UNA EPIGASTRALGIA TE SORPRENDE532

A-952

QUISTE DE URACO. PRESENTACIÓN DE UN CASO533

A-953

GESTANTE CONVULSIONANDO533

A-954

TAPONAMIENTO CARDIACO EN URGENCIAS534

P-955

L2A BACTERIA COME CARNE, UNA URGENCIA
MICROBIOLÓGICA.534

A-956

LA CULPA FUE DE UN MOSQUITO535

P-957

PROTOCOLO FAST EN URGENCIAS:
ÚTIL Y NECESARIO.535

P-958

UNA MALA EVOLUCIÓN536

P-959

NO ME LLEVAN LAS PIERNAS, DOCTOR536

P-960

ENCEFALOPATÍA HIPERAMONIÉMICA EN ADULTO. UN CASO
POCO COMÚN537

P-961

UN GOLPE DE CALOR PURULENTO: A PROPÓSITO DE UN
CASO CRIPTOGÉNICO537

P-962

FIEBRE TRAS PICADURA DE GARRAPATA. CASO DE
ENFERMEDAD DE LYME538

P-963

NO TODO ES LO QUE PARECE538

P-964

TROMBOSIS DE VENA SUBCLAVIA
EN MUJER EMBARAZADA.539

P-965

¡AY! ESTA MEDICINA DE URGENCIAS:
NO TODO ES BLANCO Y EN BOTELLA539

P-966

SÍNDROME DE RAMSAY HUNT.540

P-967

SÍNDROME VESTIBULAR CENTRAL DEBIDO A UNA
FA NO ANTICOAGULADA: INFARTO CEREBELOSO
CARDIOEMBÓLICO540

P-968

PACIENTE DE 72 AÑOS CON PARAPARESIA ESPÁSTICA
AGUDA.541

P-969

RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO, TRÁGICO DESENLACE . .541

ÍNDICE TEMÁTICO

P-970

DISECCIÓN DE LA ARTERIA CORONARIA E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO **542**

P-971

ABDOMEN AGUDO Y CUERPO EXTRAÑO..... **542**

P-972

MARCHA ATÁXICA COMO DEBUT DE MENINGIOMA DORSAL **543**

P-973

AVISO PRIORIDAD 1: NIÑO INCONSCIENTE EN SU DOMICILIO **543**

P-974

MASA ABDOMINAL DE RÁPIDA APARICIÓN EN PACIENTE MAYOR..... **544**

P-975

SEPSIS NEUMOCÓCICA FULMINANTE..... **544**

A-976

ME ENCUENTRO MUY CANSADO... **545**

A-977

TENGO ALGO QUE ME PINCHA AQUÍ DENTRO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO **545**

A-978

ME DUELE LA CABEZA Y NO PUEDO ANDAR **546**

P-979

METÁSTASIS CARDIACA COMO CAUSA RARA DE SÍNCOPE. A PROPÓSITO DE UN CASO **546**

P-980

TAQUICARDIA VENTRICULAR EN UN IAM **547**

P-981

ENCEFALOPATÍA HIPERCÁPNICA POR CONSUMO DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES ANCIANOS **548**

A-982

SÍNDROME DE BRUGADA Y TUBERCULOSIS..... **548**

P-983

COMPLICACIONES EN GESTANTE CON PREECLAMPSIA. . **549**

P-984

IAMCEST O SCASEST. INFARTO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE BRUGADA..... **549**

P-985

PACIENTE CON EXANTEMA Y FIEBRE... NO SIEMPRE ES LO QUE VEMOS **550**

P-986

LUMBALGIA COMPLICADA..... **550**

A-987

DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE CON VÓLVULO GÁSTRICO Y HERNIA PARAESOFÁGICA ENCARCERADA **551**

P-988

PACIENTE ANCIANO: DIAGNÓSTICO DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO **552**

P-989

ABSCESOS CEREBRALES... ¿DISEMINACIÓN DE TUBERCULOSIS MILIAR? **553**

P-990

EPIGASTRALGIA POSTPRANDIAL DE UN MES DE EVOLUCIÓN EN UN VARÓN JOVEN..... **554**

P-991

TAQUICARDIA CON DOLOR EN EL PECHO..... **554**

ÍNDICE TEMÁTICO

P-992

HEMORRAGIA ALVEOLAR ANEMIZANTE: DIFICULTADES EN EL MANEJO EN UN HOSPITAL COMARCAL555

P-993

CAUSA INFRECUENTE DE DISFAGIA EN EL ADULTO555

P-994

DIABETES MELLITUS CON RESISTENCIA EXTREMA A INSULINA
556

P-995

EL LADO OSCURO DE LAS BEBIDAS ENERGÉTICAS556

P-996

ANGINA SECUNDARIA A QUIMIOTERAPIA557

P-997

ICTUS ISQUÉMICO EN CONSUMIDOR DE TÓXICOS557

P-998

SÍNCOPE DE REPETICIÓN. PAUSAS SINUSALES558

P-999

FIBRINOLISIS EN SCACEST Y ANGIOPLASTIA
DE RESCATE558

P-1000

PARAPARESIA COMO PRIMER SÍNTOMA559

A-1001

TROMBOPENIA FEBRIL Y CEFLEA TRAS REGRESO DEL
TRÓPICO559

P-1002

PARESTESIAS,
¿CUÁNDO SOSPECHAR ORIGEN CENTRAL?.....560

A-1003

CEFALEA POSTLAMINECTOMÍA LUMBAR-
PSEUDOMENINGOCELE560

P-1004

RECTORRAGIA POR PÓLIPO ULCERADO561

P-1005

DEBUT SÚBITO DE SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO...561

A-1006

FIBRILACIÓN AURICULAR **DE NOVO** COMO MANIFESTACIÓN
CLÍNICA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR562

P-1007

¿EDEMA AGUDO DE PULMÓN O BRONCONEUMONÍA
BILATERAL? MEJOR SUSPENDE LA AMIODARONA562

P-1008

VARÓN JOVEN CON DOLOR LUMBAR Y CUADRO
CONSTITUCIONAL DE LARGA EVOLUCIÓN563

P-1009

PACIENTE JOVEN CON VÓMITOS: IMPORTANCIA
DIAGNÓSTICA DE LA RADIOLOGÍA SIMPLE563

P-1010

BULTOMAS, ¿QUE ESCONDEN?564

P-1011

¡QUÉ MIEDO, UN ECG!564

P-1012

COMA MEDICAMENTOSO POR INGESTA MASIVA DE
IBUPROFENO565

P-1013

PARÁLISIS PERIÓDICA HIPOPOTASÉMICA ESPORÁDICA NO
TIROTÓXICA EN ADOLESCENTE. RELACIÓN CON EJERCICIO
INTENSO Y DIETA RICA EN HIDRATOS DE CARBONO565

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1014

COREOATETOSIS SECUNDARIA A HIPERGLUCEMIA NO CETÓSICA566

P-1015

OTRA FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA PATOLOGÍA TIROIDEA566

P-1016

ARTRITIS SÉPTICA ESTERNOCLAVICULAR567

P-1017

TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA, CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL567

P-1018

DOLOR EN HEMITÓRAX DERECHO EN VARÓN ADOLESCENTE568

A-1019

NEUMONÍA NECROTIZANTE EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE SIN COMORBILIDAD569

P-1020

DISECCIÓN Y ROTURA DE ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA CON EXTENSIÓN A TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO570

A-1021

LO FRECUENTE NO ES SIEMPRE LO VERDADERO570

A-1022

TAQUIARRITMIA COMO POSIBLE REACCIÓN ADVERSA A TRATAMIENTO FRENADOR DEL NODO (IVABRADINA)571

A-1023

¿CONCURRENCIA O INTERCURRENCIA?572

P-1024

ENDOCARDITIS BACTERIANA AGUDA SOBRE VÁLVULA MITRAL EN PACIENTE CON ARTRITIS SÉPTICA DE HOMBRO DERECHO. SEPSIS GRAVE DE ORIGEN MIXTO (UROLÓGICO POR *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* Y BACTERIEMIA POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*)573

P-1025

SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN ST EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON AXITINIB574

P-1026

CUANDO TU ARRITMIA NO SE FRENA, ¡SOSPECHA!575

P-1027

VARÓN DE 43 AÑOS NO DEPORTISTA CON BRADICARDIA SINUSAL EXTREMA.575

P-1028

VARÓN DE 81 AÑOS CON CEFALÉA BRUSCA, OBNUBILACIÓN E HIPOGLUCEMIA576

P-1029

¿POR QUÉ ME CAIGO, DOCTOR?577

P-1030

¿CEFAEA POST-PUNCIÓN?577

P-1031

SÍNCOPE, DOLOR Y FOCALIDAD NEUROLÓGICA578

A-1032

LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR UNILATERAL EN PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO579

A-1033

LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE BAJA PROBABILIDAD: ¡¡COMPROBADO, EXISTEN EN TOLEDO!!579

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1034

PARESTESIAS: LAS GRANDES SIMULADORAS580

P-1035

SARCOIDOSIS PULMONAR COMO CAUSA DE DISNEA AGUDA EN UNA MUJER JOVEN580

P-1036

COMPLICACIÓN HERNIA HIATAL EN URGENCIAS581

P-1037

EL SÍNCOPE CON ASISTOLIA: SU DIAGNÓSTICO E INDICACIÓN DE MARCAPASOS581

P-1038

¡CUIDADO!: MERCANCÍA FRÁGIL582

P-1039

ANEMIAS EN URGENCIAS582

P-1040

ALGO MÁS QUE UN MAREO583

A-1041

LA DISFAGIA COMO SÍNTOMA PRINCIPAL DE UN ICTUS583

A-1042

MIOPERICARDITIS AGUDA **VS** SCA EN PACIENTE JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR584

P-1043

DIAGNÓSTICO DE UNA DISECCIÓN DE AORTA MEDIANTE ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS584

P-1044

ENCEFALITIS POR GRIPE A585

P-1045

¿ME DUELE EL PECHO!586

P-1046

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ¿TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA DE URGENCIAS?586

P-1047

CASO CLÍNICO: MIOPERICARDITIS AGUDA587

P-1048

PÉRDIDA DE VISIÓN MONOCULAR EN UNA MUJER DE 43 AÑOS588

P-1049

FIBRILACIÓN VENTRICULAR IATROGÉNICA: ATENTADO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE588

P-1050

MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE URGENCIAS EN UN BODY PACKER ESTREÑIDO589

P-1051

DIFERENTES APORTACIONES DE LA ECOGRAFÍA EN LA ACTIVIDAD ELÉCTRICA SIN PULSO590

P-1052

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO EN SERVICIO DE URGENCIAS590

P-1053

¿UN SIMPLE DOLOR DE ESPALDA? PARAPLEJÍA SECUNDARIA A ABSCESO EPIDURAL DORSAL591

A-1054

LOS REFLEJOS, LOS GRANDES OLVIDADOS EN LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA EN LA URGENCIA592

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1055

REACCIÓN URTICARIAL ATÍPICA Y FIEBRE.....593

A-1056

DOS CASOS DE TOS FERINA EN PACIENTES
CORRECTAMENTE VACUNADOS593

P-1057

CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL594

A-1058

SHOCK CARDIOGÉNICO... NO TODO ES SIEMPRE LO QUE
PARECE594

P-1059

NEUMONÍA LIPOIDEA COMO COMPLICACIÓN DE
PROCEDIMIENTO ESTÉTICO595

P-1060

CATETERIZACIÓN VENOSA CENTRAL DE ACCESO
PERIFÉRICO GUIADA POR ECOGRAFÍA: EL PAPEL
DE ENFERMERÍA.....596

A-1061

LA MIGRACIÓN DE LA DISECCIÓN.....596

A-1062

NO TODO ES PALUDISMO597

P-1063

CERVICALGIA PERSISTENTE.....598

A-1064

TROMBOSIS AÓRTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....598

P-1065

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y EMBOLISMO
PULMONAR EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA
Y CIRUGÍA MENOR.....599

A-1066

MAREOS Y DESORIENTACIÓN AGUDA599

P-1067

SÍNDROME CONSTITUCIONAL E INFILTRADOS
MULTIFOCALES PULMONARES BILATERALES600

P-1068

COMUNICACIÓN PLEURO-PERITONEAL EN PACIENTE CON
DPCA601

P-1069

EL ESPELUZNANTE VIAJE DESDE EL CATARRO HASTA LOS
CUIDADOS PALIATIVOS.....601

A-1070

DOCTORA TENGO MOLESTIAS AL ORINAR DESDE QUE MI
HIJO SE FUE DE VIAJE.....602

A-1071

DOLOR REFERIDO.... NO LEJOS DE LA REALIDAD
ASISTENCIAL.....602

P-1072

TRAUMATISMO Y ALTERACIÓN DEL HABLA603

P-1073

CEFALEA Y LESIONES VESICULOSAS603

P-1074

TAQUICARDIA VENTRICULAR BIDIRECCIONAL
POR DIGOXINA.....604

A-1075

TRAUMATISMOS OCULARES: UN CASO DE ENFISEMA
ORBITARIO Y SUBCONJUNTIVAL.....604

A-1076

MALA EVOLUCIÓN DE UN DOLOR LUMBAR.....605

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1077

PARÁLISIS FACIAL EN EL CONTEXTO DE UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA605

P-1078

DOCE MÉDICOS Y NUEVE PRUEBAS PARA UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO... TAL VEZ DEBERÍAMOS REFLEXIONAR.606

P-1079

TODO LO RARO ME PASA A MÍ606

P-1080

¿SE HA COMIDO UNA BOA?607

P-1081

¿UNA SIMPLE CONVULSIÓN?608

P-1082

¿QUÉ HAGO CON MI TENSIÓN?609

A-1083

EL NO CUIDARSE TERMINA SIEMPRE EN PROBLEMAS ...609

P-1084

DOCTOR, ¿QUÉ ES LO QUE ME PASA?610

P-1085

UNA AMIGDALITIS QUE ESCONDÍA UN SECRETO.....610

P-1086

DISNEA EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO611

P-1087

ICTERICIA TRAS EXTRACCIÓN DENTAL611

P-1088

DOLOR ABDOMINAL E HIPERMENORREA...
DUDA RAZONABLE EN PACIENTE COMPLEJA612

A-1089

CUERPO EXTRAÑO Y AFILADO EN TÓRAX613

A-1090

LO QUE LA TVP ESCONDE614

A-1091

ATÍPICA DISFAGIA DE LARGA EVOLUCIÓN615

A-1092

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA AXILO-SUBCLAVIA
DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO SECUNDARIA A
COMPRESIÓN.....615

A-1093

DOLOR TORÁCICO COMO SIGNO DE HSA.616

A-1094

ACIDOSIS LÁCTICA ASOCIADA A LA TOMA DE METFORMINA.
PAPEL DEL HEMOFILTRO EN ESTOS PACIENTES616

P-1095

INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS: FASCITIS NECROTIZANTE
DE ORIGEN PÉLVICO617

P-1096

MASA PULMONAR **VS** NEUMONÍA617

A-1097

LA ESPIRAL DE VIOLENCIA618

P-1098

LA MIGRAÑA DE BICKERSTAFF618

P-1099

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN GESTANTE:
LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA.
PRESENTACIÓN DE UN CASO619

ÍNDICE TEMÁTICO

A-1100

CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL
DE CAUSA INFRECIENTE. **619**

P-1101

YO YA HE PASADO LA VARICELA. **620**

A-1102

EN OCASIONES VEO A MIS SOBRINOS. **620**

A-1103

ICTUS. **621**

A-1104

UNA ADENOPATÍA MÁS... ¿O TAL VEZ NO?. **621**

A-1105

ANEURISMA ARTERIA SUBCLAVIA DERECHA ABERRANTE,
UNA CAUSA POCO COMÚN DE MASA MEDIASTÍNICA
SUPERIOR. **622**

A-1106

GRAVES COMPLICACIONES EN HIPOTIRODISMO POR
INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO. **622**

A-1107

SÍNDROME SEROTONINÉRGICO: UN GRAN OLVIDADO. **623**

A-1108

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO. **623**

P-1109

MIOCARDIOPATÍA DE TAKO-TSUBO E ICTUS ISQUÉMICO
AGUDO. **624**

A-1110

NEUMOTÓRAX BILATERAL TRAS SESIÓN DE ACUPUNTURA. A
PROPÓSITO DE UN CASO. **625**

A-1111

DOLOR ABDOMINAL REFRACTARIO A MEDICACIÓN TRAS
INGRESO RECIENTE. **625**

A-1112

FIEBRE, AGITACIÓN Y RIGIDEZ:
LAS APARIENCIAS ENGAÑAN. **626**

P-1113

PACIENTE CON CRISIS DE ANSIEDAD, ¿SEGURO?. **627**

P-1114

LA SEPSIS MATA: EXPLORA Y DIAGNOSTICA. **627**

P-1115

SUBOCCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A DIVERTÍCULO
VESICAL GIGANTE. **628**

A-1116

MUJER DE 76 AÑOS CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO
Y DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO. IMPORTANCIA DE LA
SOSPECHA CLÍNICA Y ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS. **629**

A-1117

DOLOR FOSA RENAL. **630**

A-1118

ARTRITIS SÉPTICA COMO CAUSA DE DOLOR EN EL HOMBRO
EN UN ADOLESCENTE. **630**

P-1119

CAUSA INFRECIENTE DE FIEBRE EN EL LACTANTE. **631**

A-1120

DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE, ¿ES LO QUE PARECE?. **631**

A-1121

INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTE Y ACOMPAÑANTE POR
LESIONES NUMULARES. **632**

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1122

PACIENTE JOVEN CON ROTURA CARDIACA CONTENIDA:
ACTIVACIÓN CÓDIGO INFARTO **632**

P-1123

INFRADIAGNÓSTICO DE LA MIASTENIA GRAVIS EN EL
ANCIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO. **633**

A-1124

ESTE HÍGADO NO ES PARA MÍ. **633**

P-1125

INTERVENCIÓN EN PACIENTE CON GRAN DISTENSIÓN
ABDOMINAL Y EPISODIOS DE DIARREA **634**

P-1126

¡CUIDADO CON LOS TRATAMIENTOS!... LESIÓN OCUPANTE
DE ESPACIO DE ORIGEN INESPERADO..... **634**

P-1127

DOLOR LUMBAR Y PETEQUIAS CON RÁPIDA EVOLUCIÓN
FATAL **635**

P-1128

NO PUEDO COMER **635**

A-1129

SEPSIS SEVERA DE ORIGEN ABDOMINAL **636**

A-1130

CEFALEA HOLOCRAKEAL PERSISTENTE,
¿CON HALLAZGO CASUAL?..... **636**

P-1131

LA GRAN IMPORTANCIA DEL TIPO
DE RESPUESTA INMUNE **637**

A-1132

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO: UNA CAUSA DE DOLOR
TORÁCICO A TENER EN CUENTA **638**

A-1133

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO: LA IMPORTANCIA DE UN
DIAGNÓSTICO PRECOZ **638**

A-1134

MEDIASTINITIS AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO **639**

P-1135

UNA VIDA EN EL LÍMITE **639**

A-1136

HERIDA TRAQUEAL POR TRAUMATISMO CERVICAL **640**

P-1137

DECISIÓN EN UNA HORA..... **641**

A-1138

SEPSIS POR LESIONES CUTÁNEAS **641**

A-1139

YA NO COMO MÁS HELADO **642**

P-1140

NO SIEMPRE UN DOLOR CÓLICO
ES UN CÓLICO NEFRÍTICO..... **643**

A-1141

LUMBOCIÁTICA: PSEUDOANEURISMA
DE ARTERIA GLÚTEA **644**

A-1142

TORSADE DE POINTES **644**

P-1143

NIVELES IV DE TRIAJE... UNA CANTERA
DE PATOLOGÍAS TUMORALES..... **645**

ÍNDICE TEMÁTICO

A-1144

DOLOR TORÁCICO EN MUJER JOVEN.....645

P-1145

INFECCIÓN FÚNGICA DE SENOS PARANASALES646

P-1146

TAQUICARDIA VENTRICULAR IDIOPÁTICA EN MUJER JOVEN
CON PALPITACIONES646

P-1147

BANDA GÁSTRICA. CIRUGÍA NO EXENTA DE
COMPLICACIONES647

P-1148

FRACTURA DE ASTRÁGALO. EVALUACIÓN CLÍNICO-
QUIRÚRGICA DE URGENCIAS. UNA URGENCIA NO
DEMORABLE.....647

A-1149

CUANDO EL LUGAR SÍ TIENE IMPORTANCIA648

A-1150

PROTECCIÓN ADECUADA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.
A PROPÓSITO DE UN EXANTEMA CONTAGIOSO648

P-1151

NEUMONITIS QUÍMICA POR GASOL.....649

A-1152

CÓLICOS NEFRÍTICOS DE REPETICIÓN... HIDRONEFROSIS Y
ALGO MÁS.....649

A-1153

DOLOR ABDOMINAL AGUDO650

P-1154

CUADRO PSEUDO-OCCLUSIVO POR BALÓN INTRAGÁSTRICO
(BIG). A PROPÓSITO DE UN CASO650

P-1155

HIPERTENSIÓN INTERMITENTE.....651

P-1156

FIEBRE Y RABDOMIOLISIS EN PACIENTE VARÓN JOVEN ..651

P-1157

OBSTRUCCIÓN ACCIDENTAL DE LA VÍA AÉREA EN EL
ADULTO: RIESGO VITAL.....652

P-1158

PERDIDO EN NUEVA YORK.....652

P-1159

PARESTESIAS ISQUÉMICAS.....653

A-1160

DISOCIACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA EN PACIENTE CON
NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO654

P-1161

LO QUE EL SÍNCOPE VASOVAGAL ESCONDE.....655

P-1162

NO ES EMBOLISMO PULMONAR TODO LO QUE RELUCE .655

A-1163

ALUCINACIONES VISUALES EN PACIENTE INMIGRANTE ..656

P-1164

CÓLICOS NEFRÍTICOS REPETITIVOS POR GRAN MASA
RETROPERITONEAL.....657

A-1165

TEP AGUDO MASIVO CON PRESENTACIÓN
CLÍNICA TÍPICA.....657

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1166

HERNIA DE MORGAGNI EN PACIENTE ADULTO CON DISNEA BRUSCA **658**

P-1167

PACIENTE PSIQUIÁTRICO. NARCOLEPSIA. A PROPÓSITO DE UN CASO..... **658**

P-1168

SEPSIS GRAVE POR INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS POR **STREPTOCOCCUS PYOGENES** **659**

P-1169

MELENAS DE ORIGEN ATÍPICO **660**

P-1170

LUXACIÓN POSTERIOR BILATERAL DE HOMBRO. A PROPÓSITO DE UN CASO..... **661**

A-1171

ERRORES DIAGNÓSTICOS EN LA INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA DE SOSPECHA DE FRACTURA DE CADERA..... **661**

A-1172

MIOMA PARIDO EN URGENCIAS A LOS 56 AÑOS **662**

A-1173

ANGINA DE LUDWIG (AL). A PROPÓSITO DE UN CASO..... **663**

P-1174

APENDAGITIS. CAUSA DE ABDOMEN AGUDO NO QUIRÚRGICO..... **663**

P-1175

ALGO MÁS QUE UN DOLOR TORÁCICO **664**

P-1176

SIGNOS DE ALARMA **664**

P-1177

BUSCANDO OTRAS POSIBLES CAUSAS **665**

A-1178

UNA DEMENCIA COMO OTRA CUALQUIERA **665**

P-1179

ROTURA DE PULL-UP GÁSTRICO POR TRAUMATISMO TORÁCICO..... **666**

P-1180

HIPERCALCEMIA POR ADENOMA PARATIROIDEO ECTÓPICO COMO CAUSA DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA **666**

P-1181

¡DOCTORA, ME ESTOY PONIENDO AMARILLA!..... **667**

A-1182

ANGIOEDEMA: INTERACCIÓN GRAVE ENTRE EVEROLIMUS E INHIBIDORES DE LA ENZIMA COVERTIDORA DE ANGIOTENSINA **667**

P-1183

ICTUS TALÁMICO TRAS DISECCIÓN ARTERIA VERTEBRAL **668**

A-1184

DEHISCENCIA DE SUTURA TARDÍA AÓRTICA Y SHOCK HEMORRÁGICO TRAS LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA..... **669**

P-1185

DOCTORA ME SIGUE DOLIENDO MUCHO **669**

P-1186

MUERTE POR HIPERTERMIA MALIGNA TRAS CONSUMO DE TÓXICOS **670**

P-1187

VISIÓN GLOBAL **671**

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1188

CADA MINUTO CUENTA.....671

A-1189

ALCOHOL COMO PRECIPITANTE DE TAQUICARDIA POR REENTRADA EN SÍNDROME DE PREEXCITACIÓN672

A-1190

DISECCIÓN DE LA ARTERIA VERTEBRAL: UNA PATOLOGÍA A CONSIDERAR EN CASO DE DOLOR CERVICAL.....672

A-1191

CUERPO EXTRAÑO OCULAR TRAS VIAJE A CAMERÚN....673

A-1192

DOLOR TORÁCICO Y FIEBRE TRAS CIRUGÍA CARDIACA...673

P-1193

LAS MIL CARAS DEL DOLOR LUMBAR674

P-1194

¿CÓDIGO ICTUS?.....674

A-1195

ICTUS ISQUÉMICO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE MIOCARDIOPATÍA DILATADA.....675

A-1196

SIGNO DEL PULGAR: UNA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POCO FRECUENTE675

A-1197

UNA CAUSA DE DOLOR A TENER EN CUENTA.....676

A-1198

CON UNA DUDA RAZONABLE HAY QUE INTENTARLO...677

A-1199

CASO CLÍNICO: SÍNDROME DE LISIS TUMORAL.....678

A-1200

¿QUÉ ME PASA? ¡ESPUTO SANGRE!.....678

P-1201

MÁS ALLÁ DEL DOLOR ABDOMINAL: NEFRONÍA FOCAL BACTERIANA.....679

A-1202

FRACTURA SUBTROCANTÉRICA DE FÉMUR DERECHO, AVISAN POR PARESIAS Y MANO TORPE DERECHA680

P-1203

DOLOR PLEURÍTICO DERECHO INTENSO, ¿SÓLO NEUMONÍA?680

P-1204

CELULITIS Y ENFISEMA FRONTO-ORBITARIOS.....681

A-1205

OTRA CAUSA DE SÍNCOPE EN PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA681

A-1206

¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS DE UNA NEUMONÍA?.....682

A-1207

DOLOR TORÁCICO TÍPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....683

A-1208

¿POR QUÉ TENGO MAL EL RIÑÓN SI LO QUE ESTOY ES ACATARRADO?.....684

P-1209

FIEBRE QUE PERSISTE... LA SOSPECHA INICIAL Y UN DIAGNÓSTICO FINAL INESPERADO.....684

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1210

ONDA EXPANSIVA MORTAL685

A-1211

CASO DE DISNEA.....686

A-1212

MILKING, MÁS ALLÁ DE LOS FACTORES DE RIESGO
CARDIOVASCULAR.....687

A-1213

COLELITIASIS EN PACIENTE COLECISTECTOMIZADO688

P-1214

UN CASO RARO Y GRAVE DE ENFISEMA CERVICAL688

P-1215

ROTURA DE ANEURISMA ABOMINAL.....689

A-1216

ECCEMA DISHIDRÓTICO **VS** PSORIASIS. DIAGNÓSTICO EN
URGENCIAS.....689

P-1217

ACTUACIÓN URGENTE EN PACIENTE CON
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR690

A-1218

COMPLICACIÓN RARA DE UNA PATOLOGÍA FRECUENTE .690

P-1219

SENSACIÓN DE AIRE EN LA CARA691

P-1220

METAMIZOL Y SUS EFECTOS SECUNDARIOS691

A-1221

LEPRA LEPROMATOSA EN URGENCIAS.....692

A-1222

DISECCIÓN AÓRTICA A PROPÓSITO DE UN CASO692

P-1223

QUILOTÓRAX693

P-1224

LUMBALGIA, NO SIEMPRE UNA PATOLOGÍA BANAL.694

P-1225

RETOS DIAGNÓSTICOS EN EL PACIENTE VIH POSITIVO. . .694

P-1226

EXANTEMAS Y DOLOR EN PIERNAS TRAS TRATAMIENTO CON
ANTIBIOTERAPIA695

P-1227

PACIENTE JOVEN CON DOLOR COSTAL INESPECÍFICO,
PERSISTENTE Y SIN FIEBRE ASOCIADA695

A-1228

MONOPARESIA MIEMBRO SUPERIOR DOLOROSA696

P-1229

NO ES UN QUISTE CUALQUIERA.....697

P-1230

FRACTURA DE SACRO CON AFECTACIÓN DE COLA DE
CABALLO.....697

A-1231

TAQUICARDIA VENTRICULAR SOSTENIDA COMO
PRESENTACIÓN DE DISPLASIA ARRITMOGÉNICA DE
VENTRÍCULO DERECHO698

A-1232

UN CASO DE MALARIA GRAVE POR **PLASMODIUM**
FALCIPARUM 699



ÍNDICE TEMÁTICO

P-1233

IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA ANTE LA LUMBALGIA. ESPONDILODISCITIS LUMBAR, RETROLISTESIS Y COLECCIÓN EPIDURAL **699**

A-1234

UN HALLAZGO INESPERADO..... **700**

P-1235

HABLANDO DE INFECCIONES DE TEJIDOS BLANDOS... FASCITIS NECROTIZANTE CERVICAL, UNA ENTIDAD INFRECUENTE PERO GRAVE **700**

P-1236

FIBRILACIÓN AURICULAR SECUNDARIA A FRACTURA ESTERNAL POR TRAUMATISMO TORÁCICO CERRADO .. **701**

P-1237

TUMORACIÓN GEMELAR DOLOROSA..... **702**

A-1238

A PROPÓSITO DE UN CASO... PACIENTE CON DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A DE STANFORD **703**

P-1239

INTOXICACIÓN CRÓNICA POR LITIO..... **703**

P-1240

AUMENTO DE 11 KG DE PESO EN 6 SEMANAS **704**

P-1241

DOCTOR: ME ENCUENTRO NERVIOSA **705**

P-1242

TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL DE LA PARED TORÁCICA: ENFERMEDAD DE MONDOR..... **705**

P-1243

LA GASTROENTERITIS QUE INGRESÓ EN CARDIOLOGÍA . **706**

P-1244

INTOXICACIÓN MORTAL POR PIEDRA CHINA (BUFADIENOLIDOS) **706**

P-1245

ENFERMEDAD PÉPTICA GASTRODUODENAL: COMPLICACIÓN DE ÚLCERA SILENTE **707**

P-1246

ORIGEN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTE ONCOLÓGICO JOVEN **707**

P-1247

DISNEA Y DEBILIDAD PROGRESIVA... ¿QUÉ ME PASA DOCTOR? **708**

P-1248

DISPEPSIA Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN UN PACIENTE DIABÉTICO Y... UN HALLAZGO INESPERADO **709**

P-1249

COLITIS ISQUÉMICA: LA DIFICULTAD DEL DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS. **710**

A-1250

DE ROTURA FIBRILAR A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR..... **711**

P-1251

UN CASO DE VASCULITIS EN URGENCIAS. **712**

P-1252

HEMATOMA SUBCAPSULAR RENAL TRAUMÁTICO **712**

P-1253

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE PRESENTACIÓN ATÍPICA. **713**

A-1254

EVOLUCIÓN DE UN SÍNDROME FEBRIL **714**



ÍNDICE TEMÁTICO

A-1255

SECUELAS EN PACIENTE CON MENINGITIS714

P-1256

EDEMA PULMONAR EN PACIENTE EN DIÁLISIS,
¿QUÉ PODEMOS HACER EN EXTRAHOSPITALARIA?715

A-1257

CASI ME VUELVO LOCA POR UNA PASTILLA716

P-1258

EL DOLOR DORSAL TAMBIÉN PUEDE SER DE ORIGEN
INFECCIOSO716

P-1259

CERVICALGIA ¿UNA BANALIDAD?717

P-1260

ICTUS MOGRAÑOSO: A PROPÓSITO DE UN CASO718

P-1261

DISECCIÓN CAROTÍDEA ESPONTÁNEA Y CÓDIGO ICTUS:
DOS ALIADOS ENMASCARADOS718

A-1262

COMPLICACIÓN EN UNA INFRACOAGULADA719

A-1263

SITUACIÓN CRÍTICA EN CONSULTA:
¡SOLOS ANTE EL PELIGRO!719

A-1264

RUNNING. ¿HASTA CUÁNDO?720

A-1265

NEUMONÍA ATÍPICA EN PACIENTE JOVEN720

A-1266

ALERTA 112:
INCONSCIENTE AL INTENTAR DESPERTARLO721

P-1267

TABACO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES
JÓVENES722

P-1268

FALLO HEPÁTICO FULMINANTE EN PACIENTE JOVEN Y SANO,
¿INDICACIÓN DE TRASPLANTE?722

A-1269

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL723

P-1270

MEDIASTINIS AGUDA A RAÍZ DE UN ABSCESO
RETROFARÍNGEO723

P-1271

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LUMBALGIA NO TRAUMÁTICA:
UNA ASOCIACIÓN A CONSIDERAR724

P-1272

CEFALEA Y FIEBRE NO SIEMPRE ES LO MISMO725

A-1273

SÍNDROME DE DISPERSIÓN PIGMENTARIA Y PÉRDIDA VISUAL
TRANSITORIA725

P-1274

SHOCK ANAFILÁCTICO EN LACTANTE726

P-1275

DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE JOVEN.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO726

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1276

RUPTURA ESPONTÁNEA DE BAZO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL **SHOCK** HIPOVOLÉMICO DE ORIGEN ABDOMINAL.....727

P-1277

LA SEPSIS MATA, Y EN INMUNODEPRIMIDOS MÁS.....727

P-1278

DOCTOR, CREO QUE TENGO EL ÉBOLA.....728

A-1279

SI LO SE, NO COMO POLLO.....729

A-1280

SÍNDROME DE VERNET.....729

P-1281

DIAGNÓSTICO INESPERADO EN PACIENTE QUE CONSULTA POR DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO TRAS CAÍDA.....730

P-1282

CONTUSIÓN DE MUÑECA Y HALLAZGO DE PSEUDOARTROSIS DE ESCAFOIDES.....730

P-1283

HEPATITIS AGUDA FULMINANTE.....731

P-1284

A PROPÓSITO DE UN CASO DE DIPLOPIA MONOCULAR.....731

P-1285

PARADA CARDIORRESPIRATORIA SECUNDARIA A **SHOCK** HEMORRÁGICO.....732

P-1286

DOCTOR, NOTO HORMIGUEO EN LA PIERNA.....732

P-1287

CEREBELITIS HERPÉTICA EN UN VÉRTIGO PERIFÉRICO...733

A-1288

ESTALLIDO NASAL TRAUMÁTICO.....733

A-1289

SOSPECHANDO MIASTENIA GRAVIS DESDE URGENCIAS... A PROPÓSITO DE UN CASO.....734

P-1290

LESIÓN DE STENER O DEL ESQUIADOR.....735

P-1291

DOLOR TORÁCICO: UN SÍNTOMA FRECUENTE CON DIAGNÓSTICO DIFERENTE.....735

A-1292

MANEJO DEL SISTEMA DE VACÍO.....736

A-1293

ARRITMIA CARDIACA, EFECTO CARDIOTÓXICO DE COCAÍNA. A PROPÓSITO DE UN CASO.....736

A-1294

VARÓN JOVEN CON CEFALEA. A PROPÓSITO DE UN CASO INUSUAL EN URGENCIAS.....737

A-1295

¡RÁPIDO RÁPIDO!.....738

A-1296

ENTERITIS RÁDICA, MAS QUE UNA SIMPLE DIARREA.....739

A-1297

UNA PSICOSIS DE CAUSA POCO HABITUAL.....739

ÍNDICE TEMÁTICO

A-1298

FUTURO INCIERTO. CUANDO LA CLÍNICA
ES LO QUE PRIMA740

A-1299

MASAS ABDOMINALES ENMASCARADAS.....740

A-1300

ITUS DE REPETICIÓN,
ALGO MÁS QUE UNA SIMPLE CISTITIS.....741

P-1301

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN PACIENTE EN
TRATAMIENTO CON BLEOMICINA742

A-1302

INTOXICACIÓN POR ÉXTASIS LÍQUIDO.
¿UN CASO POCO FRECUENTE?.....743

P-1303

GASTRITIS ENFISEMATOSA,
REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO.....743

P-1304

LO QUE EL OJO NO VE.....744

P-1305

TAQUICARDIA DE QRS ANCHO EN PEDIATRÍA A PROPÓSITO
DE UN CASO.....744

P-1306

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ.....745

P-1307

PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UNA MUJER DE 35 AÑOS
POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR746

P-1308

HEMOPTISIS MASIVA PACIENTE VHI.....746

P-1309

DECISIONES EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO747

P-1310

SÍNCOPE EN UN PACIENTE CON PATOLOGÍA NEURO-
PSICÓGENA: UN RETO DIAGNÓSTICO747

P-1311

MUERTE SÚBITA EN DISPLASIA ARRITMOGÉNICA
DE VENTRÍCULO DERECHO748

P-1312

UN PACIENTE CRÓNICO TAMBIÉN ES DE URGENCIAS.....749

P-1313

UNA DIPLOPÍA DE NARICES.....749

P-1314

VAYA CON EL DERRAME750

P-1315

DIPLOPÍA Y PARESTESIAS EN MUJER DE 32 AÑOS.....751

A-1316

RESPONSABILIDAD MÉDICA AL ALTA EN URGENCIAS
HOSPITALARIA751

P-1317

NO TODO SON ANGINAS752

P-1318

ALTERACIÓN DE LA CONDUCCIÓN Y CLOROQUINA.....752

P-1319

¿SE PUEDE VIVIR CON TUBO DE DRENAJE?
"YES WE CAN"753

ÍNDICE TEMÁTICO

A-1320

HERIDA INCISO-CONTUSA QUE LLEGÓ AL COMA754

A-1321

SÍNDROME FEBRIL EN PACIENTE CON CIRUGÍA ABDOMINAL
RECIENTE Y COLOCACIÓN DE MARCAPASOS755

A-1322

UN INFARTO INESPERADO.....755

A-1323

INFECCIÓN RESPIRATORIA DE REPETICIÓN. DIAGNÓSTICO
CONFLICTIVO756

A-1324

¿SÍNDROME PROSTÁTICO?
POINT OF CARE. ECOGRAFÍA DE URGENCIAS756

P-1325

DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIA
CARÓTIDA INTERNA757

P-1326

DÉFICIT NEUROLÓGICO: ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN
CLAVES EN EL DIAGNÓSTICO757

A-1327

¿CUÁNDO ES URGENTE UNA ICTERICIA?758

A-1328

TROMBO EN AURÍCULA IZQUIERDA EN LACTANTE.
A PROPÓSITO DE UN CASO.....759

A-1329

ADENOPATÍAS, EXANTEMA Y FIEBRE.....759

P-1330

CUANDO LA CLÍNICA DEL PACIENTE NO ES LA QUE SE
ESTUDIA EN LOS LIBROS760

P-1331

HEMOPERICARDIO ESPONTÁNEO SECUNDARIO
A ANTICOAGULACIÓN761

P-1332

DOCTOR, NO PUEDO MOVER LOS BRAZOS.....762

P-1333

ANEMIA HEMOLÍTICA EN EL NIÑO.....763

P-1334

TUMOR CEREBRAL COMO FACTOR DESENCADENANTE DE
COMPORTAMIENTO ANÓMALO.....764

A-1335

CASO CLÍNICO. OBSTRUCCIÓN DE VENA CAVA SUPERIOR,
POR TUMOR EN BRONQUIO PRINCIPAL DERECHO.....764

A-1336

DOCTOR TENGO MUCHO SUEÑO765

A-1337

UN CASO POCO FRECUENTE: LUXACIÓN
CARPOMETACARPIANA765

A-1338

DIPLOPIA COMO SÍNTOMA DE UN PRIMER BROTE DE
ESCLEROSIS MÚLTIPLE766

A-1339

TENGO RONCHAS POR TODO EL CUERPO DOCTOR.....766

P-1340

PULMÓN BLANCO767

P-1341

DOCTOR ME REVIENTA LA CABEZA DE DOLOR.....767

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1342

MUERTE SÚBITA. SÍNDROME QT LARGO CONGÉNITO ... **768**

P-1343

DOLOR LUMBAR A ESTUDIO ... **768**

A-1344

DETERIORO DEL ESTADO GENERAL EN EL CONTEXTO DE UNA ALTERACIÓN METABÓLICA POCO FRECUENTE. UNA URGENCIA MÉDICA ... **769**

P-1345

DISNEA SÚBITA TRAS ABDOMINOPLASTIA. UTILIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA DE URGENCIAS ... **770**

P-1346

ETIOLOGÍA MULTIFACTORIAL EN UN CASO DE HIPONATREMIA GRAVE POR COCAÍNA, BENZODIACEPINAS, HIPOREXIA Y POLIDIPSIA, EN UN PACIENTE CON TRES DÍAS CON HIPO ... **771**

P-1347

LESIÓN CERVICAL INSOSPECHADA ... **771**

A-1348

PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL MEDIO RURAL ... **772**

A-1349

A PROPÓSITO DE UN CASO: NEUMOMEDIASTINO PRIMARIO ESPONTÁNEO ... **772**

A-1350

ENFERMEDAD DE NEUROBEHÇET: A PROPÓSITO DE UN CASO ... **773**

A-1351

TIEMPO ES MÚSCULO ... **773**

P-1352

TENGO VOZ NASAL Y DIFICULTAD PARA TRAGAR Y NO ESTOY AGRIPIADO ... **774**

P-1353

EMBOLISMOS PARADÓJICOS DE REPETICIÓN Y TEP MASIVO EN PACIENTE CON FILTRO DE CAVA ... **774**

P-1354

NO TODO EDEMA ES LO QUE PARECE ... **775**

P-1355

DISECCIÓN AÓRTICA EN EL PUERPERIO: ¿CUÁNDO SOSPECHARLA? ... **776**

P-1356

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO POR DISULFIRAM ... **777**

P-1357

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DISTAL A CATÉTER DE MARCAPASOS ... **777**

P-1358

EXTRAVASACIÓN DE CONTRASTE EN PACIENTE ONCOLÓGICO ... **778**

P-1359

DISNEA + ESTRIDOR: LARINGOSCOPIA INDIRECTA, UNA HERRAMIENTA SENCILLA EN NUESTRAS MANOS ... **778**

P-1360

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE ÚLCERA GENITAL AGUDA ... **779**

P-1361

DERRAME PLEURAL TRAS ARTRODESIS DORSAL POSTERIOR ... **779**

A-1362

UNA CAUSA INUSUAL DE TAQUICARDIA EN URGENCIAS ... **780**

ÍNDICE TEMÁTICO

A-1363

PENSAR EN LO FRECUENTE SIN OLVIDAR
LO INFRECUENTE.780

P-1364

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL DEL DOLOR TORÁCICO.781

A-1365

LA IMPORTANCIA DE UN ABORDAJE URGENTE:
HIPERPOTASEMIA SEVERA Y SIGNOS DE ALARMA781

P-1366

UN CASO POCO FRECUENTE DE CEFALEA.782

P-1367

DIAGNÓSTICOS HEREDADOS.783

P-1368

COMPLICACIONES DE LA NUTRICIÓN ENTERAL.783

P-1369

DOCTOR NO SIENTO MI PIERNA784

A-1370

NEUMONÍA NO RESOLUTIVA. PRESENTACIÓN
DE UN CASO.784

P-1371

¡DOCTOR NO SE QUÉ ME PASA, PERO ME NOTO RARO! .785

P-1372

EL TIEMPO ES ORO785

P-1373

A VECES LOS PACIENTES SE COMPLICAN.786

A-1374

TODO ESTO POR UNA GASTROENTERITIS786

A-1375

ECTASIA BILATERAL DE VÍA RENAL GRADO II/III.
A PROPÓSITO DE UN CASO.787

P-1376

CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA
EN FIBRILACIÓN AURICULAR.788

P-1377

DOLOR INGUINAL COMO EXPRESIÓN DE NEOPLASIA
UROTelial CON AFECTACIÓN DE MÚSCULO PSOAS789

P-1378

DEMASIADO TIEMPO PARA UN DOLOR ABDOMINAL.789

P-1379

DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE
ORIGEN NEOPLÁSICO A PARTIR DE INESTABILIZACIÓN
HEMODINÁMICA EN PACIENTE QUE CONSULTA
POR EDEMA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO790

A-1380

NO ESTOY LOCO DOCTOR790

P-1381

TUMEFACCIÓN FACIAL Y DISNEA
EN PACIENTE DE 85 AÑOS.791

P-1382

CUANDO LA OBSTRUCCIÓN ABDOMINAL
REQUIERE CIRUGÍA URGENTE.792

P-1383

PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO POR CUERPO
EXTRAÑO INUSUAL792

ÍNDICE TEMÁTICO

P-1384

LOS ANTIARRÍTMICOS EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR. . . **793**

A-1385

FIEBRE Y ODINOFAGIA: MÁS ALLÁ DE LA
FARINGOAMIGDALITIS **793**

P-1386

CADA VEZ ESTÁ PEOR, DOCTOR. **794**

P-1387

FIBRILACIÓN AURICULAR SECUNDARIA A MIOCARDITIS POR
TÓXICOS **795**

P-1388

DOLOR HEMITÓRAX Y FIEBRE, COMO SÍNTOMAS
DE ALARMA. **795**

P-1389

ORO PARECE, PLÁTANO ES... ¿QUÉ ES?
VOLVAMOS A EXPLORAR **796**

P-1390

PLUS ULTRA. A PROPÓSITO DE POLIARTRALGIAS EN
URGENCIAS. **796**

P-1391

ME ENCUENTRO MÁS DÉBIL QUE AYER **797**

P-1392

LOS FALSOS POSITIVOS DE LAS PRUEBAS
COMPLEMENTARIAS INFLUYEN
EN LAS DECISIONES DE MANEJO **797**

P-1393

LAS ENFERMEDADES PROGRESAN: TVP A TEP EN MENOS DE
24 HORAS. **798**

P-1394

DOCTORA, SE ME CAE EL PÁRPADO **798**

A-1395

SEPSIS DEPRIVACIÓN ALCOHÓLICA **799**

A-1396

LEIOMIOSARCOMA PRIMARIO DE VENA CAVA.
A PROPÓSITO DE UN CASO. **799**

A-1397

ECOGRAFÍA EN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ABDOMEN
AGUDO **800**

A-1398

ECOGRAFÍA EN ANEURISMA DE AORTA **800**

P-1399

¿ÚLCERA POR PRESIÓN O GANGRENA DE FOURNIER? . . . **801**

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

O-1

CANALIZACIÓN DE VÍAS VENOSAS CENTRALES GUIADAS POR ECOGRAFÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

G Moreno Basarrate (1), I Larrañaga Unanue (1), M Garmendia Zallo (1), JL Blázquez Díez (1), JM Álvarez Blanco (2), L Cortón Corral (1), D Izaguirre Díaz de Lezana (1)

(1) Servicio de Urgencias Generales. Hospital Universitario Cruces, (2) Samu-061 Mallorca. Barakaldo.

Palabras claves: catéteres, ecografía, complicaciones

Objetivos:

La colocación de los catéteres venosos centrales (CVC) guiada por ecografía ha demostrado ser una técnica segura que reduce significativamente las complicaciones asociadas a su inserción respecto al método convencional.

Material o pacientes y método:

Revisión retrospectiva de 30 canalizaciones ecoguiadas realizadas en pacientes adultos atendidos en el Servicio de Urgencias entre mayo 2013 y 2014. Se analizaron datos demográficos y clínicos, características de la técnica y las complicaciones derivadas de su utilización.

Resultados:

De los 30 pacientes 17 fueron hombres y 13 mujeres, siendo la edad media de 68 ± 15 años. Las principales indicaciones para la colocación del CVC fueron la imposibilidad de cateterización de acceso venoso periférico (38%), monitorización hemodinámica y necesidad de infusión de fármacos irritantes o tóxicos (21%) y la infusión rápida de fluidos (5,7%). Las comorbilidades más asociadas fueron la cardiopatía (30%) y la enfermedad oncológica (16,7%). En la mitad de los casos se realizó diagnóstico de sepsis y el 26,7% presentó coagulopatía. En el 80% de los casos se eligió la vía femoral como vía de abordaje, 4,3% vena subclavia y 4,3% yugular interna (VYI). En el 93,3% el método de inserción fue transversal. La técnica fue exitosa en 29 pacientes. Se comprobó la correcta colocación de la vía mediante ecografía y radiografía en el 46,7%, ecografía 29,7% y radiografía simple 24,6%. La tasa de complicaciones sólo fue del 2,9% ($n=3$), dos pacientes presentaron neumotórax tras canalización de vena subclavia resueltos tras colocación de tubo torácico y un paciente presentó infección asociada al punto de inserción del CVC en VYI por lo que se retiró. El 35,7% precisó ingreso hospitalario, presentando una tasa de mortalidad del 23,3% ($n=7$) durante la estancia hospitalaria. El promedio de días llevando el catéter colocado en urgencias fue de 8,38 (rango 1-46). No se encontró relación entre la tasa de mortalidad y el número de días llevando el CVC ($p=0,086$).

O-2

CANALIZACIÓN DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES GUIADOS POR ECOGRAFÍA A TIEMPO REAL: ESTUDIO PROSPECTIVO

P Garmilla Ezquerria (1), A Revert Cogollos (2), A Largo Ruiz (1), ME Frasquet (2), P García Bermejo (2)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (2) Hospital Universitario La Ribera. Sancibrian.

Palabras claves: ecografía, acceso venoso central, urgencias

Objetivos:

Estudios clínicos en el ámbito de la Medicina Intensiva y Anestesia establecen que la ecografía clínica reduce las complicaciones secundarias a la canalización de accesos venosos centrales. Hasta el momento, los estudios realizados en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) no son concluyentes.

Material o pacientes y método:

Estudio de cohortes no aleatorizado con 73 pacientes de los SUH, Anestesia y UCI. Se dividieron a los pacientes en 2 grupos para la canalización de los accesos venosos centrales (GE=37, RA=36). Los ecógrafos y sondas utilizados en este estudio fueron: Logiq P5, Sonda L11(General Electric), Acuson X300, Sonda VF(Siemens). Los catéteres venosos centrales utilizados fueron: Certofix Duo(Braun). La técnica de canalización fue tipo Seldinger.

Resultados:

La edad media fue de 58 ± 17 años. La localización de inserción de los catéteres fue: GE: 31 yugulares, 1 subclavia, 5 femorales, RA: 16 yugulares, 15 subclavias, 5 femorales. 6% de los pacientes presentaron complicaciones en el grupo de RA frente a ninguna en el grupo de GE ($p=0,05$). El SUH presentó un mayor número de complicaciones al compararlo con UCI ($p=0,04$), pero estas diferencias desaparecían en el grupo GE.

Conclusiones:

La canalización de accesos venosos centrales guiados mediante ecografía reduce el número de complicaciones al compararlo con los guiados mediante referencias anatómicas.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

O-3

**ESTUDIO COMPARATIVO DE PRECISIÓN
DIAGNÓSTICA DE DISNEA EN URGENCIAS ENTRE
ALUMNOS DE MEDICINA MEDIANTE ECOGRAFÍA
Y ADJUNTOS MEDIANTE EXPLORACIÓN**

D Chaparro Pardo, R Cuervo Pinto, A Bote Palacio,
MD Reyes Jara, P Ruiz Artacho, JJ González Armengol

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: disnea, ecografía a pie de cama, diagnóstico

Objetivos:

Desde la aparición del estudio BLUE Protocol queda demostrada la utilidad de la ecografía en el diagnóstico diferencial de la disnea, siendo aún una técnica poco extendida en Urgencias por el escaso conocimiento por parte del personal facultativo de dicha utilidad

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo de cohorte con muestreo por oportunidad. Se incluyeron todos los pacientes que acudieron a urgencias con disnea los días de prácticas de los alumnos desde marzo/2014 a febrero/2015. Se dio una formación teórico-práctica a los alumnos de 4 horas. A la llegada del paciente, el adjunto y el alumno, ciegos a la anamnesis del paciente, realizaban exploración y ecografía respectivamente de forma independiente sin saber la valoración del opuesto. Se midió el tiempo de estudio ecográfico. Se compararon ambos diagnósticos con el diagnóstico final al alta hospitalaria.

Resultados:

Se incluyeron un total de 121 pacientes. La distribución por diagnósticos fue 55 (45,5%) ICC, 28 (23,1%) Broncoespasmo/EPOC reagudizado, 26 (21,5%) Neumonías, 2 (1,7%) TEP, 3 (2,5%) Neumotórax y 7(5,8%) otros diagnósticos. La precisión diagnóstica de alumnos frente a adjuntos sobre el global de disneas fue 73,6% vs 52,1% ($p=0,054$). Valorando dicha precisión en las patologías más frecuentes entre alumnos y adjuntos fue respectivamente de 85% vs 65,5% ($p=0,539$) para ICC, 71,4% vs 67,9% ($p=0,609$) para broncoespasmo/EPOC y de 73,1% Vs 26,9% ($p=0,06$) para neumonías. La media de tiempo de exploración ecográfica hasta el diagnóstico fue de 10 minutos (DE 4,7).

Conclusiones:

Los alumnos de medicina fueron superiores a los adjuntos en el diagnóstico global de disnea con una tendencia a la significación estadística. El tiempo empleado para la ecografía fue escaso obteniendo un alto rendimiento diagnóstico. Analizando la patologías más frecuentes no se observaron diferencias excepto una con tendencia a significación estadística en las neumonías. La ecografía demuestra ser una herramienta útil como complemento al diagnóstico de la disnea en urgencias que debe ser implantada tras una adecuada formación en la practica habitual de estos servicios.

O-4

**APLICACIÓN DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR PARA
LA EVALUACIÓN NO INVASIVA DE LA CONGESTIÓN
PULMONAR EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA**

J Armas Castro, B Giménez Fernández, JC Real López,
L Fernández Calvo, S Diéguez Zaragoza

Hospital del Vinalopó. Elche.

Palabras claves: ultrasonografía, insuficiencia cardiaca, disnea

Objetivos:

La ecografía pulmonar es una herramienta no invasiva para el diagnóstico y manejo de la insuficiencia cardiaca descompensada. La utilidad en la diferenciación del patrón de líneas B y los subpatrones B3 y B7, así como su relación con el proBNP permite valorar la procedencia de la disnea y la evolución del tratamiento deplectivo.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio prospectivo transversal con 62 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias (SU) en el período diciembre 2014-marzo 2015 con diagnóstico de insuficiencia cardiaca descompensada según NYHA. Se realizó una evaluación completa con ecografía pulmonar, determinación de proBNP y evaluación clínica. Se realizó un análisis estadístico de correlaciones.

Resultados:

La ecografía pulmonar resultó viable en el 100% de los pacientes estudiados con un promedio de tiempo de realización de 10 minutos. En el 63.9% de los pacientes se detectó un grado significativo de congestión pulmonar (variables clínicas, líneas B mayor de 7 y proBNP mayor de 400 pg/ml). El número de líneas B se correlacionó significativamente con los valores elevados del proBNP ($r=0.76$, p menor 0.0001). El área de la curva ROC fue de 0.91 (IC 95%: 0.83-0.93 p menor 0.0001) para un valor de proBNP mayor de 400 pg/ml. El punto de corte de mayor sensibilidad (S) y especificidad (S) (S 96.2% y E 71.9%) se correspondió con el patrón B7 (más de 7 mm entre líneas B). El patrón de líneas B3 apareció en el 45.5% de los pacientes después de iniciar tratamiento deplectivo diurético. La presencia de líneas B (mayor de 5) se correlaciona con la congestión pulmonar con alta sensibilidad (S: 89% y E: 67%). El signo del diafragma espiculado apareció en el 14.5% de los pacientes.

Conclusiones:

En los pacientes con insuficiencia cardiaca el número de líneas B evaluadas tiene una correlación significativa con mayores valores de proBNP, y así mayor grado de congestión pulmonar. La ecografía pulmonar es una herramienta no invasiva que permite una valoración rápida de la congestión pulmonar y de la respuesta al tratamiento deplectivo.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

O-5

APLICACIÓN DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR Y LA ECOCARDIOSCOPIA BÁSICA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE CON DISNEA AGUDA

J Armas Castro, B Giménez Fernández, JC Real López, L Fernández Calvo, S Diéguez Zaragoza, RA Clemente Vargas
Hospital del Vinalopó. Elche.

Palabras claves: ultrasonografía, insuficiencia cardiaca, disnea

Objetivos:

La ecografía pulmonar es una herramienta útil para el diagnóstico de la congestión pulmonar en pacientes con disnea aguda. La ampliación de la valoración inicial con la realización de ecocardiografía básica permite diseñar un tratamiento adecuado y monitorizar de forma no invasiva su evolución. El diagnóstico diferencial de la disnea en los servicios de urgencias permite la optimización en el manejo integral.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio prospectivo transversal con 45 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias (SU) cuyo motivo de consulta fue disnea aguda. Se realizó según protocolo FATE ecocardiografía y ecografía pulmonar en 12 proyecciones (4 cardíacas y 8 pulmonares). Se realizó un estudio comparativo entre la valoración clínica y la valoración ecográfica de forma independiente y a ciegas. Los cambios en los tratamientos se realizaron sin blindaje para la recogida de datos.

Resultados:

En el 43.5% de los pacientes estudiados el diagnóstico final correspondió a ICC. La aplicación de la valoración ecográfica combinada tuvo una sensibilidad del 87% (IC 95% 67-93% P menor 0.05) y una especificidad del 81% (IC 95% 70-91%). El coeficiente de probabilidad positivo fue 5.3 (IC 95% IC 2.7-5.8) y el coeficiente de probabilidad negativo fue 0.17 (IC 95% IC 0.09-0.42). En el 49% de los pacientes se realizaron modificaciones en el manejo inicial y en el 47% modificaciones en el tratamiento. La correlación entre el diagnóstico clínico y ecográfico fue del 95%. El diagnóstico diferencial mejora en un 20% si se emplea la valoración ecográfica combinada.

Conclusiones:

El empleo de la valoración ecografía combinada, pulmonar y cardiaca permite un manejo inicial adecuado de los pacientes con disnea aguda, estableciendo un esquema de tratamiento específico. El uso de la ecografía mejora el diagnóstico diferencial hasta en un 20% de los pacientes.

P-6

DESPISTAJE DE UNA DEM POR FEEL

A Ibarra Bolt, N Velilla Mendoza, AA Iridoy Zulet, F Rosas Vilar, A García Arellano, B Fernández Esain

Complejo Hospitalario de Navarra. Servicio de Urgencias. Pamplona.

Palabras claves: tromboembolismo pulmonar, Wegener, protocolo Feel

Objetivos:

Uno de los mayores retos en la medicina de urgencias es encontrar la causa de una disociación electromecánica (DEM), ya que determina la posible resolución del cuadro.

Material o pacientes y método:

Presentación de caso clínico de parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria en el contexto de disnea brusca y súbita, con un ritmo de disociación electromecánica, que no responde a las maniobras de soporte vital avanzado. Ante los antecedentes del paciente (Wegener), la clínica y la exploración física, se sospecha posible TEP.

Resultados:

Se realizó protocolo FEEL para aproximación diagnóstica, hallándose signos ecográficos inequívocos de: dilatación de ventrículo derecho con abombamiento del septo interventricular. Basándonos en esto se realiza ecografía de extremidad inferior derecha visualizándose trombosis venosa profunda a nivel de hueso poplíteo.

Conclusiones:

Se demuestra que el uso de la ecografía en urgencias con protocolos dirigidos es de gran utilidad para la orientación de los pacientes y la calidad de la medicina de urgencias.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-7

TC TORÁCICO EN URGENCIAS

I Ortega Castrillo (1), FJ Miralbes Castera (1), L Renau González (1), M Miralbes Torner (2), MF Ramírez Hidalgo (2)

(1) Hospital Barbastro, (2) Hospital Arnau Villanova. Lleida.

Palabras claves: tomografía computarizada, embolismo pulmonar, urgencias

Objetivos:

La tomografía computarizada, se ha convertido en una herramienta imprescindible para el diagnóstico de muchas patologías agudas en los Servicios de Urgencias, con un crecimiento exponencial de solicitudes, en ocasiones porque la técnica permite mayor rendimiento, por la dificultad diagnóstica, por la práctica de "medicina defensiva" o incluso por el colapso en otros niveles asistenciales.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de los TC torácicos, solicitados en el SUH del Hospital de Barbastro, obtenidos de la Historia Clínica Informatizada PCH (Puesto Clínico Hospitalario) durante el periodo comprendido desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2014. Se recogieron la edad, sexo, nivel de prioridad, pruebas complementarias, diagnóstico, tipo de alta, rendimiento diagnóstico y la variabilidad de la práctica médica.

Resultados:

1. La edad media fue de 73 años (17-97). 2. El 49% varones. 51% mujeres. 3. Nivel de prioridad I: 1% II: 40% III: 46% IV: 13%. 4. Pruebas complementarias: Al 100% se le solicitó analítica de sangre, ECG y Rx de tórax. Al 72% GAB. Al 78% DD. El 100% de los DD fue > de 500 ng/mL. 5. Los motivos de consulta fueron: Disnea 38 %. Síncope 11%. Dolor torácico 26%. Disnea + Dolor torácico 17%. Otros 8%. 6. Los diagnósticos mas frecuentes ha sido: TEP 23%. Disnea 11%. Dolor torácico inespecífico 7%. TT 8%. Infección respiratoria 12%. Síncope 6%. Otros 33%. 7. Tipo de alta: Domicilio 20%. Exitus 1%. Ingreso 72%. Traslado 6%. Alta voluntaria 1%. 8. En la HC constaban factores de riesgo para sospecha de TEP en el 29%.

Conclusiones:

1. Alta variabilidad en la solicitud del TC torácico.
2. Excesiva importancia del valor del DD.
3. Poco uso criterios clínicos y de sospecha.
4. Bajo rendimiento diagnóstico.
5. Normalización en el SUH para el diagnóstico, uso de escalas y consenso con otros servicios.

P-8

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO EN COMPARACIÓN CON LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

MA Leza Acha (1), FJ Lucas Lerga (2), JM Rey Pecharroman (2), T Belzunegui Otano (2), JA Hernández Galán (3), Y Encina Aguirre (4)

Complejo Hospitalario de Navarra. Servicio de Urgencias. Berriosuso.

Palabras claves: neumotórax, ecografía pulmonar, radiografía de tórax

Objetivos:

El neumotórax espontáneo es una causa relativamente frecuente de atención en los servicios de Urgencias. Su diagnóstico exige la realización de radiografía de tórax en inspiración y espiración. La ecografía se ha mostrado más sensible y con alto valor predictivo positivo con respecto a la radiografía de tórax, tomando como gold standard el Tac torácico.

Material o pacientes y método:

Estudio de tipo observacional, analítico, prospectivo y doble ciego, cuya población de estudio son aquellos pacientes que acuden a urgencias con sospecha clínica de neumotórax espontáneo. Muestreo consecutivo. Como variables cualitativas datos ecográficos, "lung sliding", líneas B, punto pulmón, pulso pulmón, y otras como edad, peso, talla, de tipo cuantitativo. Datos introducidos en base de datos excel, y análisis estadístico con programa SPSS 21 para Windows.

Resultados:

Se han estudiado 24 pacientes de los que 17 (71 %) fueron varones. De ellos 5 (21 %) tenían antecedente de neumotórax y eran fumadores en activo 8 (33 %). La edad media fue de 37 años con un rango entre 16 y 80 y su Índice de Masa Corporal de 24. Según la radiografía de tórax realizada (*gold estandar*), 6 pacientes padecían un neumotórax y 18 no. Las ecografías torácicas realizadas detectaron correctamente la presencia o ausencia de neumotórax salvo en un caso en que se diagnosticó y no se confirmó radiológicamente. En 16 casos (67 %) se vio "lung sliding", colas de cometa en 11 (46 %), pulso pulmón en 8 (33 %), punto pulmón en 2 (8 %), en un caso además de detectó un derrame pleural. En 5 casos (21 %) se realizó drenaje pleural. Los médicos que realizaron las ecografías habían realizado un curso previo en un 50 %, su edad media fue de 37 años y una experiencia media en urgencias de 7 años.

Conclusiones:

Se trata de una técnica que en manos de médicos de urgencias tiene una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de neumotórax espontáneo.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-9

EPIDEMIOLOGÍA DEL USO DE LA ECOGRAFÍA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE MADRID

D Chaparro Pardo (1), J Hernández Núñez (2), T Villén Villegas (3), P Pardo Rovira (4), I Palomero Juan (5), AP García Marín (6)

(1) Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid, (2) Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, (3) Hospital Universitario Ramón y Cajal, (4) Hospital Universitario de Fuenlabrada, (5) Hospital Fundación de Collado Villalba, (6) Hospital Universitario. Madrid.

Palabras claves: bedside ultrasound, ultrasound in emergency service, techniques in emergency service

Objetivos:

El uso de la ecografía en los servicios de Urgencia ha demostrado su utilidad en el manejo de los grandes síndromes de urgencias como la disnea, la fiebre o el shock, además de optimizar el manejo clínico al aumentar velocidad y precisión diagnóstica y valorar la evolución del proceso con una herramienta barata e inocua. Aún así, el crecimiento de esta técnica se ve limitada por la formación escasa de los médicos y la llegada de equipos adecuados a las mismas.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo observacional con los datos correspondientes a 12 de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid. En la encuesta de recogida de datos se ha solicitado el número de adjuntos formados en ecografía básica y de ecógrafos en los Servicios de Urgencias hace 10 años, 5 y en el momento actual.

Resultados:

La plantilla estable de estos 12 hospitales es de 285 adjuntos. De los cuales, hace 10 años no había nadie formado para la realización de ecografía básica a pie de cama, hace 5 años había 17 y en el momento actual 125 adjuntos presentan dicha formación. Lo que hace que se haya pasado de un 5,96% de médicos formados a un 43,85% en los últimos 5 años.

Conclusiones:

La utilidad de la ecografía realizada por los médicos de urgencias es clara. Ahora bien, es necesaria una mayor apertura a esta técnica y para eso la formación es fundamental. Pese a que en 5 años, el número de médicos formados para la realización de ecografía básica en los 12 centros estudiados ha ascendido del 5,96 al 43,85%, la cifra es aún muy escasa para poder desarrollar esta técnica de forma sistemática optimizando así el manejo del paciente, por lo que se hace mandatorio la formación en todos los servicios y la adquisición de equipos adaptados al tipo de trabajo que se va a realizar con ellos.

P-10

HERNIACIÓN PULMONAR

T Martín Valtierra, H Lertxundi Arrieta, R Palenzuela Arocena, J Aginaga Badiola, O de La Aldea Martínez, E Benito Francisco, O Recondo Goitia

Hospital Universitario Donostia San Sebastián. San Sebastián.

Palabras claves: hernia, hematoma, toracoabdominal

Objetivos:

Hematoma toracoabdominal dcha. Varón de 58 años con hematoma toracoabdominal lateral dcho sin antecedentes personales de interés ni tratamiento de base. Fumador de 30 cig/día. 3 días previos con tos y expectoración y leve dolor pleurítico dcho con aparición de gran hematoma toracoabdominal lateral dcho sin traumatismo.

Material o pacientes y método:

Exploración física con constantes normales, sin trabajo respiratorio y con hipoventilación en base dcha. Gran hematoma toracoabdominal dcho. Pruebas complementarias: Rx tórax: imagen sugestiva de herniación pulmonar basal dcha. Probable derrame pleural dcho. Atelectasia laminar asociada. Analítica con bioquímica, hemograma y coagulación normales. Tac toracoabdomino-pelvico: No derrame pleural ni pericárdico. Aumento de la distancia intercostal entre 8º-9º costillas dchas. con imagen compatible con herniación pulmonar con leve vidrio deslustrado asociado en dicha área herniada. Múltiples pequeñas imágenes enfisematosas a nivel subpleural de predominio en lóbulos superiores. Aumento de partes blandas a nivel de pared toracoabdominal dcha, que a pesar de no tener fase arterial no se identifican hallazgos que sugieran sangrado activo.

Resultados:

Diagnóstico: Herniación pulmonar dcha. Tratamiento: Ingreso en planta de Cirugía Torácica. Evolución: sin complicaciones con antibioticoterapia con levofloxacino y pendiente de IQ en unos 15 días.

Conclusiones:

DISCUSIÓN: Entidad clínica poco frecuente por pérdida de continuidad de la pared torácica. Según clasificación de Morel-Lavalle (1845), se dividen en adquiridas : espontaneas (las menos frecuentes), traumáticas (las mas habituales), postquirúrgicas y secundarias a proceso inflamatorio o neoplásico y congénitas. Las mas frecuentes son las intercostales (65-85%). Ocurren por hiperpresión de la pared torácica que provoca la fractura de costillas o desgarró de la musculatura intercostal, mayormente en osteoporosis senil o tosedores habituales entre 19-80 años (media 62 años) mas en hombres masculino y a nivel de 7º-9º espacio intercostal. Factores predisponentes: Obesidad, Tabaquismo, EPOC, asma, neumonía,... En ocasiones asintomático. Puede dar dolor agudo, disnea o tumoración blanda con o sin equimosis. Complicaciones:

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

encarcelación, hemoptisis por lesión pulmonar, infecciones recurrentes. El tratamiento es quirúrgico salvo en hernias de pequeño tamaño sin repercusión clínica aunque algunos recomiendan cirugía para todos. **CONCLUSIÓN:** Entidad poco frecuente sobre todo por traumatismo y con tratamiento quirúrgico en la mayoría de los casos.

P-11

DISNEA SÚBITA DE ORIGEN MÚLTIPLE. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA

C del Pozo Vegas (1), E González García (2), JJ Tejero De Santiago (3), A Ramírez Guzmán (3), I González Manzano (3), N Díez Monge (3), J Chehayeb Morán (3)

(1) Hospital Clínico Universitario. Valladolid, (2) Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, (3) Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Palabras claves: ecography, dyspnea, effusion

Objetivos:

La disnea es un motivo frecuente de consulta en Urgencias. La historia clínica y exploración física no siempre son suficientes para orientar el diagnóstico.

Material o pacientes y método:

Varón de 27a remitido desde AP por edema de MMII tras prescribirle furosemida. Refiere disnea progresiva a mínimos esfuerzos, sin tos, ni fiebre. TA95/52, Fc139 y SatO₂ 92%. BEG, coloración e hidratación normales. Cyc. Ingurgitación yugular. ACP Tonos apagados y crepitantes en base derecha. EEII edemas con fovea. Durante la venopunción, sufre un síncope con deterioro hemodinámico y mala perfusión tisular. EKG TS a 120 lp', bajos voltajes y alternancia eléctrica y rachas de TV sostenida con pulso por lo que se pauta de amiodarona. Rx derrame pleural en hemitórax derecho. ECOGRAFÍA cardiopulmonar se descubre un derrame pleural y una atelectasia compresiva en la región lateral inferior derecha, y un derrame pericárdico con colapso del VD.

Resultados:

Tratamiento. Pericardiocentesis de 100cc de líquido de aspecto quiloso con mejoría rápida de la sintomatología, desapareciendo la TV. Al Ingreso se extraen un total 245 cc de líquido pericárdico más 2900 cc de líquido pleural de características similares. El análisis del líquido pericárdico reveló una composición de proteínas de 4,7 g/L, triglicéridos de 411 mg/dl y colesterol 78 mg/dl. El paciente requirió cirugía de ligadura del conducto torácico y ventana pericárdica al no resolverse el cuadro con medidas conservadoras. El linfedema, drenaje anormal del sistema linfático, afecta habitualmente a los MMII. Existen formas con herencia autosómica dominante y se engloban dentro de la enfermedad de Milroy-Meige y pueden afectar a las serosas.

Conclusiones:

La acumulación de líquido pleural y pericárdico indujo la disnea progresiva. La pauta de diuréticos facilitó la súbita aparición de los síntomas. La triada de Beck (hipotensión, tonos apagados, ingurgitación yugular) así como el EKG descrito deben sugerir patología pericárdica. La ecografía "a la cabecera del paciente" es una herramienta ágil, sencilla de utilizar, que proporciona información sobre distintos mecanismos etiológicos de la disnea y ayuda a la hora de realizar técnicas terapéuticas invasivas.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-12

PILOTANDO EL ESCENARIO ECOGRÁFICO DE NUESTRAS URGENCIAS

MC Martínez Buendía (1), JF Martínez López (1), MJ Luque Hernández (1), JM Fernández Cotrina (2), P Vega Gutiérrez (1)

(1) Servicio de Urgencias Hospital Quirón Málaga, (2) Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (Málaga). Arroyo de la Miel.

Palabras claves: emergency physicians, ultrasound, survey

Objetivos:

El uso de la ecografía prehospitalaria estadounidense es del 4%. Estas cifras bajas se explican por el rol del médico physician más frecuentemente como director médico. Las cifras alcanzan el 12.5% en urgencias hospitalarias y el 37% en aquellas con ecógrafo propio del servicio. La bibliografía europea (franco-alemana) es escasa.

Material o pacientes y método:

Conjunto de médicos urgenciólogos pertenecientes al ámbito español hospitalario y extrahospitalario. Se excluyen urgencias ginecológicas y pediátricas. Estudio piloto transversal. Muestreo realizado desde listado de urgenciólogos de una sociedad científica malagueña. Se alcanzan por reenvío de e-mails 204 cuestionarios de 21 preguntas procedentes de 14 comunidades distintas. Se utilizó SPSS 17.0 y Epidat 3.1 para el análisis de los datos. El test de chi-cuadrado y test de Fisher, para el cálculo bivariante.

Resultados:

La prevalencia de ecógrafos propios de los servicios de urgencias hospitalarios es del 59% (76/127) y, del 54% (38/70) en los extrahospitalarios. La formación podría estar asociada al uso de esta técnica con una razón de prevalencias de 8.8 veces ($p < 0.0001$). Además, esta asociación aumenta según la duración de los cursos. El uso de la ecografía en urgencias hospitalarias es del 33%, y en hospitales con ecógrafo propio del servicio de urgencias es del 56% (43/76). El uso en urgencias prehospitalarias es del 29% y, en servicios con ecógrafo propio del 55% (21/38). El radiólogo de guardia localizada favorece el uso de la ecografía frente al de guardia presencial. El 28% de los médicos que usan la técnica tiene conflictos con algún servicio. El 87% de los médicos no formados opinan que la ecografía es imprescindible.

Conclusiones:

La disponibilidad de ecógrafos y su uso en los servicios de urgencias son mayores que las estimaciones angloamericanas. Sin embargo, el 45 % de los centros sanitarios con ecógrafo propio en urgencias tampoco lo usan. Propuestas: ampliar estudios sobre barreras, introducir la técnica en los programas de especialidades relacionadas con urgencias, no sólo en medicina intensiva. También, en los centros con ecógrafos en urgencias, estudios de impacto diagnóstico-terapéutico para apostar por la ecografía en el resto de centros.

P-13

ECOCARDIOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO URGENTE DE PACIENTES CON SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO E INSUFICIENCIA RENAL

L Lapuerta Irigoyen (1), P Guallar Sola (1), A Martínez Fernández (2)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Santa Bárbara. Gerencia Integrada de Soira, (2) Servicio de Urgencias. Hospital Fundación de Calahorra. La Rioja

Palabras claves: TEP, insuficiencia renal, ecocardiografía

Objetivos:

El TEP (trombo embolismo pulmonar) es una enfermedad potencialmente letal. El riesgo de muerte aumenta con la presencia de edad avanzada, insuficiencia renal crónica (IRC) y malignidad entre otras. En pacientes con sospecha de TEP, los signos ecocardiográficos de aumento de la postcarga del ventrículo derecho (VD) son determinantes mayores del pronóstico, cuando no se puede demostrar por método tradicional como es la angioTAC (tomografía axial computerizada).

Material o pacientes y método:

Se analizan 5 pacientes con sospecha de TEP e IRC, no estando ninguno de ellos en diálisis. El protocolo de estudio incluye la evaluación de la probabilidad clínica y ecocardiografía. La angiografía pulmonar no se realizó por contraindicación a la administración de contraste I.V. en cuatro pacientes con IRC, y un quinto por ser alérgico a contrastes yodados. Como criterios ecocardiográficos para diagnóstico de TEP, se utilizó la presencia de dos de los siguientes parámetros: VD con hipocinesia, diámetro telediastólico > 27 mm, abombamiento septal o velocidad de regurgitación tricuspídea $> 2,7$ m/seg.

Resultados:

Tras criterio clínico, analítico y de probabilidad, a los cinco pacientes se les realizó estudio ecocardiográfico, cumpliendo criterios diagnósticos. Los cinco fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos para fibrinólisis. Los pacientes respondieron bien al tratamiento y pudieron ser dados de alta con el diagnóstico de TEP masivo. Tras dos meses del alta, se encuentran en clase funcional I-II llevando todos ellos ACO (anticoagulación oral).

Conclusiones:

El médico de urgencias, es el profesional más capacitado para realizar el correcto diagnóstico y establecer con rapidez el tratamiento adecuado. La precisión diagnóstica de la ecocardiografía, es desconocida por no ser una técnica diagnóstica de primera línea. Se ha manifestado como una herramienta de uso diagnóstico, demostrándose de gran utilidad en pacientes inestables, siendo de especial utilidad en pacientes que precisan estudios tomográficos, y que no admiten la administración de contraste I.V.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-14

DOLOR TORÁCICO DE ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE

JL Sierra Monzón, C Marco López, G Verdejo Muñoz,
J Rubio Gracia, B Sierra Bergua

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: mixoma, dolor torácico, tomografía computarizada

Objetivos:

El dolor torácico es un motivo de consulta muy frecuente en Urgencias. Es necesaria una adecuada anamnesis y exploración para orientar hacia un diagnóstico definitivo, si bien hay patologías infrecuentes que pueden causarlo como el mixoma cardíaco.

Material o pacientes y método:

Mujer de 66 años con antecedentes de HTA y exfumadora. Acude a Urgencias por un primer episodio de opresión centrotorácica, sudoración y disnea súbita con exploración física resulta anodina, ECG con discreta taquicardia pero sin alteraciones de la repolarización. Analítica: dímero D 982, troponina negativa y gasometría arterial normal. Se aplican escalas pretest de riesgo para patología vascular pulmonar y se decide realizar TC torácico en la que se descarta TEP pero se visualiza una masa intraauricular izquierda de 2 cm de diámetro, sospechosa de mixoma. Se realiza ecocardiograma transesofágico confirmando mixoma con base de implantación en tabique interatrial sin condicionar obstrucción al llenado ventricular que justifica la clínica. Se realiza exéresis completa de la tumoración y cinco días después, acude de nuevo a Urgencias por disnea y síntomas de bajo gasto cardíaco, objetivando en ecocardiograma dilatación de ventrículo derecho y derrame pericárdico con signos de taponamiento. Se realiza pericardiocentesis y posteriormente sufre parada cardiorrespiratoria en contexto de alta probabilidad de TEP, falleciendo tras 25 minutos de RCP avanzada.

Resultados:

El mixoma es el tumor cardíaco primario más frecuente, capaz de producir una amplia variedad de síntomas, relacionados con la obstrucción al flujo sanguíneo (como dolor torácico), las alteraciones valvulares, los embolismos a distancia y los síntomas constitucionales. La sospecha diagnóstica se establece mediante pruebas de imagen y se confirma con el estudio anatomopatológico. El tratamiento es la resección quirúrgica, siendo la evolución posterior generalmente favorable, aunque se han descrito casos de arritmias y complicaciones durante el postoperatorio como el caso expuesto.

Conclusiones:

El reto del médico de Urgencias ante los pacientes con dolor torácico, debe ser realizar un pronto y correcto abordaje diagnóstico teniendo en cuenta las causas más frecuentes del mismo pero conociendo que existen causas infrecuentes que pueden causarlo.

A-15

LA ECOSCOPIA EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA ES YA EL PRESENTE DEL URGENCIÓLOGO, SU APRENDIZAJE Y UTILIZACIÓN SE BENEFICIA DE MÚLTIPLES UTILIDADES

P Guallar Sola (1), L Lapuerta Irigoyen (1), A Martínez Fernández (2),
E del Hoyo Peláez (1), LJ Araujo Castellar (1), N Galán Iguacel (1)

(1) Gerencia Integrada de Soria, (2) Fundación Hospital de Calahorra (La Rioja).

Palabras claves: emergency care, ultrasonography, trauma

Objetivos:

La ecoscopia realizada por urgenciólogos se ha ido introduciendo de forma progresiva en los servicios de urgencias gracias a la utilización del protocolo FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma), evaluando la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal, el pericardio y la valoración de hemotórax y neumotórax si se realiza su versión ampliada E-FAST. La ecoscopia debe limitarse a responder preguntas dicotómicas ayudada por protocolos sistemáticos que aparecen en la bibliografía y de las habilidades que se van adquiriendo con la repetición por parte del médico.

Material o pacientes y método:

Paciente varón de 28 años traído a urgencias en ambulancia medicalizada tras accidente de tráfico. Conductor con cinturón sin airbag, salida de la vía con vueltas de campana. Lo encuentran desorientado y amnésico. Tras la primera evaluación, no aprecian inestabilidad hemodinámica. Se aplica collarín cervical, oxígeno, se canaliza vía periférica y se traslada a urgencias del hospital. En urgencias continúa estable, exploración física con hematoma en cuero cabelludo, en órbita derecha y contusión de pared torácica derecha, con ruidos respiratorios normales. Se realiza ecoscopia siguiendo el protocolo E-FAST observando la ausencia de líquido libre abdominal, pericárdico, no hemotórax. En áreas anterosuperiores de hemitórax derecho se aprecia ausencia de deslizamiento pleural, ausencia de líneas B y con ecografía en modo M líneas de la 'extratósfera'. Se realiza Radiografía de tórax portátil donde no se aprecia neumotórax. Ante la evidencia de impacto de alta energía, la sospecha ecoscópica de neumotórax derecho anterior con radiografía normal se decide realizar TC cerebral y torácico, apreciando imagen de contusión pulmonar en LSI y neumotórax anterior en hemitórax derecho

Resultados:

El paciente ingresa en la Unidad de Corta Estancia durante 48 horas permaneciendo estable hemodinámicamente, clínicamente y sin cambios llamativos en pruebas complementarias de control.

Conclusiones:

La introducción de ecoscopia en la exploración física del paciente siguiendo protocolos específicos y avalados por la bibliografía como puede ser el E-FAST, antes de su traslado al servicio de radiología, nos permite anticiparnos a posibles complicaciones que puedan surgir.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

A-16

CONSECUENCIAS DEL ECÓGRAFO EN MANOS DEL URGENCIÓLOGO

C Fuentes Santos, RM Fariña García, ME Renilla Sánchez, R Barros González, D Fernández de Velasco Pérez, S Tabares Rodríguez

Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid

Palabras claves: ecografía, síncope, anemia

Objetivos:

La ecografía es una herramienta diagnóstica que, por su inocuidad y calidad de la información que aporta, se ha ido incorporando a diferentes especialidades. En los últimos años hemos asistido su integración como parte de la batería de técnicas que pueden realizar los médicos de urgencias, siendo de gran ayuda para el manejo del paciente.

Material o pacientes y método:

Primer caso: mujer de 64 años, hipertensa, exfumadora, fibromiálgica. Tratamiento habitual con opioides e hipotensores. Refiere malestar general, astenia y anorexia de días de evolución. El día previo presenta síncope autolimitado sin prodromos. Exploración física sin hallazgos. Segundo caso: varón de 72 años. Fumador de 30 cigarros/día. Úlcera gástrica. No tratamiento habitual. Es traído por síncope estando sentado, sensación de mareo previa, recuperación completa. Exploración física: palidez cutáneo-mucosa, sin otros hallazgos.

Resultados:

Primer caso: electrocardiograma: taquicardia sinusal 100 latidos por minuto, con T negativa anterolateral no conocida. En analítica destacan troponina 1,97 ng/ml y D-Dímero de 4149 ng/ml. Se realiza ecografía en urgencias, objetivándose importante dilatación de cavidades derechas, por lo que se solicita gammagrafía pulmonar, hallándose defectos de perfusión segmentarios bilaterales compatibles con tromboembolismo pulmonar bilateral. Se solicita valoración por UCI, que confirma en ecocardiograma dilatación severa de ventrículo derecho con disfunción sistólica severa (sólo contracción de segmentos basales) y dilatación de vena cava inferior, por lo que ingresan al paciente a su cargo para tratamiento fibrinolítico. Segundo caso: electrocardiograma sin hallazgos. Analítica: Hemoglobina 7,70 g/dl, dímero-D 1170 ng/ml. Gammagrafía pulmonar sin hallazgos. En orina, presenta hematuria microscópica sin datos de infección. Se realiza ecografía por médico de urgencias: lesión exofítica vesical con hidronefrosis izquierda. Ante estos hallazgos se ingresa al paciente para estudio en medicina interna por anemia y sospecha de tumor vesical. Se realiza TAC abdominal que lo confirma, por lo que pasa a cargo de urología para tratamiento específico.

Conclusiones:

La adecuada orientación diagnóstica en Urgencias previene demoras en tratamientos clave. En este sentido, se convierte en obligación de los médicos de urgencias aprender a dominar esta herramienta.

A-17

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA COMO PRUEBA DIAGNÓSTICA PROPIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. DE LA FICCIÓN A LA REALIDAD

P Guallar Sola (1), L Lapuerta Irigoyen (1), A Martínez Fernández (2)

(1) Complejo Hospitalario de Soria, (2) Hospital Fundación de Calahorra. Soria.

Palabras claves: emergence care, ultrasonography, diagnosis

Objetivos:

La ecografía como procedimiento diagnóstico, es una técnica reconocida por su utilidad y está extendida en muchos ámbitos sanitarios. En los pacientes que acuden a los servicios de urgencias, se ha puesto de manifiesto como una exploración rápida, segura, y totalmente incruenta, pudiéndose realizar tantas veces sea preciso, sin precisar desplazamientos a otras dependencias. Pero además la ecografía en manos del urgenciólogo, ha puesto de manifiesto su seguridad y precisión en la orientación diagnóstica. Acorta los tiempos de espera en la toma de decisiones, mejora el flujo de pacientes y facilita que en muchos pacientes se realicen consultas de alta resolución.

Material o pacientes y método:

El Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial de Soria, dispone de ecógrafo propio marca ESAOTE MYLAB 50. Dispone de sonda sectorial cardiaca, sonda convex y sonda lineal. Dos de los facultativos del Servicio, tienen conocimiento específico en ecografía, lo que ha hecho que en los últimos dos años, el número de peticiones al Servicio de Radiodiagnóstico haya disminuido en unas 400 ecografías.

Resultados:

Exponemos como ejemplos diagnósticos realizados por el propio urgenciólogo. Díez procesos que van, desde el neumotórax precoz, derrame pericardico, insuficiencia cardiaca, colecistitis, cólico nefrítico complicado, trombosis venosa profunda, etc., pasando por distintos procesos neoplásicos.

Conclusiones:

La ecografía se ha puesto de manifiesto como un elemento tanto en la orientación como en el diagnóstico, imprescindible en los Servicios de Urgencias. El médico de Urgencias es el profesional mas adecuado para la valoración inicial de las patologías, tanto agudas, como crónicas reagudizadas. En solo unos minutos, se puede diagnosticar muchos procesos agudos que a diario ocupan la actividad de los urgenciólogos. Esta circunstancia da seguridad clínica y diagnóstica, cuando se actúa según protocolos establecidos. Pero esta técnica precisa de un periodo de aprendizaje para conseguir los objetivos establecidos. Por todo ello, abogamos por disponer de ecógrafos en todos los servicios, estableciendo unos niveles de aprendizaje y acreditación de acorde al tipo de actividad asistencial.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-18

DE TRIAJE A TRIAMAR

H Sanmartín Allue, S Bailo Medina, B García Langoyo, D Esteban Lorente, L Grima Campos), E Oliver Valcárcel)
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: triaje, hemodinamica, infarto

Objetivos:

El programa TRIAMAR en Aragón supuso, hasta el año 2014, la estrategia de tratamiento precoz del infarto agudo de miocardio (IAM). El correcto triaje de estos pacientes a su llegada a urgencias, junto con la realización precoz del electrocardiograma (ECG), constituía el primer eslabón en la cadena asistencial de estos pacientes.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, retrospectivo, incluyendo a los pacientes que, durante el año 2014, fueron propuestos a ICP al Servicio de Hemodinámica del Hospital Universitario Miguel Servet, durante las guardias de TRIAMAR, derivados desde urgencias del hospital y descartándose los trasladados en ambulancia medicalizada. Se revisó motivo de consulta y nivel de triaje, según el Sistema Español de Triage (S.E.T.) y destino inicial y final, así como demora en la primera asistencia médica y hasta la realización del primer ECG. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS v.19.

Resultados:

De los 229 pacientes seleccionados inicialmente, 27 cumplieron todos los criterios del estudio. El 85% fueron hombres con una edad media $64,09 \pm 12,36$ y $64,5 \pm 17,48$ en mujeres. Ningún paciente bajó del nivel III (11 %), siendo el más utilizado el nivel II (66.67%). Los motivos de consulta, relacionados con dolor torácico, supusieron el 66,67% de los pacientes, realizándose a todos, antes de 18 minutos, un ECG en triaje. El 74% fueron derivados inicialmente a vitales y de los niveles III derivados a boxes, ninguno superó los 24 minutos de demora en la primera asistencia. El 88% fueron aceptados para ICP primario, siendo efectivamente realizados el 75% de los propuestos. El 85 % continuó el proceso asistencial en una unidad de cuidados intensivos, adscrita mayoritariamente al propio centro (87%).

Conclusiones:

Nuestro estudio objetiva el cumplimiento, por parte de las enfermeras de triaje, de los estándares de calidad propuestos en el SET, así como de los del protocolo, vigente en el hospital, de dolor torácico no traumático en el área de urgencias.

O-19

IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO PROPIO TCE 113:
HACIA UNA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

E Mora Mellado, M Sánchez Álvarez, A López Petchamé
Corporacion Sanitaria Parc Tauli. Sant Fruitos de Bages.

Palabras claves: triaje, traumatismo craneoencefálico, emergencia

Objetivos:

En mayo de 2011 se implantó en el SUH el código TCE propio 113. Se consideró que había cierto tipo de pacientes que requerían de una actuación inmediata por parte de medicina intensiva y neurología que sufrían una cierta demora en la atención especializada al no cumplir los criterios propios del código politraumático 112, al tener un traumatismo craneoencefálico puro. Por ello, se diseñó el código propio TCE 113 activable desde triaje siguiendo un algoritmo que incluye los pacientes con TCE puro cuyo GCS es igual o inferior a 13 y que comprende tanto la valoración inicial, como la exploración por TAC.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo descriptivo porcentual. Base de datos actividad asistencial Iris-View.

Resultados:

En 2013 de activaron 34 códigos TCE 113 desde triaje. Del total anual de visitas, 0.03% es código TCE puro (cada 11 días se activó el código promedio). Perfil del paciente: varón de 62 años (prevalencia con mujeres 2:1). Tiempo medio entrada-activación del código 4 minutos. Tiempo medio estancia en urgencias 12.7 h (1 h 45' los casos más graves) y el destino del paciente es: ingreso (el 40% en UCI), Alta domiciliaria (44.11), alta voluntaria (2.9%) y defunción (8.8%). Etiológicamente destaca solamente un 2.9% por accidente de tráfico mientras que caídas casuales (44.11%) y caídas por efecto de drogas/alcohol (20.58%) son las más frecuentes con lesiones intracraneales asociadas.

Conclusiones:

El código propio TCE 113 supone una mejora del tiempo de atención puerta-diagnóstico al movilizar desde la llegada a los profesionales adecuados (sobre todo neurología) para los pacientes que se incluyen en el algoritmo de actuación. Optimiza de los recursos humanos disponibles y una mayor calidad asistencial para el paciente puesto que el 40% de los ingresos se producen directamente a UCI por lesiones intracraneales importantes en menos de 2 h.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-20

**LA PRESIÓN DE PULSO EN EL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO: SIGNO GUÍA PRECOZ
EN EL RECONOCIMIENTO DEL SHOCK**

E Pastor González, NV González Puebla, MI Sabin Gómez,
MJ García-Ochoa Blanco, JM Bilbao Romero,
P Sánchez Peytavi, MI Casado Flórez

Ayuntamiento de Madrid. Samur-Protección Civil. Madrid.

Palabras claves: advanced trauma life support care, blood pressure determination, mortality

Objetivos:

Los pacientes traumatizados graves reconocidos como tal tras diagnóstico hospitalario, son objeto de estudio para interpretar signos iniciales predictivos de dicha gravedad. Entre estos signos objetivos cabe destacar la disminución de la presión de pulso, fundamentalmente valores inferiores a 25 mm Hg. Según referencias bibliográficas, dicha presión de pulso se vería disminuida en estadios iniciales de shock, siendo el límite establecido shock tipo 2

Material o pacientes y método:

Estudio observacional analítico. Revisión de historias clínicas. Ámbito: servicio de emergencias extrahospitalarias ciudad de Madrid. Período: 2009-2014. Inclusión: pacientes traumatizados graves con ISS >3 en extremidad-pelvis ósea y abdomen-pelvis. Exclusión: pacientes quemados. Variables: demográficas, hemodinámicas, clínicas, variable resultado mortalidad a las 6 horas. Estadística: cuantitativas (centrales y de dispersión), cualitativas (porcentajes), contraste de hipótesis: t student y para determinar el punto de corte de mejor especificidad y sensibilidad asociado al resultado se dibujaron curva ROC. $p < 0,05$. Procesamiento de datos: excel, access, SPSS v 17.0.

Resultados:

Población 441 paciente. Mediana de edad 37 años (IQR 25-49). Sexo: 72,3%(319) varones. Sin diferencias entre edad y sexo $p > 0,05$. Mortalidad de 13,8% (61) La TA sistólica <100 39,9%(176) se asocia con mortalidad $p < 0,0001$. El 11,3% (50) presentan presión de pulso < 25 mmHg. Asociados a mortalidad $p = 0,031$. El 6% (7) pacientes con TA sistólica >100 presentan presión de pulso < 25 mmHg. El punto de corte de presión de pulso 25 mmHg presenta una sensibilidad de 23% y una especificidad de 89%

Conclusiones:

Tras realización del estudio podemos concluir que la disminución de presión de pulso por debajo de 25 mm Hg es un indicador precoz de mortalidad muy específico en pacientes de origen traumático. Esto refleja una vez más la importancia de la valoración y la observación minuciosa de las constantes vitales iniciales en el paciente crítico.

O-21

**ANÁLISIS DE LA RECUPERACIÓN AD-INTEGRUM DE
LA PCR CON RESPECTO A LOS CAMBIOS EN LAS
RECOMENDACIONES, LOS TIEMPOS DE RESPUESTA Y
LAS MANIOBRAS REALIZADAS POR DEMANDANTE**

C Torres Gómez de Cádiz, D González Rodríguez,
MC Castillo Ruiz de Apodaca, T González Vila, JJ Giménez
Mediavilla, R Tofiño Pajares, J Gajate Cano

Samur-Protección Civil Ciudad de Madrid. Madrid.

Palabras claves: paro cardíaco extrahospitalario, resucitación cardiopulmonar, supervivencia sin enfermedad

Objetivos:

Los SEM hemos ido adaptando nuestra forma de trabajo en ciclos de 5 años, apoyados en la evidencia científica que la actualización de las guías de RCP, orientadas a la mejora de la recuperación sin secuelas de los pacientes en PCR. En SAMUR-PC modificamos nuestros procedimientos con respecto a las recomendaciones de la American Heart Association.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo. Inclusión: PCR no presenciadas recuperadas. Ámbito: SAMUR-PC. Período: 2006-2013. Revisión de base de datos, en especial aquellas que han sido recuperadas con las facultades ad-integrum (CPC I – II).

Resultados:

Dos grandes bloques (2006-2010 / 2011-2013) observamos en el primer bloque un 15,59% de bajada en los tiempos de respuesta no se corresponde en magnitud con la mejoría de un 3,02% en los casos recuperados *ad-integrum*, con una intervención por parte del alertante de apenas el 20% (dato 2007). Observamos en el segundo bloque, mientras que los tiempos de respuesta han empeorado ligeramente (+1,17% respecto a 2010), la mejora de la recuperación *ad-integrum* ha aumentado significativamente (+6.19% respecto a 2010), así como la participación del demandante en las maniobras iniciales (más del 50% en 2012).

Conclusiones:

Creemos que existen indicios que apuntan a una mejora de la supervivencia neurológica con las recomendaciones de 2010 frente a las de 2005 (con todo lo que implican en cuanto a masaje, desfibrilación, soporte vital avanzado y post-resucitación), ya que en el cambio de recomendaciones (octubre de 2010) coincide con un crecimiento significativo de la recuperación *ad-integrum* con un ligero aumento en los tiempos de respuesta y con una gran elevación de RCP por alertante. Habría que considerar, además, la inclusión de la RCP de calidad con el QCPR de Phillips y del procedimiento de hipotermia a partir del 2010, lo que podría haber colaborado en la mejora de la supervivencia. Otro dato importante es el uso habitual del DEA en las USVB.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-22

FIABILIDAD DEL SISTEMA DE ASISTENCIA AL TRIAJE 3M TAS Y EL SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE (SET)

R Sánchez Bermejo, R Sánchez Bermejo, CJ Rodríguez Blanco, M López Sánchez-Elez, R Timón López, E Jiménez Luján, R Fernández Bordallo

Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina.

Palabras claves: triaje, fiabilidad, enfermería

Objetivos:

El sistema de asistencia al triaje (3M TAS) es un triaje denominado avanzado, basado en algoritmos de decisión en los que se incluyen las constantes vitales como parámetros obligatorios dentro del algoritmo de decisión del programa, en el que además, se sugieren tanto decisiones clínicas y farmacológicas, como peticiones de pruebas complementarias, de manera consensuada con las evidencias clínicas,

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de cohortes prospectivo que incluyó 3.379 episodios filiados en un Servicio de Urgencias Hospitalario de un Hospital General de 9-22 h entre 24 de marzo y el 30 de abril de 2014. Los pacientes fueron clasificados de forma simultánea por una enfermera asistencial mediante el programa de ayuda al triaje SET-MAT y una enfermera de investigación mediante el 3M TAS. Se recogieron variables demográficas, el motivo de consulta y los niveles de gravedad. Las variables resultado para la validez fueron el consumo de recursos, el tiempo de estancia en urgencias, la hospitalización y para la fiabilidad fue la comparación con un estándar de referencia establecido por un experto.

Resultados:

Hemos analizado una muestra de 3379 urgencias. El índice de concordancia entre 3M TAS y profesional experto se ha obtenido con Kappa ponderado cuadrático 0,90 y entre 3M TAS y SET-MAT se ha obtenido con kappa ponderado cuadrático 0,26.

Conclusiones:

Podemos concluir que el sistema de asistencia al triaje 3M TAS presenta una concordancia respecto al grupo control de profesionales expertos, demostrando por tanto una alta fiabilidad, similar a otros estudios publicados, sin embargo dicha concordancia se ve mermada con la comparación entre 3M TAS y SET-MAT. En cuanto a la validez decir que no existe un "gold estándar" en cuanto a los criterios a valorar, pero a pesar de ello observamos una fuerte asociación en cuanto al consumo de recursos y el nivel de prioridad, si bien es cierto que consideramos que puede depender de la idiosincrasia del centro.

O-23

TÉCNICAS SANITARIAS FRENTE A ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA: ¿UNA REALIDAD?

MC Castillo Ruiz de Apodaca, D González Rodríguez, JJ Giménez Mediavilla, C Torres Gómez de Cádiz, T González Vila, R Tofiño Pajares, I Fernández López

Samur Protección Civil Ciudad de Madrid. Madrid.

Palabras claves: Ebola virus, cateterización, intubación intratraqueal

Objetivos:

La enfermedad por virus Ébola (EVE), ha incrementado el uso de equipos de protección individual (EPI). Para estabilización y tratamiento de pacientes con EVE, es necesario realizar técnicas sanitarias, portando EPIs adecuados. Los problemas encontrados son:

- Alteración de visibilidad por pérdida de campo de visión que produce la máscara.
- Dificultad en el manejo de técnicas finas por disminución de tacto con guantes. ¿Es factible que personal entrenado no habituado en el uso de estos equipos pueda realizar técnicas sanitarias?

Material o pacientes y método:

Se escogen dos grupos de personas: - Grupo A: 30 trabajadores de SAMUR-PC habituado al uso de EPIs - Grupo B: 36 trabajadores de los hospitales Clínico, la Paz y Alcorcón que nunca han usado un EPI de estas características. Ambos grupos realizan habitualmente diferentes técnicas sanitarias, valoraremos el tiempo empleado en su realización con y sin EPI. Comparamos las medias de los tiempos empleados en realización de técnicas con EPI en personal SAMUR habituado al uso y el resto de grupos.

Resultados:

- Carga medicación, habituado: 38,93 segundos. No habituado: 40,96 segundos. $p=0,525$. - Oxigenoterapia, habituado: 23,93 segundos. No habituado: 20,66 segundos. $p=0,202$. - Monitorización (EKG miembros y pulsioximetría), habituado: 179,33 segundos. No

Conclusiones:

Cualquier personal entrenado en realizar técnicas sanitarias es capaz de hacerlas portando EPI, estando habituado a su uso o no, sin existir diferencia significativa en el tiempo empleado entre ambos grupos. El manejo de material cortopunzante entraña grave riesgo en su manipulación por posible rotura del EPI, por lo que ciertas técnicas no son recomendables (venopunción).

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-24

¿HACIA UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS?

S Garcés Horna (1), H San Martín Allué (1), V Garcés Horna (2), B García Langoyo (1)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet, (2) H. Universitario Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: semicríticos, urgencias, cuidados intermedios

Objetivos:

Las unidades de semicríticos o de alta dependencia, suponen un paso, bidireccional, en muchos casos, entre las unidades de cuidados intensivos (UCI) y urgencias. El Hospital Universitario Miguel Servet atendió, durante el 2014, 21527 pacientes en sus salas de observación siendo 481 clasificados como semicríticos.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de los pacientes ingresados en la sala de observación en modalidad de semicrítico. Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS v.20.0.

Resultados:

En la muestra, los hombres fueron más jóvenes que las mujeres, objetivando diferencias significativas ($72,23 \pm 15,92 / 79,37 \pm 14,24$, $p=0,000$). Siendo una razón de 1,02:1 hombres respecto a mujeres. En cuanto al nivel de triaje, mediante Sistema Español de Triage, el nivel más frecuente fue el II con un 78,79%. Un 83,2% de los pacientes resultaron ingresados, siendo los servicios de Medicina Interna y Cardiología los que asumieron el 51,5 %. En cuanto al tiempo de permanencia en las salas, la media para pacientes en observación fue de 22:06 horas y para los ingresados de 46:49. El menor tiempo se registró en los servicios con dispositivos de monitorización, Sangrantes, 6:01 y UCIS, 4:44, 9:06 y 11:39. Se pudieron altar a domicilio el 6,4 % y fallecieron el 5,4%. Las patologías cardíacas y neumológicas supusieron el 60,3 % de los casos, destacando entre ellas, los diagnósticos de Insuficiencia Cardíaca (CIE9 428) con un 36,8% e Insuficiencia Respiratoria aguda y crónica (CIE9 518.84) con el 23,5%.

Conclusiones:

Ante la falta de criterios objetivos utilizados para definir el paciente semicrítico, nuestro análisis demuestra una infrutilización de esta modalidad de ingreso en la sala de observación. Los resultados demuestran una gran diferencia en edad respecto a sexos y objetiva una disminución en horas de permanencia en salas, ante ingresos en servicios dotados de telemetría. La creación de una unidad de semicríticos dentro del servicio de urgencias supondría una mejora en la calidad asistencial, una descarga de las unidades de críticos y consecuentemente una eficiencia demostrada.

P-25

STOP A LA CONTAMINACIÓN. OPTIMIZACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS MEDIANTE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

MP Sánchez Hernández (1), L López Romero (2), S Gutiérrez Magdalena (3), C Moreno Gustrán (3), E Rangil Gil (3), C Aspiroz Sancho (4), MA Vásquez Martínez (5)

(1) Hospital Royo Villanova, Urgencias, (2) DUE, Urgencias, HRV, (3) DUE, Urgencias, Hrv, (4) Adjunta, Microbiología, HRV, (5) Residente 4, Microbiología, HUMS. Zaragoza.

Palabras claves: hemocultivo, contaminación, intervención

Objetivos:

El hemocultivo es una técnica con elevado porcentaje de extracción en Urgencias. La contaminación de muestras es mayor comparando con otros servicios, existe una importante rotación de personal y la elevada presión asistencial, aumenta el riesgo de técnica incorrecta.

Material o pacientes y método:

En octubre de 2003 se inició la intervención liderada por y dirigida al personal de enfermería de Urgencias del Hospital Royo Villanova. Consistió en: 1. Participación en sesiones informativas sobre hemocultivos y su importancia en procesos tiempo dependiente como la sepsis. 2. Introducción de medidas de mejora: técnica aséptica y cambio de antiséptico. 3. Estudio observacional transversal por medio de encuesta anónima. 4. Póster informativo de la técnica. 5. Análisis de resultados de un año pre y otro post intervención.

Resultados:

La encuesta fue cumplimentada por el 60% de la plantilla. El 79% realizaba la limpieza de piel según los antisépticos definidos en la intervención de mejora, el 32% esperaba los tiempos de secado del antiséptico, el 43% realizaba la técnica de forma aséptica, el 90% sabía que los hemocultivos están protocolizados dentro del perfil sepsis y el 53% realizaba una técnica correcta para optimizar resultados. Resultados del análisis: 2/3 de los hemocultivos del HRV proceden de Urgencias. Las contaminaciones han disminuido post intervención de forma significativa en un 5% (pasando del 12% al 7%) y en un 14% las producidas por gérmenes de la piel que necesitaron estudio microbiológico.

Conclusiones:

Tanto la participación en la encuesta como la aceptación y puesta en marcha de las medidas de mejora son elevadas, posiblemente por la mayor concienciación respecto a la importancia del hemocultivo. Se confirma que la mayoría de los hemocultivos del hospital proceden de Urgencias y que las medidas de mejora han disminuido las contaminaciones considerablemente, en especial las producidas por gérmenes de la piel. La carga de trabajo, la rotación de personal y la conciencia de revisión de indicación del hemocultivo, podrían justificar la necesidad de elaboración y cumplimiento del protocolo de extracción de hemocultivos con la finalidad de optimizar resultados.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-26

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA CORRECTA INDICACIÓN DE LA CANULACIÓN DE VÍAS PERIFÉRICAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

C Vila Martín, I Iturrioz Núñez, L Sánchez Sanz, MC Ros Madoz, E Gómez Herrero, S Martín Pérez

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Palabras claves: vía periférica, adecuación, canulación

Objetivos:

La canulación de vía periférica (VP) es una práctica habitual en Servicios de Urgencias (SU), suele ser la vía de elección debido a la rapidez y eficacia. Diversos estudios señalan que se ha convertido en una práctica rutinaria más que en una adecuación real de la necesidad. Una mejor valoración puede conllevar la canulación de un número menor de VP, reduciendo posibles complicaciones inherentes (flebitis, extravasaciones, incomodidad, etc.) al procedimiento y disminuyendo costes asociados.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo desarrollado en el SU de un Hospital Universitario. Periodo comprendido entre Enero y Marzo de 2011. Muestreo de conveniencia, seleccionando todos los pacientes que acudieron al SU. Se recogieron datos sobre: canulación o no de VP, uso o no de vía, nivel de triaje y motivo de consulta, a través del sistema informático.

Resultados:

Acudieron a Urgencias un total de 2240 pacientes, a 1723 no se les canuló VP, mientras que a 517 sí se les canuló, de estos en 163 no se utilizó la VP (31,53%). Nivel de triaje, del total de pacientes: nivel 1 se utilizó en 60%, no se canuló en 13,3%. Nivel 2 se utilizó en 51,6%, no se canuló 24,2%. Nivel 3 se utilizó 37,9%, no se canuló en 49,1%. Nivel 4 se utilizó 9,2%, no se canuló en 85,5%. Motivo de consulta (6 motivos de mayor uso de VP): Cefalea: uso en 47,6%, no canulación 47,6%. Proceso gastrointestinal uso 51,4%, no canulación 37,8%. Fiebre: uso 51,2%, no canulación 36,6%. Dolor abdominal: uso 41,8%, no canulación 36,6%. Dolor osteomuscular: uso 6,7%, no canulación 90,7%. Disnea: uso 48,6%, no canulación 31,94%.

Conclusiones:

El nivel de triaje orienta hacia la indicación de canulación de VP o no. Se observa que a mayor prioridad de triaje mayor porcentaje de canulación y uso. De los motivos de consulta sólo resulta predictiva la canulación de VP en procesos gastrointestinales y fiebre. Este estudio puede llevar a la elaboración de un protocolo sobre la canulación de VP.

P-27

LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS

MI Ríos Rísquez (1), EA Sabuco Tebar (1), G Mateo Perea (2), F Martínez Cano (1), E Lozano Alguacil (2)

(1) Hospital Morales Meseguer. Murcia,

(2) Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Palabras claves: enfermería de urgencias, satisfacción del paciente, atención de enfermería

Objetivos:

La atención de enfermería constituye un indicador relevante de la calidad ofrecida por las instituciones sanitarias.

Material o pacientes y método:

la muestra estuvo formada por 292 pacientes del servicio de Urgencias de dos Hospitales Generales Universitarios la Región de Murcia. Estos pacientes fueron seleccionados de forma aleatoria mediante el programa informático EPIDAT de entre los usuarios que ingresaron en dichos centros asistenciales procediendo del servicio de Urgencias. Instrumentos de evaluación: se empleó la escala de satisfacción del usuario LOPSS-12, traducción y validación española de la versión original (La Monica et al., 1986) realizada por Cabrero et al. (1990).

Resultados:

Se registró una satisfacción global media de $2,46 \pm 0,85$. Los aspectos de la atención de enfermería más valorados por los usuarios encuestados fueron la rapidez en acudir a sus llamadas ($1,94 \pm 1,64$) y la paciencia mostrada por los profesionales ($2,02 \pm 1,40$). En cambio, las facetas del cuidado menos valoradas fueron la posibilidad de poder compartir los sentimientos y emociones con los profesionales ($3,90 \pm 1,37$) y la participación del paciente en sus planes de cuidados ($3,38 \pm 1,21$). El tiempo de estancia en la sala de observación de Urgencias se asoció de forma significativa con la satisfacción global registrada, de manera que a mayor tiempo de estancia, mayor insatisfacción expresaban los usuarios ($r=0,145$, $p<.05$). Ninguna de las variables sociodemográficas y de autopercepción de salud contempladas en el estudio registró asociación significativa con los niveles de satisfacción observados.

Conclusiones:

Este estudio registró una satisfacción media-alta del usuario con la atención de enfermería en el Servicio de Urgencias. Además, el tiempo de estancia en observación previo al ingreso del usuario en la planta de hospitalización se mostró asociado con la satisfacción global observada. Existen aspectos del cuidado enfermero que requieren de estrategias de mejora, como son la comunicación y apoyo emocional al paciente así como el dotarle de una mayor participación en su plan de cuidados a lo largo de su estancia en el servicio de urgencias.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-28

INFORMATIZACIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

I Martínez Sánchez, MC García Reyes, C Prats Segú,
M Rodríguez Jarillo, R Cabello Velarde, JM Ruiz Garrido,
M Ribas Giménez

Fundació Hospital Esperit Sant. Sant Adria del Besos.

Palabras claves: informatización, urgencias, registros de enfermería

Objetivos:

La introducción de las nuevas TIC's referidas al ámbito sanitario ha determinado la adaptación de la atención prestada a los pacientes. La dinámica del trabajo de enfermería en urgencias supone una dificultad en el registro de sus actividades. Con la implantación del nuevo Plan de sistemas adoptado por el hospital, en el que la historia clínica electrónica (HCE) es común para todos los profesionales, enfermería ha adaptado todos sus registros al nuevo sistema informático. El proceso se ha llevado a cabo liderado por un grupo de enfermeras expertas en urgencias que han sido capaces de transmitir las mejoras detectadas por el resto de profesionales.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado un estudio retrospectivo observacional y transversal recogiendo datos sobre recursos requeridos para la formación reflejado en número de horas y personal que realizó formación individual y grupal. Se ha analizado la actividad del servicio de urgencias durante un período de tres meses contabilizando el número de urgencias, el número de registros de enfermería y su topología.

Resultados:

Se formaron el 100% de enfermeras del servicio de urgencias hospitalarias (SHU), un 94% recibieron formación colectiva y un 6 % precisaron formación individual. Se invirtieron una media de 13 horas por profesional. De los 15.341 pacientes registrados en el durante un período de tres meses, el 98.74% tienen registro informatizado de enfermería. De todos los pacientes atendidos por enfermería el 100% tienen registro de Triage, 73.35% Registro simplificado, 7.43% Procedimientos de enfermería y un 6.36% de Área de observación.

Conclusiones:

La informatización integral de un SUH ha requerido un gran esfuerzo de adaptación y consenso de todos los profesionales de enfermería. Ha contribuido a mejorar la seguridad del paciente disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica, unificando el lenguaje y los procedimientos enfermeros evitando errores de transcripción y legibilidad. Ha facilitado el acceso inmediato a la historia del paciente, conservando la confidencialidad así como la posibilidad de análisis de datos para futuros proyectos de investigación.

P-29

ADECUACIÓN DE LAS VÍAS PERIFÉRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

A Revert Cogollos (1), M Cuenca Torres (1), MJ Esquer Pe (1),
M Romay Casany (1), P Garmilla Ezquerria (2), JM Zacaes Sala
(1), P García Bermejo (1)

(1) Hospital de La Ribera, (2) Hospital Marques de Valdecilla.
Alberic.

Palabras claves: adecuación, catéter, urgencias

Objetivos:

La utilización de catéteres intravenosos es una de las prácticas más frecuentemente realizadas por el personal sanitario. Entre sus ventajas podemos citar la sencillez de su colocación y el gran volumen que se puede administrar en poco tiempo. Sin embargo, esta práctica no está exenta de complicaciones. Los sistemas intravenosos proporcionan una ruta potencial para que entren microorganismos en el sistema vascular, pudiendo ocasionar desde una flebitis hasta un cuadro de sepsis grave. En el ámbito del Servicio de Urgencias se utiliza este dispositivo para la administración de fármacos, fluidos, hemoderivados, etc. Los catéteres se canalizan en la mayoría de los pacientes, sin embargo se ha observado que en muchas ocasiones las vías canalizadas no son empleadas.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias Hospitalarias en el mes de mayo de 2013 triadas con prioridades amarillas y verdes a las que se les canalizó una vía periférica.

Resultados:

Se incluyeron un total de 1.206 pacientes en su mayoría mujeres con una edad media de 59 años, clasificados en un elevado porcentaje con prioridad verde que acudieron principalmente por signos síntomas y estados mal definidos. Se canalizaron vías en el 86% de los pacientes. Un tercio de las mismas no se utilizaron. El uso mayoritario de las vías canalizadas fue la administración de fármacos. La totalidad de los mismos disponían vías alternativas de administración. El impacto económico de las vías no canalizadas en el mes de estudio fue de 1.402,98€ lo que supondría un gasto aproximado anual de 17.411,41€.

Conclusiones:

Una tercera parte de las vías canalizadas no son empleadas. El uso mayoritario de las mismas fue la administración de fármacos que poseen otras vías de acceso al organismo. El impacto económico de las vías no canalizadas fue considerable en relación a los costes directos derivados de los recursos materiales y humanos empleados.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-30

ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN EL TRIAJE DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Y Jiménez Cortés, AB Rueda García, A Prieto Molina,
P Cañamero Benavides, LP Marcos Herrero,
M Enríquez de Luna

Hospital Costa del Sol. Marbella.

Palabras claves: práctica avanzada, triaje, urgencias

Objetivos:

En la Agencia Sanitaria Costa del Sol elabora la competencia específica de Enfermería de Práctica Avanzada (E.P.A) dentro del mapa competencial de enfermería de urgencias, englobando procedimientos preferentes y factor/tiempo: *Circuitos Preferentes: Código Ictus, Código Sepsis, Dolor Torácico y Trauma Grave. *Subcircuitos: Derivación consultas especialidades, vulnerabilidad y activación de Gestión de casos (malos tratos y transeúntes). *Prácticas Avanzadas: manejo del dolor agudo (adultos), hipertermia (niños), solicitud de pruebas radiológicas (trauma menor) y muestras biotecnológicas. Su puesta en marcha garantiza el aumento de la Calidad Asistencial, Seguridad y Desarrollo profesional.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la Agencia Sanitaria Costa del Sol en el servicio de urgencias desde su implantación hasta final de 2013. -La Competencia E.P.A se elabora en 2012 en base a las directrices del resto de competencias técnicas de enfermería. - En abril del 2013 se implanta previa formación acreditada impartida por personal de la unidad experto en la materia. - Se establecen tres Niveles en el Desarrollo competencial determinados por una o varias Buenas Prácticas, las cuales llevan asociadas una Evidencia y éstas las Pruebas que determinarán los ítems evaluables: - Evaluación in situ. - Autoauditorías. - Informe de búsqueda de resultados/mejoras objetivas. - El desarrollo de la competencia está incluido en los objetivos operativos de la unidad y será función del enfermero responsable de triaje. - Los enfermeros con antigüedad mayor a cinco años en la unidad parten del Nivel II. - Anualmente podrán mantener o subir el Nivel según las evidencias superadas. - Tras tres años todos los profesionales deberán haber adquirido el nivel II.

Resultados:

Personal de enfermería formada: 98%. Competencia adquirida en nivel II: 75%. Nº de urgencias atendidas en 2013: 107.209. Porcentaje activación: 15,89%.

Conclusiones:

La activación de circuitos/procedimientos adecuados aumenta la calidad asistencial, satisfacción del usuario y optimización de recursos. Los enfermeros desarrollan habilidades.

P-31

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO PSIQUIÁTRICO INFANTIL

B de la Oliva Delgado, E Pastor González,
MJ García-Ochoa Blanco

Samur Pc. Madrid.

Palabras claves: diagnóstico enfermería, servicio emergencia psiquiátrica, psiquiatría infantil

Objetivos:

Aunque las urgencias psiquiátricas verdaderas en pediatría son poco frecuentes, un número elevado de niños consultan los servicios de urgencias por presentar síntomas o signos atribuibles a patologías de la esfera psicológica. En los Servicios de Emergencias se inicia valoración e identificación de muchos de estos trastornos.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo. Revisión historias clínicas. Ámbito: Servicio Emergencias Extrahospitalarias vía publica Madrid. Periodo: 2013. Inclusión: niños 0 -18 años que precisaron asistencia de Soporte vital avanzado (SVA) por patología psiquiátrica. Variables: Demográficas, antecedentes clínicos, tratamiento previo, clínica, fármacos utilizados y vía de administración. Estadística: cuantitativas medidas posición, dispersión, cualitativas frecuencia absoluta y relativa contraste de hipótesis comparación de medias y chi cuadrado $p < 0.05$ Excel, Access y SPSS v 17.0. Confidencialidad datos

Resultados:

3477 pacientes psiquiátricos, el 6,96% (242) son pediátricos Mediana de edad 16 años (IQR 13-17) 57,9 % (140) son mujeres, sin significación entre edad y sexo Antecedentes: trastornos conducta 18,2% (44), depresión 5% (12) y epilepsia 2,9% (7). Tratamiento previo: ansiolíticos 6,6% (16), antipsicóticos 6,2% (15), antiepilépticos 5,8% (14) y antidepresivos 4,5% (11), sin diferencias estadísticas entre tratamiento previo y edad. Clínica: agitación psicomotriz 15,3% (37) ideación y/o intento autolítico 12,40% (30). Precisa medicación 11,2 % (27), fármaco administrado Lorazepam 9,1% (22). vía administración sublingual 10% (25) Traslado hospitalario 41,3 % (100). 26% (63) de intervenciones se realizan entre Octubre y Noviembre, en 24% (58) en colegios. Diagnóstico prehospitalario: ansiedad en 67,4 % (163).

Conclusiones:

7 de cada 100 atenciones por patología psiquiátricas realizadas en SVA son pediátricos El perfil mas característico del estudio es mujer entre 13 y 17 años, diagnosticada de crisis de ansiedad con tratamiento ansiolítico de base, que presenta agitación psicomotriz, no precisando traslado hospitalario y resolviéndose con benzodiacepina sublingual .El suceso ocurre en el colegio durante el inicio del curso escolar. Podemos deducir que nues-

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

tros pacientes presentan principalmente un diagnóstico NANDA (00146) de Ansiedad, realizando las siguientes intervenciones de enfermería: Escucha activa (NIC4920), disminución de la ansiedad (NIC 5820), apoyo emocional (NIC5270) y en menor medida administración de medicación (NIC2300).

P-32

CONTAMINACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS: EVOLUCIÓN DE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

M Martínez Lázaro, JM Mòdol Deltell, M Giménez Pérez,
LI García Vidal, P Tudela Hita, A Carreres Molas
Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Palabras claves: contaminación, hemocultivos, urgencias

Objetivos:

La contaminación de los hemocultivos repercute en la dinámica hospitalaria y suele obligar a la toma de nuevas muestras difiriendo el alta del enfermo. La mayoría de hemocultivos se extrae en Urgencias.

Material o pacientes y método:

- Lugar: Urgencias de un Hospital universitario de 600 camas que atiende 100.000 urgencias/año y donde se extraen 4700 hemocultivos/año. - Periodos: A (1995-2001): sin medidas, B (2002-2010): medidas discontinuas (revisión del protocolo, gradilla de e

Resultados:

- Periodo A: 101.330 urgencias/año, 10,5% hemocultivos contaminados, - Periodo B: 111.601 urgencias/año, 245,2 hemocultivos/1.000 urgencias, 6,3% hemocultivos contaminados. Durante la implantación de medidas (2002-2007) 3,4-5,5%, posteriormente 7-9%, -P

Conclusiones:

- La contaminación de los hemocultivos extraídos en urgencias parece tener más relación con la inexperiencia de enfermería que con la saturación de urgencias
- La cumplimentación de un formulario, que identifica al extractor y mantiene el nivel de alerta.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-33

ASISTENCIA POR CONSUMO DE OPIÁCEOS POR UNIDADES DE SOPORTE VITAL BÁSICO

T González Vila (1), Mc Castillo Ruiz de Apodaca (1), D González Rodríguez (1), C Torres Gómez De Cadiz (2), JJ Giménez Mediavilla (1), J Gajate Cano (1), I Fernández López (1)

Samur - Protección Civil. Madrid.

Palabras claves: heroína, consumidores de drogas, hospitalización

Objetivos:

La "heroína" es un derivado opiáceo extremadamente adictivo cuyo consumo inyectado causó una elevada mortalidad en España en las décadas de los 70, 80 y principios de los 90. Las estadísticas del Observatorio Español sobre Drogas existe un repunte de consumo de esta sustancia por vía inhalatoria.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo. Revisión base datos e historias clínicas. Ámbito: Servicio Emergencias Extrahospitalarias vía pública ciudad Madrid. Periodo 2006-2014. Inclusión: Pacientes que precisaron asistencia de SVB por consumo de drogas. Variables: Demográficas, codificación patológica, traslado, valoración por SVA(suporte vital avanzado) y evolución. Estadísticas: cuantitativas, medidas de posición, dispersión, cualitativas, frecuencias absolutas y relativas. Excel, Access y SPSS v.17.0. Confidencialidad datos.

Resultados:

773 pacientes. Mediana de edad de 30 años (IQR 23-38). El 74.6% (577) hombres. Sin significación estadística entre edad y sexo. La codificación por SVB se distribuye 23%(178) cocaína, 4%(31) heroína, 73% (564) por drogas de abuso sin especificar tipo. Traslados hospitalarios 66.1% (263). Se solicitan Unidad de Soporte Vital Avanzado en el 48.5% (375) de estos el 55.7% (209) son trasladados al hospital por dichas unidades, de los cuales 4% (38) precisan preaviso hospitalario. Del total de pacientes preavisados a las 6 h el 3.9% (30) permanecen ingresados. Del total de atenciones por SVA el 2.6% (20) son codificados como intoxicación por heroína.

Conclusiones:

El perfil del paciente es un varón de 30 años consumidor de drogas de abuso (sin especificar tipo) que precisa traslado a centro hospitalario. Observamos que casi la mitad de estos pacientes precisan atención médica *in situ* siendo trasladados con extrema gravedad 38 pacientes. Son pacientes que por sus circunstancias socio-sanitarias requieren una atención inmediata con traslado hospitalario presentando una buena evolución en el tiempo. A pesar de lo reflejado en la bibliografía, no existe un repunte en nuestro estudio del consumo de heroína en la actualidad destacando pico incidencia en 2008 y disminución notable en 2013-2014. La atención es realizada por personal voluntario con la categoría de técnico de emergencias, destacar que dentro de estos profesionales hay personal médico y enfermero.

P-34

AGRESIÓN EN EL CONTEXTO DEL POLICONTUSIONADO/POLITRAUMATIZADO

Y Sánchez Vicente (1), S Garcés Horna (2), S Ríos Pérez (2), Y Muñoz González (2), MP Bernal Sebastián (2), A Marcos Iñiguez (2)

(1) H.U. Royo Villanova, (2) H. U. Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: agresión, politraumatizado, policontusionado

Objetivos:

Se define como politraumatizado a todo individuo que sufre traumatismos de múltiples órganos y sistemas corporales, algunos de los cuales pueden comportar un riesgo para el accidentado, siendo grandes los de morbilidad y mortalidad. Los politraumatismos son una patología de una alta incidencia. En la actualidad, los traumatismos representan en occidente la principal causa de muerte en menores de 40 años, la tercera en la población general y el 55% de mortalidad en niños menores de 5 años. En España los accidentes de tráfico, los accidentes laborales, el trauma en el anciano y las agresiones son la principal causa de estos traumatismos. Las agresiones se comportan con un perfil a definir bajo el análisis demográfico, temporal y características del tratamiento. Podemos estudiarlas y observar las pautas más comunes en ellas.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de los pacientes que acudieron a urgencias durante el periodo de un año (2014), con diagnósticos politraumatizado y policontusionado con el tipo de consulta Agresión.

Resultados:

El número total de pacientes atendidos en traumatología fueron de 32965, siendo 698 policontusionados y 46 politraumatizados. El 13,57% de estos fueron agresiones (n=101 casos), entre las cuales 58 fueron hombres y 43 mujeres. La edad media para hombres fue 35,30 (DT 12,32) y para mujeres 35,90 (DT 16,6), siendo estadísticamente significativo, $p=0,047$. El nivel de prioridad con mayor porcentaje en Triage SET fue el nivel III, cumpliendo los estándares de tiempos. En cuanto a técnicas de enfermería y pruebas complementarias en el 85,1% se pidieron rayos, las constantes fueron tomadas en el 60% de los casos, incluyendo Glasgow. El mayor número de agresiones se atendieron el sábado. Fueron altas a domicilio el 95% y alta voluntaria el 5%.

Conclusiones:

Observamos que la edad en las agresiones es una población joven y que ocurren con mayor índice el fin de semana. Los politraumatizados-policontusionados precisan tratamientos multidisciplinares, donde el papel de enfermería cobra relevancia en la toma de constantes, escala de Glasgow, y diferentes curas.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-35

FIBRINÓLISIS EN EL ICTUS ISQUÉMICO EN URGENCIAS

D Santos Jiménez, C Palet Steegmann, F Arasa Alegre, S Escoda Junoy, C Casanovas Cuéllar, JM Mòdol Deltell

Hospital Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona, Barcelona

Palabras claves: fibrinólisis, ictus, urgencias

Objetivos:

La administración intravenosa de un agente fibrinolítico es un tratamiento fundamental en el ictus isquémico. Se recomienda que éste se administre en las primeras 6 horas desde el inicio de los síntomas. En marzo de 2014 se implantó en nuestro centro el protocolo FASTROKE con el fin de recortar el tiempo puerta-aguja (desde la llegada del paciente al hospital hasta el inicio del tratamiento fibrinolítico). Éste protocolo implica entre otros el preaviso de los profesionales, la determinación rápida del INR y el inicio del tratamiento en un box de semicríticos de urgencias (SCU), en lugar de en la unidad de ictus, y comporta la formación específica del personal de enfermería de urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo donde se incluyen todos los pacientes con código ictus atendidos en SCU de un hospital universitario de alta tecnología durante el periodo marzo 2014-diciembre 2014. La enfermera responsable recoge las siguientes variables: edad, género, tiempos puerta-aguja y de estancia en SCU, práctica de fibrinólisis y complicaciones.

Resultados:

Se han atendido 100 pacientes que corresponden a 58 varones y 42 mujeres, con una edad media de 68 años (DE 14). Se ha administrado fibrinólisis a 36 (36%) de ellos. El tiempo medio puerta-aguja ha sido de 36', con 70% de ellas administradas en los primeros 45'. En el mismo periodo del año previo el tiempo fue de 49'. Los pacientes estuvieron en SCU un tiempo medio de 1h13'. Durante su estancia se observaron complicaciones en 9 pacientes, esencialmente trastornos de la tensión arterial. El destino de los enfermos fue: 68% Unidad de Ictus, 25,6% boxes convencionales de urgencias y 2,6% UCI.

P-36

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS ICC DE CUIDADOS AL ALTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITAL COSTA DEL SOL DE MARBELLA

L Marcos Herrero, B Rueda García, JA Rodríguez Montalvo, P Cañamero Benavidez, A Prieto Molina, Y Jiménez Cortés

Agencia Sanitaria Costa del Sol. Málaga.

Palabras claves: continuidad, cuidados, urgencias

Objetivos:

La unidad de Urgencias del Hospital Costa del Sol (HCS) realiza Informes de Continuidad de Cuidados (ICC) al alta de pacientes con intervención en traumatología, generales/curas, y quemados, además establece enlace con enfermeras gestoras de casos del distrito para comentar pacientes al alta. En este estudio nos planteamos valorar su nivel de implantación y analizar las posibles medidas de mejora, para generar unos cuidados integrales de calidad al alta.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo con los datos aportados por la unidad de evaluación del HCS, a través del programa HCIS-Doctor de los años 2012, 2013 y 2014, excluyendo pacientes atendidos en Hospital Alta Resolución de Benalmádena, se ha omitido la firma (si/no) del documento, se ha buscado número de historia, responsable y fecha de realización, se ha clasificado en 4 bloques ICC Generales/Curas, ICC Traumatología, ICC Quemados y Contactos con Enferma Gestora de Casos (este último) a través de datos almacenados por los responsables de unidad y comisión de continuidad de cuidados de área.

Resultados:

En el mismo orden: General/Curas (1), Traumatología (2), Quemados (3) y contactos con Enfermera Gestora de Casos (4). Así para 2012 fueron: (1) 2380 (2) 5623 (3) 60 (4) 8, 2013 fueron: (1) 2388 (2) 5879 (3) 66 (4) 10, 2014 fueron: (1) 2176 (2) 6163 (3) 51 (4) 10.

Conclusiones:

Se ha observado un aumento progresivo en la cumplimentación de los ICC de traumatología. Y un ligero descenso en los ICC derivados de una atención general/curas. Esto nos lleva a pensar en mejoras:

- Acciones formativas de actualización en la realización de ICC en las distintas intervenciones de enfermería de Urgencias.
- Concienciación de la importancia de la realización de dicho informe para garantizar cuidados de calidad integrados y la continuidad en los distintos niveles de los mismos.
- Valorar la creación de un registro único e independiente para curas.
- Acondicionar las salas de curas con equipos informáticos adecuados.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-37

DETECCIÓN DE RIESGOS DE CAÍDAS, ÚLCERAS, DEPENDENCIA Y FRAGILIDAD DEL PACIENTE ANCIANO QUE INGRESA EN UCEU POR PARTE DE ENFERMERÍA

V Jiménez Carrilero (1), E Segarra Cantero (1), M Jiménez Redondo (1), E Lista Arias (2), I Bardes Robles (2), JM Ruiz Zafra (2), F Llopis Roca (2)

(1) Hospital Duran i Reynals, (2) Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Palabras claves: Escala Emina, Escala Stratify, paciente anciano

Objetivos:

La identificación de los riesgos de caídas y úlceras es una actividad vinculada al plan de cuidados de enfermería de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Corta Estancia. La escala Emina detecta el riesgo de úlceras y la Stratify el de caídas. Introducimos la escala ISAR modificada * para evaluar la existencia de fragilidad.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo de cohortes. Incluyen a todos los pacientes $\geq$ de 80 años que ingresan en UCEU por cualquier causa desde el 15/11/2014 al 15/2/2015. Se registran las escalas el primer día de ingreso. Se analizan un total de 159 pacientes, mujeres 93 (58.5%), edad media 86.9 (DE 4.54). Se categorizan por subgrupos según de Barthel y se analizan los valores medios para EMINA, STRATIFY Y ISAR*. Se comparan los grupos según su riesgo (alto/bajo) de úlceras y caídas respecto a su grado de dependencia.

Resultados:

El grado de dependencia observado es el siguiente: de los 159 analizados, 17 (10.7%) son independientes, 44 (27.7%) presentan dependencia leve, 41 (26.4%) moderada, 16 (10.1%) grave y 40 (25.2%) severa. El alto riesgo de úlceras (Emina $>$ 8) se observa en un 18.84% (30 pacientes), de ellos, 28 (93.3%) tienen dependencia severa. El alto riesgo de caídas (Stratify $>$ 3 puntos) se observa en un 35.8% de la muestra (57 pacientes). Los valores medios para Emina, Stratify e ISAR* según el grado de dependencia observados demuestran que el paciente independiente tiene bajo riesgo de úlceras (Emina 1.47), bajo riesgo de caídas (Stratify 0.82) y ISAR* 2.35. Los pacientes con dependencia severa muestran el máximo riesgo de úlceras (Emina 8.85), máximo de caídas (2.72) y máximo de ISAR* (4.85).

Conclusiones:

El registro de enfermería detecta que de cada 4 pacientes que ingresan al menos 1 tiene dependencia severa con máximo riesgo de úlceras, caídas y de presentar un efecto adverso tras el alta según la escala ISAR. Es más prevalente el alto riesgo de caídas (1 de cada 3) que de úlceras (1 de cada 5).

P-38

¿QUÉ SABEN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA? EDUCACIÓN SANITARIA

M Domínguez Gómez, R Comabella Pobes, V Jiménez Carrilero, S Crespo Aragón, J Jacob Rodríguez

Institut Català d'Oncologia. Sant Vicenç dels Horts.

Palabras claves: insuficiencia cardiaca, educación en salud, enfermería de urgencia

Objetivos:

Los pacientes con insuficiencia cardiaca (ICC) que acuden a la unidad de corta estancia de nuestro centro son pacientes con edad avanzada, pluripatología y recaídas frecuentes. Diversos estudios han demostrado que la educación enfermera en estos pacientes mejora la adherencia a las pautas de cuidado y salud (1), evitando recaídas.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, transversal. De Marzo-Julio 2014. Inclusión de pacientes diagnosticados de ICC provenientes de domicilio, con capacidad cognitiva conservada. El cuestionario recoge las siguientes variables: Clínicas, demográficas, nivel de conocimiento, dependencia, días de hospitalización y reingresos. Se diseñó un tríptico de educación sanitaria de la ICC. Los datos se recogieron sistemáticamente mediante soporte informático de planes de cuidados (Gacela).

Resultados:

N=79 pacientes. Un 50,7% hombres. Media 80,45años. (♀, 81,54 y ♂,79,4). Barthel: 69. Hospitalización 4,55 días de media. Ingresos previos 40,5%. Comorbilidades: hipertensiva 93,67%, diabetes 36,7%, dislipemias 55,69%, EPOC24,05% y cardiopatías 43,42%. Motivos consulta: Disnea 92,4%, taquicardia 6,3% y 1,2% desorientación. Un 59,5% describe haber recibido información. En ambulatorio 74,47%, cardiólogo 10,65%, unidades específicas I. cardiaca (UFIC) 4,25%, en ingresos anteriores en nuestra unidad 4,2%, en hospital 4,25% y hospital a domicilio HaD un 2,13%. Nuestro sondeo de conocimientos detectó que 32,91% come sin sal, ingesta líquida media de 1,46L/día, sobrepasando nivel idóneo. Realiza ejercicio diario 56,97%. Se pesa 44,30% pero cada 27,42 días. Realizada la intervención enfermera educativa oral y escrita (tríptico anexo), un total de 91,14% describe que le aporta nuevos conocimientos. Conocimiento dieta s/sal y s/grasas 4,16%. Sobre volumen de líquido/día 77,7%. Sobre ejercicio 15,19% y sobre peso diario en 97,2%. De los mismos pacientes, reingresan posteriormente 29,1%

Conclusiones:

Los pacientes estudiados desconocían pautas de cuidados sobre su dieta, peso diario, ejercicio e ingesta de líquido/día. Con la intervención de educación sanitaria aportada, hemos reducido los reingresos en un 11,39%. La necesidad de educación debe ser continuada en un tiempo más largo y las limitaciones del estudio obligan a ser cautos en generalizar los datos.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-39

ESTUDIO COMPARATIVO 2013-2014: ÚLCERAS POR PRESIÓN PRODUCIDAS POR LAS MASCARILLAS FACIALES EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA, TRAS APLICAR APÓSITO PROTECTOR

E Rubiño Yáñez, P Navarro Palomo,
I Aciego Valencia, E Pozo Gómez,
M Nogués Herrero, M^aJ Morales Acedo
Hospital de Antequera. Málaga

Palabras claves: úlceras por presión, ventilación mecánica no invasiva, apósito protector

Objetivos:

Estudio comparativo 2013-2014: valorar la disminución de úlceras por presión producidas por las mascarillas faciales en pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva, tras aplicar apósito protector

Material o pacientes y método:

Analizamos la integridad cutánea de 239 enfermos (grupo 1) y 348 pacientes (grupo 2). Se evaluó a las 6, 12 y 18 horas de VMNI, así como menos de 6 horas.

Resultados:

a) Afectación cutánea según el grado de UPP: Grado I: grupo 1, 77%; grupo 2, 44%. Grado II: grupo 1, 20%, grupo 2, 11%. Grado III: grupo 1, 1.5%, grupo 2, 0.5%. Grado IV: grupo 1, 0%, grupo 2, 0%. b) Afectación cutánea de algún tipo según el número de horas de VMNI: ** < 6 horas de VMNI: grupo 1, 5%, grupo 2, 0% **6 horas de VMNI: grupo 1, 4%, grupo 2, 3% **12 horas de VMNI: grupo 1, 33%, grupo 2, 16% **18 horas de VMNI: grupo 1, 46%, grupo 2, 0.5%

Conclusiones:

Todos los pacientes a los que se les aplicó apósito protector sufrieron una menor afectación de la integridad cutánea. Las lesiones superficiales (UPP grado I), se redujeron un 33% y las de grado II casi un 10%. Desaparición de UPP en pacientes con < 6 hs de VMNI. Existe una estricta correlación entre número de horas de VMNI/lesión cutánea, siendo ésta muy significativa a partir de más de 6 horas de VMNI, pero disminuyendo significativamente el número de pacientes afectados al aplicar apósito protector. Parece que la aplicación de apósito coloide protector proporciona notables ventajas para la protección de la integridad cutánea y el confort del paciente sometido a VMNI.

P-40

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE FRÁGIL EN OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

I Sanzo Fuentes, AM Alarcón Pinto, MJ Ariza Conde
Area de Gestión Sanitaria Osuna. Humilladero.

Palabras claves: paciente anciano frágil, Servicio General de Urgencias Hospitalarias, valoración geriátrica

Objetivos:

El número de visitas al servicio de urgencias hospitalarias ha aumentado progresivamente en las últimas décadas, siendo este incremento mayor en los ancianos, originando el 15-25% del total de las visitas a urgencias. El paciente frágil-geriátrico se caracteriza por tener una mayor probabilidad de presentación atípica de enfermedades, comorbilidad y polifarmacia. En lo referente a la atención urgente, esto implica una evaluación clínica más compleja, que se traduce en estancias más prolongadas. La valoración del paciente frágil en los servicios de urgencias hospitalarios debería hacerse adecuándola al entorno y con unos objetivos claros lo que permitiría beneficios en la continuidad de cuidados. Los cuidados de enfermería a este tipo de pacientes son fundamentales para prevenir complicaciones evitables, siendo uno de los principios en el que ha de basarse la atención geriátrica hospitalaria.

Material o pacientes y método:

Estudio en el Área de observación de urgencias del Hospital de Osuna mediante la utilización de instrumentos para la Valoración Geriátrica-Integral: 1. Cribado cognitivo/afectivo: Mini Examen Cognoscitivo Lobo, Pfeiffer, Escala Yesavage, Índice Reisberg y Confusion Assesment Method, 2. Estado funcional, evaluado con el índice Barthel previo ingreso y del ingreso. 3. Estado nutricional de los pacientes con la escala Mini Nutricional Assesment, 4. Riesgo de ulceración cutánea (Escala Norton).

Resultados:

Mayor número de ingresos de población mayor de 65 años, de los cuales el 60% de los ingresados tienen criterios de fragilidad.

Conclusiones:

La atención de enfermería al paciente geriátrico-frágil en urgencias debe basarse, en primer lugar, en el profundo conocimiento de la realidad que estamos atendiendo. En segundo lugar, incrementar la formación geriátrica en enfermería que atiende a población geriátrica y en tercer lugar, tener conocimiento de los instrumentos utilizados en la práctica diaria en la atención geriátrica, son extremadamente útiles, siempre que el paciente ya esté identificado como frágil. Una buena relación y comunicación entre distintos niveles asistenciales, la utilización de instrumentos útiles en la valoración geriátrica integral habitual y la detección precoz de los pacientes geriátricos frágiles, mejora la atención de nuestros ancianos enfermos, que en definitiva son los que más utilizan los recursos sanitarios.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-41

LA VALORACIÓN ENFERMERA: HERRAMIENTA PARA LA INDICACIÓN FARMACOLÓGICA Y DERIVACIÓN

S Martín Caravante (1), D Fernández Vargas (2), C Rivero Sánchez (3), S López Alonso (1), C Linares Rodríguez (1), A Martínez García (1)

(1) Distrito Sanitario Málaga, (2) Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga, (3) Distrito Sanitario Costa del Sol. Málaga.

Palabras claves: enfermera, diagnóstico, urgencias

Objetivos:

En urgencias, las competencias para desarrollar la práctica enfermera avanzada se centra en la valoración del paciente mediante explotación clínica e indicación de pruebas diagnósticas complementarias, proveer tratamientos de primera línea, así como derivar a otras especialidades médicas. La valoración es el primer eslabón de la cadena

Material o pacientes y método:

Estudio transversal con pacientes del Distrito Sanitario Málaga, atendidos consecutivamente por una enfermera de urgencias domiciliarias, con médico vía telefónica, de enero del 2012 a junio 2014.

Resultados:

Se incluyeron 1450 pacientes mayoritariamente mujeres 62%, de edad media superior a 72 años. La demanda de atención un 60,7% requería medicación y 8,6 derivación: A equipo medicalizado 35 pacientes, 2,5%, a hospital por ambulancia de traslado 71 pacientes, 5,1%, a hospital por sus propio medios 12, 1%. Los fármacos administrados fueron: Díazepam 2,5/5/10 mg un 30%, Diclifenaco 75mg 21,3%, Metoclopramida 10 mg, 17,9%, Metamizol 575 mg/1/2gr 16,9%, Sulpiride 50/100mg 14,8%, Captopril 25 mg 9,6%, Paracetamol 1g 6%, morfina 5/10 mg 5,8%. Otros <4%

Conclusiones:

La valoración enfermera como herramienta en las urgencias extrahospitalarias, resulta determinante para el cribado de pacientes con problemas emergentes, así como para la identificación de problemas leves y moderados que requieren medicación o derivación hospitalarias.

P-42

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

I Andueza Latorre (1), A Ganuza Zamborain (1), I Minchinela Zarraluqui (1), C Fernández Basterra (2)

Complejo Hospitalario De Navarra. Pamplona.

Palabras claves: VMNI, enfermería, urgencias

Objetivos:

La VMNI es una modalidad ventilatoria que no invade la vía aérea del paciente, siendo menos agresiva, más cómoda, menos costosa y con menos complicaciones que la ventilación mecánica invasiva. Representa un gran avance de soporte ventilatorio para pacientes con fallo respiratorio agudo o descompensación de su enfermedad de base. Ha pasado de ser una técnica exclusiva de los servicios de cuidados intensivos a estar integrada de manera habitual en otras unidades hospitalarias, siendo su utilización en los servicios de urgencias de especial importancia, evitando ingresos en UCI. Enfermería juega un papel principal en el correcto manejo y seguimiento de la terapia respiratoria, detectando con prontitud signos de ineffectividad del tratamiento o de mala tolerancia por parte del paciente.

Material o pacientes y método:

Citamos los diferentes apartados y competencias de enfermería en la puesta en marcha y control clínico de aquellos pacientes con VMNI. Para ello es de gran importancia facilitar la formación y extensión de esta modalidad respiratoria a la mayor parte de personal posible. Puntos clave: Puesta en marcha inicial del respirador, comprobar funcionamiento y conexiones, conectar tubuladuras, filtro, humidificador y realizar test inicial. Explicar la técnica al paciente, cabecera elevada 45 grados. Seleccionar la internase adecuada, con protección de zonas sensibles y evitando fugas. Comprobación de la válvula. Verificar la adecuada adaptación paciente-respirador. Monitorización de la tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria. Vigilar nivel de consciencia del paciente. Realizar gasometría de control a la hora de iniciar la VMNI

Resultados:

Tras la puesta en marcha de una metodología de trabajo y haciéndose extensiva a la mayor parte del personal de enfermería, se obtiene como resultado una mejora en el manejo y evolución de estos pacientes.

Conclusiones:

Las actuaciones y cuidados aportados por enfermería en el manejo de la VMNI determinan y contribuyen en gran medida al éxito de este modo de ventilación.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-43

IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERÍA EN LA GERENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

MJ Viuda, De La Gil (1), MI Guadarrama Ramos (2),
N López Cabeza (3), J Ibáñez Frías (4), J Abia González (5),
J Martínez Bausela (6)

Base UME, Valladolid 2. Gerencia de Emergencias Sanitarias de
Castilla y León. Valladolid.

Palabras claves: planes de cuidados, insuficiencia respiratoria aguda, emergencias sanitarias

Objetivos:

La normalización de los cuidados de enfermería en el ámbito de las emergencias sanitarias, conlleva la elaboración e implantación de planes de cuidados estandarizados, en un entorno de trabajo en equipo y en el que las acciones de los profesionales son vitales para la supervivencia de los pacientes

Material o pacientes y método:

Se constituyó en 2013 un grupo de trabajo con profesionales de enfermería de las cuatro Unidades Medicalizadas de Urgencias (UME) de la Provincia de Valladolid y personal de la Gerencia de Emergencias Sanitarias. Se inició la estrategia de implantación, mediante un curso de formación de la metodología y utilización de la nomenclatura NANDA NIC NOC, elaborando el Plan de Cuidados de la Insuficiencia Respiratoria Aguda

Resultados:

Se elaboró el Plan de Cuidados estandarizado: Traumatismo craneoencefálico (TEC). Se determinaron: Diagnóstico con factores relacionados: Patrón respiratorio ineficaz. Resultado con indicadores: Estado respiratorio. Intervenciones con actividades: Manejo de las vías aéreas y Disminución de la ansiedad. Complicaciones potenciales: Parada respiratoria

Conclusiones:

En el ámbito de Emergencias Sanitarias se pueden desarrollar e implantar Planes de Cuidados de enfermería, con una provisión de cuidados de mayor calidad, y una estandarización de los mismos.

P-44

SALA DE ACOMPAÑAMIENTO DEL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE OSUNA

I Sanzo Fuentes, MJ Ariza Conde, AM Alarcón Pinto
Área de Gestión Sanitaria Osuna. Sevilla.

Palabras claves: Servicio de Acompañamiento de Pacientes, enfermo terminal, observación

Objetivos:

La sala de acompañamiento del Área de Urgencias del Hospital de Osuna, es una habitación individual que facilita la atención integral al paciente en situación terminal. Esta sala fue inaugurada como nueva estructura en el marco de la fase III de la reforma del Área de Urgencias del Hospital de Osuna que tuvo lugar en 2012. La entrada más importante de pacientes al hospital se produce por el servicio de urgencias, por lo que los profesionales vieron la necesidad de crear este espacio, concebido como un lugar diferenciado donde ofrecer el máximo bienestar físico y emocional a las personas en situación terminal y a sus familiares.

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio realizado durante 3 años que lleva funcionando esta sala de acompañamiento en el Área de Urgencias del Hospital de Osuna.

Resultados:

En los 3 años de funcionamiento desde su inauguración han ingresado en ella unos 150 pacientes en situación terminal. La permanencia media en esta sala fue de 18 horas y media, siendo ingresados en hospitalización un 54,55% en habitación individual según protocolo establecido continuando con los cuidados necesarios. Siendo éxitos el 45,45%.

Conclusiones:

Esta iniciativa busca aumentar la calidad de la atención prestada a estos enfermos, en línea con lo establecido en la Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte y con lo recientemente expresado por la Cátedra Andaluza de Bioética, en la conferencia inaugural del congreso regional de la Sociedad Científica de Urgencias y Emergencias, haciendo referencia a la necesidad de crear espacios específicos en los centros sanitarios para preservar la intimidad y garantizar la muerte digna.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-45

EL ENFERMERO DE TRIAJE EN URGENCIAS

MC García García (1), MC Riba Castel (1), S Solanas Álava (1),
L Manrique Muruzabal (1), MT Fuentes Ochoa (1),
R Domingo Vázquez (2)

Servicio Andaluz de Salud. Bollullos del Condado.

Palabras claves: triaje, urgencias médicas, atención de enfermería

Objetivos:

El triaje estructurado es la apuesta a futuro más firme que tienen los servicios de urgencias para mejorar. Las escalas de 5 niveles permiten observar una correlación entre el nivel de urgencia, la gravedad y complejidad de los pacientes. Existe evidencia sobre su idoneidad para ser recomendada internacionalmente. La estructuración de un sistema de triaje en el servicio de urgencias aporta beneficios para los pacientes, los profesionales y el sistema de salud, y debe entenderse como un sistema integral de calidad.

Material o pacientes y método:

Revisión de la literatura científica en las bases de datos Scielo, Dialnet, Cochrane y Google Académico con los descriptores: triaje, urgencias médicas, atención de enfermería.

Resultados:

El triaje por tanto es una actividad donde la enfermería no sólo es parte del proceso, sino que es el profesional encargado de llevar a cabo la actividad de recepción, acogida y clasificación de los pacientes en urgencias. Asimismo, es labor de enfermería clasificar al paciente según los siguientes niveles: Nivel I (Resucitación): Situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato. Nivel II (Emergencia): Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible, la resolución de las cuales depende radicalmente del tiempo. Nivel III (Urgencia): Situaciones de urgencia, de potencial riesgo vital. Nivel IV (Menos urgente): Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial. Nivel V (No urgente): Situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente.

Conclusiones:

La atención por una enfermera de práctica avanzada en el servicio de urgencias supone un paso adelante para una adecuada y eficiente gestión de la demanda de asistencia urgente, debido a la creciente capacidad de resolución por el aumento de competencias, así como al elevado porcentaje de motivos de asistencia que resultan ser demandas inadecuadas, lesiones menores o problemas de salud no urgentes. Por todo ello, el papel de enfermería en los servicios de triaje de urgencias resulta necesario y una pieza clave en la asistencia sanitaria.

P-46

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAVENOSA EN URGENCIAS ANTE EL PACIENTE CRÍTICO

G Mora López, C Amill Daran, J Capera Fernandez,
S Uruen Pueyo

Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Palabras claves: administration, intravenous, security measures, critical care nursing

Objetivos:

La administración de medicación intravenosa es una de las competencias enfermeras más habituales en el medio hospitalario y, en especial en el servicio de urgencias, donde el volumen de pacientes que se atiende a diario asciende alrededor de 250 personas, siendo el paciente grave (nivel de triaje I, II y III) un 35% del volumen total. En ocasiones, donde el estrés frente la situación urgente y otros factores como la falta de experiencia, el movimiento interno de personal y la carga asistencial, agravan la capacidad de concentración, la respuesta inmediata del equipo de enfermería y aparecen dificultades en manejo de medicación.

Material o pacientes y método:

Se realizó una revisión bibliográfica, con el objetivo de buscar evidencia científica, las palabras claves fueron, fármacos intravenosos, perfusión continua, compatibilidades /incompatibilidades, paciente crítico a urgencias. Elaboramos un póster de medicación intravenosa con la colaboración/opinión de enfermeros/as y médicos expertos en situaciones críticas a urgencias.

Resultados:

Creación de una herramienta útil y de fácil comprensión, póster.

Conclusiones:

Como enfermeras del servicio de urgencias nos vemos con el deber de garantizar la seguridad de una buena praxis en la preparación y administración de medicación del paciente crítico y por ello, se ha creado esta herramienta útil y fácil comprensión donde se visualizan los aspectos importantes y necesarios para responder a la demanda asistencial, actualizar conocimientos para mejorar nuestra praxis y trabajar con mayor seguridad.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-47

**LA ADMINISTRACIÓN SIMULTÁNEA DE FÁRMACOS
APORTA VENTAJAS EN LA EMERGENCIA
EXTRAHOSPITALARIA**

R Ramos Gómez, S Malvar, I Lamas Fernández,
R Cuñado Cerro

Ambulancias Gipuzkoa. Santurtzi.

Palabras claves: preparaciones farmacológicas, aplicaciones terapéuticas, fármaco

Objetivos:

El abordaje de paciente graves por parte de un SVA implica el trabajo rápido, ágil y práctico del equipo sanitario. La enfermería debe administrar los fármacos de manera eficaz, por ello debe ser conocedora de las características y posibilidades farmacológicas.

Material o pacientes y método:

Para llegar a nuestro objetivo hemos realizado un estudio descriptivo transversal utilizando una muestra de x fármacos endovenosos, los que disponemos en el medio extrahospitalario, con el fin de poder detallar las diferentes interacciones farmacodinámicas entre ellos, y la posibilidad de administrar por la misma vía y en la misma solución, sin que ello repercuta en la bioseguridad ni en la efectividad del medicamento, ni en el sistema venoso del paciente.

Resultados:

Tras el estudio se evidencia que hay fármacos que podemos administrar en la misma solución, o en bolo, beneficiando en gran manera el estado del paciente y reduciendo el tiempo dedicado a la administración de fármacos. Así, generamos un tiempo muy importante para dedicarlo a otras labores enfermeras con los pacientes críticos.

Conclusiones:

La enfermería debe desarrollar numerosas funciones dentro de un equipo de SVA ante un paciente grave, donde se incluye la administración de fármacos. Dicha administración puede optimizarse con un completo conocimiento de los fármacos, formas de administración, combinaciones, interacciones...para aportar más tiempo a dedicarnos a otras técnicas de enfermeras y al cuidado del paciente, facetas tan descuidadas en las emergencias extrahospitalarias.

P-48

**PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE ASISTENCIA
SANITARIA URGENTE EN EL HOSPITAL RAMÓN
Y CAJAL Y ALREDEDORES**

S Chamarro Rubio (1), F Roldán Moll (1), C Carballo Cardona (2),
N García Montes (3), F Pascual Clemente (4)

Hospital Ramón y Cajal. Azuqueca del Henares.

Palabras claves: asistencia, urgente, paciente

Objetivos:

Los incidentes de salud que suceden a las personas en tránsito, tanto dentro del recinto hospitalario como en sus alrededores, requieren una asistencia sanitaria con respuesta rápida y coordinada. Esto ocasiona incertidumbre en los profesionales por la situación de amparo legal en la que se encuentran al realizar dicha asistencia. El artículo 195 del Código Penal regula la Omisión del Deber de Socorro. El Artículo 196 del Código Penal hace referencia al delito de Omisión del Deber de Socorro de los profesionales sanitarios.

Material o pacientes y método:

Formación de grupo de trabajo multidisciplinar del Servicio de Urgencias para la realización del protocolo.

Resultados:

Realización y difusión del protocolo. Registro y evaluación de indicadores de actividad: Indicadores de proceso (nº revisiones material realizadas) e indicadores de resultado (nº intervenciones intra y extrahospitalarias). Año 2014: 35 intervenciones: 32 Intrahospitalarias (91,43%): interior 24(75%), anexos 8 (25%), 3 Extrahospitalarias (8,57%). Revisiones material 12: programadas 10(83,3%), tras uso 2. Enero- marzo 2015: 8 intervenciones: 7 Intrahospitalarias (87,50%): interior 5(71,4%), anexos 2(28,5%), 2 Extrahospitalarias (12,5%). Revisiones material programadas: 2(66,6%)

Conclusiones:

1. Este protocolo garantiza una rápida respuesta para asegurar una atención adecuada. 2. Mejora la coordinación en la respuesta ante incidentes de salud tanto en las zonas de tránsito del hospital, recinto y alrededores. 3. Se consigue regular la asistencia sanitaria según la normativa vigente. 4. Buena aceptación del personal, disminuyendo la incertidumbre por abandono del puesto de trabajo. 5. Es necesario una evaluación continua de los registros de asistencia para establecer acciones de mejora en la actuación y realizar simulacros para evaluación rápida de respuesta del Servicio de Urgencias.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-49

VISIÓN ENFERMERA DE UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL TRAS UN AÑO DE ACTIVIDAD

M Román Gómez, I Díaz Fernández, L Navas Bonilla,
M José María Oviedo, E Gil Casado
Hospital Mollet. Cardedeu.

Palabras claves: semicríticos, enfermería, valoraciones

Objetivos:

Unidad constituida por diez camas, dotadas de monitorización continua y posibilidad de monitorización invasiva, capnografía, VM, VMNI. Funcionalmente integrada en el Servicio de urgencias. Constituida por un personal asistencial, formado por un médico, las 24h del día, y un equipo enfermera - auxiliar enfermería, por cada 5 pacientes y en función de cargas de trabajo.

Material o pacientes y método:

se trata de un estudio descriptivo observacional, realizado desde Enero de 2013, hasta Enero de 2014, en una unidad de semicríticos, de adultos. Se procesaron los datos, mediante una base creada con el programa Access, SSPS v15. Se realizó un registro específico, conjuntamente con la valoración de enfermería al ingreso, en la que se engloban las escalas: Braden, Barthel, Dowton. Se realizaron sesiones formativas, sobre realización de nuevas técnicas

Resultados:

Durante el primer año, se han atendido un total de 665 pacientes adultos, con una media de dos ingresos diarios y una estancia media de 3,29 días. En relación a las escalas de valoración enfermera, observamos un mayor porcentaje de pacientes, sin riesgo de deterioro de la integridad cutánea, medido mediante Braden, con un 65%, frente a un riesgo bajo 13% o moderado-alto: 22%. Observamos, la misma tendencia en el resto de escalas, con un Dowton negativo, en el 75%, de los casos y un Barthel, con nivel de independencia en el 27% de los pacientes, dependiente leve 20%, dependencia moderada 15% y dependencia severa o total 26%.

Conclusiones:

El equipo de enfermería de la unidad, ha realizado una buena adaptación a la nueva metodología, asumiendo tanto las nuevas técnicas invasivas, después de la formación específica, como en referencia al nuevo registro, que ha permitido optimizar las valoraciones enfermeras a la hora de establecer cargas de trabajo y mejoras en las planificación de cuidados, en el nuevo formato de 24 h.

P-50

IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERÍA EN LA GERENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN. TRAUMATISMO CRANEO ENCEFÁLICO

MI Guadarrama Ramos (1), MJ Viuda, De La Gil (2),
N López Cabeza (3), J Ibáñez Frías (4), J Abia González (5),
J Martínez Bausela (6)

Base UME Valladolid 1. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Valladolid.

Palabras claves: planes de cuidados, traumatismo cráneo-encefálico, emergencias sanitarias

Objetivos:

El reconocimiento del trabajo de enfermería dentro del Equipo de Emergencias y la progresiva implantación de los Planes de Cuidados estandarizados en otros ámbitos de la actividad asistencial, condujo al inicio del proyecto de elaboración de Planes de Cuidados estandarizados, se inicia el proyecto en 2014 con la elaboración de dos Planes de Cuidados.

Material o pacientes y método:

Se inició la estrategia de implantación, mediante un curso de formación de la metodología y utilización de la nomenclatura NANDA NIC NOC. Se constituyó un grupo de trabajo con personal de enfermería de las cuatro Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME) de la provincia de Valladolid y personal de la Gerencia, elaborándose el Plan de Cuidados del TCE.

Resultados:

Se elaboró el Plan de Cuidados estandarizados: Traumatismo Craneo Encefálico (TCE) Se determinaron: Diagnóstico con factores relacionados: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz. Resultado con indicadores: Perfusión tisular: cerebral Intervenciones con actividades: Monitorización neurológica, cambio de posición Complicaciones potenciales: Vómitos

Conclusiones:

En el ámbito de Emergencias Sanitarias se pueden desarrollar e implantar los Planes de Cuidados estandarizados de enfermería con un alto grado de aceptación por los profesionales de las UMES y provisión de cuidados de mayor calidad.



ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-51

FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA SALA DE HEMODINÁMICA ANTE UN PACIENTE CRÍTICO

P Brocal Pérez (1), R Lázaro Meca (1), J Martínez Carcel (2),
E Sánchez Gómez (1), I Rosa Salazar (1), A Sánchez García (1)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía, (2) Hospital General de Elche. Molina de Segura.

Palabras claves: hemodinámica, urgencias médicas, cuidados críticos

Objetivos:

En los servicios de urgencias a menudo nos encontramos con situaciones en las que debemos atender a pacientes en estado crítico. Ante dichas situaciones nuestra actuación se define como "una postura que adopta el equipo multidisciplinar frente a una urgencia. Es el conocimiento del sujeto, sus reacciones emocionales y sus orientaciones cognitivas respecto a esa situación". El conocimiento ante cada problema de salud es primordial.

Material o pacientes y método:

Estudio analítico observacional de la práctica habitual del equipo multidisciplinar implicado en circunstancias hemodinámicas, en el servicio de urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Se realizaron sesiones clínicas durante los turnos de trabajo en la que se reforzaron estos conocimientos, así como la mejora del protocolo existente. Revisión bibliográfica del posicionamiento adecuado de los distintos profesionales

Resultados:

Se comprobó la correcta asimilación y aprendizaje de los protocolos de actuación ante las diversas patologías, el conocimiento de las funciones asignadas según posicionamiento ante el paciente crítico. Mejoró el aprendizaje sobre el correcto manejo de la urgencia vital, la adecuada toma de decisiones correspondiente y la responsabilidad de las actuaciones llevadas a cabo.

Conclusiones:

Un mejor manejo de la situación de emergencia ante un paciente crítico, reduce la posibilidad de error, se identifican los miembros que dan y reciben órdenes según sus funciones, disminuye los niveles de estrés tanto del personal sanitario como del paciente y aumenta la posibilidad de éxito ante la situación crítica.

P-52

ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE BIPAP EN URGENCIAS

I Morales Cané

Córdoba

Palabras claves: BIPAP, VMNI, urgencias

Objetivos:

La BIPAP (Sistema de bipresión positiva) es una técnica usual en ciertas patologías en el área de las urgencias y emergencias por lo que es fundamental su conocimiento por el personal de enfermería

Material o pacientes y método:

Revisión sistemática sobre el tema en cuestión, se extraen las pautas más relevantes para elaborar una guía práctica de actuación a la hora de manejar un equipo de BIPAP en patologías urgentes

Resultados:

Elaboración de un guía práctica para el uso del personal de enfermería en Urgencias y así mejorar y unificar la actuación enfermera teniendo como fin conseguir una mejor calidad asistencial.

Conclusiones:

Adquirir los conocimientos mínimos y las pautas a seguir para que cualquier profesional de enfermería pueda lograr un adecuado funcionamiento del equipo, una eficaz y rápida actuación en urgencias, prevenir las posibles complicaciones y lograr los objetivos terapéuticos.



ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-53

EL PROCESO DE CUIDAR A LA FAMILIA EN URGENCIAS. UNA APROXIMACIÓN DESDE LA TEORÍA FUNDAMENTADA

MC Berbís Morelló (1), G Mora López (1), C Ferré Grau (2)

(1) Hospital Universitario Juan XXIII de Tarragona, (2) Universidad Rovira i Virgili.

Palabras claves: acompañamiento familiar, enfermería, urgencias

Objetivos:

La familia es esencial dentro del proceso de salud del individuo y su participación en urgencias ha de continuar siendo activa para conseguir un entorno terapéutico óptimo. La enfermera se expone en ocasiones a urgencias con un desenlace fatídico y esta situación demanda el apoyo emocional y cognitivo de los familiares. La necesidad del profesional en humanizar su entorno y acompañar a la familia que está pasando por una situación difícil, se ve condicionada por la existencia de barreras que dificultan el poder atenderlas adecuadamente.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo fenomenológico, en el que se hace uso del paradigma cualitativo tanto para el diseño como para la recolección de la información y se utiliza la teoría fundamentada para el análisis de datos. Éstos fueron recolectados a través de entrevistas en profundidad semiestructuradas realizadas a seis enfermeras con experiencia en el ámbito de las urgencias en un hospital de segundo nivel. El cierre de la muestra vino marcado por la saturación de datos que se trataron teniendo en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Resultados:

A través de sus narrativas las enfermeras describen sus experiencias, sentimientos y percepciones haciendo visible el significado del "cómo viven el cuidado y acompañamiento familiar en su práctica diaria". En el análisis de los datos las categorías emergentes han sido: Priorizar la necesidad emocional, el poder de la familia como fuente de información y la prestación de cuidados al final de la vida.

Conclusiones:

La enfermera de urgencias cree necesaria la integración de la familia en su práctica clínica, como fuente de información esencial para cuidar al paciente de manera holística. El acompañamiento en situaciones de pérdida se ve condicionado por el factor tiempo, presión asistencial, conocimientos formativos, experiencias, vivencias personales adquiridas y del vínculo establecido entre la enfermera y la familia.

P-54

¿SOLO O ACOMPAÑADO?: EL PACIENTE ANCIANO QUE INGresa EN UCEU

M Jiménez Redondo (1), V Jiménez Carrilero (1), E Segarra Cantero (1), E Lista Arias (2), F Llopis Roca (2), I Bardes Robles (2)

(1) Duran i Reynals, (2) Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Palabras claves: paciente anciano, Escala Gijón, enfermería corta estancia

Objetivos:

Introducción: La situación sociofamiliar del paciente anciano se evalúa a través de la escala Gijón que predice el riesgo de institucionalización según los resultados obtenidos. El personal de enfermería de la UCEU en su plan de acogida al paciente evalúa de una manera espontánea pero no sistematizada la situación sociofamiliar.

Material o pacientes y método:

Evalúamos un total de 152 pacientes mayores de 80 años que ingresan en UCEU por cualquier causa y se les da el alta. Se excluyen a todos los que durante este período fueron éxitos. Se evalúa un formulario con preguntas dicotómicas sobre si proceden del domicilio o de institución y si vienen acompañados y por quien (cónyuge, hijos, cuidador). Los procedentes de domicilio, se interroga si viven solos o acompañados y qué acompañante es (cónyuge, hijos, cuidador). Se registra el destino al alta determinado por el médico de la unidad asistencial

Resultados:

Hemos observado que 132 pacientes proceden de domicilio (86.8%), que viven solos 26 (19.7%), acompañados 106 (80.3%), de éstos por su cónyuge 38 (35.8%), por hijos 63 (59.4%), por cuidador 5 (4.7%). Detectamos que 46 pacientes del total de nuestra muestra (30.3%), 26 viven solos en su domicilio (17.1%) y 20 proceden de institución (13.2%) De los 132 pacientes que proceden del domicilio, 94 (71.2%) regresan al mismo, 13 (9.8%) regresan con HAD y 19 (14.4%) precisan ingreso en unidades de Subagudos. 6 casos (4.5%) precisaron ingreso en hospitalización convencional. De los 20 pacientes que proceden de institución, 4 (20%) precisaron ingreso al alta en unidades de subagudos.

Conclusiones:

La mayoría de los octogenarios que ingresan en nuestra UCEU viven con sus hijos o cónyuges en sus domicilios y regresan al mismo tras el alta médica. Un 17.1% de los octogenarios analizados viven solos. Un 13.2% ya están institucionalizados a su ingreso. El recurso asistencial al alta más necesario ha sido el ingreso en Unidades de subagudos seguido de la Hospitalización a Domicilio.



ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-55

USO DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA REANIMACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

M Romay Casañ (1), MJ Esquer Peris (1), A Revert Cogollos (1), M Cuenca Torres (1), P Garmilla Ezquerra (2), P García Bermejo (1), JM Zacaes Sala (1)

(1) Hospital de La Ribera, (2) Hospital Marqués de Valdecilla.

Palabras claves: simulación, reanimación, calidad

Objetivos:

Cada día ingresan más pacientes en las unidades de emergencias en condiciones vitales extremas. Debido a la gravedad del paciente la organización del equipo sanitario en la sala de reanimación es de vital importancia. Para ello es necesario que exista un protocolo de actuación, que permita utilizar de manera eficaz y eficiente los recursos existentes tanto humanos como materiales y que todo el personal del servicio tenga conocimiento del mismo y de las continuas actualizaciones.

Material o pacientes y método:

Estudio transversal, descriptivo, realizado en el servicio de urgencias entre febrero- marzo del 2013, tras la actualización del protocolo de la sala de reanimación, mediante el análisis y evaluación de simulaciones prácticas de casos clínicos a partir de un taller formativo en el que se da a conocer el nuevo protocolo

Resultados:

La participación por parte del equipo multidisciplinar fue del 80. Se evaluaron 14 ítem de los cuales habrá que mejorar principalmente la comunicación verbal entre los componentes del equipo con el sistema de doble pregunta o colación. Así como, la cumplimentación de la hoja de enfermería. Ya que el resto de ítems de realizaban de forma adecuada.

Conclusiones:

Tras el análisis de los resultados se objetiva que el protocolo de actuación en la sala de reanimación mejora la calidad asistencial en el paciente crítico y que es necesario realizar más talleres de formación y comunicación ya que mejora el conocimiento del mismo por parte del personal.

P-56

APORTACIONES DE LA ACREDITACIÓN DE NUESTRA UNIDAD. BENEFICIO MUTUO PARA PROFESIONALES Y CIUDADANÍA

E Rubiño Yáñez, MªJ Muñoz García, MªP Tortosa Rodríguez

Hospital de Antequera. Málaga.

Palabras claves: acreditación, profesionales, ciudadanía

Objetivos:

La acreditación y reacreditación de nuestra Unidad Clínica, ha supuesto un cambio en la filosofía de trabajo: "Intentar trabajar y hacerlo bien, pero que nuestro trabajo cumpla unas normas de calidad reconocidas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía". En el bloque de Atención al Ciudadano el trabajo ha reportado grandes beneficios que analizamos en este trabajo.

Material o pacientes y método:

Analizamos el trabajo realizado en el bloque de atención al ciudadano en el proceso de acreditación. Diferenciamos dos grandes grupos: 1. PROFESIONALES. El trabajo de acreditación nos sirvió para: **La actualización y creación de protocolos. **Detectar la necesidad de aumentar las líneas de investigación. **Analizar las encuestas de satisfacción y reclamaciones estableciendo planes de mejora. 2. CIUDADANOS. El trabajo de acreditación nos sirvió para: **Conocer y dar a conocer a los ciudadanos cuáles son sus derechos y deberes. **Crear un plan asistencial de Limitación de barreras lingüísticas. **Establecer un plan asistencial de Intimidad en nuestra Unidad. **Acercar al ciudadano al conocimiento de las Voluntades Vitales. **Actualización del derecho a una segunda opinión médica, a solicitar documentación clínica y a la libre elección de médico y pediatra. **Ofertar herramientas de ayuda en la toma de decisiones ante diferentes patologías.

Resultados:

**Disponemos protocolos y recomendaciones para la atención al ciudadano (intranet) **Se ha mejorado y protocolizado: - La intimidad de los pacientes. - La información a los pacientes y familiares. - La comunicación con personas que presentan alguna barrera lingüística o sensorial. - La comunicación e información a víctimas de violencia de género.

Conclusiones:

Confirmamos que la Acreditación de nuestra Unidad, aunque ha supuesto un trabajo extra importante para todos los miembros de la misma, en el bloque de Atención al Ciudadano ha tenido un resultado positivo tanto para los profesionales como para los ciudadanos.





ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-57

IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

M Calatayud Masip, I Montiel Estechea

*Hospital Asepeyo St. Cugat. Barcelona.***Objetivos:**

En el servicio de urgencias, de nuestro hospital, Mutua Asepeyo en St Cugat del Valles (Barcelona), en el año 2009 se implanta el registro de intervenciones de enfermería, a partir de la clasificación de intervenciones de enfermería-Nursing Interventions classification (NIC) para medir de forma cualitativa el trabajo de enfermería en el servicio de urgencias. También se realiza un seguimiento de las intervenciones más utilizadas en el servicio de urgencias.

Material o pacientes y método:

La base de datos del hospital, sobre los tantos por ciento de cumplimiento desde la implantación hasta el 2014. Para establecer el ránking se utiliza un programa que realiza la consulta de las intervenciones más utilizadas en el servicio.

Resultados:

A través de cortes aleatorios transversales en el tiempo se realiza una consulta de todos los turnos de enfermería del cumplimiento de las intervenciones durante la visita de urgencias del paciente.- El ránking de NIC's se realiza a través de supervisión que con el programa informático del hospital puede realizar la consulta de las intervenciones más utilizadas en el servicio.

Conclusiones:

-Después de valorar los resultados obtenidos por los cortes, vemos que la implantación de registro de intervenciones de enfermería en urgencias es oscilante. Los resultados obtenidos son: * 2009: 90% * 2010: 45,09% * 2011: 79,5% * 20.

P-58

USO DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO N° 18 FRENTE AL N° 20 EN URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA

JP Cánovas Gaspar, C Romero Ruiz,

MI Zamora Romero de Castellón

*Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.***Palabras claves:** catéter, enfermería, urgencias**Objetivos:**

Una de las principales técnicas realizadas por enfermería en urgencias es habilitar un acceso venoso mediante un catéter venoso periférico (CVP) para poder administrar de manera rápida y eficaz toda la medicación o fluidoterapia necesaria para estabilizar al paciente. Casi la totalidad de pacientes en urgencias son portadores de una vía venosa periférica siendo función del profesional de enfermería escoger el calibre del CVP, para cada tipo de paciente.

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio descriptivo observacional durante el mes de febrero del 2015 en el que se realizó una encuesta al personal de enfermería de urgencias del HGURSM, sobre las preferencias a la hora de elegir un calibre u otro de CVP, sin tener en cuenta la patología y necesidades del paciente.

Resultados:

Contamos con una muestra de 48 enfermeros, siendo la totalidad de profesionales de enfermería de urgencias del HGURSM. De los cuales el 33% opta por un CVP del n° 20 frente a un 67% que prefiere un calibre n° 18.

Conclusiones:

Podemos concluir diciendo que la mayoría de los enfermeros de urgencias del HGURSM, prefieren utilizar un calibre n° 18 en CVP. Como enfermeros pensamos que el calibre de muchas de las vías que canalizamos no se adecua a las necesidades reales de cada paciente ya que en la bibliografía consultada, aconseja la utilización de catéteres de tamaño pequeño (n° 22).



ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-59

ANÁLISIS DEL SISTEMA DE TRIAGE MANCHESTER EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

D Fernández Gonzalo (1), S Fernández Sampedro (2), AI Díaz Cano (2), MJ Piñeiro Dopico (2), A Peláez González (1), S Francesena González (1)

(1) Hospital Valle Nalón, (2) Hospital San Agustín. Oviedo.

Palabras claves: enfermería, triaje, urgencias

Objetivos:

El incremento de la demanda asistencial en los servicios de urgencias hace necesario un sistema de Triage estructurado que facilite una clasificación de forma rápida de la gravedad de los usuarios. Debe ser una herramienta reglada, válida y reproducible para asignar el lugar y los medios más adecuados. Desde Junio del 2009 comienza a funcionar el Sistema de Triage Manchester en el Hospital San Agustín (HSA) (Avilés-Asturias) hasta el momento actual.

Material o pacientes y método:

Tipo de estudio y población Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal llevado a cabo durante el mes de Junio 2014 a los profesionales de enfermería en activo del Servicio de Urgencias del Hospital San Agustín. Estableciendo como criterio único de inclusión/exclusión formar parte de la plantilla en el momento del estudio. Método de recogida de datos Elaboración de una encuesta estructurada simple que consta de dieciséis preguntas cerradas que recoge datos con carácter anónimo y voluntario referidas al perfil profesional del equipo de enfermería, idoneidad profesional y grado de satisfacción en relación al uso diario del triaje.

Resultados:

Tras el análisis de los resultados podemos destacar como características más valoradas por el profesional de enfermería: - La capacidad de trabajo en equipo, priorización y organización. - El triaje ha permitido optimizar recursos y por tanto mejorar la calidad asistencial. - El uso del Manchester ha facilitado la labor diaria pero que también constituye una fuente de estrés.

Conclusiones:

El triaje como proceso asistencial estructurado se ha convertido en los últimos años en un pilar fundamental de los servicios donde ha sido implantado. Es la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente. Desde nuestra experiencia ha resultado beneficiosa su puesta en marcha y supone un gran avance en las estrategias de mejora de calidad asistencial.

P-60

ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA CPAP EN URGENCIAS

I Morales Cané

Córdoba

Palabras claves: CPAP, VMNI, urgencias

Objetivos:

La CPAP (presión positiva continua en vía aérea) es una técnica usual en ciertas patologías en el área de las urgencias y emergencias por lo que es fundamental su conocimiento por el personal de enfermería

Material o pacientes y método:

Revisión sistemática sobre el tema en cuestión, se extraen las pautas más relevantes para elaborar una guía práctica de actuación a la hora de manejar un equipo de CPAP en patologías urgentes

Resultados:

Elaboración de un guía práctica para el uso del personal de enfermería en Urgencias y así mejorar y unificar la actuación enfermera teniendo como fin conseguir una mejor calidad asistencial.

Conclusiones:

Adquirir los conocimientos mínimos y las pautas a seguir para que cualquier profesional de enfermería pueda lograr un adecuado funcionamiento del equipo, una eficaz y rápida actuación en urgencias, prevenir las posibles complicaciones y lograr los objetivos terapéuticos.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-61

**CONTAMINACIÓN DE HEMOCULTIVOS
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

R Sánchez Bermejo, C Cortés Fadrique, F Fondón Refolio,
A Vizuete Calero, A Beteta López, Y Marín Martín
Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina.

Palabras claves: hemocultivos, contaminación, bacteriemia

Objetivos:

Se define como hemocultivo, al cultivo microbiológico de una muestra de sangre obtenida por una punción independiente. La probabilidad de que el resultado de los hemocultivos positivos represente una bacteriemia verdadera aumenta cuando la muestra se obtiene adecuadamente. Denominamos bacteriemia verdadera a aquella producida por microorganismos realmente presentes en la sangre de los pacientes y falsas bacteriemias a las causadas por una contaminación accidental de los medios de cultivo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo analítico retrospectivo del 01/05/14 al 21/12/14, donde se han analizado la contaminación de hemocultivos por estafilococos esterasa negativo (ECN) realizados en el servicio de urgencias del Hospital General Nuestra Señora del Prado. Dicha contaminación fue confirmado tanto por el servicio de microbiología como por el facultativo clínico responsable de 'SEPSIS'.

Resultados:

Se han realizado 1597 pax de hemocultivos en urgencias (47.1% del total extraídos en el hospital) de los cuales se han considerado positivos 385 (24,15) pax y contaminados 398 (24,9%) pax, siendo el 90,5% por microorganismo ECN que se encuentran alojados en la piel y/o mucosa del paciente.

Conclusiones:

Discusión: Un hemocultivo puede ser positivo sin que ello represente una bacteriemia verdadera, y por lo tanto, deba interpretarse como una contaminación. Conclusiones: El porcentaje de contaminaciones en hemocultivos extraídos en el servicio de urgencias de nuestro hospital es elevado. La técnica de extracción de hemocultivos es un proceso fundamental para reducir la probabilidad de contaminación del mismo. La contaminación de hemocultivos suele conllevar un incremento de pruebas diagnósticas, tratamientos innecesarios, aumento de la carga asistencial, estancia hospitalaria y costes. La puesta en marcha de protocolos de extracción y procesamiento de los mismos ha demostrado la reducción de los porcentajes de contaminación. La capacitación del personal de enfermería mejora tras la implantación de protocolos de extracción de hemocultivos.

P-62

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS
DEMANDAS ASISTENCIALES ATENDIDAS POR EL
EQUIPO MÓVIL DE CUIDADOS AVANZADOS**

S Martín Caravante (1), D Fernández Vargas (2),
C Rivero Sánchez (3), S López Alonso (1),
C Linares Rodríguez (1), A Martínez García (1)

(1) Distrito Sanitario Málaga, (2) Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga, (3) Distrito Sanitario Costa del Sol, Málaga.

Palabras claves: demandas, farmacológico, asistencial

Objetivos:

La atención urgente por una enfermera sin médico, presenta un apogeo en las últimas décadas. La incorporación de competencias permite la resolución de la demanda asistencial en un acto único. Conocer la casuística de problemas y medicalización utilizada permite protocolizar estas actuaciones

Material o pacientes y método:

Estudio transversal con pacientes del Distrito Sanitario Málaga, atendidos consecutivamente por una enfermera de urgencias domiciliarias, con médico vía telefónica desde enero del 2012 hasta julio 2014

Resultados:

Motivos de atención: cervico-dorso-lumbo-ciatalgia 13,2%, mareos/vértigos 9%, problema social/sin patología urgente 9%, hiper/hipotensión 6,9%, Manipulación sonda vesical 6,9%, curas 6,3%, dolor articular en miembros 5,1%, actividad programada 4,8%, vómito/diarrea 4,5%, dolor oncológico/terminal 3,9%, ITU, cólico nefrítico/dolor genitourinario 3,4%, otras patologías leves 2,7%, ansiedad/depresión 2,6%, hiper/hipoglucemia 2,6%, manipulación SNG 2,6%, agitación 1,7%, cefalea/migraña 1,7%, dolor abdominal, vía subcutánea, prurito/eritema alérgico, hematuria/epistaxis 1%, epigastralgia, dismenorrea, flatulencia, meteorismo 1%. Total patologías leves 92,9%. Resto patologías 7%. Los fármacos administrados fueron: Diazepam 2,5/5/10 mg un 30%, Diclofenaco 75 mg 21,3%, Metoclopramida 10 mg, 17,9%, Metamizol 575 mg/1/2g 16,9%, Sulpiride 50/100 mg 14,8%, Captopril 25 mg 9,6%, Paracetamol 1g 6%, morfina 5/10 mg 5,8%. Otros <4%

Conclusiones:

Los 10 primeros motivos de asistencia suponen el 70% de los casos. La identificación de las patologías más frecuentes y la medicación más utilizada permite progresar en la práctica enfermera avanzada en urgencias, orientando la protocolización de patologías y la prescripción autónoma/colaborativa.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-63

PERFIL DE LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS EN EL BOX DE REANIMACIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL DURANTE EL AÑO 2014

AB Lacunza González (1), F Aceituno Castillo (2),
F Arasa Alegre (2), S Escoda Junoy (1), S Alonso Fernández (2)
Hospital Germans Trias i Pujol. Mataró.

Palabras claves: emergency service hospital, emergency nursing, emergency treatment

Objetivos:

El triaje de urgencias (sistema español de triaje MAT-SET) es un proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en base a su grado de urgencia. Se compone de 5 niveles de priorización: siendo el nivel 1 el de atención inmediata/emergencia y el que requiere su paso al box de reanimación de urgencias y activa el equipo de reanimación intrahospitalaria. Atender a estos pacientes de una manera inmediata es un objetivo prioritario, ya que el paciente está en una situación en la que si se demorase la asistencia, puede perder la vida. Previa a la reorganización de los recursos consideramos necesario describir las características de los pacientes atendidos en el box de reanimación de nuestro servicio.

Material o pacientes y método:

- Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal. - Población de estudio: pacientes que requirieron entrada en el box de reanimación, catalogados como nivel 1 por el sistema español de triaje MAT-SET. Fueron excluidos aquellos pacientes cuya hoja

Resultados:

Se atendieron 218 pacientes, de los cuales 203 se incluyen en la muestra. Género: 142 hombres y 61 mujeres. Media de edad: 50,89 años (DE 19,86), moda: 46, mínimo 13, máximo 92. 57 fueron atendidos en turno de mañana, 83 por la tarde y 63 en turno de noche.

Conclusiones:

Conocer el perfil del paciente, así como la distribución de las necesidades de atención facilita la previsión de recursos asistenciales.

P-64

PROCEDIMIENTO PARA LA CANALIZACIÓN DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS DIFÍCILES

RM Cárdbaga García (1), LN Fadrique Millán (2), MC Gallego Arenales (2), N del Caño Abaunza (2), R Torres Sancho (2), P Royuela Ruiz (2)

(1) Emergencias Sanitarias Sacyl UME Segovia, (2) Hospital Universitario. Río Hortega Valladolid.

Palabras claves: venosa, venous periférica, peripheral estrategias, strategies

Objetivos:

La canalización de vías venosas periféricas es una de las técnicas más habituales realizadas por el personal de enfermería en especial en los servicios de urgencia. Es una técnica que a veces puede resultar complicada y generar frustración y desconfianza tanto en la enfermera como en el paciente. En esta comunicación proponemos mostrar algunas estrategias para hacer frente a las posibles complicaciones que puedan surgir a la hora de canalizar una vía venosa periférica.

Material o pacientes y método:

El estudio es una revisión bibliográfica, utilizando las bases de datos Google académico, Medline plus, Pubmed, Elsevier y Cuiden, en idiomas inglés y español, utilizando como límites los años: 2004-2015, a través de las palabras clave venosa, periférica, estrategias, descartándose los estudios que no se adaptaban a los criterios de revisión bibliográfica. Los estudios se seleccionaron por exponer alguna técnica de localización y canalización de vía venosa periférica: el calentamiento de la zona a puncionar, el uso de vasodilatadores periféricos como la nitroglicerina tópica, el uso de sistemas de constricción intravenoso, la transiluminación venosa, la utilización de ultrasonidos, el uso de palomillas de punción, la técnica de punción de la vena yugular externa y de la vena femoral o de la safena interna y el uso del pantalón antishock.

Resultados:

Hacemos una exposición gráfica de todos los medios que ayudan a la canalización de vías venosas complicadas. Describimos como dar uso a cada uno de ellos y hacemos una breve mención de sus ventajas e inconvenientes.

Conclusiones:

La canalización de vías venosas de acceso periférico suele ser una técnica que requiere un mínimo de experiencia y que con práctica todas las enfermeras llegan a dominar. En los servicios de urgencias se convierte en una práctica muy habitual, pero en ocasiones aparecen dificultades para la canalización de las mismas, bien por imposibilidad de localización de la vena a puncionar o por fallos repetidos en la punción, para lo cual es muy útil manejar los procedimientos de localización y canalización de vías periféricas que se describen en este estudio.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-65

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DEL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN SEGÚN EL PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN ENFERMERA

M Expósito Saez, MD Cadaval García, J Garrido Asensio,
MS Milán Cobo, MB Montoro Ruiz

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras claves: información, ansiedad, enfermería

Objetivos:

Proporcionar información a pacientes/familiares ingresados en unidades de cuidados críticos por parte de enfermería mejora su estancia y evolución, y dada la similitud de estos pacientes con los que permanecen en el área de observación de urgencias se entiende que se pueden obtener beneficios similares. Actualmente la enfermera de observación de urgencias del Hospital Médico Quirúrgico proporciona información a familiares de una forma no reglada.

Material o pacientes y método:

Estudio experimental con grupos aleatorizados para evaluar los niveles de ansiedad de familiares de pacientes del área de observación durante un periodo de 12 meses. Hipótesis de trabajo: administrar información enfermera siguiendo modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson en un horario establecido a familiares de pacientes ingresados en el área de observación de urgencias hace que disminuyan los niveles de ansiedad de estos. La intervención consistirá en administrar información enfermera según modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson, y se medirán niveles de ansiedad previos y posteriores a dicha información. En el grupo control también se medirán niveles de ansiedad en 2 momentos. En ambos grupos se medirá satisfacción percibida mediante cuestionario. Los datos recogidos se registrarán en una base de datos anonimizada, construida para tal fin y procesadas estadísticamente mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados:

Los test calculados indican que no existen diferencias entre los niveles de Ansiedad Estado y Rasgo de los familiares previo a recibir la información, sin embargo, la Ansiedad Estado posterior a recibir la información sí que presenta diferencias estadísticamente significativas. No hay diferencias significativas en la Ansiedad Rasgo posterior.

Conclusiones:

Proporcionar información a los familiares de los pacientes a través del modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson sirve para reducir los niveles de la Ansiedad de Estado, siendo esta reducción mayor que si se proporciona una información no reglada. El nivel de satisfacción es superior en el grupo experimental frente al grupo control.

P-66

VALORACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO TRIAJE SANITARIO ESTRUCTURADO CORPORATIVO

MI Hernáez Ventades, M Sánchez Fernández,
MS Gallardo Rebollal, JJ Gamazo del Río, E Pulido Herrero,
L Labayru Hernáez, E Ortega Nieva

Hospital Galdakao. Galdakao.

Palabras claves: triage, priority, patient selection

Objetivos:

La implantación de un sistema estructurado de triaje permite disponer de una herramienta útil, fiable y reproducible de la priorización de la asistencia, permitiendo además un sistema de control de calidad del proceso de atención al paciente urgente.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de los resultados de utilización del triaje Osabide Urgencias tras las 4 primeras semanas de implantación, analizando los datos referentes a los tiempos de respuesta, la correlación entre el nivel de gravedad y el destino al alta de los pacientes y el nivel de gravedad y el tiempo de estancia medio

Resultados:

Se incluyeron 3356 episodios relativos a pacientes de Urgencias generales vistos entre el 1 y el 29 de Marzo de 2015. El tiempo de respuesta, desde que el paciente da los datos hasta que el triaje es finalizado, fue de 13:19 minutos, siendo la media del Servicio en los 6 meses previos a la instauración del triaje de 14:10 minutos. Del total de pacientes triados, 9 fueron pacientes correspondientes al nivel I de gravedad(0,27%), 151(4,5%) fueron del nivel II, 1531(45,58%) correspondían al nivel III, 15,43(46,03%) al nivel IV y 122(3,63%) al nivel V. Respecto a la correlación entre el nivel de gravedad y el destino al alta de los pacientes, 866 precisaron ingreso, correspondiendo 670(77,37%) a pacientes de los niveles más altos de gravedad (I,II y III). En relación a la estancia media, incluyendo los pacientes del área de observación, los clasificados con los niveles más altos de gravedad(I-II-III) permanecieron una media de 5:56 horas en el servicio, frente a las 3:21 horas de los pacientes de nivel de gravedad más bajo(IV-V)

Conclusiones:

1. Los tiempos de respuesta para el triaje no se han visto incrementados con el nuevo programa. 2. Existe una correlación aceptable entre los niveles de gravedad asignados y el destino al alta de los pacientes, así como con el tiempo medio de estancia en la Urgencia. 3. El programa informático corporativo de triaje se muestra como un método eficaz y válido.



ENFERMERÍA DE URGENCIAS

A-67

OBSERVACIÓN POR ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE

F Arroyo Alejos (1), MC Riba Castel (1), S Solanas Alava (1),
L Manrique Muruzabal (1), MT Fuentes Ochoa (1),
R Domingo Vázquez (2)

(1) Hospital Reina Sofía, Tudela, (2) Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Palabras claves: traumatismo craneoencefálico, Glasgow, observación

Objetivos:

El paciente con traumatismo craneoencefálico leve (Glasgow 14-15) es un habitual en las unidades de observación de Urgencias por diferentes motivos habiendo gran variabilidad en sus características, neurológicamente recuperados, con síntomas, pendientes de traslado, de pruebas de neuroimagen, anticoagulados.

Material o pacientes y método:

Se aportan datos estadísticos de la ocupación de las 9 camas de la Unidad de observación por estos pacientes durante el año 2014 así como sus características, diagnósticos finales y la detección de datos de alarma durante su observación. También se revisa la debida cumplimentación de la hoja de valoración neurológica.

Resultados:

El correcto control del paciente con TCE leve requiere tiempo y experiencia. Se han detectado un considerable número de casos de hojas no cumplimentadas correctamente.

Conclusiones:

La saturación de las Unidades de Observación y la longevidad de los pacientes con un alto requerimiento de cuidados en estas unidades se perfila por parte del personal como la principal causante de esta mala praxis. Destaca también el alto número de casos de pacientes anticoagulados pendientes de TAC diferido.

A-68

TIPOS DE CONTENCIÓN MECÁNICA ACTUAL DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN URGENCIAS

LI Pericot Sanjuan (1), E Donaire Malagelada (2), I García Risco (2), M Prados Pagès (1), J Vallhonesta Carreras (1)

Hospital Santa Caterina (IAS, Parc Hospitalari Martí i Julia) - Salt, Girona.

Palabras claves: contención mecánica, paciente psiquiátrico, urgencias

Objetivos:

Justificación e importancia: La constante evolución de la sanidad, también ha influido en la forma de contener al paciente psiquiátrico que acude a los servicios de urgencias. Antiguamente la contención era un sistema más rudo e incómodo tanto para el paciente como para el personal sanitario y en la actualidad, disponemos de distintas formas de contención mecánica según la necesidad y el estado del paciente.

Material o pacientes y método:

Búsqueda bibliográfica de protocolos, guías clínicas y artículos en bases de datos de acceso gratuito sobre: "tipos de contención mecánica en urgencias psiquiátricas". Posteriormente, análisis y comparación de los mismos para poder unificar criterios y así establecer los resultados finales.

Resultados:

En total hemos revisado 25 documentos y en todos ellos se habla del sistema de sujeción con imanes en los cuales podemos distinguir entre la contención completa y parcial aplicándola según el estado del paciente. Los sistemas actuales de contención mecánica son menos agresivos para el paciente y tienen una mayor facilidad de aplicación para el personal sanitario.

Conclusiones:

Podemos concluir que mediante los tipos de sujeción mecánica utilizados hoy en día en el servicio de urgencias (completa o parcial), es una intervención muy sistemática y protocolizada que requiere tener en cuenta aspectos éticos y legales. También preserva la protección e intimidad del paciente, así como la protección del personal sanitario y demás usuarios del servicio de urgencias.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS

A-69

SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE. CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL MATERIAL PARA UNA CORRECTA TOMA DE TEMPERATURA ANTE PROCESOS ASISTENCIALES CLAVES

M López Aguilar (1), F Aranda Aguilar (1), I Molina Delgado (1), J Borja Padilla (1), A Ramírez Castillo (1), M Aranda Torregrosa (2), JC Galán Alcaide (1)

(1) Epes 061, (2) Oxford University Hospital John Radcliffe. Emergency Department. Córdoba.

Palabras claves: seguridad clínica del paciente, temperatura corporal, ictus, convulsión, sepsis

Objetivos:

En el ámbito de las Urgencias y Emergencias extrahospitalarias, se atienden patologías en las que la temperatura corporal del paciente es fundamental para realizar un diagnóstico o administrar un tratamiento, siendo ejemplos claros de ello el diagnóstico de una Sepsis o de una convulsión febril y el tratamiento neuroprotector en un Ictus, todos ellos procesos asistenciales esenciales.

Material o pacientes y método:

Favorecer la seguridad clínica de nuestros pacientes con respecto a la toma de la temperatura corporal. Para ello, se realiza un cuestionario a todos los enfermeros de la Empresa Pública de Emergencias Sanitaria para comprobar tipo de termómetros utilizados, incidencias detectadas y conocimiento y uso de los mismos. Por tanto, queremos introducir un plan de mejora en las unidades móviles de manera que se unifique el uso de esta herramienta y se adjunte en todo momento instrucciones de la misma para evitar futuros errores.

Resultados:

Los termómetros más usados en la EPES son los digitales. Dentro de un mismo Servicio se utilizan termómetros digitales de distintos fabricantes, con diferentes formas de uso y, en la mayoría de los casos, sin hoja de instrucciones adjunta. Se comprueba que la toma de temperatura puede variar dependiendo del uso que se le da al termómetro, por tanto, los sanitarios implicados deben de conocer perfectamente el manejo del termómetro que utilizan para una correcta toma.

Conclusiones:

Consideramos un riesgo para la seguridad clínica del paciente la medición incorrecta de la temperatura corporal ya que puede provocar un fallo diagnóstico o un tratamiento inadecuado en ciertas patologías. Estos fallos se ven favorecidos por el uso indistinto de termómetros dentro de una misma unidad de trabajo por lo que creemos necesario unificar el uso de esta herramienta.

A-70

GUÍA CLÍNICA EN PACIENTE ONCOHEMÁTICO PORTADOR DE PICC EN URGENCIAS

J Capera Fernández, G Mora López, C Amill Daran
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

Palabras claves: catéteres de permanencia, oncología médica, urgencias médicas

Objetivos:

El aumento significativo de la presencia de pacientes portadores de catéter PICC (Catéter periférico de Inserción Periférica) en urgencias, conlleva que el personal de enfermería tenga unos conocimientos necesarios sobre el cuidado, mantenimiento y el buen manejo de estos para una óptima utilización. La falta de conocimientos implica una incidencia mayor de complicaciones en estos pacientes y que se realicen prácticas innecesarias sobre estos pacientes, como por ejemplo la colocación indebida de vías periféricas o pinchazos. Por ese motivo creemos necesario la creación de una guía clínica útil, visual y de fácil comprensión.

Material o pacientes y método:

Se elaboró una revisión bibliográfica con el objetivo de buscar evidencia científica. Las palabras claves fueron: PICC, paciente oncohemático, paciente crítico en urgencias, mantenimiento PICC, extracción de sangre por PICC. Confeccionamos una guía clínica de la buena utilización de estos catéteres con la colaboración de enfermeros expertos en PICCS.

Resultados:

Se confeccionó un instrumento útil, visual y de fácil comprensión.

Conclusiones:

Como enfermeros del servicio de urgencias debido a la demanda asistencial y el aumento de estos catéteres nos veíamos en la obligación de crear esta guía para poder garantizar con seguridad una utilización óptima de los catéteres PICCs y a la vez, facilitar el trabajo de una más eficaz y eficiente con un coste mínimo. Se han actualizado nuestros conocimientos y hemos mejorado notablemente en la disminución de la incidencia de posibles complicaciones.

EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio

EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-71

DESARROLLO DE TUBOS ENDOTRAQUEALES MEDIANTE NANOTECNOLOGÍA DE MEMBRANAS CON COBRE PARA EVITAR LOS BIOFILMS Y LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA INTUBACIÓN

E Moreno Millán (1), F Prieto Valderrey (1), JL Valverde Palomino (2), J Villegas del Ojo (1), M Cid Cumplido (1), MD Vidal Roig (2), ML Sánchez Silva (2)

(1) Hospital Santa Bárbara, (2) Universidad de Castilla-La Mancha. Puertollano.

Palabras claves: infección respiratoria, biofilm, vía aérea

Objetivos:

Conseguir vía aérea permeable es técnica habitual en Urgencias, Emergencias, UCIs, quirófanos y Reanimación. El tubo endotraqueal (TET) altera el aclaramiento mucociliar -incluso 95% en las primeras horas- favoreciendo acumulación de secreciones y formación de biofilms (matriz polimérica con agua, proteínas y restos bacterianos adherida a superficies o interfaces), originando infección respiratoria y resistencia antibiótica, especialmente en ventilación mecánica (NAVM) y enfermos críticos. Está demostrado que nanopartículas de cobre (NpCu) y plata (NpAg) afectan la membrana celular y moléculas autoinductoras con efecto bactericida.

Material o pacientes y método:

Usando dibutylsebacato como plasticida y método de dispersión ultrasónica se intenta obtener membranas de PVC con máxima integración metálica, confirmándola mediante emisión espectroscópica inducida, cromatografía, análisis termogravimétrico, óptico y microscopía electrónica. Se hace estudio microbiológico posterior comparando la efectividad inhibitoria de estas membranas frente a PVC sola empleando muestras de *Acinetobacter baumannii* (Ab).

Resultados:

Existe reducción colonizadora de Ab con membranas de PVC con ambos metales, ligeramente superior con NpAg (85,5% y 82,2%/67,7% y 54,3%, respectivamente), que es 0% con control.

Conclusiones:

Incorporar NpAg y NpCu en la membrana de PVC para fabricar TET tiene claro efecto bactericida frente a Ab, mayor con las primeras, si bien las segundas tienen menor precio y amplio margen biotóxico. La utilización de TET así confeccionados disminuiría la producción de biofilms, la infección respiratoria, la NAVM o la muerte, evitando gastos sanitarios por resistencia antibiótica y prolongación de estancias, incluso en UCI.

O-72

EVALUACIÓN DEL MANEJO DE TÉCNICAS EN DIEZ SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITALES TERCIARIOS

I Miguéns Blanco (1), P Busca Ostolaza (2), F Temboury Ruiz (3), R Juárez González (4), C Marcellán Narros (5), E Ortiz Villacián (5)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, (2) Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Donostia, (3) Médico Adjunto Hospital Virgen de La Victoria, Málaga, (4) Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital General Nuestra Señora del Pra. Vilagarcía.

Palabras claves: emergency department, surgery, emergency physician

Objetivos:

El manejo de técnicas en la Medicina de Urgencias y Emergencias debe constituir la herramienta fundamental que todo médico debe conocer.

Material o pacientes y método:

Se envió vía e-mail a diez Servicios de Urgencias de hospitales terciarios un cuestionario en formato electrónico con un total de 12 preguntas, de las que se han obtenido 125 respuestas. Se enumeran las cuestiones de evaluación y los resultados más relevantes:

Resultados:

El 4% llevaba trabajando como médico adjunto 1 año solamente, un 14.4% de 1-5 años, el 15.2% 5-10 años, el 28% de 10-15 años, el 16.8% de 15-20 años, el 11.2% 20-25 años, y el 9.6% de 25-30 años. De ellos, sólo el 31.2% había manejado la vía aérea más de 4 veces en el último año, y hasta un 24% no había realizado ningún abordaje sobre la misma. En relación con la ventilación mecánica no invasiva hasta un 55.2% refieren realizarla siempre que resulte necesario en su Servicio. El 36.8% de los encuestados no realizó ningún drenaje torácico en el último año, siendo 0 el número de vías centrales que habían cogido en el último año 60.8% de los participantes. En el 20% de los casos es la UCI o Cardiología la especialidad encargada de realizar cardioversiones eléctricas. El 15.2% de los médicos no realizó ninguna punción lumbar en el último año de ejercicio. Y el 20% acusan que nunca realizan suturas en sus Servicios. Un 20.8% el porcentaje de participantes que no resuelven luxaciones de hombro. El 27.2% no saben realizar un estudio de fondo de ojo. El 76.8% nunca han realizado una pericardiocentesis. El 89.6% no ha realizado una cricotiroidectomía a lo largo de su carrera.

Conclusiones:

De ello, se deduce, que siendo de especial relevancia el manejo de técnicas por los Urgenciólogos, se necesita mejorar la instauración de su realización en los Servicios de Urgencias de Hospitales terciarios, necesitándose, por tanto, formación en las mismas.

EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-73

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE ALUMNOS DE SECUNDARIA CON EL PROGRAMA "RCP EN CLASE"

IM Fernández Guerrero, AL Mora Gómez, MB Moltó García, RM Martín Vélez, J Roca Guiseris

Hospital Universitario de Granada. Granada.

Palabras claves: cardiopulmonary resuscitation, program evaluation, personal satisfaction

Objetivos:

La formación de personal no sanitario en técnicas de RCP se considera una necesidad emergente. Múltiples propuestas didácticas se han implementado, sin embargo, falta por realizar la evaluación de programas de educación médica de la RCP. Un énfasis en la evaluación de este tipo de programa a través encuestas de satisfacción de los alumnos puede ser interesante y necesaria.

Material o pacientes y método:

Muestra: 116 alumnos de 3º y 4º cursos de enseñanza secundaria obligatoria de un instituto de bachillerato de Granada. Instrumento de evaluación: cuestionario con formato de escala de valoración de 9 ítems a responder con una escala de cinco puntos (Nada-Poco-Algo-Bastante-Mucho). Validez de contenido de la escala obtenida mediante alto consenso de expertos. Indagación de la "satisfacción" mediante análisis factorial por componentes principales. Fiabilidad calculada mediante alpha de Cronbach ($\alpha = 0.67$, $p = 0.000$) Método: Estudio descriptivo muestral con función evaluativa.

Resultados:

Valores porcentuales en cada uno de los nueve ítems. Valores evaluativos en todos los ítems: positivos y altos por mayoría de respuestas Bastante y Mucho. Así: Ítem_1. Los contenidos teóricos me han parecido interesantes: 95.7 % Ítem_2. Mi interés por aprender RCP antes de asistir al curso. 67.2 % Ítem_3. Después de asistir al curso estoy motivado para realizar RCP: 77.6 % Ítem_4. Tras participar los talleres prácticos me veo capaz de realizar RCP: 72.4 % Ítem_5. Recomendaría a mis compañeros este curso: 91.3 % Ítem_6. Este curso ha sido útil: 89 % Ítem_7. Los docentes han sabido transmitir los conocimientos: 91.4 % Ítem_8. Los materiales usados han sido adecuados: 91.4 % Ítem_9. Me gustaría repetir el curso: 83.6 %

Conclusiones:

Se denota una alta satisfacción con el programa "RCP en clase". Estructura unifactorial de la satisfacción del alumno con el programa. Se deberían tener en cuenta estas iniciativas para implementar de manera reglada la enseñanza de técnicas de RCP en enseñanza secundaria.

O-74

APRENDIZAJE ONLINE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESCALA RACE EN EL PROTOCOLO DEL CÓDIGO ICTUS

M Querol Gil (1), M Gorchs Molist (1), D Carrera Giraldo (2), A Mora (1), J Gallardo (1), N Pérez de la Ossa Herrero (2)

(1) Sistema Emergencias Médicas de Cataluña, (2) Hospital Germans Trias i Pujol. Mataró.

Palabras claves: formación, e-learning, ictus

Objetivos:

La escala RACE valora la gravedad y predice la presencia de una oclusión arterial de gran vaso en los pacientes con un ictus agudo. Dado que se trata de una patología tiempo-dependiente, el uso de esta herramienta clínica a nivel prehospitalario podría optimizar el proceso de asistencia y traslado de estos pacientes

Material o pacientes y método:

Se diseñó un curso online acreditado por el consejo catalán de formación continuada con 1 crédito, que incluye: 1- Clínica y tratamiento del ictus agudo. 2- Criterios de activación del CI y 3- Formación en el uso de la escala RACE mediante vídeos de casos reales. También se diseñó una aplicación para smartphones de la escala RACE, con 2274 descargas hasta el momento. El curso lo realizaron un total de 2850 profesionales (el 82% de los técnicos de transporte sanitario de Cataluña). Se evaluaron sus conocimientos antes y después del curso mediante un cuestionario. Se registraron las activaciones del CI, las puntuaciones en la escala RACE y los tiempos de respuesta del SEM, y se compararon los resultados del trimestre previo con los del trimestre posterior a la formación.

Resultados:

Tras el curso, la escala RACE se utilizó en el 62% de los CI. Los profesionales del SEM mejoraron sus conocimientos sobre el ictus agudo, subiendo de 6'6 a 8'3 puntos en el examen. El número de activaciones del CI aumentó de 9'5 a 12'6 por cada 100000 habitantes, y el tiempo desde la alerta al SEM hasta la llegada al hospital sólo se incrementó 2 minutos.

Conclusiones:

La formación online permite llegar a un elevado número de profesionales implicados en la atención y el traslado de los pacientes con un ictus agudo, implementar la escala RACE en el protocolo de CI y mejorar sus conocimientos sobre esta patología, aumentando el número de pacientes que se identifican a nivel prehospitalario.

EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-75

SIMULACIÓN EN REANIMACIÓN EN EL LUGAR HABITUAL DE TRABAJO

VJ González Martín (1), S Arcega Sainz (2), J Olivet Pujol (3), R Arcega Sainz (3), A Planas Vilà (4), D Muñoz López (5)

(1) Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt, (2) Hospital Universitari Doctor Trueta, (3) Universitat de Girona, (4) Resident Parc Hospitalari Martí i Julià, (5) 112-Sem. Girona.

Palabras claves: simulation, resuscitation, training

Objetivos:

El aprendizaje está basado en competencias. El objetivo principal consiste en la consecución por parte del estudiante de una serie de competencias, no solo la adquisición de conocimientos, sino también en desarrollar capacidades y habilidades. Queremos conocer la opinión y experiencias para evaluar este curso y introducir aspectos de mejora.

Material o pacientes y método:

El curso semipresencial de SVA está definido por el Consell Català de Ressuscitació y sigue las guías del European Resuscitation Council del 2010. La fase on-line se realiza con el programa moodle (www.aulaccr.cat) y el manual. Al finalizar se realiza la fase presencial de 12 horas de duración. Consta de 8 horas de talleres prácticos con maniqués simulator-SVA (Laerdal Simpad), monitor desfibrilador manual y materiales específicos de vía aérea, intraósea, etc. Las siguientes 4 horas nos trasladamos con los maniqués de SVA a la sala de endoscopias del Parc Hospitalari Martí i Julià, entorno habitual de trabajo de los alumnos, utilizando el material del Servicio de Gastroenterología. Al finalizar se pasa a los alumnos y instructores una encuesta validada, diseñada para valorar la satisfacción y las competencias (elaborada por la Facultad de Psicología de Sevilla y publicada el año 2010)

Resultados:

El 100% de los alumnos destacan la fase realizada en el entorno de trabajo habitual como una experiencia muy positiva. Se ha destacado por parte del alumnado que ser un grupo conocido y reducido ha ayudado a optimizar el tiempo de prácticas. El 80% de alumnos refieren haber participado en un curso excelente y la importancia de continuar haciendo estos tipos de cursos de forma periódica.

Conclusiones:

El método de curso estructurado con simulación en el entorno de trabajo habitual es muy gratificante para alumnos e instructores, con optimización y aplicabilidad de la formación recibida en el ámbito laboral habitual.

P-76

Y A TI, RESIDENTE, ¿TE GUSTAN LAS URGENCIAS?

A García Morón, AM Amezcua Fernández, ML López Pérez, I Aguilar Cruz, E Lapresa Acosta, J Hortal Carmona
HAR Guadix, Granada.

Palabras claves: residentes, urgencias, medicina familiar y comunitaria

Objetivos:

Cada vez es más frecuentes la saturación y posterior divulgación en los medios de comunicación sobre el mal funcionamiento de las urgencias hospitalarias, pero, y los MIR, ¿están satisfechos? ¿Buscarían un SUE para su futuro?

Material o pacientes y método:

Se realiza una encuesta, que se distribuye entre el personal médico de toda España en formato "papel" e internet (basado en Web para crear documentos en línea con la posibilidad de colaborar en grupo llamada Google Docs). El tiempo medio de elaboración de la encuesta fue 2 minutos. La entrega y recogida de las encuestas fue entre Marzo y Mayo de 2014.

Resultados:

La edad media era de 28 años, el 68% mujeres, 22 % hombres. Más del 63% eran residentes de primer años el otro 37 % se repartían entre residentes de 2º, 3º, 4 y 5º años. El 88 % NO le era gratificante trabajar en SUE, para un 7% intermedio y 5% si. Sólo a un 6 % le gusta realizar guardias en este servicio. Lo que más le gusta de las urgencias a más del 73% que es el primer contacto con el paciente y la toma de decisiones y a un 5% la variedad de patologías. Lo que menos le atrae del trabajo para un 90% es la presión asistencial. De 305 residentes que contestaron a la encuestas sólo 18 residentes trabajarían el resto de su carrera profesional en urgencias. La mayoría de ellos pertenecían a la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria.

Conclusiones:

Tan sólo para un 5% de los residentes que hacían guardias en nuestro Servicio de Urgencias era gratificante el trabajo que allí se realizaba, todos ellos pertenecían a la especialidad de Medicina de Familia. Por lo tanto hemos de reconsiderar sobre la necesidad de una especialidad de Urgencias para fomentar una mejor en la docencia y aprendizaje, así como mejorar la presión asistencial a la que estamos sometidos. Medicina Familiar y Comunitaria es la especialidad más cercana a la futura Especialidad de Urgencias.

EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-77

EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN A PERSONAL SANITARIO (MÉDICOS Y ENFERMERAS) EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

R Arcega Sainz (1), F Santaularia Font (1), S Arcega Sainz (1), V González Martín (2), M Chordà Sánchez (1), D Verduras Cenis (1)

(1) Urgencias, Hospital Universitario de Girona, Dr. Josep Trueta, (2) Parc Hospitalari Martí i Julià. Sant Julià de Ramis.

Palabras claves: Guides European Resuscitation Council 2010, hospital emergency department, training

Objetivos:

Conocer mediante una encuesta anónima y voluntaria, los conocimientos y formación del equipo sanitario de un servicio de urgencias hospitalario (SUH) respecto al soporte vital avanzado (SVA).

Material o pacientes y método:

Se evaluó mediante una encuesta cuyas respuestas se hallan en las guías europeas de SVA 2010. Preguntamos por ocupación, a 19 médicos, y 32 enfermeras, edad, si habían asistido a un curso de SVA con las guías 2010, qué año fue el último curso realizado. Se preguntaba en el algoritmo de los ritmos desfibrilables qué medicación estaba indicada, cuándo se debía administrar dentro del mismo algoritmo. Respecto a la reanimación cardiopulmonar de gran calidad se preguntaba sobre las características de ésta: profundidad y frecuencia de compresiones, cada cuánto se recomendaba cambiar de reanimado, ritmo de compresiones-ventilaciones y después de realizar la desfibrilación la siguiente acción a realizar cuando el paciente no respondía. Se preguntaba finalmente, por si se creía importante formarse en soporte vital avanzado como equipo de urgencias, y con qué frecuencia se creía necesaria la formación.

Resultados:

Se detectaron deficiencias formativas en 19,6% de los encuestados. Así como errores de conceptos claves como qué medicación administrar y cuándo hacerlo. Se objetivaron puntos de mejora en la reanimación de gran calidad, así como reanudar las compresiones después de la desfibrilación. La totalidad de los encuestados ha considerado importante formarse en soporte vital avanzado como constituyente del equipo de urgencias. La frecuencia de formación se considera anual o bianual por 89% de los encuestados.

Conclusiones:

Dado que el paro cardiorespiratorio constituye una emergencia que se ve de forma poco frecuente, se considera indispensable la formación continuada del personal sanitario. Deben detectarse inicialmente las deficiencias para establecer un plan de formación adecuado. Dado que este año está prevista la actualización de las guías europeas (European Resuscitation Council) se considera que estamos ante una buena oportunidad para implementar un plan formativo que al finalizar estos 5 próximos años, pueda reevaluarse e identificar deficiencias formativas dentro del SUH.

P-78

LA SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN URGENCIAS TOXICOLÓGICAS PARA ALUMNOS DE CUARTO CURSO DEL GRADO DE MEDICINA

S Espinosa, L Picazo Pineda, F Caballero Martínez, C García de Leonardo, P Chica Martínez, A Nieto Sánchez, M Alonso Chamorro

Universidad Francisco de Vitoria. Madrid.

Palabras claves: simulación de paciente, toxicología, estudiantes de medicina

Objetivos:

En el Libro Blanco Título de Grado en Medicina de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, en el epígrafe referido a la Toxicología clínica, se definen las competencias a desarrollar

Material o pacientes y método:

Se han estudiado los resultados obtenidos por los 167 alumnos que han cursado la asignatura de Medicina Legal y Toxicología clínica, durante los cursos académicos 2013-2014 y 2014-2015. Se diseñaron 6 experiencias clínicas simuladas. Tras la participación de los alumnos, se realizaban tres evaluaciones. La evaluación del profesor, la autoevaluación del alumno y la evaluación por iguales de sus compañeros. Los resultados se han sometido a un análisis descriptivo.

Resultados:

Los ítems que se evalúan se dividen en anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, tratamiento realizado, sospecha diagnóstica, comunicación, liderazgo y utilización de recursos. La media de los ítems alcanzados, de forma global, fue de un 62,4%. En el caso de la Intoxicación por benzodiazepinas fue del 51%, Intoxicación agua por opiáceos 73%, Intoxicación crónica por opiáceos 65%, Síndrome anticolinérgico 57%, Colinérgico 65%, Intoxicación por cocaína 69,5%

Conclusiones:

A la vista de los resultados, pensamos que la simulación es una buena herramienta para comprobar la capacitación de los alumnos en toxicología clínica. Les permite enfrentarse a casos de pacientes con intoxicaciones diversas, en situación crítica, donde ellos tienen la responsabilidad de intentar llegar a un diagnóstico de sospecha, confirmar mediante pruebas diagnósticas e iniciar el tratamiento de mantenimiento y definitivo, mediante la utilización de antidotos, depuración renal, digestiva, etc.

EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-79

DISEÑO DE UN CURSO DE FORMACIÓN EN MANEJO DE ENFERMOS CON VIRUS ÉBOLA (EVE)

J Abrisqueta García, A Martínez Barba,
F Martínez de Gea, A López Fernández,
M García Arnao, R Horn Ureña
Gerencia Urgencias y Emergencias 061. Murcia.

Palabras claves: formación, curso, Ébola

Objetivos:

La formación en la Gerencia 061, igual que todo el Servicio Murciano de Salud, ha tenido que organizarse, improvisadamente, por las condiciones a nivel mundial por la epidemia de EVE surgida en África Occidental. En un principio, se diseñó un curso de corta duración, teórico, en el que se realizaba una demostración sobre la utilización de los EPI. Pudimos evidenciar que la calidad impartida no era la adecuada, basándonos en los resultados de las encuestas de satisfacción, y en algunas opiniones negativas de asistentes, sobre la baja calidad del mismo. Se programa un segundo curso que mejora la calidad.

Material o pacientes y método:

Se diseñó un primer de formación con las siguientes características: Tres horas, 25 alumnos con una fase teórica de 1,5 horas y una fase posterior de demostración sobre la utilización del EPI por una sola persona. Se realizaron encuestas de satisfacción anónimas de valoración por los alumnos. Posteriormente se diseñó un segundo curso perfeccionado según la experiencia acumulada y las encuestas de satisfacción de los profesionales, con las siguientes características: Áreas de mejora introducidas: • Formación 4 profesionales 061 en Escuela Nacional Sanidad: "Curso de Formación de Formadores en EVE". • Incremento de 3 a 5 horas de duración. • Máximo de 8 ó 9 alumnos por tutor. • Teórica: 1 hora: descripción protocolo EVE. • Práctica: 4 horas. Se enseñó a todos los alumnos por parejas la colocación y retirada de EPI, según el protocolo establecido por el Ministerio de Sanidad, según las recomendaciones de la OMS.

Resultados:

Se compararon las medias de las encuestas de satisfacción de ambos cursos y se analizaron con el Test de Student para la comparación de medias de variables. Se observó mejora significativa en las encuestas de satisfacción de los profesionales ($P>0,05$).

Conclusiones:

Basándonos en estos datos, pudimos diseñar un curso optimizado, que puede ser utilizado como base para realizar otras ediciones en el 061 de Murcia, y por otros SEM.

P-80

CONOCEMOS LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN CON EVENTOS CEREBROVASCULARES Y EXISTE UNIFORMIDAD EN LA ACTUACIÓN

I León (1), L Carbajo Martínez (2), T Aragón Aragón (2),
P Díaz Parejo (2)

(1) HAR Morón, (2) HAR Utrera. Sevilla.

Palabras claves: cardiovascular risks, acute coronary syndrome, arterial hypertension

Objetivos:

Los eventos macrovasculares son unas de las principales entidades clínicas atendidas en los servicios de urgencias del sistema de salud, siendo muy importante reducir el tiempo de actuación disminuyendo así las posibles complicaciones y secuelas posteriores. Los eventos cerebrovasculares es la primera causa de discapacidad permanente en la edad adulta. Muchos pacientes que sobreviven, sufren secuelas importantes que les limitan para sus actividades de la vida diaria. Su morbimortalidad implica un elevado coste sanitario.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo realizado en Hospital de Alta Resolución de Utrera. Muestra 92 pacientes durante un periodo de un año. Determinamos edad, sexo, cifras de tensión arterial, tiempo de estancia en el hospital, hábitos tóxicos, factores de riesgo cardiovascular, tratamientos administrados en el servicio de urgencias y diagnósticos al alta.

Resultados:

Varones: 45 (48.91%). Mujeres: 47 (51.09%). Edad Media 76.86. Tensión arterial media: 135.14/71.96 mm Hg. Tiempo medio de estancia en HAR: 1 hora y 33 minutos. Fumadores: 28.26 %. No fumadores: 71.74 %. Bebedores: 13.04 %. No bebedores 86.96 %. En cuanto a Factores de riesgo. HTA: 69.57 %. DM tipo II: 42.39 %. Dislipemia: 41.30 %. Cardiopatía isquémica: 22.83 %. Hipertiroidismo: 1.09 %. Hipotiroidismo: 8.7 %. Tratamientos administrados en urgencias: Somatostatina: 57.61 % Insulina: 3.26 % Antiagregación: 4.35 %. Diagnósticos: AVC: 9.78 % AIT: 13.04 %. ICTUS: 4.35 %. Enfermedad cerebrovascular: 18.48 %. Síntomas neurológicos: 6.52 %. Isquemia cerebro: 9.78 %. Hemorragia intracerebral: 4.35 %. Otros diagnósticos: 33.7 %.

Conclusiones:

No presentan diferencias con respecto al sexo. Hay que incidir en disminuir los factores de riesgo cardiovascular modificables para intentar así evitar este tipo de accidentes así como los hábitos tóxicos. Optimizar el tiempo de estancia en el Servicio de Urgencias para agilizar su traslado al Hospital de Referencia. No existe uniformidad para tratar con neuroprotectores a los pacientes diagnosticados de un proceso agudo cerebrovascular.

EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-81

PERFIL DEL PACIENTE FIDELIZADO O HIPERFRECUEMADOR AL SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

CC Carrasco Vidoz, R Fallos Martí, R García de Pedro, A Sanchís Ruiz, C Fernández Palacios, C Rincón Ruiz, V Vélchez Aparicio

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: urgencias hospitalarias, paciente fidelizado, estudio

Objetivos:

La hiperfrecuentación o fidelización de los servicios de salud es un comportamiento individual que deriva de la percepción del individuo de necesitar asistencia sanitaria. Los pacientes hiperfrecuentadores acuden de forma repetida y por iniciativa propia a los servicios de urgencias. La hiperfrecuentación depende de factores individuales del propio paciente y/o su entorno (enfermedades crónicas, problemática social y económica, enfermedad mental, consumo de tóxicos...) y de otros derivados del propio sistema como la accesibilidad del mismo, las demoras en consultas y pruebas diagnósticas.

Material o pacientes y método:

Diseño de Estudio. Estudio analítico observacional de cohortes retrospectivo multicéntrico. Selección de Pacientes. Se incluirán a todos los pacientes con edad igual o superior a los 14 años que consultaron los SUH al menos en 10 ocasiones a lo largo del año 2013. Se analizará la primera visita o primer episodio de cada paciente en dicho periodo de tiempo.

Resultados:

Sobre un total de 110267 pacientes que consultaron en el SUH, 138 fueron hiperfrecuentadores, con un 58% de mujeres. El 84% acudió por petición propia. El 94,9% lo hicieron por problemas de salud de < de 4 semanas y la patología mas frecuente por la que acudieron fue por sintomatología cardiovascular y respiratoria. El triage se realizó con Manchester con un 56,5% como problema urgente. De los 138 pacientes la edad media fue de 50,8 años solo 42 tenían una comorbilidad >3 (Charlson) y 66 de cero. el 74,6% eran independientes y el 85% no tenían deterioro cognitivo. Solo el 29,7 presentaban enfermedad psiquiátrica. El 74,6% preciso pruebas complementarias (analítica, Rx, TAC) Al alta el 24,6 tiene diagnóstico de patología infecciosa seguido por 15,2 de patología ginecobtétrica, el 21% requirió observación en urgencias y 10,9 hospitalización. 5,8 éxitos.

Conclusiones:

Aunque los hiperfrecuentadores solo implican el 0,12% de las consultas a urgencias esto implica una gran demanda, gasto y sobrecarga al servicio público de salud por lo es importante conocer el perfil para implementar medidas para evitar estas visitas.

P-82

LA SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN URGENCIAS CARDIOVASCULARES PARA ALUMNOS DE CUARTO CURSO DEL GRADO DE MEDICINA

S Espinosa Ramírez, L Picazo Martínez, M Alonso Chamorro, A Mateos Rodríguez, P Chica Martínez, MA Infante Rodríguez, A Durán Pozo

Universidad Francisco de Vitoria de Madrid

Palabras claves: simulación de paciente, Cardiología, estudiantes de medicina

Objetivos:

En el libro blanco de ANECA, en el capítulo 7 se habla de competencias específicas de formación disciplinar y profesional del médico de base. Entre otras muchas, figura: Reconocer y tratar las situaciones que ponen la vida en peligro inmediato, y aquellas otras que exigen atención inmediata. Nuestros alumnos, desarrollan diversas competencias en el Centro de Simulación, trabajando habilidades de comunicación, exploración física, interpretación, razonamiento clínico e integración de todas ellas en escenarios de simulación con pacientes estandarizados y simulación robótica de alta fidelidad.

Material o pacientes y método:

Se han estudiado los resultados obtenidos por los 120 alumnos que han cursado la asignatura de Patología Médico Quirúrgica I, durante el curso académico 2014-2015. Se diseñaron 5 experiencias clínicas simuladas. Tras la participación de los alumnos, se realizaban tres evaluaciones. La evaluación del profesor, la autoevaluación del alumno y la evaluación por iguales de sus compañeros. Los resultados se han sometido a un análisis descriptivo.

Resultados:

Los ítems que se evalúan se dividen en anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, tratamiento realizado, sospecha diagnóstica, comunicación, liderazgo y utilización de recursos. La media de puntuación alcanzada de forma global fue de 60%, siendo por patologías: Bloqueo Aurículo Ventricular 43%, Síndrome aórtico 56%, Fibrilación auricular 72%, Taquicardia supraventricular 60%, Síndrome coronario agudo 70%.

Conclusiones:

A la vista de los resultados, pensamos que la simulación es una buena herramienta para comprobar la capacitación de los alumnos en urgencias cardiovasculares. Les permite enfrentarse a casos de pacientes con patologías diversas, en situación crítica, donde ellos tienen la responsabilidad de intentar llegar a un diagnóstico de sospecha, confirmar mediante pruebas diagnósticas e iniciar el tratamiento con fármacos e incluso con terapia eléctrica.

EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-83

ANÁLISIS DE NECESIDADES FORMATIVAS EN UN GRUPO MIR

I Miguéns Blanco (1), I Bañó Alba (2), JU Hong Cho (3), M Lara Torres (4), N Viera Rodriguez (5), S Loscos Arands (6), E Bolumburu Aguirre (7)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, (2) C.H. Alicante, (3) C.H Donosti, (4) C.H Santander, (5) H. Son Espases, (6) C.S Zaragoza, (7) C.H Bizkaia. Vilagarcía de Arousa.

Palabras claves: emergency medicine, residency, internship

Objetivos:

El pasado 6 de marzo de 2015 se realizaron las I Jornadas Nacionales de SEMES MIR, grupo de trabajo de SEMES hecho por y para los MIR. En estas Jornadas se desarrolló además de actividad meramente formativa, la promoción de la necesidad de la misma.

Material o pacientes y método:

Se elaboró un cuestionario de 8 preguntas de elección múltiple y texto libre, en el que 6 de ellas atendían a aspectos formativos y tres de ellas a la organización y mejora del evento de SEMES MIR. Todos los asistentes eran MIR de Medicina Familiar y Medicina Interna.

Resultados:

De los 160 asistentes, respondieron a la encuesta 67 (41%). De la pregunta 1 en la que se valoraba la importancia de la formación en MUE se obtuvo: 98% echan de menos más formación (66). En la cuestión 2 sobre los responsables de la formación en MUR el 79% cree que sus tutores deberían ser evaluados y acreditados antes de responsabilizarles dicha tarea. La pregunta 3, acerca de la necesidad de la especialidad, el 95.5% de los asistentes reclaman su existencia, corroborando este hecho, la respuesta a la pregunta 4 sobre la residencia que cursan actualmente, en la que el 85% de los participantes responden que hubiesen hecho la especialidad de MUE si hubiesen tenido la oportunidad. En relación con la formación en MUE desde las Unidades Docentes, en el 68.65% de los casos no reciben apoyo encontrándose hasta en el 26.86% de las respuestas problemas a la hora de hacer expreso el deseo de formación.

Conclusiones:

Los MIR participantes solicitan la Especialidad en MUE, mayor formación, tutores acreditados. Encuentran una de sus mayores barreras formativas en sus propias Unidades Docentes.

P-84

FORMACIÓN SEMIPRESENCIAL EN EMERGENCIAS: ¿ES SÓLO UNA MODA?

F Paz Rubio (1), P Sánchez Valero (2), X Bernárdez Gómez (1), J Colina Torralva (3), J Rico Rodríguez (3), M Muñoz Mancisidor (4)

Universitat de Barcelona. Santa Agnès de Malanyanes.

Palabras claves: blended learning, online learning, emergency care education

Objetivos:

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) se han convertido en una herramienta fundamental en diferentes ámbitos de la educación superior en los últimos años. Fruto de la integración de la tecnología en la vida cotidiana, parece evidente que también deba incorporarse con un peso cada vez más importante en el ámbito educativo. En numerosos estudios sobre la eficacia del aprendizaje en línea y el aprendizaje apoyado en las TIC, se han obtenido resultados muy similares comparando la educación a distancia y el aprendizaje en el aula y algunos han mostrado una ligera mejora de la eficiencia del aprendizaje en línea respecto al presencial. En la formación de emergencias además hay una necesidad de aprendizaje de habilidades, muchas veces basado en el "learning by doing" siendo aspecto que más puede influir en la adquisición de las competencias necesarias para desarrollar la actividad profesional en centros de urgencia, tanto hospitalarios como prehospitalarios.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo longitudinal de las evaluaciones teóricas de los cursos semipresencial y presencial desde el año académico 2009-10 hasta el 2013-14, con una n=325 alumnos. Las evaluaciones teóricas se realizan en plataforma Moodle con banco de preguntas.

Resultados:

De los 325 alumnos analizados 185 pertenecen a ediciones presenciales y 140 a semipresenciales. Aún tratándose de una serie de datos simétricos, llama la atención una mediana superior en las ediciones semipresenciales en todos los años académicos, así como que del 7,38% de suspendidos, el 79,16% pertenecen a presencial. Asimismo, el 80% de las calificaciones excelentes (≥ 9) pertenecen a los alumnos de formación semipresencial.

Conclusiones:

La formación semipresencial en las Ciencias de la Enfermería y más concretamente, en el ámbito de las emergencias, es una fórmula de enseñanza con mejores resultados en el aprendizaje, por lo que lejos de tratarse de una moda, constituye una opción más eficaz y eficiente.

EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-85

MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES PROCEDENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

LM González Torres, JI Giménez X, JL Bauset Navarro, C Cinesi Gómez, P Piñera Salmerón, JL Otero Uribe, L Monteagudo González

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Murcia.

Palabras claves: urgencias médicas, mortalidad hospitalaria, diagnóstico

Objetivos:

La Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), adscrita al Servicio de Urgencias Hospitalario, atiende pacientes que no tienen criterios de ingreso en UCI pero precisan mayores cuidados dada su inestabilidad clínica.

Material o pacientes y método:

Estudio epidemiológico observacional retrospectivo, mediante revisión de Historias Clínicas. Se han seleccionado de forma aleatoria, 137 pacientes ingresados en la UCIN durante el primer semestre de 2014. Los datos que se recogen: Edad, sexo, diagnóstico, destino, mortalidad en UCIN e intrahospitalaria.

Resultados:

De los 137 pacientes seleccionados, 72 (52.6%) fueron hombres y 65 (46.4%), mujeres. La mortalidad global fue de un 11%, siendo mayor en los hombres sin diferencias significativas. El edema agudo de pulmón (EAP) es el diagnóstico más repetido (18.2%) seguido por la patología respiratoria (29.2%), (OR 0,0338, P=0,022), siendo la mortalidad en los EAP del 24%, (OR:3,579, IC95%:1,141-11,226, P=0,022). La edad media de los pacientes fallecidos es 77 años y la de los que sobreviven de 69.5 años (p=0.039). La mortalidad de las mujeres es de 12,3% frente al 9,9% de los hombres (OR 0,729, IC95%0,266-2,284, P=0,649). Al realizar un estudio multivariante, en el modelo final queda el EAP como el relacionado con el aumento de la probabilidad de muerte (OR=3,12 IC95% 0.993-9.81, P=0,05).

Conclusiones:

No existen diferencias significativas entre la mortalidad global con respecto al sexo ni la edad. Con respecto a los diagnósticos, el más frecuente es el EAP, quedando en segundo lugar la patología respiratoria, con diferencias estadísticamente significativas. Tras realizar el estudio multivariante, se corrobora que el paciente con EAP, tiene mayor probabilidad de fallecer independientemente de otras variables.

P-86

CONTENCIÓN MECÁNICA TORÁCICA: UN SISTEMA DE RETENCIÓN INFRAUTILIZADO QUE DINAMIZA UN PROYECTO DE INNOVACIÓN

JJ Pérez Acebo (1), E Mora Mellado (1), S Rabadán Mezquita (1), I Lázaro (2), L Ros (1), A López Petchamé (1)

(1) Corporación Sanitaria Parc Tauli, (2) Ivemón Ambulancias Egara. Badía del Vallés.

Palabras claves: agitación psicomotriz, seguridad del paciente, contención torácica

Objetivos:

A raíz de una experiencia personal con una paciente multifrecuadora del SUH nos dimos cuenta que hay pacientes con agitación psicomotriz en Urgencias que tienen riesgo potencial de auto/hetero-agresividad (sobre todo en la cabeza) importante. Muchas veces precisan de contención mecánica completa, como parte del algoritmo de actuación del paciente agitado que se aplica en nuestro centro. Actualmente, para aplicar la contención torácica, disponemos de una cincha con forma de "Y" que pasa por ambas zonas claviculares anclada mediante pivotes imantados a una cincha transversal situada en el cabezal de la camilla y a la contención abdominal. Hemos detectado una infrautilización de ésta contención torácica en "Y" lo que compromete la seguridad del paciente y del profesional sanitario.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal unicéntrico utilizando encuesta anónima rellenada por los profesionales sanitarios que intervienen en el protocolo de contención mecánica.

Resultados:

N=112. El 65% han usado la contención entre 1-5 veces, 5-10 veces (21%) y más de 10 veces (12,76 %). Un 65% creen que no evita la auto/hetero-agresividad ni la posibilidad de incorporarse (55%). No utilizada por un 58% por los motivos: no tener formación previa (34%), no disponible (23%), considerarla ineficaz (11.6%) y otros motivos (31.5%, sobre todo por desconocimiento de su existencia o presencia de fracturas). 87.5% creen necesaria la contención torácica en paciente agitado y desconocen otro tipo de contención torácica existente en un 95% (proponen alternativas como uso de sábanas).

Conclusiones:

En 2013 se activó desde triaje el código agitación 122 veces (un código agitación cada tres días). La infrautilización de la contención mecánica torácica en "Y" queda demostrada por su escaso uso e incluso, el desconocimiento total de su existencia. No es una contención segura y resulta poco eficaz. Estos datos han servido de dinamización para un proyecto de innovación que implica el diseño de un nuevo sistema de retención torácica más práctica, segura para el paciente/profesional y eficaz. Actualmente el prototipo está en fase experimental.



EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-87

PERIODICIDAD EN RECICLAJE DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESA: BÚSQUEDA DE UN CONSENSO

JM Cortes Ramos (1), R Aletta Díaz (2), M Guasch Mari (3), JA Ortiz Gómez (4), D Hassan Amselem (5), M Salvador Gómez (6)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet, (2) SAS, (3) Ambulancias Santa Sofía, (4) Epes, (5) Sescam, (6) Salud. Zaragoza.

Palabras claves: resucitación cardiopulmonar, desfibriladores, educación continua

Objetivos:

La parada cardiorespiratoria es una situación muy frecuente que pone en riesgo la vida de muchas personas. Un número importante de ellas pueden ser salvadas gracias a la introducción de desfibriladores semiautomáticos en espacios públicos. Teniendo en cuenta el factor tiempo-dependiente de esta patología, cada vez más se están implantando espacios cardioprottegidos. Para ello, cada autonomía, con competencias propias en aspectos de sanidad, ha decidido una línea de actuación empleando algunas comunidades una planificación estratégica parecida, si bien, en algunos aspectos se encuentran bien diferenciadas, como puede ser, la obligatoriedad o no y el tiempo en el que se deben de hacer los cursos de reciclaje.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en los años 2012-2014. Análisis de las encuestas de satisfacción validadas por el Plan Nacional de RCP-Semicyuc, donde se analiza la perspectiva del alumnado sobre la periodicidad de estos cursos. Hemos analizado, pertenecientes a los años 2012, 2013 y 2014, una muestra de 500 alumnos, de los cuales 2/3 corresponden a personal sanitario y el resto a primeros intervinientes.

Resultados:

Con respecto al Reciclaje, los resultados obtenidos han sido: menos de 6 meses: 25% cada 12 meses: 60% más de 12 meses: 15%

Conclusiones:

Se evidencia la necesidad de reciclar o renovar conocimientos como máximo los 12 meses, ya que evidencian una reducción de las habilidades técnicas y/o maniobras adquiridas en tanto que no son utilizadas en su actividad habitual. Podemos concluir en la necesidad de reciclar los cursos de SVB-DESA cada 12 meses. Finalmente, incidir en la necesidad de una regulación legislativa igualitaria para todas las comunidades que facilite la utilización de DESAs en cualquier espacio, potenciando así los espacios cardioprottegidos.

P-88

METODOLOGÍA USADA PARA SELECCIONAR NUEVOS DISPOSITIVOS DE TELEMEDICINA EN LAS AMBULANCIAS

A Caballero García (1), GA Escobar Rodríguez (2), S Pérez Toscano (1), MD Jiménez Hernández (3), A Palomino García (3), MJ Sánchez Marín (1), MM Ruiz Montero (1)

(1) Epes Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, (2) Fisevi, (3) Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras claves: telemedicine, medical record, ambulance

Objetivos:

Los avances producidos en la última década, han permitido que se planteen nuevas formas de hacer las cosas implicando más personas y tecnología con el objetivo de ser más eficiente en la toma de decisiones. Bajo este paradigma se encuentra la atención al Ictus en fase aguda por equipos de emergencias donde equipos de telemedicina pueden dar soporte a los profesionales, para la toma de decisión en la ventana terapéutica establecida en las guías de práctica clínica. Una metodología de soporte a la decisión de estos dispositivos puede ayudar a optimizar la selección y a mejorar la aceptación de los usuarios finales.

Material o pacientes y método:

Para alcanzar el objetivo se desarrolló una metodología a partir de Multicriteria Decision Analysis (MCDA). Los conceptos que enmarcan el uso de esta metodología son: "las alternativas" posibles que puestas en consideración bajo "los criterios o familias de criterios" seleccionados y la forma de formular "el problema de decisión", además de ser tenidos en cuenta a "los stakeholders", incluidos los decisores, y "el método" a utilizar.

Resultados:

Se realizaron pruebas de las distintas alternativas y se valoraron los resultados según los criterios definidos. Se realizó una encuesta, sobre la importancia de los criterios, a los usuarios finales. A continuación se calcularon los valores obteniendo una gradación de dispositivos a utilizar. Estos resultados se enviaron a los responsables de compras para ser usado de soporte en la toma de decisión de dispositivos a adquirir.

Conclusiones:

El uso de la metodología diseñada y utilizada en este caso de estudio ha permitido obtener ayuda a la decisión de adquirir tecnología. Ha sido capaz de integrar los resultados de todas las pruebas realizadas y de las valoraciones de los expertos. Incluyendo a los profesionales en el proceso de compra se incrementa el nivel de aceptación del uso de los dispositivos seleccionados. Se garantiza una adquisición más alineada con los requisitos capturados. Además es posible usar esta metodología en las adquisiciones de tecnológicas adaptándolas a los requerimientos y a los casos que corresponda.

EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-89

EL USO DEL PROGRAMA DE SIMULACIÓN Q-CPR COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA RCP BÁSICA DE LOS PRIMEROS INTERVINIENTES

P Montero Paris, JJ García Lindez, A Uréndez Ruiz,
I Rubi Alzugaray, N Zuazaga Bolton,
F Salguero Martínez, JM Álvarez Franco

Gau 061 Baleares. Palma de Mallorca

Palabras claves: basic cardiac life support, computer simulation, emergency first responders

Objetivos:

Según las recomendaciones de la ERC es necesario iniciar las maniobras de RCP- Básica antes de 4'. Por este motivo la Gerencia del 061 de Baleares realiza cursos de formación en RCP Básica a primeros intervinientes de la CCAA (policía local, protección civil, Técnicos de Emergencias Sanitarias). En las Islas Baleares, tanto las ambulancias de SVB como la policía local, están dotados de Desfibriladores. En el Código Paro de la Gerencia del 061, se establece que, en caso de PCR extrahospitalaria, se debe activar el desfibrilador más cercano al incidente, de ahí la importancia de la formación en estos colectivos.

Material o pacientes y método:

El plan de formación consiste en: - Realización de talleres teórico-prácticos sobre RCP- Básica a primeros intervinientes durante los meses de enero y febrero de 2015. - Del 1 al 10 de marzo, evaluación de las técnicas de RCP básica mediante el programa de simulación Q-CPR, en el que se ha introducido las recomendaciones de RCP del año 2010. - Del 10 al 20 de marzo reunión con el alumnado para exponer los errores en las maniobras de RCP básica detectados por el Q-CPR y posteriormente realización de otra prueba práctica con el Q-CPR. - Análisis de los resultados

Resultados:

Se mejora en la calidad de las maniobras de RCP de los primeros intervinientes, tanto en las compresiones torácicas externas (rango de velocidad adecuado, profundidad de las compresiones correctas y tiempo de descompresión) como en la técnica de ventilaciones de rescate.

Conclusiones:

El uso del programa de simulación Q-CPR en la formación en RCP-Básica, permite tener una medida objetiva de la calidad de las maniobras en RCP-Básica, ofreciendo a docentes y alumnos herramientas para detectar y corregir los errores. Asegurando así que harán una RCP-Básica correcta.

P-90

SIMULACIÓN CLÍNICA EN TRIAGE EXTRAHOSPITALARIO: MODELO FORMATIVO CLÁSICO VERSUS MODELO FORMATIVO MIXTO

L Jiménez Clemente, M Clavero Sanz

Hospital Puerto Real. Jerez de la Frontera, Cádiz

Palabras claves: triage, extrahospitalario, simulación clínica avanzada

Objetivos:

La docencia en triage extrahospitalario clásicamente se basa en un modelo educativo exclusivo en aula y no realizándose simulaciones de entornos hostiles que evalúen las capacidades de los alumnos en dichas situaciones.

Material o pacientes y método:

Se realiza un estudio analítico observacional de tipo cohortes histórico (retrospectivo) revisando los métodos de enseñanza en triage extrahospitalario y su aplicabilidad en situaciones reales.

Resultados:

1- La enseñanza de triage usando TICs permiten un fácil aprendizaje de los sistemas de triage pero están limitados por no permitir su uso en condiciones adversas 2- la enseñanza usando TICs son de elevado coste 3- la enseñanza del triage extrahospitalario realizado sólo en aula no permite la simulación avanzada en situaciones adversas que alteren la capacidad de decisión del alumno 4- la simulación avanzada en triage extrahospitalario requiere que el alumno aplique lo aprendido en el aula en diferentes entornos hostiles 5- el uso de TICs implica aprendizaje por parte del docente.

Conclusiones:

1. El uso de muñecos manufacturados en la enseñanza del triage extrahospitalario complementa y perfecciona el proceso formativo en aula. 2. Los muñecos artesanales son de bajo coste, fáciles de usar y de transportar. 3. El uso de muñecos permite simular cualquier situación adversa. 4. El uso de muñecos permite realizar triage en ambiente contaminados y que el alumno realice el triage con el EPI. 5. El uso de muñecos en la simulación avanzada en triage permite evaluar la capacidad de liderazgo y se toma de decisiones del alumno en situaciones de estrés emocional.



EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-91

PERCEPCIÓN PROFESIONAL SOBRE LA GESTIÓN ANTE LA CRISIS DEL ÉVE

C Herrero Benito, A Torres Hidalgo, M Torres Boza,
P del Río Aragón

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Palabras claves: Ébola virus, educación continua, transferencia de experiencia (psicología)

Objetivos:

La Enfermedad por el virus del Ébola existe desde 1976 en territorio africano cursando en forma de brotes, el último de ellos en Marzo de 2014. La peculiaridad de este fue la declaración de Emergencia de Salud Pública de importancia Internacional por parte de la OMS, y la repatriación de enfermos y casos sospechosos a sus países. Esto obligó a la actualización e implementación de protocolos de actuación en los países receptores. En España, el Hospital La Paz-Carlos III, atiende el primer caso confirmado y el único caso de contagio secundario declarado en Europa, así como los casos sospechosos de posible contagio.

Material o pacientes y método:

La muestra consiste en el personal sanitario del Servicio de Urgencias del HULP implicado en la atención a dichos casos. Se distribuye un cuestionario diseñado *ad hoc* y consentimiento informado. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS v.22 y la posterior discusión de los autores.

Resultados:

Se trata de una muestra en su mayoría de carácter eventual, con experiencia profesional superior a los 5 años, autopercepción de control de estrés, que asisten sin voluntariedad en el proceso. Tanto la formación como la información en mayo del 2014.

Conclusiones:

Debido a la globalización es preciso configurar líneas de mejora en la formación e información para la atención de patologías poco incidentes en nuestra sociedad, optimizando los recursos ya existentes. A través de información actualizada y accesibilidad a ella, formación continuada con personal capacitado en la materia, simulacros *in situ* y unificación de los equipos de trabajo. La prevención como estrategia de actuación fue infravalorada.

P-92

SIMULACIÓN CLÍNICA COMO HERRAMIENTA PARA ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO EN EMERGENCIAS

ME Castejón de la Encina (1), I del Moral Vicente-Mazariegos (2), A Sanjuán Quiles (3), M Richart Martínez (3),
N García Aracil (1), MH Ramos Navarro (4)

(1) Servicio Emergencias Sanitarias, Alicante, (2) Hospital Virtual de Valdecillas. Santander., (3) Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante., (4) Enfermera. UCI. Hospital de Torrevieja. Alicante.

Palabras claves: simulación clínica, ensayo clínico, emergencias.

Objetivos:

La simulación, desde hace años, ha sido instrumento empleado para la enseñanza-aprendizaje de determinadas habilidades y competencias en las ciencias biomédicas en España. Actualmente, los simuladores de alta fidelidad con respuesta fisiológica, la construcción de espacios preparados para la reproducción de ambientes sanitarios en Centros de Simulación, la formación especializada en metodologías docentes con simulación, tanto para pregrado como para postgrado, hacen de esta herramienta un instrumento ampliamente utilizado en el entorno académico. En investigación, a nivel internacional, también se ha extendido su uso habiendo un gran número de artículos científicos en revistas con factor de impacto quienes aceptan diseños elaborados usando la simulación clínica.

Material o pacientes y método:

Ensayo clínico aleatorizado con diseño factorial para datos apareados. Se crearon dos ambientes sanitarios simulados para la evaluación de las complicaciones hemodinámicas que puede conllevar realizar un procedimiento en un paciente, en este caso un simulador de alta fidelidad con respuesta fisiológica (Meti-Man®), comparando en estático o *in itinere*. Uno en laboratorio y otro en ambulancia medicalizada. Se crearon 3 tipos de casos clínicos diferentes con estado hemodinámico y pauta de medicación estandarizada de inicio. Se crearon escenarios en el software del simulador para cada caso clínico introduciendo las variables aceleración/desaceleración que eran activadas según la indicación del acelerómetro. El Grupo de Intervención fueron 36 participantes facultativos de Alicante con experiencia en emergencias prehospitalarias. La muestra fueron 216 observaciones obtenidas de manera probabilística simple. La distribución de los grupos así como el orden de las mediciones se realizó de manera aleatoria.

Resultados:

Se evaluaron 108 observaciones en el laboratorio comparando los resultados con las 108 observaciones *in itinere*. Se pudo objetivar las diferencias en el comportamiento hemodinámico del maniquí con respuesta fisiológica, ante la realización del procedimiento siendo afectado o no por la fisiopatología del transporte.



EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

Conclusiones:

La simulación clínica es un buen instrumento para la investigación en el ámbito de las emergencias prehospitalarias, siendo un reto para el futuro innovar en simuladores.

P-93
DISEÑO DE PROTOTIPOS PARA LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS EN PROCESOS ATENDIDOS EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS. RECONOCIMIENTO DE GRUPO INVESTIGADOR MULTIPROFESIONAL EN EL ÁREA DE SIMULACIÓN CLÍNICA

MA Javierre Loris (1), S Denizon Arranz (2), A Monreal Hajar (3), FJ Pablo Cerezuela (3), D Mercado Barraqueta (4), F Serraller (4)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet, (2) Centro de Salud Seminario, (3) Unidad Docente Sector Zaragoza II, (4) Facultad de Ingeniería Zaragoza (ITA). Zaragoza.

Palabras claves: simulación, reanimación, formación

Objetivos:

La formación sanitaria está cambiando, el aprendizaje por simulación que permite la adquisición progresiva de habilidades y competencias de los profesionales sanitarios sin riesgos para el paciente, está multiplicando exponencialmente nuestras necesidades de disponer de simuladores que permitan desde las prácticas más sencillas hasta simuladores complejos de entrenamientos quirúrgicos avanzados. Esta formación con simuladores, cobra gran importancia para los servicios de urgencias donde deben existir profesionales cualificados y con habilidades adquiridas que sean capaces de ofrecer una respuesta rápida a múltiples procesos asistenciales. Dentro de estas habilidades, la urgencia obstétrica y la reanimación cardiopulmonar son dos áreas fundamentales de aprendizaje sobre todo para los especialistas en formación sin experiencia profesional en este tema, que deben acortar su curva de aprendizaje practicando fuera de las situaciones reales de los servicios de urgencias hospitalarios. Dentro de la Estrategia innovadora del sector, nace la alianza entre distintos profesionales y se pone en marcha un grupo multiprofesional de investigación que incluye personal sanitario e Ingenieros mecánicos, profesores de la universidad de Zaragoza y responsables del Taller de Ingeniería industrial y plásticos. Este grupo, ha sido reconocido como Grupo investigador por la Diputación General de Aragón.

Material o pacientes y método:

Prototipos en desarrollo: 1. Un simulador de RCP básica con evaluación de la calidad de la técnica realizada a bajo coste. 2. Un simulador de parto vaginal con entrenamiento preventivo de distocia de hombros 3. Un simulador de abordaje y reconstrucción de cesárea 4. Un simulador de ecografía intraparto pronóstico de viabilidad de parto vaginal 5. Un simulador uterino de tratamiento hemorragia intraparto.

Resultados:

Los simuladores están ahora en fase de prototipo. El simulador de RCP básica es capaz de detectar si la ventilación y la compresión realizadas son correctas en profundidad, volumen, ratio de compresiones y secuencia de reanimación.

Conclusiones:

En este momento en fase de prueba de los prototipos que podrán ser mostrados en el congreso.

EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-94

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE GESTIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR VIRUS ÉBOLA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

MC Boqué Oliva, S Uruen Pueyo, M Olona Cabases, MT Prat, C Chiapella, G García Pardo

Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

Palabras claves: formacion, Ébola, urgencias

Objetivos:

A partir de la alerta de la OMS para la detección de pacientes con infección por virus Ébola procedentes de la zona epidémica, el Departament de Salut de la Generalitat elaboró un protocolo de actuación con recomendaciones para los centros sanitarios. Se definió un único centro de referencia, el resto, tenían que protocolizar la detección de posibles casos y garantizar una atención segura hasta su derivación.

Material o pacientes y método:

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar Elaboración del protocolo de actuación a partir de las recomendaciones del DSGC aprobado por la dirección del centro Presentación del protocolo a la Junta de Personal Programa de formación e información a profesionales Adquisición de material e impresión de algoritmos de actuación Simulacro Análisis resultados simulacro y acciones de mejora

Resultados:

Contenido del protocolo: Zona de atención específica y diferenciada Equipo de profesionales médico y enfermera Circuitos de entrada y salida de la zona de atención Gestión de la notificación a los servicios de epidemiología territoriales Equipos de protección personal recomendados y procedimiento de uso Material de un solo uso Procedimientos para limpieza y desinfección del material reutilizable y ambiente inanimado Recomendaciones para la atención del paciente. Programa de formación se dirigió a facultativos y enfermeras de urgencias que formaban parte del equipo de atención. Incluía exposición teórica y taller práctico. Se formaron 162 profesionales en grupos de 5-10. Se hicieron sesiones de información al resto de profesionales del centro, en las que participaron, 310 profesionales. Se hizo simulacro con un actor que acudió a urgencias refiriendo cuadro clínico sugestivo y antecedente epidemiológico. A partir de los resultados simulacro, se modificó protocolo, principalmente en aspectos relacionados con circuitos y uso de EPP.

Conclusiones:

El grupo multidisciplinar ha permitido abordar de manera integral la gestión de la atención del paciente y la seguridad. La realización del simulacro ha sido fundamental para la detección de debilidades y fortalezas. La formación es pieza clave y debe ser continuada.

P-95

EVALUACIÓN DE LA VALORACIÓN INICIAL PRIMARIA REALIZADA POR ENFERMEROS

X Bernárdez Gómez, G Cuadras Bassa, F Paz Rubio, FJ Colina Torralva, F Tebar Escribano, L Salvado Villa

Universitat de Barcelona. Barcelona.

Palabras claves: advanced trauma life support care, prehospital emergency care, nurses

Objetivos:

La valoración primaria (VP) tipo ABCDE es la forma estructurada que se utiliza para evaluar precozmente a los pacientes graves. Inicialmente diseñada para los pacientes de origen traumático también se recomienda su uso para pacientes que han superado una parada cardiaca de origen médico. En la literatura consultada recomienda realizarla en un tiempo inferior a 90 segundos. No se han encontrado estudios que validen su uso

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo longitudinal de las VP realizadas por los enfermeros alumnos del Máster en Atención Prehospitalaria y Hospitalaria Urgente (MAPHU) y los enfermeros alumnos del Postgrado Atención Prehospitalaria y Hospitalaria Urgente (APHU) en IL3-Universitat de Barcelona, años académicos 2009/10 a 2013/14, n=370. La VP se realiza en un aula de simulación clínica con maniqués. Los casos simulados se basan en casos reales. La evaluación se realiza con una plantilla tipo con 22 ítems. Se analizan estadísticamente los resultados obtenidos

Resultados:

Ningún alumno consigue realizar la VP en menos de dos minutos. El 81,85% de los alumnos realizan la VP en menos de tres minutos. El 17,41% obtiene una puntuación entre 9 y 10 puntos sobre 10, el 50,25% obtiene una puntuación entre 7 y 8,99, el 29,85% obtiene una puntuación entre 5 y 6,99, el 2,49% obtiene una puntuación entre 2 y 4,99, ningún alumno obtiene una puntuación inferior a 2. El grupo de ítems con mejor puntuación corresponde a los de vía aérea (A) y los de menor puntuación corresponden a la Circulación (C). Los alumnos de los años académicos 2009/10 y 2010/11 obtienen peores resultados que los de los años 2012/13 y 2013/14

Conclusiones:

No es posible realizar una VP tipo ABCDE en pacientes graves en menos de 90 segundos. Se ha estandarizado la realización de la VP según una plantilla tipo. La evaluación de los resultados de la VP ha detectado áreas de mejora, implementando medidas que han permitido mejorar los resultados de los alumnos de los años 2012/13 y 2013/14 respecto a los de años anteriores.



EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-96

PRIMEROS AUXILIOS: MÉTODO EXPOSITIVO VS. MÉTODO DEMOSTRATIVO EN ENSEÑANZA A ADOLESCENTES

JM Cortés Ramos (1), R Aletta Díaz (2), M Guasch Marí (3), JA Ortiz Gómez (4), D Hassán Amselem (5), M Salvador Gómez (6)

(1) Hg Miguel Servet, (2) Sas, (3) Ambulancias Santa Sofía, (4) Epes, (5) Sescam, (6) Salud. Zaragoza.

Palabras claves: primeros auxilios, adolescente, educación primaria y secundaria

Objetivos:

Los primeros auxilios dentro de los curriculum escolares siguen siendo una asignatura pendiente, y en continuo proceso de controversia, por una parte entre el personal docente de los centros, que no encuentran que sea una materia necesaria, frente a los profesionales de la salud, que dentro de sus competencias propias de docencia, entienden que el pronto aprendizaje de ciertas técnicas son un beneficio a nivel personal y comunitario en el futuro de los escolares. Dicha materia ya es obligatoria y de estudio durante varios años, en cursos de diferente nivel, en varios países del mundo. Ante la falta de espacio oficial para el desarrollo de dicha actividad, los profesionales de enfermería nos encontramos con la posibilidad, en algunos centros, de desarrollar "charlas" de primeros auxilios en el ámbito adolescente (enfermero/ a de escuela), en donde la elección del método correcto repercute en una integración más efectiva de los conocimientos referentes a primeros auxilios.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en los años 2012-2014. Evaluación de conocimientos realizada al final de la exposición con examen tipo test.

Resultados:

Una muestra de 80 adolescentes, comprendidos entre los 14 y los 17 años, y divididos en dos grupos, que recibieron, el primero de ellos, clases de primeros auxilios con el método expositivo, y el segundo clases de primeros auxilios del con el método demostrativo. Entre el 60-70% del primer grupo, o grupo con método expositivo, alcanzaron el 90-100% de respuestas correctas. Entre el 80-90% del segundo grupo, o grupo con método demostrativo, alcanzaron el 90-100% de respuestas correctas.

Conclusiones:

Se puede objetivar, que el método demostrativo obtiene mejores resultados a nivel de afianzamiento de conocimientos frente al método expositivo, en clases de primeros auxilios, en cuanto a respuestas teóricas enmarca.

P-97

INFORMACIÓN Y APRENDIZAJE NECESARIO EN EL MANEJO DE ENFERMEDAD POR VIRUS DE ÉBOLA DESDE SAMUR - PROTECCIÓN CIVIL CIUDAD DE MADRID

JJ Giménez Mediavilla, D González Rodríguez, MC Castillo Ruiz De Apodaca, F Prados Roa, A González Municio

Samur - Protección Civil. Madrid.

Palabras claves: fiebre hemorrágica Ébola, ropa de protección, comunicación

Objetivos:

El 6 de octubre se inicia en Madrid, la denominada "crisis del EVE" (enfermedad por virus Ébola). El Ayuntamiento de Madrid, activa un gabinete de crisis, asignando la responsabilidad de formación e intervención a SAMUR – Protección Civil, se estructura la misma en tres pasos: envío de comunicados, realización de sesiones informativas y sesiones informativas-formativas. Con el siguiente trabajo procedemos a analizar si las medidas puestas en marcha fueron suficientes.

Material o pacientes y método:

Realización de acciones estructuradas. Primer paso: mantener informado a todo el personal del Ayuntamiento, enviando comunicados. Segundo paso: realizar sesiones informativas de 1 hora con los servicios de emergencias no sanitarios. Tercer paso: realizar sesiones informativas /prácticas, de 5 horas, con el personal sanitario asistencial, incluyendo los servicios funerarios. Consideramos cubierta la demanda informativa, cuando no se tienen que realizar más de una sesión, sin peticiones adicionales. Consideramos cubierta la demanda formativa, cuando tras la sesión, los trabajadores se consideran capacitados para atender estos pacientes.

Resultados:

Se realizan 114 sesiones informativas para Policía Municipal, 72 para Bomberos y 3 a SAMUR Social. No fue necesario repetir ninguna sesión. Se realizó 1 sesión formativa a Madrid Salud y 3 a los servicios funerarios. En SAMUR – Protección Civil realizamos 52 sesiones formativas. Tras la formación, sólo el personal especializado, manifiesta sentirse seguro y capacitado para poder intervenir. El personal no especialista manifiestan la necesidad de ser acompañado y / o sustituido por personal especialista en la intervención, especialmente para la retirada del EPI.

Conclusiones:

Frente a una crisis como la del EVE, la información proporcionada fue suficiente para los colectivos que no van a tener contacto directo con afectados por la enfermedad. Sin embargo, la formación necesaria para las personas de contacto directo con los afectados, orienta hacia la necesidad de especialización. Las sesiones formativas puntuales, no ofrecen suficiente seguridad a los intervinientes.



EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-98

EVALUACIÓN DEL JUICIO CRÍTICO A TRAVÉS DE LA PRÁCTICA REFLEXIVA EN LOS ALUMNOS DEL MÁSTER DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y HOSPITALARIA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA IL3

X Bernárdez Gómez, P Sánchez Valero, F Paz Rubio,
FJ Colina Torralva, JI Medina Moya, L Salvado Villa
Universitat de Barcelona. Barcelona.

Palabras claves: educación de postgrado en enfermería, enfermería de práctica avanzada, práctica del docente de enfermería

Objetivos:

Los enfermeros de los Sistemas Médicos de Emergencia son enfermeros de Práctica Avanzada. Se requiere formar a los estudiantes de Máster en Atención Prehospitalaria Urgente (MAPHU)IL3 Universitat de Barcelona en formular juicios críticos sobre sus actuaciones. La práctica reflexiva (PR) es un proceso de aprendizaje basado en la investigación-acción en el que el propio alumno, en su contexto de intervención, intenta comprender de forma crítica las situaciones con que se enfrenta.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo longitudinal de los juicios críticos realizados por los alumnos del MAPHU sobre simulaciones clínicas que han realizado, n=148. Se realizan simulaciones clínicas de Valoraciones Primarias sobre maniqués con videograbación. Los casos clínicos simulados se basan en pacientes reales. Se entrega la videograbación al alumno. El alumno debe valorar su intervención y entregar un informe escrito en los siguientes siete días. El evaluador evalúa de forma independiente según unos criterios preestablecidos. Se comparan las puntuaciones realizadas por los alumnos y por los evaluadores de forma independiente.

Resultados:

De los 148 juicios críticos analizados, la diferencia máxima entre puntuación propuesta por el alumno y la propuesta por el evaluador es de 4,32, la diferencia mínima es de 0,1 puntos. La media de las diferencias propuestas por alumnos versus las propuestas por los evaluadores es de 1,12 puntos, la mediana es de 1,37 puntos y la moda es de 0,1 puntos. El 41,94% de los alumnos han puntuado sus intervenciones entre 0 y 1,00 puntos de diferencia respecto a los evaluadores, el 30,65% ha puntuado entre 1,01 y 2,00 de diferencia, el 16,13% ha puntuado entre 2,01 y 3,00 de diferencia y el restante 11,29% ha puntuado en más de 3,01 puntos de diferencia.

Conclusiones:

Se ha desarrollado la PR en el MAPHU. La PR permite al alumno valorar su propia actuación. La mayoría de los alumnos del MAPHU tienen un buen juicio crítico sobre sus actuaciones (el 72,59% puntúan entre 0 y 2 puntos de diferencia). Este método permite detectar a los alumnos que deben mejorar su juicio crítico.

P-99

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS PACIENTES HIPERFRECUENTADORES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITALES DIFERENTE NIVEL ASISTENCIAL

R Romero Pareja (1), A Bordell Sánchez (1), JL Montesinos Díaz (1), A García Peláez (1), Y Petrova (2), C Fernández Alonso (2)
(1) Hospital Universitario de Getafe, (2) Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: frequent attenders, emergency department, comparative study

Objetivos:

Analizar las diferencias en el perfil del paciente hiperfrecuentador atendido en los Servicios de Urgencias de los hospitales Universitarios de Getafe (HUG) y Clínico San Carlos (HCUSC), de niveles II y III respectivamente.

Material o pacientes y método:

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico. Incluimos a los pacientes atendidos en urgencias de ambos centros durante el año 2013 y, a partir de la información registrada en la historia clínica, seleccionamos aquéllos que acudieron, 10 ocasiones (hiperfrecuentadores). Se incluyeron las siguientes variables: edad media y segmentada en cuatro grupos (<25, 25-49, 50-74 y >74 años), sexo, y comorbilidad según índice Charlson, modo de llegada, motivo de consulta y diagnóstico al alta en visita índice, y motivo de consulta más frecuente de las visitas. Análisis estadístico: SPSS 15.0.

Resultados:

Se incluyeron 250 pacientes (108 HUG y 142 HCUSC). En el HUG el 60.18% fueron varones y el 43% en HCUSC ($p<0.05$). La edad en HUG fue 64 ± 17 años y en HCUSC 52 ± 22 ($p<0.05$), analizados por grupos de edad, el más numeroso en HUG fue 50-74 años (42.54%) y en HCUSC de 25-49 años (42.25%) ($p<0.05$). El índice Charlson en el HUG fue de 3 puntos para el 45% y en el HCUSC el 54.9% tenía 0 puntos ($p<0.05$). En la visita índice, el 78% de los pacientes acudieron por iniciativa propia en HUG y el 85.9% en HCUSC, no existiendo diferencias entre ambos. La sintomatología más frecuente de la visita índice en HUG fue de origen cardiovascular (35%), mientras que los pacientes del HCUSC referían más frecuentemente síntomas ORL/dermatología/ofthalmología (16.19%) ($p<0.05$). El diagnóstico al alta de la visita índice en HUG fue la patología infecciosa (29.6%) y en el HCUSC la de origen ORL/dermatología/ofthalmología (24%) ($p<0.05$). En las visitas, el motivo más frecuente para ambos hospitales fue la patología cardiovascular (90% HUG, 78.87% HCUSC).

Conclusiones:

El paciente hiperfrecuentador en el HUG es mayor y con más comorbilidad que en HCUSC. A su vez, se destaca una mayor carga de enfermedad cardiovascular como motivo de consulta tanto en visita índice como visitas en el HUG, frente a problemas ORL/dermatología/ofthalmología en el HCUSC.



EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

A-100

**ALIANZA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y SANIDAD:
ENTRENAMIENTO EN SOPORTE VITAL BÁSICO EN
TERCER CURSO DE ENSEÑANZA OBLIGATORIA DE
UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA**

J Abrisqueta García (1), ML Almira Pérez (2), JL Barbosa Orellana (3), MA López Fernández (4), D Casas Polo (4), R Zoyo López-Navarro (5)

(1) Servicio de Urgencias y Emergencias San Andrés, (2) Servicio de Urgencias y Emergencias Torres de Cotillas, (3) Servicio de Urgencias y Emergencias Yecla, (4) Servicio de Urgencias y Emergencias San Andrés, (5) Gerencia de Urgencias y Emergencias del Santo Ángel.

Palabras claves: educación, primeros auxilios, urgencias médicas

Objetivos:

El testigo de una emergencia no suele ser un sanitario en entornos comunitarios, aplicando maniobras de soporte vital básico (SVB) mientras llega ayuda especializada aumentamos supervivencia. La conveniencia de formación en SVB por la población está consolidada. La normativa, las transferencias en educación, la implantación/adaptación de la LOMCE (Ley Orgánica para mejorar la calidad educativa del 2013) hacen variopinta la situación, en nuestra comunidad desde 2014, en los cursos quinto y sexto de primaria dentro del área "Valores sociales y cívicos", como optativa, encontramos enseñanza en primeros auxilios. La enseñanza secundaria obligatoria (ESO), con normativa 2007, contempla contenidos relacionados en Biología, Geología y Educación Física, en esta última se desarrolla como obligatoria en segundo y tercero, en tercero se entrenan habilidades. La Consejería de Educación (CE) oferta esta formación al profesorado responsable de prevención de riesgos y resto de docentes, pero los responsables de prevención no son siempre los profesores de educación física ni esta formación es obligatoria. El compromiso con actividades comunitarias de la Gerencia y contactos con la CE ofertando apoyo con instructores y material homologado, propiciaron acuerdo materializado en la Resolución del 26 de Febrero del 2014 convocándose el Programa "Tú puedes ayudar" de realización de talleres para el curso 2013-2014 en tercero de ESO.

Material o pacientes y método:

Se plantearon objetivos, contenidos, material y metodología docentes, constituyendo una comisión de funcionamiento. Se realizó estudio observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico con cuestionario validado pre y post intervención docente. Tratamiento en programa y aplicación de test de inferencia estadísticos con todos los alumnos. Realización de encuestas de satisfacción.

Resultados:

Aceptación global rotunda, el profesorado manifestó el déficit en habilidades en el 100% y dificultades para impartirlas. En las encuestas de satisfacción de los alumnos, encontramos un resulta-

do de 4.2 sobre 5. La adquisición de habilidades está siendo aún tratada, resultados de este tipo hay mucho publicado hablando a favor.

Conclusiones:

Integrar desde la ESO habilidades para preservar la vida. Cubrir necesidades del profesorado en SVB, valorando que sean instructores del centro educativo o alianzas con instituciones que provean esta formación.



EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

A-101

HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: UN EJEMPLO PRÁCTICO PARA URGENCIAS

E Pulido Herrero (1), M Valverde García (1), M Ortega Marcos (1), P Lopetegui Eraso (2), JM Franco Sorolla (3), M García Palacios (4), P Piñera Salmerón (4)

(1) Hospital de Galdakao-Usansolo, (2) H. Txagorritxu. Vitoria, (3) H. Miguel Servet. Zaragoza, (4) H. Reina Sofía. Murcia.

Palabras claves: aplicaciones de informática médica, informática en Salud Pública, EPOC

Objetivos:

El uso de la informática como herramienta de ayuda a la medicina es una realidad. Se ha utilizado en admisión, administración, bibliotecas, acceso a literatura médica, estadística e investigación, contabilidad - facturación, en farmacia y laboratorio. Con menor éxito se ha dirigido a la ayuda en la decisión médica, permaneciendo como proyectos o curiosidades el uso de programas dirigidos a la misma, a pesar de demostrar muchos de ellos, que se mejora la calidad del cuidado al enfermo, el control del mismo, se facilita la investigación, el análisis de datos, la administración y el control de gastos

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de cohortes prospectivo multicéntrico. Primero mediante el método RAM se definieron las variables que iban a formar parte del algoritmo de ayuda a la decisión de alta-ingreso. El trabajo de campo que se realizó con el fin de aplicar los criterios creados mediante RAM se desarrolló desde el 2007 a Octubre del 2012 en diversos centros del estado. En este estudio se incluyeron 3091 pacientes que acudieron a estos centros por exacerbación de EPOC. Los resultados de este trabajo, es decir, el listado de criterios explícitos de ingreso en forma de algoritmo de decisión dio lugar a la creación de un software informático

Resultados:

ADIEPOC: Un programa informático fácil de utilizar y ágil que nos da información sobre la gravedad de la exacerbación en el momento de consulta en urgencias y sobre la indicación de ingreso hospitalario.

Conclusiones:

ADIEPOC dotará a los médicos de urgencias de un instrumento de ayuda en la toma de decisiones sobre los pacientes que acuden por exacerbación de EPOC, de una manera fácil y manejable, ayudará a reducir la variabilidad no deseable y a homogenizar los criterios de ingreso, además de servir para aprendizaje de los MIR (médicos internos residentes).

A-102

¿SE PUEDEN MEJORAR LA CALIDAD DE NUESTRAS SESIONES CLÍNICAS?

E Gómez Gómez-Mascareque, N Arroyo Pardo, P Gargantilla Madera, E Klar, M Rey Mugica, P Arcas Juan, E Mora Bastante
Hospital de El Escorial. Alpedrete, Madrid.

Palabras claves: sesiones clínicas, docencia, presentaciones

Objetivos:

Las web 2.0 son una herramienta ideal para aplicar a la docencia hospitalaria, no sólo porque puede mejorar el aprendizaje sino porque suponen un estímulo para incrementar conocimientos.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado una experiencia piloto con los residentes del Hospital de El Escorial utilizando dos herramientas de trabajo on line Web 2.0: Kahoot y Stripgenerator. Mediante Kahoot se han realizado sesiones interactivas utilizando la gamificación y aumentando la participación de los residentes. El ponente empleaba respuestas múltiples para repasar conocimientos que previamente se habían pasando a los asistentes de la sesión. Mediante Stripgenerator (novela virtual) se han reforzado aspectos terapéuticos con el empleo de comics que se han entregado a los residentes, repasando los principales grupos terapéuticos.

Resultados:

Las herramientas utilizadas han sido muy bien valoradas por los residentes, los cuales han reconocido que han creado nuevas inquietudes y que han servido de material de apoyo a su estudio.

Conclusiones:

Muchas veces hay dificultades para motivar a los residentes en su tarea de Aprendizaje y adquisición de nuevos conocimientos. Las Web 2.0, a través de sus herramientas es una herramienta que ofrece muchas posibilidades. Las herramientas on line (Web 2.0) son un material ideal para mejorar el aprendizaje de los residentes y motivar su estudio. Estas herramientas deberían ser implementadas utilizadas por los tutores de residentes.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-103

**ACTIVIDAD DEL FARMACÉUTICO EN URGENCIAS:
ALGO MÁS QUE CONCILIACIÓN**

C García-Molina Sáez, E Urbieto Sanz, M Onteniente Candela,
C Caballero Requejo, A Trujillano Ruiz, P Piñera Salmerón
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras claves: conciliación de medicamentos, errores de medicación, farmacéuticos

Objetivos:

En los últimos años, muchos farmacéuticos se han incorporado a los Servicios de Urgencias (SU), Participando en tareas relacionadas con la seguridad del paciente, entre las que destaca la adecuada conciliación de la medicación.

Material o pacientes y método:

Estudio transversal llevado a cabo durante octubre y noviembre de 2014 en el área de observación del SU de un Hospital General con 275 urg/día y 330 camas. Diariamente un farmacéutico acudió a la sesión clínica y relevo y seleccionó aquellos pacientes con mayor riesgo de experimentar un error de medicación. Posteriormente obtuvo la historia farmacoterapéutica domiciliaria (HFTd) de estos pacientes para conciliar el tratamiento e identificar otros posibles problemas relacionados con la medicación. Cuando no pudo conciliarse el tratamiento, la HFTd se incorporó a la historia clínica electrónica del paciente para transmitirla al siguiente responsable del paciente.

Resultados:

Fueron seleccionados 166 pacientes (33,5% de los atendidos en el área de observación), realizándose recomendaciones en 102. El 51,9% fueron hombres, el 70,6% mayores de 65 años y el 77,5% polimedicados (media 7,9±4,6). Se realizaron 271 intervenciones: 89 de conciliación en 63 pacientes y 182 de otro tipo en 74 pacientes. Se detectaron 76 errores de conciliación (29,3% de las discrepancias encontradas) en el 60,3% de los pacientes conciliados, siendo la mayor parte por omisión de medicamentos (53%). En cuanto a otro tipo de intervenciones se dividieron en: 52 de transmisión de HFTd, 1 notificación de Error Medicación, 3 comunicación Reacción Adversa Medicamentos (RAM), 44 optimización de tratamiento, 28 sustituciones por equivalente terapéutico, 13 ajustes por insuficiencia renal, 12 de información por posibles RAM o interacciones y 23 de información sobre alergias o no adherencia. Fueron aceptadas el 85,4% de las intervenciones de conciliación y el 94,6% en otro tipo de intervenciones. Paralelamente el farmacéutico realizó otras tareas (información sobre la administración de medicamentos a enfermería, revisión y optimización del botiquín del Servicio).

Conclusiones:

El farmacéutico del SU no debe limitarse únicamente a la conciliación de la medicación, sino implicarse, junto con el urgenciólogo, en el resto de actividades ligadas a la adecuada gestión y uso racional de los medicamentos.

O-104

**ESTUDIO DE LA TASA DE RETORNO A URGENCIAS.
VARIABLES CLÍNICAS Y NO CLÍNICAS**

A Valencia Dutor, A Calzada Vegas, E Caldevilla Bernardo,
C Rodríguez Ramírez, I Verdejo Ledesma, J Valdueza Sandín,
J Garcés Molina
Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey, Madrid.

Palabras claves: readmisión del paciente, urgencias médicas, recursos en salud

Objetivos:

La tasa de retorno a urgencias en 72 horas valora la readmisión del paciente en urgencias en este tiempo. Es un indicador de calidad de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Es una medida indirecta de la calidad del SUH. Sin embargo, puede haber otras causas de retorno a urgencias sin relación con una posible mala praxis. Las recomendaciones establecidas por la Comunidad de Madrid es que tiene que ser inferior a un 6%.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo que abarca seis meses pacientes que vuelven a urgencias en las siguientes 72 horas. Viendo las causas de revisitas.

Resultados:

Acudieron 254 pacientes (tasa del 7 por mil). Se hace una clasificación por edades (menores de 35, entre 35 y 65 y mayores de 65 años). El porcentaje de edades varía entre el 36 y 28%. Entre las revisitas ingresan un 9% (porcentaje mayor que la tasa de ingresos bruta que en nuestro hospital es del 7%). Dentro de las causas, un 77% podría atribuirse claramente a causas clínicas. De ella, destaca un 20% de mal control del dolor. Entre las no atribuibles encontramos control médico, alta por fuga en la primera visita, sintomatología no relacionada. Si quitamos estas causas, obtenemos una tasa de retorno a urgencias del 5%.

Conclusiones:

El análisis de la tasa de retorno a urgencias puede servir para analizar un problema (en este caso el mal control del dolor) y ver un resultado más "real" en relación a la evolución de la enfermedad y mejorar los recursos en salud.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-105

**ANÁLISIS DE LOS PACIENTES
HIPERFRECIENTADORES QUE CONSUMEN TÓXICOS
DENTRO DEL ESTUDIO FIDUR-CAM**

RM Jiménez Gallego (1), C Fernández Alonso (2), R Romero Pareja (3), A Rivas García (4), Y Majo Carbajo (5), JM Aguilar Mulet (6)

(1) Hospital Universitario Rey Juan Carlos, (2) Hospital Universitario Clínico San Carlos, (3) Hospital Universitario de Getafe, (4) Hospital Universitario Gregorio Marañón, (5) Hospital Universitario Infanta Cristina, (6) Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Palabras claves: emergency service, hospital, health care utilization, substance, related disorders

Objetivos:

La hiperfrecuentación en urgencias es un fenómeno conocido. El consumo de tóxicos es un fenómeno común entre los pacientes hiperfrecuentadores (HF) de los servicios de urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de un subgrupo de pacientes HF en SUH durante 2013 incluidos en el registro FIDUR-CAM (pacientes fidelizados en urgencias de la comunidad de Madrid). En la visita índice se recogieron variables clínicas, demográficas, funcionales, sociales y asistenciales incluidos en un formulario estandarizado.

Resultados:

Se registró consumo de tóxicos en 668 (28,5%) pacientes que refrecuentaron 11 (10-15) veces, 2 (0-4) en primer cuatrimestre, 3 (1-5) en el segundo, 3 (2-5) en el tercero y 3 (1-5) en el cuarto. La mediana de edad fue 46 (35-62) años. 391 (58,5%) fueron varones. 326 (49,0%) sin comorbilidad, 173 (25,9%) con comorbilidad y 166 (24,9%) alta comorbilidad, 300 (46,7%) padecen enfermedad psiquiátrica, nº fármacos habituales 4 (1-7), 584 (87,4%) independientes para realizar actividades básicas de la vida diaria. 20 (4,0%) viven en situación de calle y 50 (16,3%) sin recursos. En la visita índice: 542 (81,1%) acuden a petición propia y 126 (18,9%) remitido por facultativo u orden judicial. 265 (58,6%) por problema no urgente, 574 (85,9%) médico y 94 (14,1%) psiquiátrico. En 208 (31,2%) no se realizaron pruebas complementarias, estancia en urgencias fue 3 (2-7) horas y en 582 (87,1%) se procedió al alta a su domicilio.

Conclusiones:

El consumo habitual de tóxicos es un problema frecuente en una muestra representativa de pacientes HF fidelizados en SUH de Madrid. El perfil habitual es el de un paciente varón de mediana edad con cierto grado de comorbilidad (especialmente psiquiátrica) y fragilidad social que no consumió grandes recursos en la visita índice.

O-106

**UNIDAD DE OBSERVACIÓN SIN INGRESO: BALANCE
DE CINCO AÑOS DE FUNCIONAMIENTO**

R Capilla Pueyo, AM Borobia Pérez, M Estébanez Muñoz, A Rivera Núñez, L López Corcuera, R Cabrera Gamero, M Quintana Díaz

Hospital La Paz. Madrid.

Palabras claves: gestión, urgencias, comorbilidad

Objetivos:

Las Unidades de Observación sin Ingreso (OSI) son una alternativa a la hospitalización convencional que mantiene los siguientes objetivos principales: (1)Mejorar el circuito de pacientes en urgencias, (2)Optimizar el índice de rotación de pacientes con estancias previsibles inferiores a 72 horas y (3)Detección de reacciones adversas a medicamentos. Los criterios de NO admisión en esta unidad son: (a)Ausencia de diagnóstico clínico, (b)Problemática social que impida/limite el alta, (c)Inestabilidad hemodinámica y (d)Criterio claro de ingreso hospitalario.

Material o pacientes y método:

La OSI cuenta con un registro en formato Access donde se introducen datos clínicos y demográficos de los pacientes que ingresan en la Unidad. Estos datos son exportados a SPSS versión 15.0 para su análisis descriptivo. Se hará una comparación entre dichas variables a lo largo de los años de funcionamiento (2010-2015).

Resultados:

En el periodo de funcionamiento de la OSI (octubre 2010-febrero 2015), se han registrado 15.544 pacientes. El 51.2% han sido mujeres. La edad media global ha sido de 64,3 (21,9) años, con una estancia media de 1,67 (1,1) días y un índice de comorbilidad de Charlson de 2,36 (2,32). El 50,5% de los pacientes procedían de las salas de diagnóstico, un 27,8% del área de consultas ambulatorias, un 16,4% de la sala de sillones y un 3,2% del box de reanimación. El destino final de los pacientes fue alta a domicilio en el 83,6% de los casos, ingreso hospitalario en el 13% (incluyendo un 10% de derivación a centros de apoyo) y un 3,4 de éxitos (no esperados en el 0,8%). Los GRDs más prevalentes han sido: 97: asma y bronquitis en mayor de 17 sin complicaciones, 88: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 127: insuficiencia cardíaca y shock y 321: infección tracto urinario.

Conclusiones:

A lo largo de estos 5 años se ha producido un incremento en la edad media de los pacientes, un aumento del índice de Charlson, así como en el número de pacientes que requieren ingreso hospitalario.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-107

MEJORA DE LA NEFROPROTECCIÓN FRENTE A CONTRASTES YODADOS EN URGENCIAS

J Alcaraz Martínez, P Llorc Zaragoza, MC Escarabajal Frutos,
A Moreno Pastor, C García Jiménez,
F Muiña Juárez, E Morales Vázquez
Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Palabras claves: insuficiencia renal, nefroprotección, seguridad del paciente

Objetivos:

Uno de los efectos secundarios de los contrastes yodados es que puede agravar la función renal. Existen pautas de profilaxis que aconsejan el uso de soluciones con bicarbonato o hidratación en el caso de que esté contraindicada esta medida, que mejoran la seguridad del paciente. Desde enero de 2013 se disponía en el servicio de urgencias de un protocolo de nefroprotección.

Material o pacientes y método:

En el año 2013, se revisaron todas las peticiones de urgencias de los meses de febrero y marzo, seleccionando aquellos casos en los que se usaron contrastes yodados intravenosos. Como fuente de datos se ha utilizado el archivo del servicio de radiología, el archivo de urgencias, el archivo de SELENE y, en los pacientes que ingresaron, la historia clínica. Tras los resultados obtenidos, se modificó la redacción del protocolo y, un año después, se valoraron los pacientes del mismo periodo de tiempo.

Resultados:

La muestra ha sido de 68 pacientes en 2013 y de 66 en 2014. De la primera muestra, 19 casos (27,9%) presentaban cifras de creatinina elevadas. En estos, 12 (63,2%) recibieron hidratación, y sólo 1 acetilcisteína y bicarbonato. Dos pacientes sin insuficiencia renal recibieron erróneamente acetilcisteína i.v. y 1 bicarbonato. El porcentaje de adecuación global al protocolo fue del 13,2%. De la muestra de 2013, sólo 11 presentaban insuficiencia renal. De ellos, 4 casos se premeditaron con bicarbonato y 2 con hidratación. Los 5 restantes no recibieron premedicación, aunque es de destacar que de ellos, sólo 1 presentaba cifras de creatinina superiores a 1,1. Ningún paciente con insuficiencia renal fue premeditado y ningún paciente recibió erróneamente acetilcisteína. El porcentaje de adecuación global al protocolo fue del 7,5%.

Conclusiones:

El cumplimiento del protocolo de nefroprotección ha mejorado. Ningún paciente sin insuficiencia renal ha recibido erróneamente profilaxis de nefroprotección.

O-108

ANÁLISIS DE LA UNIDAD DE SUBAGUDOS DEL PARC DE SALUT MAR GESTIONADA POR EL SERVICIO DE URGENCIAS

MJ López Casanova A Pedragosa Vall, S Mínguez Masó,
A Supervía Caparrós, C Clemente Rodríguez, I Cirera Lorenzo
Hospital del Mar. Barcelona. Barcelona.

Palabras claves: urgencias médicas, hospitalización, características de la población

Objetivos:

En el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad del "Pla de Salut del Servei Català de la Salut 2011-2015" una de las líneas asistenciales fue la creación de Unidades de Subagudos (US) para la atención intermedia con ingreso. Para dar respuesta a estas necesidades el Parc de Salut Mar creó en 2013 una US dirigida a pacientes crónicos con agudización de su enfermedad de base y que precisan estancia corta sin necesidad de alta especialización ni intensidad terapéutica.

Material o pacientes y método:

Estudio Prospectivo de los pacientes ingresados en la US desde el 1 octubre 2013 hasta el 30 setiembre 2014.

Resultados:

Un total de 382 pacientes, 59,4% mujeres. Un 46,3% identificados en la historia como pacientes con complejidad. El 20,7% institucionalizados (residencia, centro sociosanitario). Edad media 83,2 años (47-99). Índice Barthel previo ≥ 50 un 44,3%. El 42,7% presentan diabetes, 82,2% hipertensión, 47,4% dislipemia, 21,7% cardiopatía isquémica, 34,6% EPOC, 32,2% demencia, 9,9% neoplasia, 31,4% insuficiencia renal crónica, 11,5% arteriopatía periférica, 18,1% enfermedad cerebro-vascular y 3,1% hepatopatía. Presentaron insuficiencia cardíaca 50,8%, 40,3% infección bronquial, 34,3% síndrome confusional agudo (SCA), 28,5% infección tracto urinario, 24,9% EPOC agudizado, 13,4% neumonía, 11,3% aislamiento germen resistente, 7,1% úlcera por presión y 5% gastroenteritis aguda. Estancia media 7,35 días, el 17,8% pacientes >10 días. Precizaron intervención social 18,6%. Destino al alta: 59,7% domicilio, 17,5% residencia, 7,3% traslado hospital de agudos y 2,6% post-agudos. Mortalidad intrahospitalaria: 4,8%. El 14,2% precisó más de un ingreso en la Unidad. Recibieron ≥ 10 fármacos al alta 55,5%. Edad ($p<0,005$), neumonía ($p=0,005$), SCA ($p<0,005$), demencia ($p>0,005$) y Barthel previo ($p<0,005$) se relacionan de forma significativa con necesidad de recurso social al alta. El 57,8% de los pacientes que precisaron recurso social presentan Barthel previo <50 .

Conclusiones:

- Los resultados demuestran la complejidad de los enfermos atendidos.
- La neumonía, la edad y las úlceras por presión se asocian a un aumento de la estancia media.
- El SCA, demencia, Barthel previo <50 y las úlceras se asocian a mayor necesidad de recurso social al alta.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-109

EL CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES DE UN PROTOCOLO CLÍNICO UTILIZADO EN PACIENTES CON SEPSIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y SU REPERCUSIÓN EN LA MORTALIDAD

T Escolar Martínez-Berganza, M Barba Guzmán,
M Soler Pérez, C Canet Fajas, M Rivas Jiménez,
S Castan Ruiz

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: protocolo, sepsis, urgencias

Objetivos:

La sepsis es una enfermedad tiempo-dependiente, donde el retraso terapéutico influye negativamente en la evolución del proceso. En urgencias, una actuación adecuada puede modificar sustancialmente el pronóstico de los pacientes.

Material o pacientes y método:

En nuestro hospital en el servicio de urgencias se implementó en febrero de 2014 un sistema de alarmas en el programa informático y se denominó código sepsis, se basó en la iniciativa internacional, sostenida por varias sociedades científicas surviving sepsis campaign.

Resultados:

Resultados Durante el período de estudio desde Febrero a Diciembre de 2014, 163 pacientes fueron diagnosticados de sepsis en nuestro servicio de urgencias, con una media de edad de 65,01 años. De los 98 pacientes dados de alta a domicilio tras recibir un tratamiento adecuado durante el ingreso, se observó un retraso en la atención en urgencias de 8,50 minutos de media en el triaje con una desviación estándar de 4,84, los pacientes fallecidos fueron 58 con un retraso en la atención en urgencias de 8,27 minutos de media, en el triaje y una desviación estándar de 4,58. Obtuvimos mediante la realización de Chi-cuadrado un valor de $p=0,766$, por lo que no podemos decir que existan diferencias significativas entre el retraso en el inicio de asistencia y mortalidad.

Conclusiones:

Aunque en el estudio descriptivo observamos que entre los pacientes con instauración del tratamiento más rápido paradójicamente hay más fallecimientos, no hay diferencias estadísticamente significativas entre las dos variables. Esto podría haberse observado así porque los pacientes fallecidos llegan a urgencias en peor estado, son triados con un nivel de prioridad mayor y esta es la razón de que se les atienda con más premura. Los resultados obtenidos no permiten establecer un beneficio en la mortalidad en los pacientes atendidos con más premura.

O-110

ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA DE PACIENTES QUE INGRESAN PROCEDENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

JJ Giménez, LM González Torres, JL Bauset Navarro,
JL Otero Uribe, C Cinesi Gómez, JL López Pérez,
AI Ortega Requena

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras claves: UCIN, estancia intrahospitalaria

Objetivos:

La Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) dependiente del Servicio de Urgencias, se especializa en la atención de pacientes cuya condición patológica pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que no tienen criterios de ingreso en UCI.

Material o pacientes y método:

Estudio epidemiológico observacional retrospectivo mediante revisión de forma aleatoria de pacientes que ingresan en la UCIN en el primer semestre del 2014. El Servicio de Urgencias atiende en torno a 90.000 Urgencias/año con unos 1.200 ingresos/año en la UCIN. Las variables a estudiar son: las clásicas demográficas (edad y sexo), diagnóstico agrupado en categorías, datos de mortalidad en UCIN e intrahospitalaria.

Resultados:

De los 137 pacientes seleccionados, 72 (52.6%) fueron hombres y 65 (46,4%) mujeres. De los diagnósticos principales de ingreso agrupados según categoría, los pacientes con Patología Respiratoria (PR) representan un total de 40 pacientes (29.2%), Insuficiencia Cardíaca/Edemas Agudo de Pulmón (IC/EAP) un total de 25 pacientes (18.2%) siendo estas 2 agrupaciones las más categóricas. En relación a la estancia media intrahospitalaria los hombres con una media de 13,05 días y las mujeres con una media de 11,19 días. De las 2 categorías más prevalentes las PR presentaron una estancia media de 11,00 días frente al resto de categorías que fue de 12,71 ($p=0.845$), y las IC/EAP presentaron una estancia media de 11,84 días frente al resto que fue de 12,26 días ($p=0.350$).

Conclusiones:

Comparando todas las categorías de los diagnósticos principales no se ha encontrado significación estadística en cuanto a la estancia intrahospitalaria, por lo que en esta serie no se evidencia una categoría que presente mayor predisposición a una estancia media más elevada de los pacientes que ingresan desde la UCIN, tampoco la hay comparando las 2 categorías más prevalentes (PR y IC/EAP). La edad tampoco tiene inferencia en los días de estancia hospitalaria. Se destaca en esta serie una mayor estancia de los hombres que de las mujeres.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-111

ESTUDIO FIDUR-CAM: PANORAMA DE LA HIPERFRECUENTACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

JM Aguilar Mulet (1), A Rivas García (2), C Fernández Alonso (3), R Romero Pareja (4), R Jiménez Gallego (5), Y Majo Carbajo (6)

(1) Hospital Universitario de La Princesa, (2) Hospital Universitario Gregorio Marañón, (3) Hospital Universitario Clínico San Carlos, (4) Hospital Universitario de Getafe, (5) Hospital Universitario Rey Juan Carlos, (6) Hospital Universitario Infanta Cristina. Rivas Vaciamadrid, Madrid.

Palabras claves: emergency service, hospital-health care utilization, access to health care

Objetivos:

La hiperfrecuentación en urgencias es un fenómeno conocido, sin embargo no existen muchos estudios realizados en nuestro medio que analicen el mismo.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo multicéntrico. Recogida de información de los pacientes que consultaron a lo largo del año 2013 en los servicios de urgencias de 17 hospitales de la Comunidad Autónoma de Madrid. La recogida de datos se realizó mediante la explotación de los sistemas de información de los distintos centros. Se realizó un análisis del número de pacientes que consultaron una única vez, de 2 a 9 veces y 10 veces o más a lo largo del año 2013, así como del número de visitas generadas por cada uno de estos grupos. El análisis estadístico se realizó con el paquete informático SPSS 15.0

Resultados:

Un total de 861062 pacientes consultaron en los servicios de urgencias de los 17 hospitales entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013, generando un total de 1.424.730 asistencias. De ellos 589.812 (68,5%) consultaron una única vez, lo que representa un 41,4% del total de las atenciones dispensadas, 268536 pacientes (31,2%) lo hicieron entre 2 y 9 veces generando 798331 atenciones (56% del total de las asistencias), y 2714 (0,32%) consultaron en 10 o más ocasiones, que supusieron 36587 atenciones (2,6% del total de las asistencias).

Conclusiones:

1) No existe en nuestro medio un estudio como este en el que se incluya a la mayor parte de los centros del sistema sanitario público de una comunidad autónoma. 2) El porcentaje de grandes hiperfrecuentadores (≥ 10 visitas en un año) fue muy bajo (0,32%) sin embargo supone un porcentaje significativo de las asistencias dispensadas (2,6%). 3) Resultaría de interés conocer el perfil del paciente que hiperfrecuenta para intentar adecuar los recursos y mejorar la asistencia de los mismos.

O-112

ADECUACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

J Mozota Duarte, MC Gonzalvo Liarte, A Carbón Anchelergues, P Burillo Fuertes, R Bustamante Rodríguez, JA Moreno Chulilla
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: transfusión, calidad, consentimiento informado

Objetivos:

El procedimiento de transfusión sanguínea no está exento de riesgos, una adecuación de las indicaciones es fundamental para minimizarlos. La medición de los indicadores se considera esencial para la mejora continua de la calidad.

Material o pacientes y método:

Llevamos a cabo un estudio observacional descriptivo a través de la revisión de historias clínicas, de los pacientes transfundidos durante un periodo de un año. Se monitorizaron tres criterios: Indicación: adulto con Hb < 7 gr/dl, aceptable < 8 gr/dl en patologías crónicas. Número de unidades: 1 por cada gramo de unidades a reponer (objetivo a reponer: 7 ó 8 g/dl) Tiempo o ritmo transfusional: menos de 2 horas por unidad. Se estudiaron además las siguientes variables: edad, sexo, Servicio que indicó la transfusión y Servicio donde se realizó, diagnóstico principal y existencia del consentimiento informado. Seleccionamos una muestra mediante muestreo aleatorio simple, calculando el tamaño muestral para un error admisible de 8% y nivel de confianza del 95%. Realizamos un análisis estadístico descriptivo, determinando intervalos de confianza al 95% y procediendo a la comparación de proporciones mediante el test de Chi-cuadrado.

Resultados:

En el periodo se realizaron 2666 transfusiones a 722 pacientes, revisando una muestra de 108 casos. En el 93,1% de los pacientes fue correcta la indicación de la transfusión (criterio 1), en el 82,2% resultó adecuado el número de unidades a transfundir (criterio 2), y en el 73,3% el ritmo de la transfusión fue el recomendado (criterio 3). El 59,4% de las transfusiones cumplieron los tres criterios. En cuanto al uso del consentimiento informado solo en un 47,2% se encontró en la historia clínica.

Conclusiones:

La indicación de la transfusión es correcta, ha de mejorarse el número de unidades transfundidas, el ritmo y sobre todo la utilización del consentimiento informado. Los criterios 1 y 2 tienen un cumplimiento significativamente mayor en el grupo de transfusiones indicada por los facultativos del Servicio de Urgencias.



GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-113

TRAS UN AÑO DE LA APERTURA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS ¿YA CONTAMOS CON PACIENTES FIDELIZADOS? (HIPERFRECUENTADORES)

RM Jiménez Gallego, MR Jiménez Merino,
P de Peralta García, B Rodríguez Miranda,
MJ Matías García, M Manzano Luque

H. Universitario Rey Juan Carlos. Madrid.

Palabras claves: urgencias, pacientes, mal uso del servicio de salud

Objetivos:

No se disponen de suficientes estudios sobre hiperfrecuentación en urgencias. Si a esto añadimos la reciente apertura de un centro y los distintos factores que conducen a la población a realizar un determinado uso de un servicio de urgencias, vemos que en nuestro caso ambas preguntas se encuentran sin respuesta.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo observacional descriptivo, con análisis de varias variables implicadas en la atención de urgencias en una primera visita realizada entre los meses de Enero a Diciembre de 2013. El análisis estadístico se realizó con SPSS 15.0

Resultados:

Se obtienen un total de 109 pacientes. El 78 % mujeres. La edad media de los pacientes fue de 45,2 (Min 15,78 - Max 94,85). El motivo de consulta más habitual fue patología Ginecológica/Obstétrica (23,8 %). Un 31,5 % padecían patología psiquiátrica. Un 16,5 % tenían un índice de Charlson > 3. El 7,3% de los paciente fallecen a lo largo de dicho año. El % de hospitalización fue 10,1 %, el 86,2 % se marchan de alta a domicilio y un 3,7 de alta por fuga. Un 20,2 % requirieron estancia en Observación. El 12,8 % tenían pendiente algún estudio complementario y 31,2% alguna consulta pendiente en el momento de la atención.

Conclusiones:

Llama la atención que pese a la reciente apertura de nuestro servicio de urgencias (abril 2012) contamos ya con un número de pacientes fidelizados (hiperfrecuentadores) comparable con el resto de hospitales del mismo nivel dentro de nuestra comunidad. Así mismo destacar la patología Ginecológica/Obstétrica como el motivo más frecuente de visitas en el servicio de urgencias. Sólo un bajo porcentaje de pacientes con patología grave (Charlson > 3 :16,5%) utilizan el servicio de urgencias en varias ocasiones. El porcentaje de ingresos de nuestros pacientes fidelizados es similar al porcentaje de ingresos habitual en nuestro centro.

O-114

RENTABILIDAD DE LOS HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE LOS MESES DE INVIERNO Y VERANO

MA Vasquez Martínez, J Pereira, C Aspiroz, C Toyas, L Romero,
S Gutiérrez, P Sánchez

Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Palabras claves: hemocultivos, rentabilidad, estacionalidad

Objetivos:

El servicio de Urgencias es clave en la detección de pacientes con infecciones graves. Los hemocultivos son una herramienta fundamental en el diagnóstico de éstas, pero dada la gran presión asistencial, su solicitud supone una importante carga de trabajo para enfermería. La información de su rentabilidad es básica en la concienciación de todos los profesionales que trabajan en Urgencias.

Material o pacientes y método:

Se evaluaron los hemocultivos procesados en el servicio de Microbiología del HRV de pacientes procedentes de Urgencias durante 2 periodos de un año: 1) Noviembre 2012- octubre 2013, y 2) noviembre 2013 - octubre de 2014. En este segundo periodo se introdujeron unos cambios que pretendían mejorar la técnica de extracción de hemocultivos. Se calculó el número de hemocultivos y su distribución mensual, aplicando un coeficiente de estacionalidad.

Resultados:

Durante el primer periodo se realizaron hemocultivos a 2075 pacientes (61,10% de un total de 3396 procedentes de todo el HRV) y durante el segundo periodo a 1941 pacientes (62,17% de 3122 totales). El porcentaje de pacientes con hemocultivos positivos por mes fue variable, oscilando entre el 6,2 y el 7% de enero y febrero y el 13,2 y 13,8% de agosto y octubre.

Conclusiones:

- Más del 60% de los hemocultivos del HRV proceden de Urgencias, por lo que es prioritario cumplir en este servicio el protocolo de extracción.
- Los meses de invierno son los que menos rentabilidad diagnóstica ofrecen, mientras que en los meses de verano y parte de otoño se incrementan los verdaderos positivos.
- Se podrían reforzar las actividades formativas en cuanto a la técnica correcta de extracción durante los meses de invierno, periodo en el cual se observó mayor número de hemocultivos pero peor rentabilidad, y además una mayor tasa de contaminación.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-115

¿ES NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS UN LUGAR SEGURO PARA EL PACIENTE?

MI Cigüenza Fuster, D Montserrat Capella, FJ Gómez Rodrigo, E Díaz Nájera, M Maqueda, N Abanades

Urgencias. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Palabras claves: urgencias, seguridad del paciente, calidad asistencial

Objetivos:

Los Servicios de Urgencias (SUH) es un ámbito donde las condiciones de trabajo vienen determinadas por múltiples factores: sobrecarga asistencial, estrés, limitación de tiempo, turnos prolongados de trabajo, interrupciones continuas, errores de comunicación entre profesionales así como la gran variabilidad clínica, algunos con patología banal frente a otros de gran complejidad por su comorbilidad, constituyendo un escenario idóneo para que puedan producirse una tasa de eventos adversos (EA) elevada. Cada vez son más los SUH que introducen elementos de gestión destinados a mejorar la seguridad del paciente.

Material o pacientes y método:

Se activa un sistema de notificación voluntario de incidentes, anónimo, sin carácter punitivo, accesible, específico para urgencias realizándose un estudio descriptivo del número de notificaciones durante dos años consecutivos 2013-2014, en urgencias del HUPH-Majadahonda, clasificándolos en función de la gravedad y el aspecto con el que estaban relacionados: Identificación del Paciente (ID), Gestión Organizativa (GO), Pruebas Diagnósticas (PD), Errores de Medicación (EM)...

Resultados:

En el año 2012 no existían notificaciones de urgencias y las de todo el hospital no ascendían a más 30. Tras implantar el sistema de notificación se obtuvieron 102 notificaciones en 2013 y 106 en 2014. En cuanto a la gravedad, el 48% fueron incidentes, el 29% EA sin daño, 4% EA con daño, 9% EM, y el 10% se catalogaron como Sucesos Centinela (2013). En 2014, 69% Incidentes, 7% EA sin daño, 9% EA con daño, 13% EM y 2% Sucesos Centinela. En cuanto a la causa: 28% con la GO, 24% con PD, 17% con la ID (2013). En 2014, el 49% se relacionó con GO, 13% con EM, y el 11% con ID.

Conclusiones:

Se han de establecer políticas que promuevan la SP entre los profesionales, estimulando la capacidad de notificación y establecer herramientas de trabajo que nos permitan detectar los EA antes que se produzcan e incorporar medidas de mejora en el sistema, que intenten reducir el riesgo.

O-116

RED DE REDES EN LAS PATOLOGÍAS TIEMPO DEPENDIENTE

MM Ruiz Montero, A Caballero García, E Gozález Sabio, E García Añoveros Escriña, MJ Sánchez Marín, T Pedrote Martínez, MR Castaño

EPES, EM. Sevilla.

Palabras claves: codice stroke, medical prehospital, heart stroke

Objetivos:

Desde la Implantación de los procesos asistenciales en el 2000 la asistencia sanitaria pública en Andalucía se realiza de manera integrada entre los distintos escalones asistenciales. Dentro de este marco surgen iniciativas específicas de actuación en patologías tiempo dependiente. Estas iniciativas están marcadas en planes integrales. En 2010 se puso en marcha el Plan de Actuación para el tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST en la provincia de Sevilla. Durante este tiempo se ha alcanzado unas cotas de reperusión global y de angioplastia primaria que sitúan a Sevilla en la vanguardia nacional. En el 2104-2015 se plantea la revisión de este plan y la creación de un Mapa de Isocronas.

Material o pacientes y método:

Se utiliza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía, de la provincia de Sevilla publicado en el portal del servicio Andaluz de Salud, superponiendo los recursos sanitarios de urgencias y emergencias, tanto móviles como fijos, obtenidos del Plan de Ordenación de urgencias y emergencias (PODUE) y de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES). se miden las distancias y calculan los tiempos con la herramienta google maps.

Resultados:

Tras el diseño de los mapas quedan definidas tres zonas: una zona roja de reperusión por angioplastia primaria 24/7, una zona azul en la que el tipo de reperusión está condicionada por la disponibilidad de los recursos según la franja horaria, una zona negra donde la reperusión no es posible.

Conclusiones:

La creación de este tipo de herramientas implementadas con las guías de práctica clínica ayudan a dar una respuesta con mayor equidad desde los Centros coordinadores. Este trabajo se realiza como anexo a la actualización del Código Infarto será implantado en los Centros Coordinadores para facilitar la toma de decisiones del resto de las patologías definidas como tiempo dependiente. Es necesaria una reorganización de los recursos en las zonas negras.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-117

CONTINUIDAD ASISTENCIAL.
ASIGNATURA PENDIENTE

J Serrano Pérez (1), R Pinuaga Orrasco (2), M Mir Montero (2),
R Fallos Marti (2), C Bibiano Guillén (2)

(1) Consultorio de La Poveda, (2) Hospital Infanta Leonor.
Arganda. Madrid

Palabras claves: home care services, hospital-based-pulmonary
disease, chronic obstructive, primary health care

Objetivos:

La hospitalización a domicilio (HAD) se ha consolidado en los últimos años como una buena alternativa a la hospitalización convencional en los pacientes EPOC que desde el Servicio de Urgencias ingresan por reagudización infecciosa. La continuidad asistencial entre los diferentes niveles asistenciales en los pacientes crónicos es particularmente importante tras los diferentes ingresos ya que la vuelta del tratamiento agudo al tratamiento de base suele hacerse en un nivel diferente al que ha prescrito el primero.

Material o pacientes y método:

Análisis retrospectivo de 62 pacientes ingresados en HAD entre marzo 2014-15 con diagnóstico al alta de EPOC.

Resultados:

Se ingresaron un total de 273 pacientes de los que 23 (8.4%) cumplían criterios clínicos de EPOC confirmados mediante espirometría pero fueron 62 (22.71%) los que recogían en su historia clínica (HC) el antecedente de EPOC. Todos los pacientes (100%) fueron dados de alta tras una hospitalización media de 15,65 ($\pm 7,38$) días. Utilizamos el correo electrónico para enviar informe de alta de los pacientes ingresados al centro de salud de referencia de cada uno. Los pacientes fueron atendidos en la consulta de AP tras una media de 3,95 ($\pm 2,58$) días con un máximo de 9 días. Durante el periodo de estudio estos pacientes han sido reevaluados en AP una media de 2,15 ($\pm 1,38$) veces. La adecuación del tratamiento pautado el ingreso en UHAD el 60% (12) era ajustada a las guías EPOC 2012 y que el 45% (9) lo tenía tras la primera visita en AP. Se observa que al 60% (12) de los pacientes se les cambia activamente el tratamiento en su paso por AP.

Conclusiones:

A pesar del pequeño tamaño muestral vemos que las medidas utilizadas para la transmisión de la información al siguiente escalón asistencial son insuficientes y sería interesante fomentar la visita conjunta en el domicilio del paciente con ambos equipos. Esto unido a la continuidad asistencial fomentada desde atención primaria con el programa de gestión de pacientes crónicos por parte de la CAM podría favorecer un mejor control de los pacientes EPOC disminuyendo el número de reagudizaciones. El tiempo medio de visita en la primera consulta de AP es asumible como correcto, no así los tiempos máximos observados en algunos pacientes.

O-118

REPERCUSIÓN DE UNA GUÍA PARA LA ADECUACIÓN
DE CANALIZACIÓN DE CATÉTERES PERIFÉRICOS EN
URGENCIAS

L García Pérez, E Roca Roura, N Moline Vila, J Román Martínez
Hospital de Palamós. Palamós, Girona.

Palabras claves: canalización periférica, guía, urgencias

Objetivos:

La venoclisis periférica es una técnica frecuente en los servicios de urgencias. En el 2008 se elaboró un estudio descriptivo donde el 36% de catéteres no tenían indicaciones correctas (la bibliografía se sitúa en una proporción del 20%). Se implantó una guía y se realizó formación al personal de nuestro servicio de urgencias, realizando un nuevo estudio en el 2013.

Material o pacientes y método:

Estudio cuasi-experimental "antes-después" de un solo grupo con una muestra aleatorizada, de pacientes con catéter periférico los años 2008 y 2013 en el servicio de urgencias. La intervención consistió en una guía de los criterios de venoclisis (imposibilidad ingesta, inestabilidad clínica, exclusividad endovenosa, sueroterapia $>1000\text{cc}/24\text{h}$, extracciones múltiples de laboratorio, código IAM, ICTUS...). Se consideró criterios de exclusión: pacientes $>14\text{a}$ y niveles triage=5. Se empleó la prueba de χ^2 en la comparación de variables cualitativas y la t de Student en las variables cuantitativas (paquete estadístico SPSS-20).

Resultados:

Se valoró una muestra de 1109 vías (547 en el 2008 y 562 en el 2013) En la muestra se detecta, una menor proporción de ingresos, éxitos, traslados en el 2013 [159 (28,3%)] con respecto al 2008 [215 (39,4%)] $p<0.01$, un envejecimiento (>79 años) en el 2013 [146 (26%)] con respecto al 2008 [97(17,8%)] $p<0.01$ y 2013 una disminución de grados de triage 1,2,3 [490 (87,2%)] en relación al 2008 [507 (92,9%)] $p<0.01$. El número de analíticas aumentó en el 2013 [501(89,1%)] respecto 2008 [466(85,3%)]. Los catéteres indicados no adecuadamente en el 2008 fueron 199 (36,4%) y 69 (12,3%) en el 2013 objetivando una disminución de 130 (24,1%) ($\chi^2=120,1$ $p<0,001$).

Conclusiones:

La introducción de una guía sobre la adecuación de la cateterización de vías venosas periféricas y la formación del personal, mejora la actuación clínica, no obstante, no podemos definir esta mejora sólo a nuestra actuación ya que los pacientes han presentado cambios que pueden haber influenciado indirectamente. No obstante se ha de destacar que se ha registrado una disminución de catéteres no adecuados.



GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-119

RENDIMIENTO DE HEMOCULTIVOS Y OTRAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PACIENTES CON SEPSIS GRAVE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. ESTUDIO PRELIMINAR

MA Vasquez Martínez, G Tirado, J Pereira, C Aspiroz, JM Ferreras, C Moreno, E Rangil

Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Palabras claves: hemocultivos, sepsis grave, urgencias

Objetivos:

Las últimas guías de práctica clínica (2013) para el tratamiento de la sepsis grave (SG) y el shock séptico (SS) contemplan la obtención de hemocultivos antes de la administración de antibióticos como una de las 4 acciones a completar en las 3 primeras horas de la atención al paciente con sospecha de esta grave infección. Las otras 3 son: medir lactato, administrar antibióticos de amplio espectro y administrar 30 cristaloides en caso de hipotensión o hiperlactacidemia

Material o pacientes y método:

Durante 100 días consecutivos (28 de noviembre 2014- 8 de marzo de 2015) se evaluaron los resultados de los hemocultivos positivos en estos pacientes, a fin de evaluar su rendimiento y contribución al diagnóstico de la infección. Además, se computaron otras muestras recogidas en Urgencias para filiar la infección.

Resultados:

De 164 pacientes en los que se activaron las alertas por sospecha de SG/SS, se solicitaron hemocultivos en 93, siendo positivos en 23 (24,73%). Asimismo, se cursaron 52 urocultivos, con un porcentaje de positividad del 55,77%. Otras muestras fueron: secreciones respiratorias (7, con 28,6 %positivos), muestras de piel y partes blandas (5, con 40%positivos), y otras (5, con 60 %positivos). En los hemocultivos, *Escherichia coli* fue el microorganismo más aislado (35% de los positivos), seguido de *Streptococcus pneumoniae* (22%). En orinas fue también *E. coli* el más aislado, con gran diferencia (72%). En 35 pacientes se cursaron hemocultivos y orina, y fueron ambos positivos (con idéntico microorganismo, siempre *E. coli*) en 9 de ellos (25,72%).

Conclusiones:

El porcentaje de bacteriemias en pacientes diagnosticados de SG / SS fue del 25%, lo que hace del hemocultivo un procedimiento altamente rentable. El cultivo de otras muestras también se demostró eficaz, con un elevado porcentaje de positividad. La etiología demuestra la importancia del foco urinario y respiratorio. Todos estos resultados orientan un tratamiento dirigido, lo que redundará en el mejor manejo del enfermo con infección grave.

O-120

¿EXISTE VARIABILIDAD INTERINDIVIDUAL EN LA ASIGNACIÓN DE NIVEL DE TRIAJE?

E Gómez Angelats, A Antolín Santaliestra, Y Pueyo, C Siches Cuadras, Jr Alonso Viladot, O Miró Andreu, E Bragulat Baur

Hospital Clínic. Barcelona.

Palabras claves: triaje, observer variation, classification

Objetivos:

El Sistema Español de Triage – Modelo Andorrano de Triage (SET-MAT) -es un modelo validado de triaje estructurado más ampliamente utilizado en Cataluña. El SET se vale de un soporte informático, el Programa de Ayuda al Triage (PAT), herramienta de ayuda de la selección, que reduce la variabilidad cuando se trata de asignar prioridad. En nuestro centro, el SET-MAT se creó en 2009 y hasta el momento no se ha estudiado la posible existencia de variabilidad interindividual en su ejecución.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo analítico de los triajes realizados desde abril de 2013 hasta abril de 2014 en un hospital de tercer nivel, donde la atención se lleva a cabo en diferentes circuitos asistenciales. Evaluación del NT asignado por profesionales en base a turnos en el trabajo (mañana, tarde y noche-TM, TT, TN-), sexo del triador, de la edad, la experiencia y del circuito asistencial donde trabaja habitualmente

Resultados:

82 profesionales (70 mujeres y 12 hombres) efectuaron 80847 triajes: 766 N-I (0,9%) 8391 N-II (10,3%) 46072 N-III (57,0%) 20933 N-IV (26,0%) y 4685 N-V (5,8%). No hubo diferencias significativas en la asignación del NT en cuanto al sexo del triador, edad o experiencia. El personal TN mostró un mayor porcentaje de triajes NIII ($p < 0,001$) y un menor porcentaje de triajes N-IV ($p < 0,001$). El TM mostró incremento en el porcentaje de triajes N-V ($p < 0,05$). Objetivamos un aumento significativo de triajes N-III en los que trabajan en este nivel ($p < 0,001$). Finalmente, la asignación de N-IV en el personal que trabaja en N-IV fue significativamente mayor que el resto ($p < 0,01$).

Conclusiones:

Este estudio demuestra una la existencia de variabilidad interindividual en cuanto a la asignación del NT, dependiendo del turno de enfermería que tria y la posición donde generalmente trabajan profesionales. Esto sugiere que PAT podría ser una herramienta de evaluación sujeta a un cierto grado de subjetividad.



GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-121

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

A Pertejo, A Pertejo Fernández, A Martín-Quirós, A Martínez Virto, A Borobia Pérez, N Cancelliere, M Quintana Díaz

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Palabras claves: comorbilidad, Charlson, presión asistencial

Objetivos:

El envejecimiento de la población y el aumento de la supervivencia de pacientes con patologías crónicas provocan que el grado de complejidad de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias sea cada vez mayor.

Material o pacientes y método:

Análisis transversal de prevalencia semanal con inclusión de todos los pacientes atendidos en el área de observación del Servicio de Urgencias a las 8.30 am desde el 03/02 al 03/03/2015. El análisis de la comorbilidad se realizó mediante el índice de comorbilidad de Charlson (ICM), corregido por edad. El servicio de Urgencias donde se ha realizado el estudio cuenta con un total de 55 puestos estructurales (camas/sillones).

Resultados:

Se realizaron un total de 5 cortes transversales. Se incluyeron 272 pacientes (media diaria de 54.4 pacientes, 130 de sexo femenino (47.8%). La media de edad fue de 71.1 años (DE:18.8,Rango:18.7-100.7). El ICM medio fue de 5.4 (DE:3.2). El 73.5%(n=200) de los pacientes eran independientes, el 9.9%(n=27) eran totalmente dependientes y el 13.2%(n=36) tenían algún grado de dependencia. El 87.9% (n=239) procedían del área sanitaria propia. El nivel de prioridad a partir del sistema Manchester de triage fue: Azul:3.3%(n=9), Verde:24.3% (n=66), Amarillo:54.8%(n=149), Naranja:13.6%(n=13.6), Rojo:1.5%(n=4). El 54.7%(n=156) de los pacientes estaban pendientes de ingreso, con un tiempo medio transcurrido desde el registro administrativo hasta la decisión de ingreso de 9.2 horas(DE: 11.6,Rango:0.25-74) y hasta la realización del corte (independientemente de que se encontrasen pendientes de ingreso o de observación clínica) de 21.9 horas(DE:17.2,rango: 0.07-3.03).

Conclusiones:

1. Tanto la edad como el grado de comorbilidad de los pacientes atendidos en el S. Urgencias son muy elevados.
2. La ocupación del S. Urgencias a primera hora de la mañana (8.30 h) es casi del 100%.
3. La estancia media en el S. Urgencia de los pacientes hasta la realización del corte es casi el triple del tiempo empleado hasta decidir que debe ingresar.
4. Gran parte de este exceso de horas es debido a la ausencia de camas hospitalarias donde poder ingresar a dichos pacientes.

O-122

UNIDAD DE ALTA PRECOZ DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

E Núñez Masid (1), FJ Aramburu Vilariño (1), E Rodríguez Camacho (2), MI Garrido González (2)

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Xerencia de Xestión Integrada de Ourense, Verín, Barco de Valdeorras. Ourense.

Palabras claves: urgencias médicas, administración hospitalaria, Medicina Interna

Objetivos:

Los últimos años evidenciamos, en el área médica del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), una estancia media (EM) superior a la de nuestro entorno. La Unidad de Alta Precoz de Urgencias (UAP) puede ser una alternativa a la hospitalización convencional.

Material o pacientes y método:

Estudio de todos los pacientes ingresados en la UAP Y MIR del CHUO durante el período Noviembre 2013 a Noviembre 2014. Se obtuvo información de forma retrospectiva de la base de datos de Documentación Clínica y Control de Gestión.

Resultados:

Un total de 1360 pacientes ingresaron en la UAP (4,77% del total del CHUO) frente a los 6002 ingresados en MIR (21,05% del total del CHUO). La edad media de los pacientes fue de 78 y 80 años, la estancia media (EM) de 2,03 y 10,08 días y el índice de ocupación del 78,47% y 90,45% respectivamente. En la UAP los grupos relacionados de diagnóstico (GRD) principales (31,28% de los ingresos) fueron el 127 (Insuficiencia cardiaca y choque), el 541 (Neumonía simple y otros trastornos respiratorios excepto bronquitis y asma con complicaciones o comorbilidades mayores) y el 88 (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica) con 2,03, 2,16 y 1,93 días de EM respectivamente. En MIR los GRD principales (22,29% de los ingresos) fueron el 541, el 127 y el 101 (Otros diagnósticos de aparato respiratorio con complicaciones o comorbilidades mayores) con 9,86, 8,00 y 7,83 días de EM respectivamente. Desde la UAP un 10,66% de los pacientes pasaron a unidades de hospitalización convencional. El destino final de los pacientes de la UAP fue en 80,99% alta a domicilio, 17,61% hospitalización a domicilio y un 1,32% fueron éxitos. En MIR el 85,06% fueron altas a domicilio con un 14,09% de éxitos.

Conclusiones:

La Unidad de Alta Precoz de Urgencias (UAP) vinculada al Servicio de Urgencias es una alternativa efectiva a la hospitalización consiguiendo un acortamiento en la estancia media, tanto de forma global como específica según GRDs, frente a la hospitalización convencional.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-123

ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS REALIZADOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

J Lull Sala (1), O Tapia Tepud (1), JM Fernández (1), P Saneugenio Gregori (2), F Gómez Pajares (1), F Benavent Ordiñana (1)

(1) Suh y Uce Hospital Francesc de Borja de Gandía,

(2) Cap Beniopa (Gandía). Gandía.

Palabras claves: adecuación, ingresos, urgencias

Objetivos:

Los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) generan el 70-75% de los ingresos hospitalarios. Un indicador de calidad puede ser la adecuación de estos ingresos y conocer las variables relacionadas una posibilidad de mejora.

Material o pacientes y método:

Diseño: estudio transversal, observacional, retrospectivo y analítico. Ámbito: Hospital comarcal Francesc de Borja de Gandía que atiende una población de aproximadamente 190.000 habitantes. Sujetos: De los 5326 ingresos de SUH a MIN (unidad que integra todas las especialidades médicas del hospital) ocurridos durante 2012, fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple 319 (según estimación previa del tamaño necesario). Mediciones: La adecuación se estableció con el 'Appropriateness evaluation protocol', versión validada en español, valora la gravedad del estado del paciente (10 ítems) y la intensidad de los servicios necesarios (6 ítems). También se recogieron variables sociodemográficas (edad y sexo), clínicas (diagnóstico principal) y otras del episodio (facultativo, visitas previas a urgencias, trimestre, día, hora). Se describieron las variables continuas mediante su media y desviación estándar (de) y el resto mediante sus frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis de relación con la inadecuación se utilizó la T de Student en variables continuas y la prueba de Ji-Cuadrado en el resto. Se usó la OR como medida de asociación cuando fue necesario. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

Resultados:

La edad media fue de 68,7 (de: 16,6) años y 181 (56,7%) fueron hombres. Fueron inadecuados 59 ingresos (18,5%). Las Neoplasias tuvieron 3 veces más probabilidad de ser inadecuadas que el resto de diagnósticos (OR 3,2 IC95%: 1,2 – 8,4). No se encontró ninguna otra variable relacionada con la inadecuación, aunque parecen existir diferencias según el facultativo que realiza el ingreso (médico del SUH: 16,4%, aquel que sólo realiza guardias: 19,7% y MIR: 25,5%, $p=0,31$).

Conclusiones:

El porcentaje de ingresos inadecuados es similar al encontrado en la literatura. Consultas externas más ágiles junto con Hospitales de larga estancia y el refuerzo de las Unidades de paliativos podrían mejorar estos resultados.

O-124

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL REINGRESO HOSPITALARIO TRAS SER DADOS DE ALTA DESDE UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA

A Mauri Plana, J Guardiola Tey, M Carrión, M Petrisano, J de la Iglesia Larrad, E Viciano, C Lázaro

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Palabras claves: unidad de estancia corta, reingreso hospitalario, estudio descriptivo

Objetivos:

La UEC es la sala que recibe más ingresos y que da más soporte a UCIS. Algunos pacientes presentan un reingreso precoz, en menos de 30 días.

Material o pacientes y método:

La UEC tiene una capacidad de 30-36 camas. Ingresan pacientes médicos en los que se prevé un ingreso corto. Se define RH al episodio que requiere ingreso no programado en menos de 30 días post alta de la UEC. Se analizan todos los casos del año 2014.

Resultados:

Se han producido 201 RH en un total de 182 pacientes. Sobre el total de altas equivale a un 8% de RH (201/2539). Un 45,3% son hombres. La edad media es 80,6 + 9,6 años (32-101). El RH se ha producido tras 14,4 + 7,8 días (0,5-29,8) tras el alta de la UEC. Un 41,3% de los pacientes presentan un ingreso previo con una media de 33 días (2-90). Los pacientes con RH presentan una media de 7,46 enfermedades, con un consumo medio de 10,2 fármacos/día al alta. Un 77,6 % presentan HTA, 35,8 % DM, 32,8 % EPOC, 57,7% IC. Patología oncológica previa o actual un 29%. Un 20,4 y un 36,6 % presentan alteración de las FFSS y deterioro funcional respectivamente. Un 85,6 y un 14,4.% provienen de domicilio y de residencia respectivamente. La estancia media del primer y segundo ingreso ha sido 5,7 +2,8 y 8,8+7,2 días respectivamente ($p<0,001$). La IC y la patología infecciosa son el 92,6% de los diagnósticos al alta. El motivo del RH ha sido el mismo que el del primer ingreso en un 55,1%. Un 71% de los RH se consideran justificados. Tan sólo un 4,5% de los RH se producen en sala de cirugía.

Conclusiones:

La prevalencia de los RH es del 8%. Se produce en pacientes ancianos pluripatológicos. La mayoría son HTA. La estancia media del RH es significativamente más larga que la del primer ingreso. Más de la mitad de los pacientes presentan un RH por el mismo motivo. La mayoría de los ingresos son justificables.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-125

ANÁLISIS DE VARIABLES EN PACIENTE HIPERFRECUENTADOR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

A Valencia Dutor, C Rodríguez Ramírez, J Valdueza Sandín, E Caldevilla Bernardo, J Garcés Molina

Hospital del Sureste. Arganda del Rey, Madrid.

Palabras claves: recursos en salud, urgencias médicas, hospitalización

Objetivos:

Aunque el porcentaje de hiperfrecuentadores de los servicios de urgencias médicas es bajo (en torno al 5%) generan un impacto importante en lo que se refiere al consumo de recursos en salud, tanto económicos como humanos. La hiperfrecuentación depende de factores individuales (enfermedades crónicas, sensación de que su problema no puede esperar...) y otros derivados del sistema (accesibilidad, demoras en consultas o pruebas complementarias).

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo observacional retrospectivo según la base de datos del estudio FIDUR. Se analizan distintas variables según grupos etarios divididos en: menos o igual de 35 años. Entre 35 y 65 años y mayores de 65 años. Se analizan las siguientes variables: Motivo más frecuente de visita, antecedentes psiquiátricos, comorbilidad, si precisan observación en urgencias, porcentaje de ingresos, si precisan pruebas complementarias y mortalidad)

Resultados:

Hay diferencias notables según los grupos. Aunque la causa más frecuente de visita a urgencias es la patología cardiovascular y/o respiratoria, varía de un 64% de los menores de 35 años a un 83% en los mayores de 65 años. Respecto a la gravedad, de los mayores de 65 años, un 30% precisan observación en urgencias y precisan hospitalización un 23% respecto a un 3% de ingresos o ninguna necesidad de observación en los menores de 35 años. Un 36% de éstos últimos no necesitaron ninguna prueba complementaria. Respecto a un posible indicador de la sensación subjetiva de urgencia, un 40% de los menores de 35 años tenían antecedentes psiquiátricos (en su mayoría neurosis) frente al 26% del grupo de más edad. La mortalidad fue de un 6% en los mayores (pacientes crónicos con patología muy avanzada) frente a ninguna en los otros dos.

Conclusiones:

La edad es un factor determinante respecto a la gravedad en el paciente hiperfrecuentador.

O-126

LA EMPATÍA DE LOS MÉDICOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

JM Marín Martínez (1), R Rojas Luan (1), A Cantero Sandoval (1), ME Torres Marín (1), MC Soto Bernal (1), JM Martínez Zapata (1), AF Bravo Cantero (2)

(1) Hospital Virgen de a Arrixaca, (2) Estadística Murcia. El Palmar.

Palabras claves: empathy, professional, patient relations, communication

Objetivos:

La empatía es una cualidad que se ha demostrado debe desarrollar cualquier médico en su ejercicio profesional, ya que mejora la adherencia al tratamiento de sus pacientes. Esta también es importante en los servicios de urgencias, sin embargo no está estudiada en estos servicios.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo observacional transversal descriptivo. Urgencias hospitalarias Muestra: médicos adjuntos (M), médicos residentes (R) y Médicos residentes al inicio de la residencia(R1) en activos en el servicio de urgencias en marzo 2014. Encuesta auto-administrada Escala de Empatía Médica de Jefferson (HP) con 20 ítem con respuesta tipo likert de 1 a 7. Tres dimensiones: Toma de perspectiva, Cuidado por compasión, Ponerse en los zapatos del otro La empatía se divide en tres grupos: Baja< 96, Media 97-111 Alta > 112 Encuestas entregadas 155 Contestadas 141 Válidas 137 Tasa de respuesta 91% Encuestas válidas Médicos adjuntos 31 Residentes 49 Residentes nuevos R 57 Mujeres 61% hombres 39 % La edad media en años M-43, R-27 y R1-25 Análisis estadístico: Test de T-Student bajo, test de Kolmogorov-Smirnov, test ANOVA, Test de Levene y comparaciones dos a dos de Bonferroni. Análisis estadístico mediante el paquete estadístico SPSS, significativos $p<0,05$.

Resultados:

Empatía media $5,5\pm0,8$, Toma de perspectiva $5,2\pm1,6$, Cuidado por compasión $4,5\pm1,1$ Ponerse zapatos del otros $5,5\pm0,8$. Las mujeres presenta puntuaciones más altas en el cuidado por compasión que los hombres ($5,7\pm0,1$) Niveles bajos de empatía: M-9,7%, R-8,2%, R1-2,2% Niveles altos de empatía M-67,7%, R-49%, A-78,3% ($p<0,001$) La dimensión toma de perspectiva no aparecen diferencias entre los grupos con niveles altos: M- $5,8\pm0,2$, R- $5,8\pm0,1$, R1- $6\pm0,1$, Cuidado por compasión M- $5,9\pm0,1$, R- $5,5\pm0,2$, R1- $6,3\pm0,1$ ($p<0,001$) Ponerse "en los zapatos del otro" Muestra las puntuaciones más bajas M- $4,9\pm0,2$, R- $4,7\pm0,1$, R1- $5,1\pm0,1$.

Conclusiones:

Los médicos del servicio de urgencias hospitalario muestran niveles altos de empatía, siendo este mayor en los residentes al inicio de la residencia. En urgencias hospitalaria los médicos tienen muy desarrollada esta habilidad en comunicación, a pesar de unas condiciones de trabajo de gran stress. Habría que tomar medidas para que no disminuya el nivel de empatía con el ejercicio profesional.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-127

ESTUDIO FIDUR-CAM. ANÁLISIS DE LA HIPERFRECUENTACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN FUNCIÓN DE LA COMORBILIDAD DEL PACIENTE Y NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL CENTRO

R Romero Pareja (1), R Jiménez Gallego (2),
Y Majo Carbajo (3), JM Aguilar Mulet (4),
C Fernández Alonso (5), A Rivas Fernández (6)

(1) Hospital Universitario de Getafe, (2) Hospital Universitario Rey Juan Carlos, (3) Hospital Universitario Infanta Cristina, (4) Hospital Universitario de La Princesa, (5) Hospital Clínico San Carlos, (6) Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Palabras claves: emergency service, hospital-health care utilization, access to health care

Objetivos:

No existe ningún estudio en nuestro medio relativo al patrón de utilización de los Servicios de Urgencias en función de la comorbilidad, deterioro cognitivo del paciente y nivel asistencial del centro.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo multicéntrico. Participaron 17 hospitales de la Comunidad Autónoma de Madrid. Se identificaron los pacientes que habían consultado >9 ocasiones (hiperfrecuentadores) en 2013 recogiendo información relativa al deterioro cognitivo y comorbilidad. Se realizó un análisis de estas variables en los centros participantes, agrupados en función del nivel asistencial. El análisis estadístico se realizó con el paquete informático SPSS 15.0

Resultados:

Se incluyeron 2321 hiperfrecuentadores atendidos durante el 2013 en los servicios de urgencias de 17 hospitales, 5 (29,4%) de nivel III, 7 de nivel II (41,2%) y 5 (29,4%) de nivel I. Los hospitales de nivel I atendieron en urgencias a 505 pacientes, en los que el índice de Charlson fue ≥ 3 en 42 (8,3%) casos, 2 en 88 (17,4%), 1 en 290 (57,4%) y 0 en 85 (16,8%), los de nivel II asistieron a 856 pacientes, con un índice de Charlson ≥ 3 en 78 (9,1%) casos, 2 en 122 (14,3%), 1 en 434 (50,7%) y 0 en 222 (25,9%), y los de nivel III a 960, en los que el índice de Charlson fue ≥ 3 en 105 (15%) casos, 2 en 144 (15%), 1 en 436 (45,4%) y 0 en 275 (28,6%), apreciándose un incremento en la comorbilidad en los centros de mayor complejidad ($p < 0,01$). El diagnóstico previo de deterioro cognitivo se registró en 2143 casos, de los que 479 (94,70%) fueron atendidos en centros de nivel III, 775 (93,6%) en los de nivel II y 734 (90,7%) en los de nivel III, apreciándose diferencias entre grupos ($p = 0,014$)

Conclusiones:

Los pacientes hiperfrecuentadores que son atendidos en los hospitales de nivel III tienen una alta comorbilidad (índice de Charlson, 3) y presentan con más frecuencia deterioro cognitivo que los que acuden a los centros de menor complejidad.

O-128

¿PODEMOS PREVENIR LOS REINGRESOS? REINGRESO TRAS ALTA DE LA UEC. ESTUDIO COMPARATIVO CASOS CONTROL. ANÁLISIS BIVARIADO

A Mauri Plana, J Guardiola Tey, A Sagues Terol,
M Fernández Sanmamed, S Rivera Ferres, C Sitges,
A Romero

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Palabras claves: reingreso hospitalario, sala estancia corta, estudio casos control

Objetivos:

Durante el año 2014, un 8% de los pacientes ingresados en la UEC han presentado un reingreso hospitalario (RH) en el plazo de 30 días.

Material o pacientes y método:

Estudio casos control. Casos: pacientes dados de alta de la UEC con RH no programado en menos de 30 días. Control: población –escogida de manera aleatoria– dada de alta de la UEC que no presenta reingreso (PC).

Resultados:

293 pacientes (201 RH vs 92 PC). La edad $77,3 \pm 15,4$ (18-101) (RH vs PC) es de $80,6 \pm 9,9$ vs $69,9 \pm 21,6$ años, $p < 0,001$. 58% Mujeres (54 vs 66 %, RH vs PC, $p = 0,07$). El número de patologías es de 6,60 (7,4 vs 4,7, RH vs PC, $p < 0,001$). El número de fármacos es de 8,77 (10 vs 6, RH vs PC, $p < 0,001$). Pacientes con HTA 72% (77 vs 62% en RH vs PC, $p = 0,004$), DM 29% (35 vs 16% RH vs PC, $p < 0,001$), EPOC 25% (32 vs 11 %, RH vs PC, $p < 0,001$), Insuf Cardíaca 47% (57 vs 24%, RH vs PC, $p < 0,001$), patología oncológica previa o actual 25% (28 vs 18 %, RH vs PC, $p < 0,03$). El motivo del primer ingreso es de causa cardíaca en 37% (46 vs 18% en RH vs PC) y de causa infecciosa- respiratoria en el 50% (46 vs 58% en RH vs PC): $p < 0,001$. Un 20% presentan deterioro cognitivo y un 33% deterioro funcional. No hay diferencias entre RH vs PC. La estancia media es de $5,36 \pm 2,9$ (1-24) (5,7 vs 4,4, RH vs PC, $p < 0,001$).

Conclusiones:

Los pacientes con RH son significativamente más mayores, con más comorbilidades y una mayor ingesta de fármacos. Presentan incidencia mayor de HTA, DM, EPOC, IC y patología oncológica. Las causas de ingreso también difieren significativamente. La población RH y la PC no se diferencian en cuanto deterioro cognitivo y alteración de las funciones superiores.



GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-129

EL TRIAJE COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE ALTA TECNOLOGÍA

C Yllera Sanz, I Bardes Robles

*Hospital Universitario de Bellvitge. Esplugues de Llobregat. Barcelona***Palabras claves:** triage, emergency, decision support systems, management**Objetivos:**

Una de las funciones de los sistemas de triage es dar información sobre la complejidad del servicio.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal, entre enero y diciembre del 2013. Se incluyeron todas las visitas a urgencias en: invierno (18-24 febrero), primavera (20-26 mayo), verano (19-25 agosto) y otoño (18-24 noviembre). Se determinó la huella digital utilizando el MAT y los GRUDE más frecuentes en febrero.

Resultados:

Se analizaron 6207 visitas. La huella digital es casi igual en todos los períodos, predominando el nivel III. Los índices de ingreso están dentro de los límites establecidos. Los indicadores de calidad mejoraron en comparación con el año anteriores. Los 5 GRUDE más frecuentes son el 25, 26, 29, 30 y 31, sumando de media un 59,45%. No hay prácticamente variabilidad estacional. Analizando los GRUDE por niveles asistenciales en el mes de febrero, observamos diferencias significativas en cuanto a complejidad, siendo el más complejo Enfermería, seguido de Cirugía y Boxes. En Enfermería los GRUDE 1-17 suponen el 50,24%. Además encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que ingresan y los que no en cuanto a la edad ($74,24 \pm 13,09$ vs $65,06 \pm 18,91$ años, $p < 0,0001$ IC95% (4,74 - 13,61)). No hay diferencias en cuanto a estancia media ($607,67 \pm 521,53$ vs 719 ± 445 minutos, $p = 0,09$). En Cirugía, encontramos diferencias significativas en cuanto a la edad ($62,26 \pm 17,29$ vs $54,54 \pm 21,8$ años, $p = 0,01$ IC95% (1,63 - 13,80)), pero no en cuanto a estancia media ($414,44 \pm 349,22$ vs $418,05 \pm 364,31$ minutos, $p = 0,94$). En Boxes encontramos diferencias significativas en cuanto a la estancia media ($679,71 \pm 481,83$ vs $514,94 \pm 362,57$ minutos, $p = 0,007$ IC95% (45,43 - 284,1)), pero no en cuanto a la edad ($66,34 \pm 19,87$ vs $64,66 \pm 17,06$ años, $p = 0,54$).

Conclusiones:

Los sistemas de triaje estructurado son fundamentales para tener mayor conocimiento de la realidad asistencial de los servicios y analizar la casuística.

O-130

ADECUACIÓN INGRESOS HOSPITALARIOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

M Hernández Egido, CA Guillén Astete, C Carballo Cardona, T Villen Villegas, P Gallego Rodríguez, A Trueba Vicente, E Machín Muñoz

*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.***Palabras claves:** tasa de ingreso, ingreso hospitalario, gestión sanitaria**Objetivos:**

Una apropiada indicación de ingresos hospitalarios (IH) desde un servicio de urgencias (SU) permite la optimización de recursos sanitarios y además refleja una atención médica de calidad.

Material o pacientes y método:

Se analizaron 370 historias clínicas de ingresos hospitalarios mediante un sistema de aleatorización simple entre Enero y Marzo de 2013, previo cálculo del tamaño muestral. Se aplicaron los criterios AEP de ingreso hospitalario para definir si fueron adecuados o no

Resultados:

Ciento noventa pacientes tenían al menos 80 años (51.3%). Tras aplicar los criterios AEP se identificaron 352 IH sin ningún criterio de inadecuación (95.1%, IC95% 92.4 a 96.9) y 18 IH que cumplían solamente al menos un criterio de inadecuación (5.1% IC95% 3.2 a 8.1). Las proporciones de IH adecuados según el grupo de edad fueron las siguientes: 96.8% para >80 años, 95% entre 66 y 80 años, 93.4% entre 46 y 65 años y 83.3% entre 15 y 45 años ($P = 0.072$). Los tres destinos de IH más frecuentes fueron: Medicina Interna 196 (52.9%), Neumología 107 (28.9%), y Oncología Médica 41 (11.0%). Las proporciones de IH adecuados fueron 95.4%, 100% y 85.3% respectivamente. La diferencia entre la proporción de IH adecuados entre Medicina Interna y Oncología Médica fue estadísticamente significativa ($P = 0.016$). Los ítems del protocolo AEP más frecuentemente identificados en los IH adecuados fueron: Necesidad de medicación intravenosa en 326 (88.1%), necesidad de antibioterapia parenteral 3 o más veces al día en 263 (71.1%) y necesidad de oxigenoterapia en 253 (68.4%).

Conclusiones:

Según la AEP, una tasa de IH inadecuados del 50% o más traducen la necesidad de efectuar cambios en la gestión asistencial podemos afirmar que nuestro SU tiene un sobresaliente nivel de acierto en la gestión de sus IH. Es importante destacar que la edad de los pacientes no parezca asociarse a peores índices de IH adecuados. Si bien los ingresos en Oncología Médica concentraron la mayor proporción de IH inadecuados, dicha proporción no llegó a la tercera parte de ellos.



GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-131

IMPLEMENTACIÓN DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE GERIATRÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO PARA LA VALORACIÓN Y GESTIÓN DE LOS PACIENTES ANCIANOS CRÓNICOS COMPLEJOS

AB Vena Martínez, A Moreno Pena, D Lacasta García, C Pardos Molina, C Vidal Sans, L Molina Castella, MJ Abadías Medrano

Hospital Arnau de Vilanova. Lleida.

Palabras claves: atención integral de salud, manejo de atención al paciente, evaluación de la atención de salud

Objetivos:

Los pacientes crónicos representan el 12-24 % visitas urgencias. La intervención lineal sobre el motivo de consulta implica un mayor peligro de descompensación de su morbilidad que junto con la polifarmacia representan un riesgo (2.5 - 4.6) de hospitalización prolongada. La incorporación de nuevas estrategias de valoración permitirá una mejor racionalización de las actuaciones clínicas

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo-prospectivo (Enero-Diciembre2014) realizado en Urgencias por su equipo-geriatría. Se valoró a los pacientes ancianos complejos ≥ 80 años y $<80-70$ con delirium, caídas o demencia en el área médica/quirúrgica aplicando la VGI (síndromes geriátricos, multimorbilidad, problema-agudo,descompensación problemas-crónicos, necesidades de enfermería y estructura social)determinado la tipología del paciente e indicando abordaje terapéutico/recurso (hospitalización convencional, subagudos, atención domiciliaria)

Resultados:

N 1739 (E: 83.83/0.88#948,/8#966). Anciano enfermo (26%). Edad media 80. VGI (Barthel (75% > 60). Pfeiffer (<4err: 80%). Demencia 16.67%. CAM+8%. ICharlson <4 79.94%. Sind geriátrico> fr Polifarmacia). Dxppal IC y ACV. Ingreso (60%):Hospital 89%. -Paciente complejo crónico(30.5%): Edad media 82.63. VGI (Barthel (45% > 60). Pfeiffer (<4err: 55%). Demencia 23.62%. CAM +22%. ICharlson <4 60%. Sind geriátrico> fr Polifarmacia). Dxppal ICC-descompensada Ingreso (59%): Subagudos 60% -Paciente crónico avanzado (32%) Edad media 85.93. VGI (Barthel (53% <20). Pfeiffer (NV: 82.86%). Demencia 59.30%. CAM +37%. I Charlson> 4 63%. Sind geriátrico> fr Incontinencia urinaria. Dxppal ITU. Ingreso (38%): Extrahospitalario (hospitalización domiciliaria) 61.03%. Cuidador formal 57% -Paliativo no oncológico (12%) Edad 84.53. VGI (Barthel (86% <20). Pfeiffer (V: 82.83%). Demencia 51.23%. CAM +11%. ICharlson> 4 62%. Sind geriátrico> fr Inmovilismo). Dxppal ACV castratofico. Ingreso (30%): Extrahospitalario (E. paliativos) 48.30%. Cuidador formal 80% Ingresos: 45% Hospitalización/14% subagudos/8% R. extrahospitalario/32% domicilio. Estancia media en urgencias 98% < 24 h.

Conclusiones:

La tipificación de los pacientes crónicos según su perfil clínico, funcional, mental y social (VGI) permitió en Urgencias, donde de manera convencional se realiza una valoración unidimensional, determinar la intensidad del plan diagnóstico-terapéutico, disminuir el uso de recursos hospitalarios convencionales y contribuir al alta precoz.

La efectividad del equipo vino marcada al trabajar como un miembro más y no como interconsultor.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-132

ESTUDIO FIDUR-CAM: ANÁLISIS DE LA HIPERFRECUENTACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL HOSPITAL

C Fernández Alonso (1), A Rivas García (2), Y Majo Carbajo (3), R Romero Pareja (4), R Jiménez Gallego (5), JM Aguilar Mulet (6)

(1) Hospital Clínico Universitario, (2) Hospital Universitario Gregorio Marañón, (3) Hospital Universitario Infanta Cristina, (4) Hospital Universitario de Getafe, (5) Hospital Universitario Rey Juan Carlos, (6) Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Palabras claves: emergency service, hospital-health care utilization

Objetivos:

La hiperfrecuentación de los servicios de urgencias es un fenómeno conocido que sin embargo sigue careciendo de una definición unánime, así como de evidencia adecuada, no existiendo ningún estudio en nuestro medio que establezca la relación entre el mismo y el nivel de complejidad del centro.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo y multicéntrico. Recogida de información sobre los pacientes que consultaron a lo largo del año 2013 en los servicios de urgencias de 17 hospitales de la Comunidad Autónoma de Madrid. Se realizó un análisis del número de pacientes que consultaron, del número de veces que lo hicieron y del número de visitas generadas, en función del nivel de complejidad del centro hospitalario. El análisis estadístico se realizó con el paquete informático SPSS 15.0

Resultados:

Se incluyeron 17 hospitales de la Comunidad Autónoma de Madrid de los cuales 5 (29,4%) eran de nivel 3, 7 de nivel 2 (41,2%) y 5 (29,4%) de nivel 1. Los hospitales de nivel 1 atendieron a un total de 153354 pacientes generando 294580 atenciones, 103183 pacientes (67,28%) consultaron en una sola ocasión, 49712 (32,42%) lo hicieron entre 2-9 veces generando 185586 asistencias (63%) y 459 (0,3%) en 10 o más ocasiones generando 5811 asistencias (1,97%). Los hospitales de nivel 2 atendieron a un total de 359212 pacientes generando 581577 atenciones, 243194 pacientes (67,7%) consultaron en una sola ocasión, 114880 (31,98%) lo hicieron entre 2-9 veces generando 322933 asistencias (55,53%) y 1138 (0,32%) en 10 o más ocasiones generando 15450 atenciones (2,66%). Los hospitales de nivel 3 atendieron a un total de 348496 pacientes generando 548573 atenciones, 243435 pacientes (69,85%) consultaron en una sola ocasión, 103944 (29,83%) lo hicieron entre 2-9 veces generando 289812 asistencias (52,83%) y 1117 (0,32%) en 10 o más ocasiones generando 15326 asistencias.

Conclusiones:

A medida que aumenta la complejidad del hospital desciende el porcentaje de atenciones de pacientes frequentadores (2-9 visitas) y, en cambio, aumenta la proporción de atenciones de superfrecuentadores (10 visitas) y las de no frequentadores (1 visita).

P-133

ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES DE SEGURIDAD EN URGENCIAS

J Alcaraz Martínez, IM Reina Nicolás, E García Alfocea, E Molina García, I Buendía Ayala, I Caselles González, F Muiña Juárez

Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Palabras claves: urgencias, notificación, seguridad del paciente

Objetivos:

Una de las recomendaciones más repetidas sobre la gestión de riesgos en seguridad del paciente es la disponibilidad de sistemas de notificación voluntaria de incidentes. El SINASP es el sistema de notificación más extendido en España, usándose actualmente en 9 comunidades autónomas, Ceuta y Melilla.

Material o pacientes y método:

Se han analizado los datos correspondientes a las notificaciones de 2013 y 2014 del servicio de Urgencias de nuestro Hospital, comparándolas con el total nacional. Además se han evaluado las causas principales y los factores contribuyentes.

Resultados:

Se han recibido en 2013, 35 notificaciones, que suponen el 11,5% de las notificaciones de urgencias en el SINASP. En 2014 han sido 39 (8,6% del total nacional). Respecto a los efectos sobre el paciente, en 2013 el 80% llegó a afectar al paciente, causando daño en el 65% de casos. En 2014, el 92% de los incidentes notificados llegó al paciente, causando daño en el 56,5% del total de casos. El tipo de incidente más frecuente fue el relacionado con la medicación el primer año de estudio (41% de casos) y el segundo año (29,3%), seguido por problemas de identificación (17,6%) y pruebas diagnósticas (14,1%) en 2013, y pruebas diagnósticas (26,8%) e identificación (12,2%) en 2014. Los factores contribuyentes más frecuentemente relacionados con el incidente han sido los factores profesionales (55,2% y 41,7% en cada uno de los años) seguido de problemas de entorno de trabajo, instalaciones o equipos (17,2% y 22, 2%)

Conclusiones:

Destaca el alto porcentaje de notificaciones de nuestro servicio, comparado con el total de las 9 Comunidades Autónomas. Las causas más frecuentes han estado relacionadas con la medicación, identificación del paciente y pruebas diagnósticas.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-134

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE URGENCIA

R Capilla Pueyo, M Estébanez Muñoz, E Muriel Patiño, L López-Tappero Idíazabal, O González Peña, M Quintana Díaz

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Palabras claves: farmacovigilancia, notificación, urgencias

Objetivos:

Las reacciones adversas a medicamentos (RAMs) son un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH). Sin embargo, existe una infranotificación que hace que la incidencia detectada mediante notificación espontánea sea cercana al 1,5%

Material o pacientes y método:

Se ha incluido en el registro de la unidad de Observación Sin Ingreso del Hospital Universitario La Paz un apartado de obligatorio cumplimiento relacionado con las RAMs, donde se debe codificar, en el caso de que la haya presentado, la fecha de inicio, fecha de fin y fármaco relacionado. El formulario se ha realizado en Microsoft Access. Se ha analizado la base de datos con los registros de los últimos 5 años (octubre 2010 – marzo 2015) en SPSS 15.0.

Resultados:

En el periodo de estudio se han registrado 15.553 pacientes. De ellos, el 4,71% han presentado una RAMs. El 18,6% ocurrieron durante la estancia en urgencias y el 81,6% fue el motivo de la consulta urgente. La edad media fue de 69,97 años (superior a la edad media global), la estancia media de 1,7 días (superior a la estancia media global), el número de fármacos implicados de media 1,05 y el índice de comorbilidad de Charlson 3,06 (superior a la media global). El destino final de los pacientes fue el alta a domicilio en el 83,6% de los casos, con un porcentaje de ingresos del 15,8%. Los grupos farmacológicos más frecuentemente implicados son: (1) Anticoagulantes: 14,8%, (2) Quimioterápicos: 10,4%, (3) Digoxina 7,1%, (4) Betabloqueantes: 7,2% y (5) Diuréticos 7,1%

Conclusiones:

La incidencia de reacciones adversas a medicamentos (RAMs) recogida mediante notificación activa en una Unidad de Observación sin Ingreso (OSI) de un hospital de tercer nivel ha resultado ser superior (4,71%) a la incidencia que se detecta mediante notificación espontánea en los Servicios de Urgencias (1,5%). Podemos considerar este tipo de notificación de RAMs como un Sistema Permanente de Vigilancia Epidemiológica y de Alerta Temprana de reacciones adversas a medicamentos.

P-135

INFLUENCIA DEL AUMENTO DE LA EDAD MEDIA DE LA POBLACIÓN EN EL NIVEL DE GRAVEDAD EN TRIAJE

JF Peris Giner, J Fernández Campillo, JC Medina Álvarez, E Cardona García

Hospital de Torrevieja. Orihuela Costa.

Palabras claves: edad media, triaje, población atendida

Objetivos:

En los últimos años hemos observado un aumento de asistencias en los niveles de mayor gravedad.

Material o pacientes y método:

Se compararon los datos obtenidos del sistema informático del Hospital de Torrevieja en los años 2007 y 2014, confrontando el número total de pacientes atendidos en cada año, el sexo, y la distribución por edad y los porcentajes de cada nivel de gravedad según el sistema de triaje Manchester.

Resultados:

El número de pacientes atendidos en 2007 fue de 73765 de los cuales un 52,8% fueron mujeres y un 47,2 varones, la edad media fue de 41,93 años. En la distribución por edad se aprecian claramente tres picos, uno que corresponde a los primeros dos años de vida, un segundo a la década que va de los 25 a los 35 años fundamentalmente a expensas del porcentaje femenino en relación a las consultas de ginecología y obstetricia y finalmente un tercer pico a partir de los 65 hasta los 80 años. La distribución en los cinco niveles de gravedad fue de 0,9% nivel I riesgo vital, 18,1% nivel II muy graves, 52,4 nivel III graves, 24% nivel IV moderados y 2,8% nivel V leves, en un 1,8% no consta el nivel de gravedad asignado. En 2014 la población atendida fue de 72143 pacientes, aumentó el porcentaje de mujeres que fue de 53,5% frente a 46,5 de varones, la edad media ha aumentado a los 46,34, la distribución por edades se mantiene similar a la de 2007. La distribución por gravedad ha aumentado en los niveles de mayor gravedad siendo en nivel I 2,6%, nivel II 26,4%, nivel III 53,4%, nivel IV 14,4% y nivel V 2%. En el 1,2% de los casos no consta el nivel de gravedad.

Conclusiones:

Se ha comprobado un aumento en la edad media de la población atendida paralela al aumento del porcentaje de los niveles de mayor gravedad.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-136

ANÁLISIS DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN ANCIANO POLIMEDICADO EN URGENCIAS SEGUN CRITERIOS STOPP/START Y BEERS

M Liñán López, F Santaella Aceituno, E Roca Fernández
Castany, R Molina Ruano, JM Alonso Morales,
F Álvarez Sánchez

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Palabras claves: gestión, urgencias, prescripción

Objetivos:

En España durante las dos últimas décadas, el consumo de fármacos se ha duplicado drásticamente sin que se haya observado un empeoramiento de los estándares globales de salud.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal observacional durante Enero 2015 de pacientes mayores 65 años polimedicados atendidos en SUH. Se tabularon variables: edad, sexo, número fármacos/paciente y PPI.

Resultados:

El número total de pacientes incluidos en el estudio fue 186: mujeres 111 (64%), hombres 75 (36%). El total de fármacos activos en prescripción 1.388. Media fármacos/Paciente: 9 (rango 7-18). Se detectaron un total de 391 PPI, siendo las causas mas frecuentes según cada criterio: BEERS (PPI 145): Benzodiazepinas 21%, en STOPP (PPI 195): duplicidad terapéutica mismo fármaco 20%, Benzodiazepinas de vida media media-larga en pacientes con riesgo de caídas 14%, antagonistas del calcio en paciente con hábito estreñido 6%, y según criterio START (PPI 51): antiagregantes plaquetarios en diabetes mellitus y comorbilidad asociada 35%, suplementos Vitamina D y/o Calcio en osteoporosis conocida 20%, ácido acetilsalicílico a bajas dosis en fibrilación auricular crónica 8%. Comparando cada criterio, el criterio Beers detectó un 26,6% de PPI, STOPP 74,7% Y START 63% respectivamente, de PPI.

Conclusiones:

En nuestro medio, las prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) en ancianos polimedicados son frecuentes. Los criterios STOPP/START presentaron mayor capacidad de detección cuantitativa de PPI que los criterios Beers. Una revisión exhaustiva de la historia clínica por el médico de urgencias puede contribuir a evitar problemas prescripción y mejorar el perfil de seguridad clínica del paciente.

P-137

ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS. AÑO 2013

RG Mesa Ramos, MJ Morales Acedo,
AR Camuñas Salido, M Nogués Herrero, M Rizo Hoyos, M
Zaheri Beryanaki

Hospital de Antequera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias.
Málaga.

Palabras claves: pacientes, satisfacción, garantía de la calidad de atención de salud

Objetivos:

La opinión de nuestros ciudadanos es importante, por ello realizamos encuestas de satisfacción que nos ayuden a establecer una mejora continua en la atención que prestamos.

Material o pacientes y método:

En urgencias se han realizado 96 encuestas, 24 por trimestre (12 a pacientes y 12 a familiares). * Familiares de pacientes ingresados en Observación Leve o Grave en la propia sala de espera de familiares. * Pacientes atendidos en policlínica, una vez que vayan a recibir el alta médica. Se trata de una muestra significativa para un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada mínima de 85% y un nivel de confianza del 4,120%.

Resultados:

El 100% de los pacientes considera la información recibida suficiente, frente al 95.83% de los familiares. El 95.83% de los pacientes consideran que se ha respondido a las dudas planteadas frente a un 93.75% de los familiares. El 95.83% de los pacientes han comprendido la información, frente a un 93.75% de los familiares. 0% de los pacientes se encuentran insatisfechos de la información, frente a un 4.17% de los familiares. El 100% de los pacientes se sienten cómodos en el momento de recibir la información frente al 95.83% de los familiares. 100% de los pacientes y familiares consideran que respetamos la intimidad al darle la información. Un 81.25% de los pacientes refiere que el profesional estaba identificado frente a un 79.17% de los familiares.

Conclusiones:

Información. Los resultados son buenos. La puntuación de pacientes ha aumentado en todos los ítems, con respecto a otros años. La puntuación de familiares ha disminuido discretamente en todos los ítems respecto a los años anteriores. Intimidad. Tanto los pacientes como los familiares de los pacientes se sienten cómodos y en el lugar adecuado en el momento de la información. Consideran que respetamos su intimidad y confidencialidad en la información. Profesionales. Se ha producido una mejoría en la puntuación. Cuando atendemos al paciente nos presentamos y nos identificamos profesionalmente. Ha disminuido la percepción tanto por parte del paciente como del profesional de que llevamos tarjeta identifica.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-138

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: FACTORES INFLUYENTES Y PROPUESTAS DE MEJORA

P Soria Candela, L Rodríguez Quijano, I Vilanova Barceló,
MA Martínez Sánchez, MD González Navarro

Hospital Virgen del Castillo. Yecla.

Palabras claves: adherencia terapéutica, servicios de urgencias, médicos

Objetivos:

La adherencia terapéutica es un factor que nos ayuda a valorar la calidad de asistencia sanitaria en los servicios de urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo. Se realiza una encuesta telemática a través de la aplicación Google docs a los diferentes facultativos que realizan prescripciones en la puerta de urgencias (excluyendo al Servicio de Ginecología) del Hospital Virgen del Castillo de Yecla, sumando un total de 49 profesionales. Se procedió a enviar la encuesta en una segunda ocasión para mejorar la cumplimentación.

Resultados:

Se reciben un total de 28 respuestas correspondiendo un 82.1% a médicos adjuntos y un 17.9% a médicos residentes. El 53.6% corresponde a hombres. La edad de mayor prevalencia se comprende entre los 25-34 años (32.1%). Las especialidades médicas que cumplimentan el cuestionario se dividen de la siguiente manera: médicos de familia (35.7%), internistas (25%), traumatólogos (10.7%), pediatras (10.7%), cirujanos generales (7.1%), urólogos (7.1%) y otorrinolaringólogos (3.6%). El 64.3% coinciden en que el principal factor influyente en la adherencia terapéutica es la preocupación por su enfermedad y/o el tratamiento mientras que el que menos interfiere es la estabilidad emocional (7.1%). Una pauta posológica compleja y/o incomoda interfiere en un 85.7% mientras que los tratamientos crónicos o la espera de cita en atención primaria para obtener la receta solo interfiere en un 7.1%. Sobre las características de la enfermedad, la información adecuada sobre el diagnóstico y que sea una patología crónica, recurrente o recidivante son los factores más influyentes para el cumplimiento terapéutico. Otros factores como problemas socio-familiares (71.4%), recursos económicos (42.9%), lenguaje utilizado por el médico (78.6%), tiempo dedicado a la explicación del tratamiento... pueden interferir con el tratamiento.

Conclusiones:

La mayoría de los facultativos cree que podría mejorarse la adherencia a los tratamientos, repercutiendo positivamente en el paciente, invirtiendo más tiempo y esfuerzo en hacernos entender por el paciente, adaptándonos a las características del mismo y explicándole claramente lo necesario sobre su enfermedad y su tratamiento.

P-139

PREVALENCIA EN URGENCIAS DE INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN MAYORES DE 65 AÑOS

JV Esteban Velasco (1), P de Santos Castro (2), S Barbero Bajo (1), MB Arranz Díez (1), L Alonso-Villalobos Ordóñez (1), C del Pozo Vegas (1), MF Muñoz Moreno (3)

(1) Servicio de Urgencias, (2) Servicio de Medicina Interna, (3) Unidad Apoyo de Investigación. Hospital Clínico Universitario, Valladolid,

Palabras claves: insuficiencia renal, anciano, creatinina

Objetivos:

Provocado por el aumento en la esperanza de vida cada vez atendemos pacientes más longevos. Poseen numerosas comorbilidades y toman numerosos fármacos. El filtrado glomerular (FG) disminuye con la edad y no siempre se refleja en la Creatinina sérica. Ocasiona que existan pacientes con Insuficiencia Renal (IR) con creatininas en rango pero con FG bajos Insuficiencia Renal Oculta (IRO). En la población general 8-10%. Mayor con el aumento de edad y en mujeres. El riesgo de mortalidad cardiovascular aumenta.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de historias clínicas de los pacientes >65 años atendidos en Urgencias en 7 días no consecutivos. Cálculo del FG según calculador de Sociedad Española de Nefrología MDRD- 4. Se define IRO la presencia de Creatinina sérica <1,4 junto con un FG <60 ml/min/1,73m².

Resultados:

Se atendieron 1887 pacientes, 515 mayores de 65 años (27,3%). En sus AP constan IR 8,7%, 24,3% DM, 13% IC, 60,4% HTA, 27,8% enfermedad cardiovascular, 6,6% deterioro cognitivo, 0,8% trasplantado, 11,8% cáncer activo o en tratamiento. Tenían analítica previa el 80,4% (414), Cr media 1,0 con un MDRD-4 medio de 77,396. IR 18,8% (97) IRoculta 9,9 (51). En Urgencias se realiza analítica al 57,5% (296). Cr media 1,2087 MDRD- 4 medio 67,7538. IR 38,7%(115) IRoculta 21,5% (64). La Cr media es 1,2081, mediana 1,0300 Desv tip 0,73815 rango 0,3-5,76 p25 0,83 p75 1,28. Eliminando los incompletos y los atendidos de forma repetida. Se reclutó 379 pacientes, 52,2% (198) mujeres con 78,77 años de media. Ingresaron 28,2% (107). Tomaban un total de 2114 fármacos, 5'58 (DS 3'366) fármacos de media, moda 4 fármacos (13'7 %), rango 0-18. Sólo el 4'2 % (16) no tomaba fármacos, y el 13'3 % (50) tomaban ≥ 10 medicamentos.

Conclusiones:

La detección de IRO tiene importantes repercusiones clínicas. El cálculo del FG mediante MDRD-4 es más fiable que la creatinina sérica. Y redundaría en una identificación precoz disminuyendo la iatrogenia, la morbimortalidad, las estancias hospitalarias y los costes.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-140

ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES PRODUCIDAS EN EL AÑO 2014 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

MJ Morales Acedo, I Mata Sánchez, M Nogués Herrero,
M Rizo Hoyos, RG Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki
*Hospital de Antequera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias.
Málaga.*

Palabras claves: urgencias médicas, atención al paciente, encuestas

Objetivos:

Las Urgencias, son los servicios en donde se producen un mayor número de reclamaciones. Hemos analizado los motivos por los cuales se producen estas reclamaciones y establecido áreas de mejora.

Material o pacientes y método:

Se han revisado las reclamaciones dirigidas a la Unidad Clínica en el año 2014. Se han dividido en dos grupos: Estimativas(aquellas que la dirección del ASNM las considera importante porque el ciudadano puede llevar razón y requieren una contestación). No estimativas(no requieren contestación, son consideradas de menor importancia).

Resultados:

Analizamos los motivos y el numero de reclamaciones: -Demora excesiva en la atención urgente:20(8-7-5 divididas por cuatrimestre). - Desacuerdo con las normas del centro: 4 (0-1-3 por cuatrimestre respectivamente). - No se facilita información a los pacientes o familiares: 4 (3-1-0). - Desacuerdo con el tratamiento: 2 (1-0-1) -Falta de servicios específicos:1(0-1-1) -Confusión/error asistencial de diagnóstico:2 (1-1-0) - Desacuerdo del paciente con el diagnóstico:1(1-0-0). - Otros: 8 (7-0-1) -Trato inadecuado por parte del personal:5(2-1-2). -Favoritismos en la atención: 1 (1-0-0) -Demora excesiva en el ingreso:4(1-3-0) -Confusión/error enfermería: 1 (1-0-0). - Trámites dificultosos:1(1-0-0). - Pérdida de muestra clínica: 1 (1-0-0). - Negativa a la asistencia:1(1-0-0) -Desacuerdo con estancia prolongada:2(1-0-1) - Falta de confort en la sala de espera: 1(0-1-0) -Desacuerdo con respuesta reclamación: 1 (0-1-0). - Pérdida de objetos personales: 2 (1-1-0).

Conclusiones:

- Se incluyen las reclamaciones destinadas residentes y ellos no son miembros de Urgencias. - La falta de identificación de los pacientes atenta contra la seguridad del paciente. - Importancia de señalar las alergias en la pulsera identificativa.

P-141

LA LUMBALGIA NO TRAUMÁTICA EN URGENCIAS BAJO LA PERSPECTIVA DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: ¿ES NECESARIA UNA ESTRATEGIA DE DECONSTRUCCIÓN?

M Liñán López, EP Fuentes García, F Santaella Aceituno,
E Gómez García, MD Quijano Lombardo, F Álvarez Sánchez,
D Raya Collado

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Palabras claves: lumbalgia, medicina basada evidencia, gestión

Objetivos:

En España, en el transcurso de la última década, se ha objetivado un aumento progresivo de la demanda asistencial en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) de índole multicausal. Uno de ellos puede obedecer, en parte, a motivos de consulta banales e inespecíficos, y en gran medida, provocados por esa idea que subyace de cuanto antes mejor y cuanto más mejor , provocando el fenómeno de sobrediagnóstico/sobretratamiento. Uno de los paradigmas de este fenómeno podría ser la lumbalgia no traumática en los SUH.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional transversal en SUH neuroquirúrgico de tercer nivel, durante el mes de Enero 2015. Se recogieron datos de filiación, derivación y tiempo evolución, presencia signos alerta y estudios realizados.

Resultados:

En este periodo se atendieron un total de 6275 personas en SUH, consultando por lumbalgia no traumática 11%, con proporción 2varon:mujer, siendo predominante grupo etario 35-45 años. El 73% acudieron de motu propio. El tiempo de evolución clínica promedio era 8 días (rango 1,5-28). Los signos de alerta de NICE estaban presentes en solo 5,4% casos. La recomendación NICE de no realizar estudio radiológico se siguió en 64%.

Conclusiones:

En nuestro SUH, el dolor lumbar no traumático es un motivo de consulta frecuente, cuya atención, bajo la perspectiva MBE, se realiza de acuerdo con criterios de calidad en la mayoría de pacientes. Según las guías NICE, generan sobreutilización de SUH, provocando sobrediagnóstico lo cual per se genera sobretratamiento (iatrogenia). Estos datos reclaman, cuando menos, una reflexión e incluso a pensar en posibles estrategias de deconstrucción de dicha patología en SUH.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-142

FACTORES PREDICTIVOS INDEPENDIENTES ASOCIADOS A UN REINGRESO HOSPITALARIO, TRAS SER DADO DE ALTA DE LA UEC. ESTUDIO CASOS-CONTROL. ANÁLISIS MULTIVARIADO

J Guardiola Tey, J Montiel Dacosta, A Romero, C Sitges, S Rivera Ferres, M Fernández Sanmamed, A Sagues Terol

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Palabras claves: reingreso hospitalario, factores predictivos, unidad de estancia corta

Objetivos:

Las salas de estancia corta (UEC) son unidades de apoyo a los servicios de urgencias.

Material o pacientes y método:

Se analizan todos los pacientes dados de alta de la UEC en el año 2014 que presentan un RH en menos de 30 días en el hospital. Se compara con una población control (PC) dada de alta de la UEC 2014 y que no precisa un RH. El análisis multivariado acepta variables con significación en el estudio bivariado. En estudio multivariado se realiza mediante análisis de regresión logística.

Resultados:

293 pacientes (201 RH vs 92 PC). 1. Edad 77,3 ± 15,4 (18-101) (RH vs PC) es de 80,6 ± 9,9 vs 69,9 ± 21,6 años, $p < 0,001$. 2. El número de fármacos es de 8,77 (10 vs 6, RH vs PC, $p < 0,001$). 3. HTA 72% (77 vs 62% en RH vs PC, $p = 0,004$). 4. DM 29% (35 vs 16% RH vs PC, $p < 0,001$). 5. EPOC 25% (32 vs 11%, RH vs PC, $p < 0,001$). 6. ICardiaca 47% (57 vs 24%, RH vs PC, $p < 0,001$). 7. patología oncológica 25% (28 vs 18%, RH vs PC, $p < 0,03$). 8. Ingreso previo 30% (RH 41,3 vs PC 7,6%, $p < 0,001$) El estudio multivariado, tomando como variable dependiente RH vs no RH incluye 8 variables en el análisis (dos variables cuantitativas: Edad y número de fármacos, y 6 variables cualitativas: HTA, DM, IC, EPOC, ingreso previo, patología oncológica), acepta cuatro variables como factores predictivos independiente asociados al reingreso hospitalario: ingreso previo (OR: 8,5, IC95% 3,5-20,6, $p < 0,0001$), edad (OR: 1,03, IC95% 1,01-1,05, $p < 0,001$), insuficiencia cardiaca (OR: 2,6, IC95% 1,4-4,9, $p < 0,002$), EPOC (OR: 3,1, IC95% 1,4-6,7, $p < 0,005$).

Conclusiones:

El haber padecido un ingreso previo al actual, es el factor predictivo que más se asocia con un nuevo RH en menos de un mes. La edad, la presencia de insuficiencia cardiaca o/y EPOC también son marcadores predictivos independientes asociados al reingreso hospitalario.

P-143

PROBLEMÁTICA SOCIAL EN LOS PACIENTES HIPERFRECUENTADORES. DATOS DEL ESTUDIO FIDUR-CAM

Y Majo Carbajo (1), C Fernández Alonso (2), R Jiménez Gallego (3), R Romero Pareja (4), A Rivas García (5), JM Aguilar Mulet (6)

(1) Hospital Universitario Infanta Cristina, (2) Hospital Clínico Universitario de Madrid, (3) Hospital Universitario Rey Juan Carlos, (4) Hospital Universitario de Getafe, (5) Hospital Universitario Gregorio Marañón, (6) Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Palabras claves: emergency service, hospital-health care utilization, substance, related disorders

Objetivos:

Uno de los factores que influyen en la hiperfrecuentación en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) es una situación social de riesgo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de un subgrupo de pacientes HF en SUH durante 2013 incluidos en el registro FIDUR-CAM (pacientes fidelizados en urgencias de la comunidad de Madrid). En la visita índice se recogieron variables clínicas, demográficas, funcionales, sociales y asistenciales incluidas en un formulario estandarizado. El análisis estadístico se realizó con el paquete informático SPSS 15.0

Resultados:

Se identificó problema social en 121 (5,2%) del total de la muestra. La edad mediana fue 44 (32-54) años. 103 (85,1%) tenían 14-65 años. 66 (54,5%) fueron mujeres. 113 (93,4%) tenían tarjeta sanitaria en Madrid. 94 (77,7%) acudieron a urgencias a petición propia, 27 (22,3%) por urgencia extrahospitalaria. 75 (62,0%) acudieron en turno de tarde o noche. 73 (60,0%) consulta por problema no urgente. 107 (88,4%) eran independientes para realizar actividades básicas de la vida diaria. 99 (81,8%) sin alta comorbilidad, 54 (44,6%) con enfermedad psiquiátrica y 61 (50,4%) consumen tóxicos. En 85 (70,2%) se realizó alguna prueba complementaria en la visita índice. 30 (24,8%) necesitaron observación y en 16 (87,6%) se procedió al alta de urgencias. Estancia en urgencias 3 (2-7) h. Diagnósticos al alta: 25 (20,7%) infeccioso, 22 (18,2%) osteomuscular, 19 (15,7%) psiquiátrico, 55 (45,4%) otros. La mediana de visitas fue 12 (10-15), 2 (0-4) en primer trimestre, 3 (1-5) en el segundo, 3 (2-6) en el tercero y 2 (1-5) en el cuarto trimestre. 66 (54,5%) revisitaron por motivo diferente al de visita índice y 4 (3,3%) fallecieron en última visita.

Conclusiones:

El problema social no es frecuente en nuestra muestra de pacientes hiperfrecuentadores. El perfil es el de un adulto joven, sin comorbilidad significativa, con enfermedad psiquiátrica y que consume tóxicos. Acude de forma regular y se le realiza de forma frecuente exploraciones complementarias.



GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-144

VALORES DEONTOLÓGICOS EN PROFESIONALES DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

JM Marín Martínez (1), A Cantero Sandoval (1), R Rojas Luan (1), ME Torres Marín (1), C García Domínguez (1), AF Bravo Cantero (2), T García García (3)

(1) Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca, (2) Estadística Murcia, (3) Hospital Clínico Universitario Morales Meseguer. Murcia

Palabras claves: ethical codes, ethical issues, professional, patient relations

Objetivos:

Los códigos deontológicos de los profesionales sanitarios tienen diferentes valores ontológicos y sería bueno saber que valores compartimos los profesionales en nuestra práctica clínica diaria.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo observacional transversal descriptivo. Urgencias hospitalarias Encuesta auto-administrada: 30 valores deontológicos (adaptada Galán González-Serna Cuadernos de Bioética 2013). Dos preguntas: Obligatoriedad del valor, respuesta dicotómica si ó no, grado de importancia para la asistencia, respuesta tipo Likert (1 a 7). Población del estudio: médicos adjuntos, médicos residentes, enfermeros y auxiliares del servicio de urgencias hospitalario. Criterios de exclusión profesionales no activos. Encuestas entregadas 212, válidas 167. Tasa de respuesta 83%. Encuestas válidas 34 adjuntos, 57 residentes, 48 enfermeros y 28 auxiliares. No aparecen diferencias en la edad de médicos adjuntos, enfermeros y auxiliares, si con los residentes. Análisis estadístico: el test de T-Student, test de Kolmogorov-Smirnov, test ANOVA, test de Levene y test de Scheffé, mediante el paquete estadístico SPSS, significativos $p < 0,05$.

Resultados:

Encontramos diferencias: • La obligatoriedad: La eficiencia auxiliares 78% y enfermeros 98% El olvido de unos mismo auxiliares 49% y residentes 14% • La importancia del valor: Autonomía profesional: residentes 5,6 y auxiliares 6,19 Calidad científica: médicos adjuntos 5,09 y auxiliares 6,15 Cuidado: residentes 4,88 y médicos 5,59, enfermeros 5,72 y auxiliares 5,69 Responsabilidad: residentes 5,09 y enfermeros 5,79 y auxiliares 6,0 Las responsabilidad es obligada por 100% de los profesionales. Los médicos (adjuntos, residentes) consideran obligados 100%: respeto a la vida y conocimiento científico. Enfermeros y auxiliares consideran obligados 100%: compañerismo y cuidado. Olvido de uno mismo el valor menos valorado: médicos 3,88, residentes 3,74, enfermeros 3,86 y auxiliares 4,21.

Conclusiones:

Todos los valores deontológicos son obligados e importantes excepto olvido de uno mismo, para los profesionales de urgencias. La responsabilidad es un valor obligado 100% e importante para los profesionales. Los diferentes profesionales del servicio urgencias hospitalarias comparten la visión de los valores deontológicos tanto en obligatoriedad como en grado de importancia de los mismos.





GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-145

ESTUDIO SOBRE RETORNOS A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (SUH) EN MENOS DE 72 HORAS

M. Ruiz Carbonell, G Gómez Úbeda, C García Gómez
Hospital de Sagunto. Urgencias Hospitalarias. Sagunto.

Palabras claves: servicios médicos de urgencia, indicadores de calidad de la atención de salud, readmisión del paciente

Objetivos:

Los retornos son un fenómeno universal inherentes a cualquier acto médico. La prevalencia de ellos en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) es una realidad que nos obliga a fijarnos en ellos.

Material o pacientes y método:

Es un estudio observacional de tipo descriptivo del paciente re-tornador al SUH en menos de 72 horas durante 2 meses.

Resultados:

Los resultados fueron un 5,51% total de retornos, 56% mujeres, media de edad de 42,67 años con una desviación de $\pm 26,54$, procedentes de los núcleos más cercanos y poblados al hospital, un 45,13% reconsultaron en las primeras 24 horas, sin diferencias significativas según el cargo del médico. El dolor abdominal, las infecciones respiratorias y patología otorrinolaringológica fueron los más retornadores. Un 34% se remitieron a domicilio, 29% a Atención Primaria, 14% a especializada y 18% ingresaron. La persistencia de síntomas fue en un 71% el principal motivo de retorno, un 12% síntomas independientes y un 17% englobó a los retornos por causa administrativa. Se categorizaron varias soluciones a cada motivo de retorno siendo para la persistencia de síntomas un resultado impredecible en un 43%, estableciendo mejoras en la atención primaria en un 38% y mejorando la citación en un 15%. Para los síntomas independientes resultó una solución impredecible en un 82% y reforzar primaria en un 14%. Para los retornos administrativos se solucionarían mejorando la vía administrativa en su totalidad.

Conclusiones:

Entre las propuestas de mejora, pendientes de nuevo estudio tras su instauración, destacan: Creación de la Consulta de Alta Resolución Experta para citación de enfermos en el SUH con la creación de la casilla Retorno programado, atención de los retornos por adjuntos, optimización de recomendaciones y pautas al alta, mejora en atención integral al paciente politraumatizado, mejor gestión administrativa de interconsultas, traslados intercentros y gestión de informes.

P-146

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN 2014 DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

I Da Rocha Costa (1), M Buforn Jiménez (2), R García Pérez (3),
A Buforn Galiana (3)

(1) Epes 061 Málaga, (2) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (3) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: área de observación, ingresos en urgencias, gestión

Objetivos:

Las Áreas de Observación (AO) de las Urgencias Hospitalarias son un área en donde se ubican pacientes para tratamientos cortos y que en principio no precisan encame.

Material o pacientes y método:

Análisis descriptivo y retrospectivo respecto a edad, sexo, ubicación y destino al alta, de los ingresos en AO durante año 2014 y procesados mediante el programa Excel 97- 2003.

Resultados:

De los 150.661 pacientes atendidos en la Urgencia General, accedieron al (AO) 11750 pacientes, de estos 7121 pacientes en el área de camas (AC), 4374 pacientes en área de sillones (AS), 255 pacientes no definidos. El 55,32% (6500 pacientes) eran varones y 44,55% (5235 pacientes) eran mujeres (0,14% eran de sexo no determinado). Según la edad menores de 14 años 0,07% (8 pacientes), 14-35 años 8,42% (990 pacientes), 36-55 años 18,71% (2199 pacientes), 56-75 años 36,32% (4268 pacientes) y mayores 75 años 36,52% (4291 pacientes). Picos asistenciales en los meses enero con 9,09% (1077 pacientes), agosto 8,89% (1053 pacientes) y marzo 8,88% (1052 pacientes) con un número de ingresos medios de 987,5. Según el destino de los pacientes, observamos que 45,11% (5300 pacientes) fueron ingresados en planta de los diferentes servicios del hospital, 44,11% (5183 pacientes) fueron de alta a domicilio, trasladados a otros hospitales 7,53% (885 pacientes) y murieron 2,07% (244 pacientes). Nos quedan por analizar los datos según patologías y patrones epidemiológico que será motivo de un nuevo estudio

Conclusiones:

De los pacientes asistidos en el AO durante el 2014, una mayoría fueron varones con un 55,32%, siendo el 72,84% mayores de 55 años. Los meses de mayor incidencia fueron enero, agosto y marzo sin grandes diferencias significativas, con una media de pacientes ingresados de 987,5 pacientes al mes. Destaca una mortalidad del 2,07%. El área de la OS asume el tratamiento del 37,23% de los pacientes ingresados, dando alta a domicilio en el 59,2% e ingresando en planta el 22,58%.





GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-147

INTEGRACIÓN DE PROCESOS SANITARIOS Y SOCIALES APOYADO EN LA TICS PARA UN CUIDADO DE CALIDAD

JE Marcellin, JJ Eito Cuello, AG Moreno Mejía,
M López Hernández, MR Chipana Salinas, D Romero
Hospital de Barbastro. Zaragoza.

Palabras claves: prevención primaria, asistencia médica, calidad de la atención de salud

Objetivos:

SmartCare es un proyecto europeo subvencionado englobado en las áreas de la prevención de la salud, envejecimiento activo e inclusión que pretende la integración de cuidados sanitarios y sociales, así como de autocuidados.

Material o pacientes y método:

Tiene una duración de tres años (marzo 2013-marzo 2016). Consta de 3 fases: - Primera: definición de los servicios - Segunda: pilotaje de los modelos de cuidados - Tercera: ejecución. Se han desarrollado los "pathways" de cuidados y servicios: - "De Corta Duración". Cuidados Integrados tras un alta precoz - "De Larga Duración". Cuidados Integrados a medio y largo plazo Incluidos los pacientes en uno de ellos, se le asignan los servicios que cubren sus necesidades así como de los profesionales, basándose en las tecnologías de comunicación e información. Finalizado el periodo de intervención, se realizará evaluación global orientada al paciente y al proyecto.

Resultados:

Todavía no podemos hablar de resultados, pero si están definidos los pathways, identificados actores y equipos de trabajo, servicios elegibles, criterios de inclusión y exclusión, arquitectura tecnológica, modelizado del proceso de servicio y definido la metodología de evaluación y los indicadores.

Conclusiones:

Las demandas sanitarias de nuestra sociedad actual nos obligan a explorar nuevos servicios capaces de integrar los ámbitos social y sanitario facilitados por las tecnologías de la información y de la comunicación. Con esta plataforma esperamos demostrar que el colectivo del anciano enfermo crónico y dependiente pueda beneficiarse del entorno colaborativo propuesto, por razones de calidad, equidad en acceso a los recursos disponibles y sostenibilidad del sistema público gracias a la optimización de recursos. Las conclusiones no se han podido extraer. Un importante reto ha sido la unificación de criterios y el establecimiento de los pathways para las regiones participantes en el piloto.

P-148

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. RESULTADOS 2014

P Cuadra Giménez, MR Martínez Herráez, MC Munuera
Barahona, AM Díaz de Tuesta Chow-Quan, MP Oliete Blanco,
T Fernández Letamendi
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: incident, adverse event, clinical safety

Objetivos:

El sistema de notificación de incidentes y eventos adversos es buena herramienta para detectar puntos débiles del sistema en casos en los que no se produce daño, y que por lo tanto pasan desapercibidos para los profesionales sanitarios y para los pacientes, siendo difíciles de detectar como riesgos, pero que potencialmente pueden producir daño si no se ponen medidas para evitarlos.

Material o pacientes y método:

Colocamos buzones en áreas estratégicas de urgencias y diseñamos un formulario para notificar los incidentes y eventos adversos ocurridos en urgencias. Impartimos sesiones formativas en seguridad clínica, e informativas sobre el proyecto. Revisamos los buzones mensualmente, integrando los resultados obtenidos en una base de datos. Posteriormente, en dos momentos separados por seis meses, se analizaron los resultados, y se difundieron al personal sanitario del servicio, implementando medidas de mejora.

Resultados:

Primera fase: 32 casos, cuatro eventos adversos (prolongación de estancia hospitalaria por administración de insulina a paciente equivocado, repetición de extracciones de sangre por hemólisis y extravíos de las muestras, repetición de punción lumbar por extravío de la muestra y caída accidental desde camilla de paciente con convulsión y barra de seguridad no colocada). La mayoría se produjeron en las salas de observación, día laborable, ligero predominio en horario vespertino. Segunda fase: 25 notificaciones, dos de ellas eventos adversos. La mayoría relacionados con la medicación (23 casos, 21 de prescripción y dos de administración). Y otras dos de técnicas de diagnóstico, concretamente con fallos en el registro de pacientes monitorizados en sala de observación.

Conclusiones:

A la vista de los resultados, es claro que de momento no hemos conseguido un número de notificaciones relevante, y se deduce que los médicos no notifican apenas, siendo la mayoría notificaciones de enfermería. No obstante, seguimos considerando este sistema como una buena herramienta de detección de puntos débiles en nuestro sistema. Tenemos pendiente notificar estos resultados a los médicos y enfermeros del servicio con el propósito de involucrar a dicho personal en la notificación de incidentes para poder implementar medidas de mejora, priorizando aquellos puntos que se consideren de mayor riesgo para el paciente.



GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-149

PARAMETRIZACIÓN DEL DOLOR TORÁCICO COMO MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS CON EL SISTEMA DE TRIAGE DE MANCHESTER: ANÁLISIS COMPARATIVO DE SU PRIORIZACIÓN CON OTROS HOSPITALES DE NUESTRO ENTORNO

FA Pascual Clemente (1), G Jiménez Díaz (2), N García Montes (1), M Perancho Ramírez (2), S Chamarro Rubio (1), B Cobo Martínez (2)

(1) Hospital Universitario Ramón y Cajal, (2) Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

Palabras claves: triage, disnea, saturación de oxígeno

Objetivos:

El Sistema de Triage de Manchester (STM) clasifica al paciente en el Servicio de Urgencias (SU) en 5 categorías según su prioridad clínica, estableciendo unos tiempos de respuesta adecuados: rojo (inmediata), naranja (10 min), amarillo (60 min), verde (120 min), azul (240 min).

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo, mediante el módulo de explotación de datos del programa ALERT (triage informatizado) correspondiente a 2014.

Resultados:

Durante dicho periodo, se atendieron en el SU del Hospital Universitario Ramón y Cajal (HURC) 131.769 pacientes, cuya distribución global, fue: Rojo (1.152=0,87%), Naranja (10.884=8,26%), Amarillo (35.847=27,20%), Verde (83.065=63,04%), Azul (821=0,62%). 5.006 pacientes (3,80% del total) fueron clasificados como "dolor torácico", siendo los discriminadores más utilizados "dolor cardíaco" (2.346=48,86%) que otorga color naranja, seguido de "dolor pleurítico" (610=12,18%) que otorga color amarillo. Esta distribución de pacientes con "dolor torácico", presenta diferencias significativas ($p<0.001$) con respecto a la distribución global. La distribución global por categorías de los 116.327 pacientes atendidos en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA) fue: Rojo (202=0,17%), Naranja (6.635=5,70%), Amarillo (66.166=56,88%), Verde (41.821=35,95%), Azul (1.503=1,29%). 3.572 pacientes (3,07% del total) fueron clasificados como "dolor torácico", siendo los discriminadores más utilizados "dolor pleurítico" (796=22,28%) que otorga color amarillo, seguido de "dolor cardíaco" (241=6,74%) que otorga color naranja. Esta distribución de pacientes con "dolor torácico", presenta diferencias significativas ($p<0.001$) con respecto a la distribución global. No se apreciaron diferencias significativas ($p>0,05$) entre los dos hospitales, en lo que respecta a la proporción global de pacientes con "dolor torácico" ni a la distribución mensual de los mismos. Sin embargo, apreciamos que sí existen diferencias significativas ($p<0,001$) en la distribución por categorías dentro de este mo-

tivo de consulta, entre ambos: HURC (48,86% naranja, 12,18% amarillo) vs HUPA (6,74% naranja, 22,28% amarillo).

Conclusiones:

1. El STM es una herramienta válida y útil para la clasificación de los pacientes con dolor torácico en los SU. 2. Su distribución por categorías presenta diferencias significativas con respecto a la distribución global. 3. Su distribución por categorías presenta diferencias significativas entre ambos hospitales.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-150

INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN URGENCIAS: JURISPRUDENCIA ACTUAL

J Jiménez González, L Escobar Álvaro, ME Quesada Costilla, MA Belda Palazón

(1) Hospital Rafael Méndez, (2) Centro de Salud-Lorca Sur. Murcia.

Palabras claves: consentimiento informado, información paciente, Tribunal Supremo

Objetivos:

La información al paciente en Urgencias supone un reto a superar. Respecto a la información escrita, la jurisprudencia del Tribunal Supremo (TS) ha actualizado criterios en un campo de continua discusión.

Material o pacientes y método:

Sentencias del TS (STS): STS 6772/2000 de 26 de septiembre de 2000, STS 5937/1998 de 16 de octubre de 1998, STS 5424/2003 de 8 de septiembre de 2003. STS 1768/2014 de 9 de mayo de 2014. Real Decreto (RD) 1088/2005, de 16 de septiembre. Ley 41/2002 de autonomía del paciente. Leyes autonómicas de sanidad. Jurisprudencia. Derecho comparado internacional.

Resultados:

El consentimiento informado es verbal y solo en casos de intervención quirúrgica, proceso invasivo o procedimiento que conlleve riesgo requerirá ser escrito previa información adecuada. El TS afirma que el CI escrito carente de todo rango informativo adecuado puede ser ético y legalmente inválido si no se ha producido información previa, de forma detallada y adaptada al paciente. El que sea firmado inmediatamente antes de la intervención lo invalida si ello no se produce. No obstante, la obligación de garantizar la información y, por tanto, de firmar un CI escrito recae directamente en el que realiza la prueba. De no ser posible lo hará cualquier médico que pertenezca al mismo servicio. El médico prescriptor se limita a propiciar y explicar su indicación, salvo en caso de administración de sangre o hemoderivados, donde la responsabilidad es suya.

Conclusiones:

La jurisprudencia actual del TS ha cambiado la tendencia burocratizadora de la medicina afirmando que todo el personal que participe en el proceso asistencial debe cooperar en la información dentro de su campo de acción, afirmando que el CI básicamente es verbal, aun requiriendo documento escrito en algunos casos. Por tanto, y aún con el hándicap del tiempo asistencial del médico de urgencias, éste está obligado, dentro del ámbito de acción que le corresponda, a describir y/o propiciar la indicación del procedimiento, explicando en su caso los riesgos de forma detallada y adaptada.

P-151

MALOS TRATOS REGISTRADOS EN 2014 EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

C Fernández Alonso, P Serrano Cuesta, A Martín Martín, T Burgoa, T Martín Acero, P Villarroel González-Elise

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: registro, malos tratos, urgencias

Objetivos:

Todos los profesionales sanitarios deben permanecer alerta ante posibles casos de malos tratos. La existencia de protocolos de actuación ayuda a la detección, sin la cual, no es posible la intervención. Los Servicios de Urgencias hospitalarios ocupan un lugar clave en el Sistema de Salud.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de una cohorte prospectiva de pacientes identificados como casos posibles de malos tratos durante el año 2014 en el SU del Hospital Clínico San Carlos. Se recogieron los datos incluidos en un formulario estandarizado y aprobado por la Comisión para la Violencia disponible en la Intranet del citado hospital.

Resultados:

De los 64 casos de malos tratos (MT), 56 (87,5%) se registraron en Urgencias, entre un total de 70.295 pacientes atendidos en dicho SU. 51 (91,1%) fueron mujeres y 5 (8,9%) varones. 4 (7,1%) menores de edad, 44 (78,6%) adultos entre 18-65 años y 8 (14,3%) > 65 años. 24 (42,8%) eran de nacionalidad extranjera. Los profesionales que han emitido el registro son 31 (55,4%) médicos, 21 (37,5%) trabajadora social, 4 (7,1%) enfermería. Tipos de violencia: 28 (50,0%) casos de MT físicos, 10 casos (17,8%) de MT físicos y psíquicos, 5 (8,9%) casos de MT sexual, 3 (5,3%) casos de MT físicos y sexual, 3 (5,3%) casos de negligencia/abandono, 1 (1,8%) caso de MT psíquico, 1 (1,8%) caso de MT físico, sexual y psíquico, 2 (3,5%) casos de MT físicos, psíquicos y negligencia/abandono, 1 (1,8%) caso de MT económico, 1 (1,8%) MT físico y económico, 1 (1,8%) caso de MT psíquico y económico.

Conclusiones:

La mayoría de los casos registrados se realiza en el servicio de Urgencias. El perfil habitual detectado es el de una mujer de mediana edad, que sufre malos tratos de diverso tipo, sobre todo físicos.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-152

INDICADORES DE CALIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN AL CÓLICO NEFRÍTICO. ¿CUÁL ES NUESTRA SITUACIÓN?

C Marco López, B Gay Sanz, JL Sierra Monzón, C Canet Fajas, R Martínez Gil, JA García Noain

Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: cólico renal, indicadores de calidad de la atención de la salud, urología

Objetivos:

Trabajos recientes publicados en la revista de nuestra Sociedad han intentado establecer cuales son los valores de los indicadores considerados como estándar de calidad en el proceso de atención al cólico nefrítico en una Unidad de Urgencias.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado un muestreo aleatorio de los pacientes atendidos en nuestra Unidad durante el año 2014 cuyo primer diagnóstico en el informe de alta era cólico nefrítico. Se recogieron como indicadores de calidad en su proceso de atención los siguientes porcentajes: la medición de dolor mediante una escala, la realización de una radiografía simple de abdomen y/o una ecografía abdominal, la solicitud de una interconsulta a Urología, la necesidad de paso a una Sala de Observación (SOU) o de ingreso hospitalario, las reasistencias a las 72h por el mismo motivo

Resultados:

Se revisaron un total de 381 pacientes con una media de edad de 42 años, siendo un 55% de ellos varones. Se atendieron mayoritariamente en el área de Atención Médica (92%) seguidos de Consulta Ambulatoria (4%), y sus niveles de prioridad asignados en el triaje fueron el IV (55%) y el III (33,5%) con un 5% con nivel II por intensidad del dolor. Únicamente en el 1% (estándar 100%) de los informes de alta se recogió la medición de la escala del dolor aunque esta se realizó en un porcentaje más elevado en el triaje de enfermería. Se realizó una radiografía simple de abdomen al 74% de los pacientes (estándar <60%) y una ecografía al 36% (estándar < 20%). En el 25% de los supuestos (estándar < 25%) se solicitó una interconsulta a Urología, siendo necesario el paso a la SOU en el 9,2% (estándar 10-20%). Ingresaron en planta de Urología el 10% de los enfermos (estándar < 10%) y el porcentaje de reasistencias a las 72 h se situó en el 7,25% (estándar < 10%).

Conclusiones:

En base a los resultados obtenidos se establecen varios campos de mejora en dicho proceso de atención.

P-153

EL SISTEMA DE TRIAGE MANCHESTER (STM) ES ÚTIL PARA PREDECIR LAS PRUEBAS RADIOLÓGICAS EN URGENCIAS

JC Medina Álvarez, J Peris Giner, J Fernández Campillo, R Cruz Novoa, JF Díaz Chicano, R del Río Sánchez, A Lombana Castillo

Hospital de Torrevieja. Torrevieja.

Palabras claves: triage Manchester, radiología predicción

Objetivos:

Se ha descrito que una de las utilidades de los sistemas de Triage sería la utilización como herramienta para medir la calidad de la atención en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), así como la predicción de recursos necesarios para la atención.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, de pruebas radiológicas realizadas a los pacientes que acudieron a un SUH comarcal durante el periodo 2012-2013, y su relación con la prioridad asignada por STM.

Resultados:

Se atendieron 136.133 pacientes a los que se realizó 120.278 pruebas radiológicas. Los porcentajes, en orden decreciente, fueron: Rx simple 59 '88, Rx tórax 29'28, TAC 6'23, Ecografía 4'46, RMN 0,15. Las prioridades de los pacientes fueron: Rojo 2'37, Naranja 27'23, Amarillos 52'97, Verdes 16'32, Azules 1'11. El ratio Prueba por paciente fue para Rojo 1'47, Naranja 1'08, Amarilla 0'87, Verde 0'57 y Azul 0'19. Los ratios Prueba-prioridad mostraron que la Rx Tórax fue la mas realizada en Rojos y Naranja, la TAC se realizó fundamentalmente en rojos, con gran diferencia sobre el resto de prioridades, la Ecografía en pacientes naranjas y amarillos y la Rx simple en prioridades verde y azul. Se observa una relación entre gravedad asignada por STM con el número y tipo de pruebas realizadas.

Conclusiones:

El STM relaciona prioridad del paciente con el número y tipo de pruebas radiológicas practicadas, en un SUH.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-154

LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN URGENCIAS. CÓMO LA PERCIBEN NUESTROS PACIENTES Y FAMILIARES

AR Camuñas Salido, MJ Morales Acedo, M Tejón Ruiz, M Nogués Herrero, RG Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki
Hospital de Antequera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias, Málaga.

Palabras claves: pacientes, calidad de la atención de salud, confidencialidad

Objetivos:

Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias

Material o pacientes y método:

En urgencias se han realizado 96 encuestas, 24 por trimestre (12 a pacientes y 12 a familiares). *Familiares de pacientes ingresados en Observación Leve o Grave en la propia sala de espera de familiares. *Pacientes atendidos en policlínica, una vez que vayan a recibir el alta médica. Se trata de una muestra significativa para un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada mínima de 85% y un nivel de confianza del 4,120%.

Resultados:

*El 100% de los pacientes considera suficiente la información recibida, produciéndose una mejoría respecto a años anteriores. Los familiares han dado una puntuación menor a previas, siendo del 95.83%. *El 95.83% de los pacientes considera que se ha respondido a las dudas, siendo la puntuación mejor a la de 2012(93.75%). Los familiares dan una puntuación más baja a la de 2012(97.92% en 2012, 93.75% en 2013). *Respecto al grado de comprensión de la información, no se han modificado los resultados del 2013 con respecto a 2012 siendo del 93.75%. La puntuación de familiares es del 93,75% de los familiares, frente al 95.83% del año 2012. *El 100% de los pacientes se encuentran satisfechos de la información recibida. La satisfacción en la información recibida para los familiares ha descendido siendo este año del 93.75%.

Conclusiones:

Los resultados son buenos, moviéndose entre un 93.75% y un 100% de resultados positivos. La puntuación dada por los pacientes ha aumentado con respecto a otros años. La de los familiares ha disminuido discretamente respecto a los años anteriores. Mejoras: • Aplicación de los protocolos. • Reforzar la actitud de los profesionales desde el administrativo, la enfermería de triaje y el facultativo. • Reforzar la información en los cambios de turnos de profesionales.

P-155

PROGRAMA DE DETECCIÓN DE POSIBLES DONANTES DE ÓRGANOS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

M Liñán López, JM Pérez Villares, EP Fuentes García, R Molina Ruano, F Santaella Aceituno, E Roca Fernández Castanys
Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Palabras claves: donantes, gestión, bioética

Objetivos:

El cambio en el perfil del donante en España se orienta hacia pacientes añosos con accidente cerebrovascular agudo. La ausencia de opciones terapéuticas suele descartar su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La optimización del proceso de detección de posibles donantes obliga a la detección fuera de la UCI, especialmente en el Área de Urgencias Hospitalarias (AUH).

Material o pacientes y método:

Análisis descriptivo retrospectivo desde 01/01/2011 hasta 31/12/2014 inclusivos, de los posibles donantes de órganos detectados en el AUH Neurotraumatológica de un Hospital Universitario de tercer nivel. Se estudiaron: datos de filiación, patología cerebral, negativas familiares y judiciales, tiempo ingreso-entrevista para donación, tiempo de estancia en UCI, validez y número de órganos trasplantados por donante, evolución.

Resultados:

En el periodo de estudio se han realizado 23 detecciones en AUH, lo cual ha supuesto el 10 % del total de donaciones. Edad media 75,4 años, 65% son mujeres. Daño neurológico: 74% son hemorragias intracerebrales (HIC), 13% ictus, 13% traumatismo craneoencefálicos (TCE). El 96% llevaban menos de 48 horas en AUH. Negativas familiares 4%, ninguna judicial. Media de 1 órgano obtenido por donante válido. Estancia media en UCI 28 horas. Ningún paciente ha sobrevivido en coma.

Conclusiones:

En nuestro medio, la colaboración entre AUH y Coordinación Provincial de Trasplantes permite aumentar la capacidad de detección de posibles donantes de órganos siendo el médico del AUH un elemento clave en la detección de posibles donantes de órganos. La mayoría de donaciones corresponden a pacientes con hemorragias cerebrales, lo cual supone ingresos en UCI de corta duración. La entrevista de donación en AUH, previa al fallecimiento del paciente, es una estrategia posible para aumentar el número de donantes. Todo ello, permite al paciente, a través de sus familiares, utilizar los recursos asistenciales del hospital, para gestionar con dignidad el final de su vida, cuando elige la posibilidad de ser donante.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-156

¿ES LA GRIPE EL TSUNAMI DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS?

B Rodríguez Miranda, MJ Venegas de L'Hotellerie,
N Hayajneh Carrillo, R Wolgeschaffen Torres, M Manzano
Luque, RE González Rodiles

Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Pozuelo de Alarcón,
Madrid

Palabras claves: gripe, urgencias, previsión

Objetivos:

Los Servicios de Urgencias todos los años son abatidos por un tsunami llamado gripe, se produce un incremento progresivo en la demanda de Urgencias y en su ocupación lo que lleva a veces a una situación de colapso. Si la epidemia de Gripe es algo perfectamente establecido por semanas, y es predecible su pico de máxima incidencia, también podría ser predecible la organización del trabajo y de los recursos en Urgencias.

Material o pacientes y método:

Se analizaron los datos del cuadro de mando por semanas de la epidemia de gripe del año 2013/14, separando por un lado el número de urgencias de adultos, así como su número absoluto de ingresos y por otro lado los de pediatría. Los datos se recogieron desde 3 semanas antes del inicio de la gripe según la red de vigilancia epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Se analizaron igualmente los datos para el 2014/15 una vez declarada la epidemia, se obtuvieron los mismos datos que en el 2013/14 en los mismos periodos.

Resultados:

En los datos analizados del 2013/14, se objetivó 2 semanas antes de la gripe un incremento del 34% en el número de urgencias semanales de pediatría, y un incremento muy importante del 133% en los ingresos de pediatría. En los adultos, este incremento se produjo en la semana 2 de la gripe, un 20% en el número de urgencias y un 30% en los ingresos, datos que se repitieron en la semana 12-13. Los datos obtenidos en el 2014/15 son absolutamente superponibles en tiempo aunque con mayores incrementos en los ingresos en los adultos.

Conclusiones:

El incremento en el número de ingresos urgentes de Pediatría es un factor predictivo a 2 semanas de inicio de la gripe. Los datos son superponibles de un año a otro y por tanto de ayuda para la mejor organización y previsión del trabajo en los Servicios de Urgencias.

P-157

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD EN UNA MUESTRA DE PACIENTES HIPERFRECIENTADORES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Y Petrova, C Fernández Alonso, ME Fuentes Ferrer, CM Elvira
Martínez, JJ González Armengol

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: edad, hiperfrecuentadores, urgencias

Objetivos:

La hiperfrecuentación servicios de urgencias hospitalarios es un problema mal definido y poco conocido

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva de pacientes HF atendidos en el SU del Hospital Clínico San Carlos durante 2013 incluidos en el estudio FIDUR-CAM (pacientes fidelizados en urgencias de la comunidad de Madrid). Se recogieron variables clínicas, demográficas, funcionales, sociales y asistenciales incluidos en un formulario estandarizado tomadas de la visita índice. Análisis estadístico spss 15.0.

Resultados:

Se incluyeron 142 pacientes con mediana de edad 49 (32-75). En el análisis se compararon 72 pacientes <50 años vs 70 pacientes > 50 años: 49 (68,1%) mujeres vs 32 (45,7%) p=0,007, acuden a petición propia 61 (87,1%) vs 61 (89,7%) p=0,82, motivo de consulta: cardiovascular/respiratorio 3 (4,2%) vs 17 (24,6%), ginecológico 16 (22,5%) vs 1 (1,4%), psiquiátrico 12 (16,9%) vs 2 (2,9%), digestivo 8 (11,3%) vs 11 (15,9%), trauma/musculoesquelético 8 (11,3%) vs 8 (1,6%), otros 24 (33,8%) vs 30 (43,5%) p<0,001, comorbilidad: ICh=0 55 (76,4%) vs 23 (32,9%), ICh=1,2 9 (12,5%) vs 23 (32,9%), ICh>3 8 (11,1%) vs 24 (43,3%) p<0,001, Funcional: Independiente para ABVD 63 (96,9%) vs 50 (83,3%) p=0,006, sin pruebas en urgencias 38 (52,8%) vs 24 (34,3%) p=0,026, hospitalización 7 (9,7%) vs 11 (15,7%) p=0,282, número de visitas en 2013 13(11-16) vs 12 (11-15) p=0,602.

Conclusiones:

Se han detectado diferentes motivos de consulta, comorbilidad, nivel de dependencia y consumo de recursos en la visita índice de una muestra de pacientes HF en función de la edad de 50 años.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-158

¿SECRETO PROFESIONAL?

FM Aceituno Villalba (1), C Bolarín Angosto (2), A Sánchez Martínez (1), A Balsalobre Matencio (2), I Escudero Muñoz (1), S Falla Jurado (1), L de Castro Peral (3)

(1) San Javier, (2) Torre Pacheco, (3) San Pedro del Pinatar. Vélez Rubio.

Palabras claves: confidencialidad, historia clínica, protección de datos.

Objetivos:

El respeto a la intimidad es uno de los valores más apreciados del ser humano. Sólo a partir de su protección (como está recogido en el ordenamiento jurídico) y respetando la libre decisión de la persona, se puede llegar a su dignidad.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal. Análisis estadístico ANOVA, realizado con el programa G-STAT2.0, estableciendo significación estadística si $p < 0,05$. Cuestionario anónimo, voluntario, libre, cumplimentado por 125 profesionales sanitarios y no sanitarios de San Javier.

Resultados:

Participan en 30,4% médicos adjuntos, 24% MIR, 20% enfermeros, 11,2% auxiliares de enfermería, 8% administrativos y 6,4% celadores. El 94,4% del total de profesionales considera que el respeto a la intimidad es una necesidad primordial y derecho fundamental de la persona, (5,6% indiferente): el 100% médicos adjuntos, 100% MIR, 100% enfermería, 85,7% auxiliares de enfermería (frente a 14,3% que se abstiene), el 80% de administrativos (frente al 20% indiferente) y 62,5% celadores (frente al 37,5% indiferentes), alcanzando $p = 0,0003$. El 40% del global afirma no conocer la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (frente a un 48,8% que sí), obteniendo $p = 0,0002$. El 94,7% médicos adjuntos y el 53,3% MIR sostienen conocer la legislación, frente al 56% enfermeros, 100% auxiliares de enfermería, 60% administrativos y 100% celadores que lo niegan.

Conclusiones:

La gran mayoría de los profesionales considera aspectos básicos del ser humano el respeto a la intimidad y confidencialidad, alcanzando hallazgos estadísticamente significativos. La profesión parece ser uno de los factores que influyen en sus respuestas, siendo éstas más unánimes en el grupo de médicos adjuntos, MIR y enfermeros. La ley de Protección de Datos de Carácter Personal es parcialmente conocida por los profesionales estudiados. Su desconocimiento es mayor entre los no sanitarios. Dentro de los sanitarios su conocimiento es mayor entre los médicos adjuntos respecto al resto.

P-159

CONCILIACIÓN, CÓMO EVITAR ERRORES EN PACIENTES POLIMEDICADOS

J Jiménez Guerrero, M Garrido Arce, JM Segovia Rojas, C Palma Rodríguez, P Domínguez Fernández, A Rodríguez Rubio

Hospital San Juan de Dios. Bormujos.

Palabras claves: prescripciones de medicamentos, conciliación de medicamentos, errores de medicación

Objetivos:

La conciliación medicamentosa es un proceso diseñado para prevenir errores de medicación entre los puntos de transición del paciente en su paso por las diferentes áreas hospitalarias y consiste en obtener un listado exacto de la medicación previa del paciente para compararlo con la prescrita.

Material o pacientes y método:

Se realiza un estudio transversal descriptivo retrospectivo basado en una muestra de 282 registros desde 1-enero al 30-septiembre de 2014 con pacientes de edad igual o mayor a 65 años de la zona básica del Aljarafe (Sevilla), tomando la base de datos del programa informático ACTICX, donde se estudia el uso de la herramienta de conciliación medicamentosa en pacientes candidatos, como son los grupos farmacológicos y enfermos de alto riesgo de presentar problemas relacionados con los cambios de medicación realizados en el Servicio de Urgencias.

Resultados:

Dentro del grupo de pacientes con patología de alto riesgo los más conciliados son los diabéticos (28,37%), EPOC (12,06%), y pacientes con cardiopatía isquémica (20,92%) y respecto a los grupos farmacológicos, principalmente antihipertensivos (72,74%), antiagregantes (75,44%) y anticoagulantes orales (85,29%). Entre los pacientes pluripatológicos incluidos en COMPARE, un programa de continuidad asistencial que permite el seguimiento conjunto de los pacientes entre atención Primaria y Hospitalaria, la conciliación no se realiza en más de la mitad de los casos. El protocolo de conciliación medicamentosa, es conocido por el total de los profesionales. Sin embargo, el uso es escaso por la percepción subjetiva de que conlleva mucho tiempo el realizarla.

Conclusiones:

Son escasos los estudios de los que disponemos al respecto, lo cual no nos permite poder comparar nuestros resultados con otros. Sin embargo, a partir de nuestro estudio podemos concluir que la conciliación medicamentosa es una herramienta efectiva para evitar la discrepancia no justificada entre lo que el paciente tomaba y la nueva medicación, y así poder garantizar la calidad y seguridad de las prescripciones. Sin embargo, para que su uso sea el adecuado se debería conseguir un programa de uso fácil y rápido.



GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-160

IDENTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS SEGÚN UN MAPA DE RIESGOS RECOMENDADO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

E Muñoz Triano, Y Esperanza Esperanza, B Muñoz Blanco, E Cano Sanz, F Bermejo Fernández, M Fernández Solís, G Ulloa Fandiño

Hospital Universitario Quirón. Madrid.

Palabras claves: patient safety, emergency care, training

Objetivos:

Pacientes y familiares acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) esperando ser curados/ aliviados de sus dolencias, dan por seguro que no van a estar expuestos a riesgos evitables (RE). Los profesionales cada vez somos más conscientes de la gestión del RE. Cualquier acción/estrategia encaminada a mejorar la seguridad del paciente en un SUH comienza por detectar las prácticas/cultura de seguridad presente en su institución.

Material o pacientes y método:

Ámbito: SUH universitario/tercer nivel/alta complejidad/carácter general. Población urbana: adulta, pediátrica y obstétrico- ginecológica. Proveedores: 61 compañías aseguradoras y particulares, n=89.319 con x=244 urgencias/día/hábil (UDH) en 2014, incremento anual del 6-7% desde 2012, y 5.529 altas por hospitalización (6.19%). Constitución Grupo de Seguridad en el Paciente en abril 2012 (multidisciplinar/Tres subgrupos: 1. Notificación de incidentes, 2. Análisis causa-raíz, 3. Mortalidad). Actividades 2013 con nueve áreas de seguimiento: incidentes-eventos adversos, interconsultas en 24 horas, cuidados enfermería-úlceras por presión-caídas, equipamientos, protocolos, historia clínica digital, checklist quirúrgico, medicamento y formación en seguridad, añaden en 2014 profilaxis de la enfermedad tromboembólica y en 2015 Plan Global de Seguridad del Medicamento con la edición del Catálogo de Fármacos Hospitalarios (borrador), recomendaciones nutricionistas en dietas y protocolos terapéuticos-circuito de prescripción en SUH (proyecto). Intervención: Grupo Focal multidisciplinar (una moderadora/12 participantes/cinco preguntas orientadoras generadoras del objetivo de trabajo). Recogida exhaustiva de todas las actuaciones/registros de uso habitual en nuestro SUH en 2014 que implicaran una práctica segura asistencial. Revisión bibliográfica para elección del estándar comparativo mediante el uso de un MRR-v. Establecer Fortalezas/Debilidades. Método: descriptivo/cualitativo, tipo Peer Review, adaptado como Revisión de Comunes/retrospectivo/Microsoft-Office-Excel 2007.

Resultados:

13 procesos con 108 subprocesos según MRR-v (Fundación MA-FRE-2014) como arbitraje-evaluador de las PS recogidas en nuestro SUH: 1. Llegada: cumple 100%. 2. Admisión: cumple 100%. 3. Triage-cumple: 77% 4. Cuidados: enfermería-visita médica-cumple 75%. 5. Pruebas de imagen: cumple 50%. 6. Laboratorio-cumple

66%. 7. EKG-cumple: 33%. 8. Prescripción de tratamiento: cumple 50%. 9. Observación: cumple 70%. 10. Alta domicilio: cumple 90%. 11. Ingreso: cumple 80%. 12. Traslado: cumple 66%. 13. Sala de curas-quirófano trauma-técnicas invasivas: cumple 50%. Fortalezas: traslados externos-cuidados enfermería-control monodosis/multidosis- gestión ingresos-comunicación entre niveles asistenciales. Debilidades: comunicación y análisis de incidentes-custodia registros en papel

Conclusiones:

Este perfil de PS actuales va a permitir iniciar Iniciativas de ES en nuestro SUH.



GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-161

HIPERFRECUENTACIÓN: UN RETO EN LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS.

A del Rey Ubago, S González del Val, A Von Wernitz Teleki,
I López Isidro, E Contreras Murillo, L Alen Barja, C del Arco
Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Palabras claves: emergency service, hospital-health care utilization, access to health care

Objetivos:

La hiperfrecuentación en Urgencias (10 veces/año) podría ser un indicador de mal funcionamiento del sistema sanitario.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes hiperfrecuentados atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa, incluidos en el estudio FIDUR-CAM (pacientes fidelizados en urgencias en la Comunidad de Madrid). Se analizan variables clínicas, demográficas, sociales y asistenciales. Análisis estadístico spss 15.0.

Resultados:

Se incluyen 151 pacientes, el 51,7% varones. 73,5% acuden por decisión propia, del 26,5% que son derivados, 20,6% son remitidos por el médico de atención primaria y 38,2 % por especialistas. 84,1% acuden por problemas de salud reciente (<4 semanas), y 11% por problemas de >4 semanas. El motivo médico principal de consulta es traumatismo y patología osteo-muscular 20,5% y 13,9 % sintomatología psiquiátrica. Acuden por problemas No urgentes 69,3%. Con comorbilidad (Charlson) de 0 el 36,5%. El 92,4% de nuestros pacientes tienen recursos. De los diagnósticos al alta, 18,2% se refieren a patología osteomuscular y urológico/ORL/OFT/ dermatológica 22,4%. Se da el alta hospitalaria al 86,1%. En el 71,4 % de los casos el paciente ya está pendiente de una consulta especializada y 63,3% están pendientes de pruebas diagnósticas. El motivo de revisita más frecuente es la sintomatología cardiovascular: 64,2%. El tramo horario en el que consulta el 78,8% es de 8-20h.

Conclusiones:

El grueso de las visitas se hacen por decisión propia (73,5%) , tan sólo 5,4% son derivados por el médico de primaria. Hasta un 11% acuden por problemas de más de 4 semanas de evolución. Siendo llamativo que el 69,3% acuden por problemas No Urgentes. Esto pudiera estar en consonancia con el hecho de que en el 71,4% de los casos el paciente está pendiente de una consulta de especialidad y un 63,3% está a la espera de pruebas diagnósticas. Finalmente el horario en el que acude el paciente hiperfrecuentador es de 8-20 horas en un 76,8% ("horario de oficina"). En tiempos de crisis la buena utilización de los Servicios de Urgencias (SU) supone un reto en la gestión de recursos sanitarios.

P-162

MODELOS DE FINANCIACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS: COMPARACIÓN ENTRE UN HOSPITAL DE ALTA TECNOLOGÍA (GRUPO IV) Y UN HOSPITAL GENERAL BÁSICO (GRUPO II)

C Yllera Sanz, I Bardes Robles

Hospital Universitario de Bellvitge. Esplugues de Llobregat,
Barcelona

Palabras claves: funding, emergency, triage

Objetivos:

Los sistemas de pago son un instrumento fundamental para la consecución de las políticas sanitarias. A lo largo del tiempo han ido cambiando los modelos de financiación y, a su vez, la manera de pagar la urgencia. Una propuesta que se planteó para el año 2014 fue el pago por nivel de triaje basado en el MAT/SET.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal, multicéntrico, realizado entre enero y diciembre del 2013. Se incluyeron todas las visitas a urgencias en: invierno (18-24 febrero), primavera (20-26 mayo), verano (19-25 agosto) y otoño (18-24 noviembre). Para el pago por visita se distinguió entre visita de menos de 24 h y de más de 24 h sin ingreso. Para el pago por nivel de triaje se tuvieron en cuenta los datos extraídos del MAT-SET y se hicieron los cálculos teniendo en cuenta los precios para cada nivel

Resultados:

En cuanto a la financiación, en el hospital de alta tecnología, los números salen parecidos con ambas formas de pago si no tenemos en cuenta las urgencias de más de 24 h que incrementan mucho la cifra del pago por visita. Sin embargo los hospitales pequeños, en los que el pago por visita sea inferior a 35 E saldrían beneficiados con el pago por triaje.

Conclusiones:

Actualmente no existe un método de financiación ideal para los servicios de urgencias por lo que sería necesario plantearse un nuevo sistema de financiación mixto que tenga en cuenta una parte de reembolso fijo orientado a financiar los costes estructurales vinculados a la accesibilidad, una parte de reembolso variable, que podría estar basado en el sistema de los GRUDE, y una parte de incentivos a la calidad.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-163

PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD ENTRE EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO Y SOPORTE VITAL AVANZADO CON ENFERMERÍA DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS DE CATALUÑA

H Baquerizo Vargas (1), F Roqueta Egea (1), X Jiménez Fábrega (2), P Mora Yelamos (1), A Olucha Cañizares (1), G Díaz Bas (1), S Simó Meléndez (1)

(1) Hospital Sant Joan de Deu, Althaia, Manresa, Barcelona, (2) Sistema D'Emergències Mèdiques. Sant Fruitos de Bages.

Palabras claves: cultura de seguridad, encuesta de cultura de seguridad, sistema de emergencias médicas

Objetivos:

Definir el grado de cultura de seguridad (CS) entre las diversas unidades asistenciales de un sistema de emergencias médicas (SEM) constituye una prioridad para implementar medidas o políticas que refuercen la seguridad del paciente (SdP).

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo obtenido de realizar una adaptación de la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la AHRQ, entre todo el personal asistencial de las USVA y USVAi del SEM de Cataluña, por medio de una plataforma online, y de manera voluntaria y anónima durante 10 días del mes de marzo del 2015. Los resultados se analizaron para detectar las fortalezas (> 75% de respuestas positivas) y las debilidades u oportunidades de mejora (> 50% de respuestas negativas).

Resultados:

Se obtuvieron respuesta a 203 encuestas. El perfil profesional que participó fue: personal médico: 25%, personal de enfermería 32% y personal técnico: 43%. 95% manifestaron tener contacto directo con el paciente. El 57% da una calificación de notable a la seguridad, el 85% notificó menos de 2 eventos en el último año. La distribución de las respuestas positivas por dimensiones fue: trabajo en equipo en la unidad, el 75%, acciones de promoción de SdP por parte del responsable de la unidad asistencial, el 65%, dotación de recursos humanos, el 60%. La distribución de las respuestas negativas por dimensiones fue: frecuencia de eventos adversos (EA) notificados, el 37%, respuesta no punitiva a los EA, el 35%, apoyo de la gerencia en aspectos de SdP, el 32%.

Conclusiones:

Las áreas de mejora en la percepción de CS entre las USVA y USVAi del SEM de Cataluña se centran en fomentar la notificación y discusión de los EA.

P-164

PARAMETRIZACIÓN DE LA DISNEA COMO MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS CON EL SISTEMA DE TRIAGE DE MANCHESTER: ANÁLISIS COMPARATIVO DE SU PRIORIZACIÓN CON OTROS HOSPITALES DE NUESTRO ENTORNO

FA Pascual Clemente (1), G Jiménez Díaz (2), N García Montes (1), M Perancho Ramírez (2), S Chamarro Rubio (1), B Cobo Martínez (2)

(1) Hospital Universitario Ramón y Cajal, (2) Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid

Palabras claves: triage, disnea, saturación de oxígeno

Objetivos:

El Sistema de Triage de Manchester (STM) clasifica al paciente en el Servicio de Urgencias (SU) en 5 categorías según su prioridad clínica, estableciendo unos tiempos de respuesta adecuados: rojo (inmediata), naranja (10 min), amarillo (60 min), verde (120 min), azul (240 min).

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo, mediante módulo de explotación de datos del programa ALERT (triage informatizado) correspondiente a 2014.

Resultados:

Durante dicho periodo, se atendieron en el SU del Hospital Universitario Ramón y Cajal (HURC) 131.769 pacientes, cuya distribución global, fue: Rojo (1.152=0,87%), Naranja (10.884=8,26%), Amarillo (35.847=27,20%), Verde (83.065=63,04%), Azul (821=0,62%). 9.058 pacientes (6,88%) fueron clasificados como disnea, siendo los discriminadores más utilizados "saturación de oxígeno muy baja" (1.608=17,75%) que otorga color naranja, seguido de "saturación de oxígeno baja" (1.221=13,48%) que otorga color amarillo. Esta distribución de pacientes con "disnea", presenta diferencias significativas ($p<0.001$) con respecto a la distribución global. La distribución global por categorías de los 116.327 pacientes atendidos en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA) fue: Rojo (202=0,17%), Naranja (6.635=5,70%), Amarillo (66.166=56,88%), Verde (41.821=35,95%), Azul (1.503=1,29%). 6.406 pacientes (5,51%) fueron clasificados como "disnea", siendo los discriminadores más utilizados "saturación de oxígeno baja" (860=13,42%) que otorga color amarillo, seguido de "saturación de oxígeno muy baja" (544=8,49%) que otorga color naranja. Esta distribución de pacientes con "disnea", presenta diferencias significativas ($p<0.001$) con respecto a la distribución global. No se apreciaron diferencias significativas ($p>0,05$) entre los dos hospitales, en lo que respecta a la proporción global de pacientes con disnea ni a la distribución mensual de los mismos. Sin embargo, apreciamos que sí existen diferencias significativas ($p<0,001$) en la distribución por categorías dentro de este motivo de consulta, entre ambos: HURC (17,75% naranja, 13,48% amarillo) vs HUPA (8,49% naranja, 13,42% amarillo).

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

Conclusiones:

1. El STM es una herramienta válida y útil para la clasificación de los pacientes con disnea en los SU. 2. Su distribución por categorías presenta diferencias significativas con respecto a la distribución global. 3. Su distribución por categorías presenta diferencias significativas entre ambos hospitales.

P-165
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA SEDACIÓN PALIATIVA EN UNA UCE

J Hortal Carmona (1), L López Pérez (1), I Aguilar Cruz (1), A Amezcua Fernández (1), A García Morón (1), B Amini Shervin (2)

(1) Hospital de Alta Resolución de Guadix, (2) Hospital de Baza. Guadix.

Palabras claves: bioética, sedación, paliativo

Objetivos:

La ley 2/2010 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte define sedación paliativa como la "Administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de la persona en situación terminal o de agonía, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito en los términos establecidos en la Ley". El consentimiento informado explícito y reflejado en la historia clínica del paciente es una garantía de buenas prácticas ineludible.

Material o pacientes y método:

Revisión de las historias clínicas anonimizadas de los y las pacientes fallecidos en los años 2007 y 2008 en la UCE de Guadix. Se seleccionaron las historias en las que se constata la sedación paliativa y entre ellas aquellas que contuvieran un consentimiento informado explícito de la sedación.

Resultados:

En los años 2007 y 2008 fallecieron en la UCE de Guadix 54 pacientes. De ellos, 26 (48%) se trataron con sedación paliativa. De los y las pacientes que recibieron sedación no queda constancia en ninguno que se solicitara el consentimiento al mismo paciente y se reflejó en la historia clínica el consentimiento familiar para la sedación en 16 (62%) de los y las pacientes sedados.

Conclusiones:

La historia clínica es el reflejo de las decisiones, intervenciones, acuerdos y consentimientos informados del paciente, por lo que es una obligación constatar toda práctica en ella. De los 26 fallecimientos acontecidos en la UCE en dos años que recibieron sedación paliativa previa solo 16 (62%) tienen constancia en la historia clínica del consentimiento informado de los familiares, y en ningún caso se informó al paciente.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-166

DESCRIPCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS (UCEU) DERIVADOS A CENTRO SOCIOSANITARIO (CSS): CLÍNICA GUADALUPE

M Jiménez Redondo (1), JM Ruiz Zafra (2), V Jiménez Carrilero (1), M Vidal Macias (1), I Bardés Robles (3), MR Rivera Ollero (4)

(1) Institut Català d'Oncologia, (2) Hospital Universitario de Bellvitge, (3) Hospital Universitario de Bellvitge, (4) Clínica Guadalupe. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Palabras claves: paliativo, demencia, neumonía

Objetivos:

Uno de los destinos al alta de la UCEU es a CSS.

Material o pacientes y método:

Se seleccionaron los pacientes ingresados durante 2014 en UCEU del HUB, y que fueron derivados a un CSS (Clínica Guadalupe) de 4 CSS disponibles. Se utilizó el Sistema SAP para datos personales y asistenciales en HUB y Sistema Aegerus en Clínica Guadalupe. Variables: edad, sexo, diagnóstico, días estancia UCEU y CSS, concepto de ingreso en CSS, presencia de demencia, vivir solo y autonomía.

Resultados:

Durante 2014 ingresaron 2249 pacientes en UCEU. De éstos, 272 (12%) fueron derivados a CSS: 11 Clínica Molins(4%), 25 Prytanis (9%), 139 FSSB (51%) y 101 (36%) Clínica Guadalupe. Edad media 84.81. Predomina sexo femenino (68%). Estancia media en UCEU: 4.02. Motivo de ingreso: 31% ICC, 21% EPOC, 14% ITU, 12% broncoaspiración, 8%, neumonía, 7% insuficiencia renal y 7% otros. La estancia media en Clínica Guadalupe: 20.23. Concepto de ingreso: 41% subagudo, 35% convalecencia, 22% paliativo y 2% larga estancia. Destino al alta: 70% domicilio, 22% éxitus, 3% a residencia (previamente vivían en domicilio) y 5% a hospital de agudos por descompensación o requerir tratamiento específico. Presentaban deterioro cognitivo 33% (grave 18%, moderado 10% y leve 5%). Previamente al ingreso 23% de pacientes vivían solos, y 42% era autónomo para las actividades basales de la vida diaria (ABVD).

Conclusiones:

La UCEU selecciona pacientes candidatos a estancia en CSS, como alternativa al ingreso hospitalario convencional. Mayoritariamente, se derivan a CSS pacientes para tratamiento subagudo. El alta del CSS fue predominantemente a domicilio. El reingreso hospitalario sólo se dio en el 5%. El 58% de pacientes ingresados en CSS eran dependientes para las ABVD. Vivían solos 23% y presentaban deterioro cognitivo 33%.

P-167

PERFIL DEL USUARIO DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

F Fernández Díaz (1), A García-Lago Sierra (1), D Prieto Salceda (2), R González Peredo (1), L Campos Caubet (1), E Crespo Hualde (1)

(1) Hospital Sierrallana Tres Mares, (2) Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Torrelavega, Santander

Palabras claves: calidad de la atención de salud, medicina de urgencias, toma de decisiones en la organización

Objetivos:

La atención de urgencias sufre en los últimos años una creciente demanda de asistencial que ha conducido a situaciones de masificación de los servicios de urgencias hospitalarias.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de las visitas al Servicio de Urgencias Hospitalario durante 2013. El ámbito del estudio es el área de influencia de los Servicios de Urgencias del Hospital Sierrallana-Tres Mares de Cantabria (áreas III y IV sanitarias) que engloban el 28,3% de la población cántabra. Variables recogidas: edad, sexo, fecha de entrada, diagnóstico y destino al alta.

Resultados:

Se atendieron 86.673 visitas. Un 89,3% fueron consultas de personas adultas, el mayor número se realizaron en los 2 meses de verano y en el de diciembre. Los menores realizaron más visitas, además de en los 2 meses de verano, en marzo. En total acudieron 51.672 personas, con más frecuencia mujeres (50,8%) y la mayoría adultos 87,4% de edad media 52,4±20,6 años. La edad media entre los menores fue de 9,2±5,1 años. Al año los adultos consultaron de media 1,7±1,6 veces y los menores 1,4±1,0 veces ($p<0,001$). No se observan diferencias significativas en la media de visitas por personas al mes (entre 1,16 y 1,18 visitas por persona al mes, media 1,17±0,5 visitas). El diagnóstico más frecuente fue lesiones y envenenamientos (22,0% de las visitas en adultos y 44,0% en menores). El 17,6% en adultos y 12,6% en menores acuden por síntomas, signos y estados mal definidos. Un 5,1% de todas las visitas son debidas a accidentes.

Conclusiones:

Los adultos acuden de forma repetida más que los niños. La mayor parte de los pacientes acuden por lesiones y envenenamientos, incluyendo esta categoría muchas situaciones: luxaciones, fracturas, envenenamientos por drogas y aplastamientos entre muchas otras. Una parte de las visitas es por "estados mal definidos", será importante investigar esto y actuar en consecuencia. El conocimiento epidemiológico de la población atendida y de la distribución de la demanda puede facilitar la organización de los servicios de urgencias hospitalarios, resolviendo problemas de saturación y elevando la calidad de la asistencia prestada.



GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-168

ANÁLISIS DE ERRORES RELACIONADOS CON LA IDENTIFICACIÓN

A. Esteban Igual, A Andrés Saliente, MT Fornés López, P Benedicto Torres, D. Fernández Viñado, MA Camacho Ballano
Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Palabras claves: identificación, AMFE, seguridad

Objetivos:

La incorrecta identificación de pacientes da como resultado errores en la atención. La identificación inequívoca es una actividad asistencial prioritaria para su seguridad. La gestión de riesgos implica un compromiso de todos para adoptar una actitud proactiva orientada a identificar los problemas, las causas que los originan, para desarrollar estrategias que reduzcan su repetición. Nos proponemos llevar a cabo la identificación y análisis proactivo de los riesgos relacionados con la incorrecta identificación de pacientes/documentación en el Servicio de urgencias, teniendo en cuenta que ha supuesto el 33,3% del total de eventos adversos recogidos del buzón de notificación de nuestro Servicio en 2014.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de los resultados obtenidos siguiendo la metodología Clasificación NPSA y AMFE de los riesgos relacionados con la incorrecta identificación de pacientes/documentos tras sesión de tormenta de ideas en urgencias del HOP.

Resultados:

Detectados 29 riesgos que hemos clasificado en 6 categorías NPSA. Se lleva a cabo AMFE sobre 14 riesgos. Tras el análisis AMFE, la mayor diferencia entre el NPR inicial y NPR final esta en: No recogida del box tras atención de pacientes (189-54). Etiquetaje incorrecto de analíticas (128-16) identificación errónea (189-72) Interrupciones en triaje (56-14) Déficit de formación profesional nuevo ingreso (84-42), Ordenes verbales (64-32), Cambio turno deficiente (72-16).

Conclusiones:

1. La identificación de riesgos con la clasificación NPSA cubre todo el espectro de riesgos relacionados con el área estudiada. 2. El AMFE da una visión priorizada de los riesgos, ofreciendo una visión práctica a la hora de su abordaje. En nuestro estudio debería considerarse prioritario el riesgo de "No recogida adecuada del box entre pacientes", "etiquetaje incorrecto analíticas", "identificación errónea", déficit formación profesionales de nuevo ingreso. 3. Consideramos esta metodología útil, clara y secuencial en el proceso de gestión de riesgos y mejora de la seguridad de pacientes de urgencias.

P-169

PROCESO DE ATENCIÓN AL CÓLICO NEFRÍTICO EN URGENCIAS. ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN LA SOLICITUD DE UNA ECOGRAFÍA ABDOMINAL O UNA INTERCONSULTA A UROLOGÍA?

B Gay Sanz, C Marco López, L Urieta González, N Lozano Torrubia, S Franco García, JA García Noain
Hospital Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: ultrasonografía, urología, cólico renal

Objetivos:

Trabajos recientes publicados en la revista de nuestra Sociedad han intentado establecer cuales son los valores de los indicadores considerados como estándar de calidad en el proceso de atención al cólico nefrítico en una Unidad de Urgencias. Entre ellos se encuentran la realización de una ecografía abdominal (estándar < 20%) y la solicitud de una interconsulta con Urología (estándar < 5%).

Material o pacientes y método:

Se ha realizado un muestreo aleatorio de los pacientes atendidos en nuestra Unidad durante el año 2014 cuyo primer diagnóstico en el informe de alta era cólico nefrítico. Se recogieron la edad, el sexo, el nivel de prioridad en el triaje, el área de Atención, y como indicadores de calidad en su proceso de atención los siguientes porcentajes: la medición de dolor mediante una escala, la realización de una radiografía simple de abdomen y/o una ecografía abdominal, la solicitud de una interconsulta a Urología, la necesidad de paso a una Sala de Observación (SOU) o de ingreso hospitalario, las reasistencias a las 72 h por el mismo motivo.

Resultados:

Se revisaron un total de 381 pacientes con una media de edad de 42 años, siendo un 55% de ellos varones. Únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a solicitud de interconsulta a urología en función del área de Atención (21,1% en Atención Médica frente al 43,75%, con $p=0,003$), el nivel de prioridad asignado en el triaje (36,8% de niveles II, 31,1% de III, 19,8% de IV y 27,2% de V, con $p=0,05$) y la realización previa de ecografía (56,3% frente a 7,1% con $p<0,001$). En relación con la realización de ecografía abdominal en función del área de Atención (32,8% en Atención Médica frente 53,1% en otras con $p=0,0025$) y el tipo de alta (87% de los ingresos frente al 18% de las altas a domicilio con $p<0,0001$).

Conclusiones:

Se establecen los factores que influyen en dichas peticiones.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-170

MEJORA DE TIEMPOS ASISTENCIALES Y PRODUCTIVIDAD EN URGENCIAS CON UN PROGRAMA DE GESTIÓN VISUAL

M Suárez Bernal, M Sánchez Sánchez, M Asenjo Romero
Hospital Clínic. Barcelona.

Palabras claves: lean healthcare, emergency, proceso asistencial

Objetivos:

El proceso asistencial de un servicio de urgencias(SU) consta de una fase de primera visita (FPV), hasta la toma de una primera decisión (ingreso, alta o traslado a área de observación) y cuando procede, de una fase de observación. El proceso asistencial de primera visita suele tener una secuencia de profesionales y subprocesos distintos de un paciente a otro provocando alta variabilidad y múltiples desperdicios.

Material o pacientes y método:

Ámbito: hospital terciario urbano universitario. La FPV se dividió en: tiempo de espera (TE) (desde admisión hasta entrada en box), tiempo hasta visita médica (TM) (desde entrada a box hasta visita médica), tiempo de decisión (TD) (desde entrada a box hasta que se decide ingreso, alta o traslado a observación), tiempo hasta observación (TO) (desde que se decide traslado a observación hasta que el paciente llega a observación). LA suma de TD y TO daban el tiempo total de PV (TPV). Apoyados en la metodología Lean, se implantó en marzo del 2012, una herramienta de gestión visual de desarrollo propio, visible al personal por medio de pantallas LCD de 50", para estabilizar, secuenciar y controlar el proceso asistencial. Periodo analizado: A(antes) 3 meses 2011 vs B(después) 3 meses 2013. Se analizó el número total de visitas, el TE, TM, TD, TO y el TPV. LA variación del TPV se tomó como medida del incremento de capacidad y productividad que se podía alcanzar con el cambio.

Resultados:

Después de la pantalla de gestión visual: se visitaron diariamente más pacientes(233 vs 229 p=ns, disminuyó el TE un 2%(de 70 a 69min p=ns), el TM un 33%(de 45 a 30min p<0,05), el TD un 16%(de 301 a 253,p<0,05), El TO un 70% (de 242 a 72min, p<0,05),y el TPV un 40% (de 543 a 325min,p<0,05).Se liberó un 40% de TPV lo que, con los mismos recursos,incrementaba la capacidad y productividad.

Conclusiones:

La metodología LeanHealthcare se ha mostrado efectiva en la mejora de los tiempos asistenciales en el proceso de atención urgente, permitiendo una mayor capacidad y productividad.

P-171

BASES SOCIOECONÓMICAS DE LA EFICIENCIA TÉCNICA Y ASIGNATIVA DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

E Moreno Millán (1), MM Palazuelos Díaz (2), J Villegas del Ojo (1), M Cid Cumplido (1), F Prieto Valderrey (1), JM García Torrecillas (3), R Canabal Berlanga (3)

(1) Hospital Santa Barbara , (2) Guets, Sescam, (3) CH Torrecárdenas. Puertollano.

Palabras claves: emergencias prehospitalarias, eficiencia económica, gestión

Objetivos:

Mientras la efectividad clínica de los servicios de atención prehospitalaria de emergencias (SAPHE) - especialmente para los procesos tiempo-dependientes (PTD)- esta fuera de toda duda, con abundantísima literatura que lo acredita, su posible eficiencia técnica y asignativa no ha sido bien analizada.

Material o pacientes y método:

Se entiende que el producto de los SAPHE es un bien publico y común (no excluyente, rival, con externalidades positivas y en un ambiente de demanda de alta incertidumbre), que funciona en un sistema asimismo publico sin precios, que es gestor de esos PTD (síndrome coronario agudo, ictus isquémico, sepsis grave y shock séptico, enfermedad traumática, insuficiencia respiratoria y paro cardíaco-síndrome post parada) y también gestor de la equidad en el acceso.

Resultados:

Los resultados clínicos se expresan por la efectividad (disminución de morbilidad y de variabilidad asistencial), seguridad, satisfacción y calidad. Los resultados económicos se consiguen mediante análisis o evaluación económica de coste-efectividad, coste-utilidad y coste-beneficio, que muestran datos contundentes en este sentido, y los resultados sociales a través de las externalidades positivas, el ajuste de riesgos, la interconectividad y la universalización de la equidad en el acceso.

Conclusiones:

Los SAPHE son recursos bien definidos como bienes públicos esenciales, con gran efectividad clínica y muy eficientes, que favorecen la equidad, mejoran la seguridad, la calidad y la continuidad de la atención, optimizan la gestión y permiten la sostenibilidad económica del Sistema, si bien debe matizarse que requieren capital humano muy especializado, siendo el paradigma de la moderna Medicina Aguda, afirmándose al tiempo que no deben nunca disminuirse elementos financieros.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-173

¿ES PREFERIBLE TRABAJAR POR EQUIPOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS?

LN Fadrique Millán (1), MC Gallego Arenales (1), P Royuela Ruiz (1), M Rodil Muñoz (1), E González Carro (1), C del Pozo Vegas (2)
(1) Hospital Universitario Río Hortega Valladolid, (2) Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Palabras claves: emergency, urgencias-equipment, equipo-hospital, hospital

Objetivos:

En el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid se implantó hace 5 meses una nueva modalidad de trabajo en la que el reparto de pacientes se hace por equipos.

Material o pacientes y método:

Se rellenaron un total de 68 encuestas anónimas, 16 de médicos, 28 de enfermeras, 18 de TCAES. Se preguntaban los siguientes ítems: media de años en la unidad, si había mejorado la manera de trabajar, si la calidad de la atención era mejor, si volverían a trabajar como antes, si conocían en cualquier momento la ubicación de los pacientes del equipo, pruebas pendientes e información, si habían mejorado las relaciones personales entre compañeros, si se garantizaba una mayor seguridad al paciente, si identificaban sus funciones dentro del equipo y si la distribución de los boxes era apropiada.

Resultados:

La media de años trabajados era de 7,8 años. El 73% de los profesionales creían que había mejorado la forma de trabajar. El 59% creía que había mejorado la calidad de la atención. El 38% volvería a trabajar como antes. El 46% tenía claro la ubicación de los pacientes, pruebas e información a familiares. Se valoró con 5,6 sobre 10 si habían mejorado las relaciones personales entre los profesionales, con 6,6 si se garantizaba más seguridad a los pacientes y con 7,9 si se identificaban las funciones de cada uno dentro del equipo. Se pregunto si la distribución actual de los boxes era la apropiada y solo un 18% opinó que si.

Conclusiones:

La mayoría de los profesionales está de acuerdo con la modalidad de trabajo por equipos y creen que ha mejorado la calidad de la atención de los pacientes. Los profesionales no creen tener mayor control de la ubicación del paciente, de sus pruebas pendientes y de la información transmitida a los familiares. Pero parece que muchos de los profesionales tienen claras sus funciones en el equipo. La mayoría no está conforme con la distribución de los boxes. Quizás sea este un aspecto a mejorar.

P-174

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON CÓDIGO ICTUS ATENDIDOS EN EL 2014 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

RG Mesa Ramos, MJ Morales Acedo, M Nogués Herrero, M Rizo Hoyos, E Moriel Santaella, M Zaheri Beryanaki
Hospital de Antequera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. Málaga.

Palabras claves: ictus, auditoría médica, control de calidad

Objetivos:

Un objetivo en nuestra Unidad Clínica es mejorar la atención a la patología vascular cerebral y paliar en la medida de lo posible las graves consecuencias que padecen los pacientes que sufren un Ataque Cerebral Agudo.

Material o pacientes y método:

-Pacientes atendidos en el año 2014 en la Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias con diagnóstico al alta de Ictus o ACV. -Muestreo aleatorio sistemático Muestra: 74 pacientes. Periodo analizado: ENERO-DICIEMBRE 2014 Fuente de datos: Historia Clínica

Resultados:

En 26 pacientes se ha activado Código Ictus, desactivándose 21, 5 no se han desactivado y se han realizado 2 fibrinolisis. Pacientes en los cuales no se ha desactivado código ictus y fibrinolisis realizadas. 1. TAC en 38 minutos. Escala Nihhs 12. Se desestima fibrinolisis (no se explica la causa). 2. TAC en 14 minutos. NIHSS 17. No fibrinolisis limitación de esfuerzo terapéutico. 3. TAC a los 15 minutos. NIHSS 5. No fibrinolisis por mejoría de los síntomas. 4. TAC a los 15 minutos. Nihhs 12. Fibrinolisis presentando como complicación hemorragia intracraneal. 5. TAC a los 13 minutos. NIHSS 13. Fibrinolisis con evolución favorable. Pacientes en los cuales se ha desactivado código ictus. Motivos: ***5 presentaban más de 4 horas de evolución de los síntomas, Nihhs menor a 5, mejoría progresiva de la sintomatología. ***1 por AIT de repetición, DM tipo 2, mejoría de los síntomas. ***1 con > de 4 horas de evolución de los síntomas. ***1 con > de 4 horas de evolución de los síntomas e hipertensión. ***5 pacientes por mejoría de los síntomas. ***1 Por Nihhs bajo y porque se desconocía el tiempo de evolución de los síntomas por lo cual no tendría que haberse activado. ***1 se desactiva por hemorragia cerebral. ***1 se desactiva por mejoría de los síntomas, DM y ICTUS previos. ***2 por Nihhs bajo. ***2 Por mejoría de los síntomas y ser Ictus del despertar. ***1 se desactiva por toma de anticoagulantes.

Conclusiones:

Tenemos un protocolo conocido por todos los profesionales, no habiendo perdido ningún paciente que fuese Código Ictus.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-175

PLAN DE COMUNICACIÓN DEL PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

M Valenzuela Anguita, J Cánovas Sánchez, J Gil López, A Hinojosa Mellado, E Hernández Pérez, J Ibarra Cuenca, S Moreno Reina

Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Palabras claves: comunicación, paliativos, urgencias

Objetivos:

El proceso de comunicación de un protocolo de actuación compromete a la mayoría de los actores, dependiendo de ésta su legitimidad y grado de adhesión.

Material o pacientes y método:

Desarrollo de actividades de comunicación que favorezcan la presentación y difusión del protocolo al equipo multidisciplinar: -Seminarios de materias específicas que componen dicho protocolo (manejo de la vía subcutánea, preparación de infusores para analgesia, pautas médicas para el manejo y control de la sedación en la agonía, atención al duelo a la familia, desarrollo de habilidades de comunicación y relación de ayuda). -Utilizar espacios de comunicación y difusión para la puesta en marcha del protocolo. -Colocación de póster informativo sobre circuitos desarrollados. -Realización de un tríptico informativo para hacer partícipes a pacientes y familiares de nuestro funcionamiento.

Resultados:

El aporte de herramientas metodológicas y tecnológicas favorece el desarrollo del protocolo con eficacia, encaminando los cuidados de enfermería hacia unos cuidados de calidad y estableciendo entornos abiertos de colaboración y aprendizaje para todos los profesionales que intervienen en el proceso del paciente en paliativos. Se garantiza así una atención humana y humanizada, en la que los mensajes utilizados se basan en principios éticos y valores humanos, mostrando el compromiso para la atención y cuidado de este tipo de pacientes.

Conclusiones:

La puesta en práctica de esta estrategia de comunicación, ofrece principalmente información y comunica al equipo multidisciplinar la necesidad de la puesta en marcha de un protocolo de cuidados paliativos, lo que supone para el paciente de paliativos/familia que acude el servicio de urgencias, sentirse acogido y con sus necesidades cubiertas. Mediante este protocolo, se impulsan unos cuidados de calidad, basados en la priorización de este tipo de pacientes y en una atención humana y humanizada durante toda su estancia, incluso en un momento tan delicado como la muerte.

P-176

CUMPLIMENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I Rosa Salazar, R Lázaro Meca, P Brocal Pérez, A Sánchez García, E Arredondo Sánchez, J Martínez Carcel

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras claves: consentimiento informado, confidencialidad, negativa del paciente al tratamiento

Objetivos:

El inicio del consentimiento informado se sitúa en el movimiento de reivindicación de los derechos civiles, a finales de la II Guerra Mundial, siendo su auge en la década de los 70. La Declaración universal de los derechos humanos (1948), junto al Convenio del Consejo de Europa (art. 43 de la constitución), incluyendo la Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad, son otros puntos de referencia para la establecimiento del consentimiento informado en el ámbito sanitario (B.O.E nº 274/2002). La Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del paciente, será la máxima expresión del derecho a la información y el respeto de la autonomía del paciente.

Material o pacientes y método:

Método: estudio retrospectivo y observacional realizado mediante entrevista personal al jefe de servicio de Medicina Legal y Ética. Material: revisión bibliográfica del estado de la cuestión del consentimiento informado a nivel legal.

Resultados:

El término consentimiento informado es una reiteración, en la medida que la definición implica la propia aceptación del paciente a las actuaciones médicas. El nivel de cumplimentación de los consentimientos informados en el HGURSM es de un 95%. Se realiza de forma mensual y mediante aleatorización de historias clínicas, con la herramienta informática Selene, analizando un muestreo de 20 historias clínicas de cada 100 pacientes atendidos en los distintos servicios médicos.

Conclusiones:

En nuestra práctica asistencial es frecuente una insuficiente información verbal y escrita de las distintas técnicas y procedimientos sanitarios. Se valoró la capacidad del paciente según su estado de ánimo y escala de valores (validez y autenticidad), en la asimilación de la información y para poder decidir con libre autonomía. Sería necesario un mayor suministro de información a pacientes, familiares o personas vinculadas de hecho a él, en situaciones de urgencias, utilizando una terminología adecuada a sus circunstancias personales.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-177

UN USUARIO COMPLICADO

B Amini Shervin (1), L López Pérez (2), I Aguilar Cruz (2), A Amezcua Fernández (3), J Hortal Carmona (3), A García Morón (3)
(1) Unidad Gestión Marquesado, (2) HAR Guadix, (3) HAR Guadix. Huetor Vega.

Palabras claves: características culturales, factores socioeconómicos, gravedad del paciente

Objetivos:

A diario y en nuestra práctica clínica se lleva a cabo una interacción humana entre profesional y paciente, aflorando la subjetividad. Entre un 1 y un 3% de los usuarios que acuden a consultas médicas son considerados por los profesionales de la salud como pacientes difíciles. Esta dificultad interviene no sólo a factores dependientes del paciente, sino que también individuales de cada profesional.

Material o pacientes y método:

Se realiza un formulario que recoge aquellos factores, tanto dependientes del paciente como del profesional, que puedan favorecer una sensación negativa del profesional hacia el paciente. El profesional lo rellenará cuando se encuentra con un paciente que le resulta "complicado".

Resultados:

Se detecta 64 pacientes "complicados" en un mes. Los factores derivados del paciente más significativos son los síntomas confusos, en un 38,5% del total (en un 15,7% en de enfermería y en un 22,7% en el médico), en un 31,6% destaca la actitud del paciente (agresivo, fatalista, dependiente...). El entorno familiar y social y el paciente frecuentador importan en un 18,4% y un 17,5% respectivamente. La patología grave se detecta en un 19,3% del total. Otro factor para el médico, en un 11,4%, son las opiniones opuestas exigencia de pruebas, intento de manipulación por parte del paciente...). Enfermería detecta como factor difícil, en un 8,8%, la higiene del paciente (el médico en un 7%). Entre los factores relacionados con el propio profesional destaca la sensación de falta de soporte por el resto de compañeros (17,5%). En menor grado destacan: los problemas de salud o familiares del propio personal en un 10,5%, interrupciones frecuentes en la consulta (8,8%) y la dificultad para negar traslados, tratamientos o pruebas en un 7%. El factor "paciente de la casa" afecta en un 8,8%.

Conclusiones:

1. El factor derivado del paciente más detectado son los síntomas confusos, la actitud del paciente, la complejidad de la patología y la frecuentación. No son un factor destacable las barreras socioculturales. 2. El factor derivado del entorno profesional más detectado es la falta de soporte entre los propios profesionales, los problemas salud-familiares del profesional y las interrupciones frecuentes en la consulta. La presión por exceso de tiempo de espera nos sorprende como factor no destacado.

P-178

¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS PARA ACUDIR A UN SERVICIO DE URGENCIAS?

J Velasco Montes (1), S González Díez (2)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital San Pedro (Logroño), (2) Centro de Salud de Calahorra (La Rioja). Logroño.

Palabras claves: emergencias, emergency service, hospital, emergency hospital

Objetivos:

Los motivos para acudir a un servicio de urgencias de un hospital público son muy heterogéneos: el análisis de los mismos puede suponer una mejora en el empleo de los recursos asistenciales disponibles.

Material o pacientes y método:

Datos obtenidos del Barómetro Sanitario, que son publicados por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de forma gratuita en Internet a través del Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad y Consumo. A partir de los mismos se analizaron los últimos 10 años disponibles, que recogen datos de todas las Comunidades Autónomas.

Resultados:

Tomando como referencia la media nacional de los datos obtenidos entre los años 2004 y 2013, la gran mayoría de los pacientes que son atendidos en un servicio de urgencias de un hospital público acuden por decisión propia (75,15%), seguidos de los que acuden derivados por su médico de cabecera (14,44%). En tercer lugar se encuentran los pacientes que son enviados por el médico de urgencias de primaria (8,28%). Por último, encontramos a un pequeño grupo de pacientes que acuden derivados por un médico privado (0,85%).

Conclusiones:

La gran mayoría de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias lo hacen por decisión propia, lo que puede suponer en algunos casos una merma asistencial al no haber agotado los recursos asistenciales previos.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-179

ESTUDIO SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

F Fernández Díaz, A García-Lago Sierra,
D Prieto Salceda, R González Peredo,
L Campos Caubet, I Incera Alvear
Hospital Sierrallana Tres Mares. Torrelavega.

Palabras claves: adherencia, urgencias hospitalarias, comprensión del tratamiento

Objetivos:

La falta de adherencia terapéutica es una de las posibles causas del fracaso de los tratamientos que puede afectar a la salud de los pacientes y constituye un importante problema asistencial. En la falta de adherencia intervienen múltiples factores. Es clave identificarlos para planificar intervenciones efectivas.

Material o pacientes y método:

La población de estudio es una cohorte de personas adultas que acuden al Servicio de Urgencias hospitalario. Criterios de inclusión: mayores de 17 años, residentes en el área de influencia del Hospital Sierrallana-Tresmares, pacientes dados de alta con tratamiento farmacológico. Al no existir estudios en España de características similares, en lo referente a Servicios de Urgencias, fue difícil estimar el tamaño muestral con precisión. Se calculó una muestra entre 207 y 383 personas, para cubrir pacientes excluidos y pérdidas se decidió sobreestimar el tamaño a 700 personas. Se presentan los resultados del estudio piloto realizado para comprobar si se cumplían estas condiciones y ver dificultades en su desarrollo. Se seleccionaron al azar entre los pacientes consecutivos que acudieron al servicio de urgencias. Se revisaron las historias clínicas y después de comprobar si cumplían los criterios inclusión, se les envió una carta informativa con un consentimiento informado. 12-15 días después de su visita se les realizó una encuesta telefónica.

Resultados:

El estudio piloto se realizó de septiembre a diciembre de 2014. El porcentaje de pacientes excluidos fue del 60,3% por criterios de exclusión: 250 por no tener tratamiento al alta y 172 por el resto de los criterios. 31 pacientes no se les pudo localizar por teléfono. En total se incluyeron a 247 pacientes, se enviaron carta a 230 pacientes y se llamaron por teléfono a 69. Durante su realización surgieron varias dificultades en la localización telefónica y hubo un retraso en la realización de las llamadas.

Conclusiones:

Los retrasos en las llamadas pueden dar lugar a un sesgo de memoria. Es necesario aumentar el tamaño de la muestra y un mayor número de investigadores responsables del seguimiento para poder compensar las pérdidas que se producen.

P-180

CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI). GUÍA DE ACTUACIÓN EN LA UGC DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS. ANÁLISIS DE AUTOAUDITORÍA 2013

I Mata Sánchez, M Rizo Hoyos, MJ Morales Acedo, P Jiménez Zurita, M Zahery, G Mesa Ramos
Hospital de Antequera. Antequera, Málaga

Palabras claves: consentimientos informados, urgencias, auditorías

Objetivos:

El consentimiento informado se enmarca dentro del derecho de las personas a recibir una información veraz, completa y accesible (Ley 41/2002 de 14 noviembre/Ley de 8 julio 2009)

Material o pacientes y método:

Historias clínicas de diraya del 2013, en las que el diagnóstico requería de consentimiento informado para algún procedimiento. Muestreo aleatorio sistemático (56 historias revisadas). Se analizaron como indicadores de calidad: - identificación del paciente y firma - registro del procedimiento, - presencia CI en papel - identificación del facultativo y firma - en nuestra unidad tras realizar el protocolo de consentimiento informado en 2010 decidimos poner en registro de diraya: "consentimiento informado realizado según protocolo de la unidad" que abarcaría todos estos ítems: - consentimiento e información verbal, - consentimiento escrito, - entrega de copia al paciente

Resultados:

• Nos encontramos que en 4 casos (7,1 %) no consta en la historia de Diraya que se haya solicitado Consentimiento Informado • De esas 4 historias, en una de ellas si estaba en consentimiento en papel en la historia de archivos, en otra no y en los otros dos casos no se pudo comprobar porque su historia no estaba en archivos, pero en una de ellas el paciente ya se había transfundido el día anterior

Conclusiones:

• Comparando con la última auditoría del 2012, en la cual en el 13,3% no aparecía CI, se ha producido pues un aumento significativo de su registro en Diraya. Motivado entre otras causas, por la informatización de los CI facilitando su acceso y cumplimentación a través de Diraya. Destacar que a veces se sigue todo el protocolo según la normativa, pero debido a la demanda asistencial en nuestro servicio no lo reflejamos en Diraya Acciones de mejora a plantear: • Difundir entre los nuevos profesionales que se integren al servicio y residentes, la importancia del CI así como de su registro en Diraya • No olvidar dejar constancia en Diraya de la información del consentimiento "según protocolo de la unidad" • Insistir en el uso informatizado del CI. • Realizar sesiones informativas anuales de resultados.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-181

MANEJO DE LA AGITACIÓN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SOSEGA): RESULTADOS CUALITATIVOS.

R Rodríguez Calzada (1), MI Casado Florez (2), MA Suárez Fuentes (3), P Roset Arisso (3), G Investigadores Sosega (4)

(1) Gerencia Emergencias de Castilla y León, (2) Samur Madrid, (3) Ferrer, (4) Sosega. Valladolid.

Palabras claves: urgencias psiquiátricas, agitación psicomotora, emergencias extrahospitalarias

Objetivos:

La agitación se define como un estado de inquietud motora acompañado de tensión mental, que puede evolucionar hacia un estado disfuncional con agresividad y violencia. Cualquier retraso en el diagnóstico y tratamiento es crítico porque puede escalar de manera impredecible, generando una situación de peligro para el paciente, las personas que le atienden, los acompañantes y el entorno. La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud requiere protocolizar el procedimiento de traslado y hospitalización involuntaria y la atención a las emergencias psiquiátricas y a los pacientes con agitación psicomotriz. La agitación se inicia habitualmente de forma extra hospitalaria y los SEM atienden en primer lugar la mayoría de los casos, pero no hay datos publicados al respecto.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de tipo descriptivo con datos agregados obtenidos mediante un cuestionario estructurado.

Resultados:

Se dispone de datos de 7 SEM. Todos recogen la información de las llamadas en una base de datos, 5/7 codifican el diagnóstico en esta fase con CIE9, y 4 tienen un procedimiento específico para la atención a las llamadas de urgencia psiquiátricas y de pacientes agitados. En 2 SEM existe un procedimiento específico de atención de emergencias psiquiátricas y en 3 para los pacientes agitados y un código para definir emergencia psiquiátrica. En un caso hay un equipo asistencial específico para las emergencias psiquiátricas. En 4 se codifican los datos de la fase asistencial y en todos se codifica el diagnóstico. Los técnicos sanitarios recogen diagnóstico en 3 y en 5 rellenan un formulario. En todos el personal sanitario rellena un informe médico o de enfermería. Se encuentran publicados varios protocolos o guías de manejo del paciente agitado.

Conclusiones:

El manejo y la atención de las urgencias psiquiátricas y los pacientes agitados es distinto en cada SEM, pero algunos procedimientos y datos recogidos son similares y con los datos informatizados es posible analizar su actividad en relación a esta patología. Existen algunos protocolos o guías publicados, y se debería fomentar su discusión y mejora para recomendar su adopción consensuada.

P-182

IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO MODELO DE ACCESIBILIDAD DESDE LA ATENCIÓN URGENTE A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

MJ Abadías Medrano, JD Lacasta García, A Vena Martínez, X Ichart Tomás, C Llobet Pina, L Molina Castellá, RL Mur Porté

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

Palabras claves: organización, ciudadano, informática

Objetivos:

Los pacientes valorados en el Servicio de Urgencias de nuestro centro que requieren posterior seguimiento en la Atención Especializada, debían acudir a su Médico de Familia para programar un seguimiento en consultas externas.

Material o pacientes y método:

Durante el año 2013, se revisó la utilización de las consultas externas de nuestro hospital y el número de derivaciones que se hacían desde el Servicio de Urgencias. Sorprendió el número total de reprogramaciones que se tenían que hacer de estas visitas y además el número de no presentados en las consultas. Se planteó un nuevo circuito donde la utilización de los sistemas de información generara el cambio. Aprovechando el programa de gestión de pacientes implantado en el ICS, SAP-ARGOS, se diseñó un circuito de solicitud de primeras visitas para Atención Especializada independientemente del profesional y lugar donde se fuera a realizar dicha visita. Cada día desde Admisión de pacientes, se mapea al territorio todas las derivaciones recibidas. El ciudadano recibe un SMS o carta, con el día de visita ajustado por criterio clínico en el lugar establecido como referencia para su Atención Especializada.

Resultados:

1. Disminución del número de reingresos en urgencias en busca de Atención Especializada 2. Disminución del número de reprogramaciones en Atención Especializada, permitiendo una mayor optimización del recurso Consulta Externa. 3. Aumento de la satisfacción del ciudadano, que en 24h conoce donde y cuando será revalorado.

Conclusiones:

El rediseño de este circuito asistencial, no supone un gasto adicional, únicamente reordenar la cartera asistencial existente, aprovechando las nuevas tecnologías de la información al servicio del sistema de salud. No solo ha permitido mejorar los tiempos de respuesta asistenciales en la Atención Especializada, sino que ha liberado tiempo de consulta en Atención Primaria.



GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-183

ACTUACIÓN SANITARIA EN URGENCIAS ANTE UN BROTE DE ÉBOLA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I Rosa Salazar (1), R Lázaro Meca (1), P Brocal Pérez (1), A Sánchez García (1), E Sánchez Gómez (1), J Martínez Carcel (2)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía, (2) Hospital General de Elche. Molina de Segura.

Palabras claves: Ébola virus, educación en enfermería, enfermería en salud comunitaria

Objetivos:

El virus del Ébola es una enfermedad infecciosa muy grave, que afecta a seres humanos. Su nombre proviene del río Ébola donde fue identificado en 1976 durante una epidemia con alta mortalidad. Ante la reciente pandemia que afecta a nuestra sociedad durante el último año, ha surgido un gran conflicto moral ante la atención de pacientes posiblemente afectados por el virus, por parte del personal sanitario. Los profesionales han afrontado el brote con formación deficiente e insuficiente, sin una clara definición de sus roles, unido a una mala arquitectura de las salas de aislamiento.

Material o pacientes y método:

Método: estudio retrospectivo y observacional realizado mediante entrevista personal al personal sanitario que llevo a cabo la atención de posibles pacientes con contagio Material: Revisión bibliográfica sobre actuación frente al virus del Ébola

Resultados:

Por falta de casos de Ébola no se ha establecido un grupo específico que afronte un posible brote en nuestra región. Sí se ha creado un Comité de expertos para la formación y adiestramiento del equipo multidisciplinar a nivel estatal, siendo la presencia de esa información escasa a nivel regional. En los hospitales de la región al no contar con un equipo voluntario y experto, que deban atender un posible caso de Ébola, es el personal sanitario que se encuentre en ese momento de turno el responsable de la asistencia.

Conclusiones:

La atención del personal sanitario designado para atender los pacientes con posible contagio del virus del ébola no se hizo de manera voluntaria. Se valoró la formación de los profesionales, mostrando un desconocimiento muy elevado a la hora de tratar a los posibles pacientes contagiados. El personal sanitario no posee los conocimientos necesarios para atender una enfermedad contagiosa de tal magnitud como el Ébola. Muchos de ellos estarían dispuestos a ofrecerse voluntarios siempre y cuando la formación de los profesionales, así como las infraestructuras fuesen las ideales.

P-184

UN RESPETO, POR FAVOR

M Monasterio Bazán

Centro de Salud de Checa (Guadalajara). Molina de Aragón.

Palabras claves: servicios médicos de urgencia, empatía, interrelación

Objetivos:

La atención al paciente ha de ser integral: en todos los aspectos personales (Como ser biopsicosocial que es) y patológicos (Continua en todo el proceso hasta la integración de nuevo a la vida cotidiana). En ese continuo asistencial intervienen varios niveles de atención. Ya sólo en una emergencia "normalita" rural lo hacen con contacto directo sobre el usuario 2 distintos: Atención Primaria (AP) y Urgencias del Hospital (UH), y a veces 3 (AP-UVI/Helicóptero-UH). Es ahí donde el concepto de 'trabajo en equipo' parece concentrarse y limitarse a cada nivel en lugar de ser considerado un todo en la atención de urgencia al paciente. Esa aplicación tan limitada del concepto por parte de los propios intervinientes desemboca, a veces, en actitudes desdeñosas hacia la labor realizada por el nivel previo no exentas de consecuencias.

Material o pacientes y método:

Se han recogido las opiniones de los profesionales de forma aleatoria en todos los ámbitos (AP-Transporte-Hospital) mediante conversaciones informales.

Resultados:

Las percepciones subjetivas desdeñosas están presentes en todos los niveles asistenciales. La falta de empatía y la lejanía entre recursos parecen ser las causas más destacadas. Se han dado casos de rechazo/queja/agresión por parte de pacientes/familiares/acompañantes hacia los profesionales alentados por comentarios realizados de forma inconsciente por el personal que lo ha atendido en un determinado nivel. No se reconocen las buenas prácticas 'fuera de protocolo' realizadas por los 'otros profesionales' perdiéndose oportunidades de mejora en la atención del paciente.

Conclusiones:

Mostrar respeto al trabajo previo del resto de profesionales: Empatizar, interesarse, preguntar y tomar en consideración las explicaciones para tomar la mejor decisión conjunta para el paciente y aprender. Evitar juicios de valor delante del paciente/familiares/acompañantes que puedan provocar rechazo y/o desconfianza por su parte hacia los distintos niveles sanitarios. Se podría plantear la posibilidad de realizar rotaciones "tridireccionales" (AP-UVI/helicóptero-Hospital) a modo de reciclaje. Hay que facilitar líneas de comunicación fluidas entre los distintos intervinientes.



GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-185

REAGUDIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UN CONTEXTO FARMACOLÓGICO: ACTUACIÓN DEL FARMACÉUTICO DE URGENCIAS

C García-Molina Sáez, C Caballero Requejo, E Urbieto Sanz, A Trujillano Ruiz, M Onteniente Candela, P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras claves: farmacéuticos, fallo renal crónico, automedicación

Objetivos:

Actualmente muchos Servicios de Urgencias (SU) españoles cuentan con un farmacéutico como parte de su equipo asistencial.

Material o pacientes y método:

El caso se rescata en el relevo del SU al que acude diariamente el farmacéutico. Tras revisión de la historia y analíticas disponibles, el paciente es entrevistado por el farmacéutico para elaborar la historia farmacoterapéutica (HFT). Se detectan diversos problemas farmacoterapéuticos (PF) y se procede a su análisis, resolución y seguimiento con el médico responsable del paciente.

Resultados:

Paciente de 80 años que acude al SU con afectación del estado general, astenia desde hace 2 semanas, náuseas, disnea, dolor lumbar y diarrea de varios días de evolución tras tratamiento con amoxicilina-clavulánico por ITU. Antecedentes: HTA, arteriopatía periférica, ERC IV (FG basal 29ml/min), anemia, ITUs de repetición, artritis gotosa. Se decide su ingreso por alteración analítica que evidencia reagudización de ERC (creatinina 4,3mg/dl), hiperpotasemia (potasio: 7mmol/l) y acidosis metabólica (pH:7.2, pCO₂: 26.5, HCO₃: 10.1mEq/L). El farmacéutico recogió en la HFT 9 fármacos y calculó el ClCr (14,53ml/min). Se detectaron los siguientes PF: prescripción de fármacos nefrotóxicos sin ajustar a su función renal basal (enalapril 10 mg, sulfametoxazol/trimetoprim 800/160 mg c/12 h), prescripción concomitante de fármacos que disminuyen la excreción de potasio con efecto aditivo (timetoprim+enalapril) y automedicación con fármaco contraindicado en ERC (ibuprofeno) por dolor muscular relacionado con hiperpotasemia. Se suspendieron todos los fármacos implicados hasta resolución del cuadro. Se inicia sueroterapia, tratamiento con furosemida, bicarbonato y profilaxis con enoxaparina 40 mg, que es ajustada por el farmacéutico a 20 mg. La acidosis metabólica mejora en 24 horas. Se prescribe poliestirensulfonato cálcico para la hiperpotasemia y ceftriaxona 2g para el ITU no resuelta, que es ajustada por el farmacéutico a 1g/24h. Al ingreso del paciente, el urgenciólogo refleja en el informe la HFT y los problemas detectados para transmitirlos al siguiente responsable del paciente.

Conclusiones:

Se trata de un caso de iatrogenia múltiple en cadena en el que destaca el interés de la colaboración farmacéutico-urgenciólogo en la identificación de problemas farmacoterapéuticos que puedan afectar al manejo del paciente.

P-186

MEJORAR DÍA A DÍA

MR Martínez Herráez (1), MC Munuera Barahona (1), MP Cuadra Giménez (1), D Lahoz Rodríguez (1), AC Cabistany Esqué (1), MJ Simarro Herráez (2)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, (2) Centro de Salud de Villarrobledo. Albacete.

Palabras claves: seguridad, incidente, clínica

Objetivos:

Durante los años 2011 y 2012 fueron interpuestas por usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet, un total de 85 reclamaciones derivadas de la atención en Urgencias.

Material o pacientes y método:

Revisión sistemática de las reclamaciones que llegaron al Servicio de Urgencias a través de atención al paciente, durante los años mencionados anteriormente.

Resultados:

Los resultados obtenidos en esta revisión fueron los siguientes: - Año 2011: de un total de 59 reclamaciones interpuestas, en 43 de ellas el motivo de la reclamación no tuvo que ver con un problema de Seguridad Clínica. Por el contrario en 16 del total de las reclamaciones, sí que se detectó que había algún incidente ó EA motivado directamente de la atención sanitaria. En concreto se detectaron 8 EA y 8 incidentes. No se detectó ningún evento centinela. - Año 2012: Se recibieron un total de 26 reclamaciones, en 23 de ellas no hubo ningún problema de Seguridad Clínica. Por el contrario en 3 de las reclamaciones recibidas sí que se detectaron 3 incidentes implicados, ningún EA así como ningún evento centinela. Esto supone que en el año 2011 el 27.11% de las reclamaciones recibidas, estuvieron motivadas por algún problema derivado directamente de la atención del paciente en Urgencias. En el año 2012 este porcentaje se corresponde con el 11.53 % de las reclamaciones.

Conclusiones:

Esta revisión pone de manifiesto la disminución de problemas derivados para el paciente de la atención sanitaria en nuestro Servicio de Urgencias, donde se está trabajando desde hace años para crear una cultura de seguridad entre los profesionales sanitarios que trabajan en él, así como implantando instrumentos de mejora para disminuir la aparición de incidentes y EA en la asistencia sanitaria diaria de los pacientes atendidos en nuestro servicio.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-187

ANÁLISIS DE LOS RETORNOS A URGENCIAS EN EL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA

A García-Perla García, A Díez Naz, I Pérez Torres, E Chinchilla Palomares, P Conde Hernández, A Vázquez González

Servicio de Urgencias. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras claves: retornos, urgencias, hospital

Objetivos:

El Hospital de Rehabilitación y Traumatología de Sevilla es un centro monográfico, integrado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, que atiende pacientes de las especialidades de Traumatología, Neurocirugía, Cirugía Plástica y Quemados, Medicina Física y Rehabilitación y Cirugía Maxilofacial. Dispone de su propio Bloque Quirúrgico, UCI y de un Servicio de Urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de los Retornos al servicio de urgencias del HRT en Enero de 2015. El Manual de Indicadores de actividad y Calidad para los servicios de Urgencias en Andalucía (2), diferencia las Reconsultas, o Porcentaje de pacientes que solicitan de nuevo asistencia en el Sistema de Urgencias en las 24 horas siguientes a una atención previa, de los Retornos, que reconsultan en las 72 h siguientes por el mismo u otro motivo como también define el Manual de indicadores de Calidad en Hospitales del Sistema Nacional de Salud. Se listaron los Retornos usando los recursos que posee la Historia Clínica Informatizada Diraya. Los pacientes que fueron atendidos entre el 1 de Enero y el 31 de Enero de 2015. En este periodo se atendió a 6143 pacientes. Se revisaron las historias informatizadas de los 168 pacientes que retornan, es decir 5,41 al día, para estudiar sus características. Cabe destacar que 7 de estos pacientes carecen de algún dato informatizado, atribuible a coincidencia de fallos o "caídas" del sistema, por lo que se decidió excluirlos del estudio.

Resultados:

Realizamos una descripción gráfica de los resultados

Conclusiones:

1. La mayor parte de los retornos habían sido dados de alta por el Servicio de Urgencias 2. La patología "no traumática", supera a la "traumática" 3. La mayor parte de nuestros retornos son por el mismo motivo de la 1ª visita y el 53% lo hacen en las primeras 24 h (Reconsultas). 4. El motivo fundamental del retorno es el Dolor. 5. El retorno no suele cambiar la actitud terapéutica, entendida esta como el cambio de escalón analgésico o uso de otros fármacos coadyuvantes 6.-El adecuado control del dolor es fundamental para evitar reconsultas y retornos.

P-188

DOCUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS PARA EL TRASLADO INTERHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO

O Villena Esteo (1), A Soto García (1), T Pastor Amorós (2), R Belmonte Vico (2)

(1) Sistema d'Emergencies Mediques Catalunya, (2) Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Palabras claves: calidad, traslado, hoja de enfermería

Objetivos:

El paciente coronario es un enfermo de alto riesgo que precisa de unos cuidados complejos y continuados. Requiere vigilancia intensiva no sólo por el personal sanitario hospitalario, sino también durante los traslados interhospitalarios. Crear un documento específico y estandarizado de enfermería que recoja por escrito el máximo número de datos referente a su evolución hemodinámica y dispositivos terapéuticos, puede tener un impacto positivo en los cuidados de estos pacientes, y para prevenir las posibles complicaciones que puedan aparecer durante el traslado.

Material o pacientes y método:

Recogida bibliográfica, consulta de protocolos, documentación actual extrahospitalaria, referencias y artículos científicos publicados en las bases de datos MEDLINE

Resultados:

Se crea una hoja asistencial para el traslado interhospitalario, hasta ahora inexistente, el cual pretende ser una herramienta de trabajo de utilidad para la enfermería responsable del traslado del paciente crítico.

Conclusiones:

Los cuidados de enfermería han de quedar reflejados en un documento específico para evitar la pérdida de información y minimizar riesgos evitando dar información importante verbalizada y memorizada. Este documento dará seguridad y confianza a los profesionales y garantizará una mejora en la calidad asistencial de los diferentes servicios implicados.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-189

¿QUÉ SERVICIOS DE URGENCIAS EMPLEAN LOS PACIENTES EN ESPAÑA?

J Velasco Montes (1), S González Díez (2)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital San Pedro (Logroño), (2) Centro de Salud de Calahorra (La Rioja). Logroño.

Palabras claves: emergencias, emergency service, hospital, emergency hospital**Objetivos:**

En España los pacientes tienen la posibilidad de elegir entre varios dispositivos asistenciales de urgencias, de atención primaria o de un hospital, tanto en el ámbito público como privado.

Material o pacientes y método:

Datos obtenidos del Barómetro Sanitario, que son publicados por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de forma gratuita en Internet a través del Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad y Consumo. A partir de los mismos se analizaron los últimos 10 años disponibles, que recogen datos de todas las Comunidades Autónomas.

Resultados:

La gran mayoría de los pacientes emplean directamente los servicios de urgencias de un hospital público (48,06%), seguido por los servicios de urgencias de atención primaria (36,90%). En tercer lugar, se encuentran los pacientes que emplean los servicios de urgencias de atención primaria pública y un hospital público en el mismo acto clínico (6,29%). Por último se encuentran los pacientes que emplean un servicio de urgencias de atención primaria privada y un hospital público (2,52%).

Conclusiones:

En la atención de urgencias en España, los pacientes emplean mayoritariamente los servicios de urgencias públicos (hospitalarios y de atención primaria).

P-190

ALERTA, PRIORIDAD 1: INDICADOR DE RESOLUCIÓN

PH Rojas Parras (1), M Nieto Moreno (2), L Albendín García (2), R Arias Vega (2), JV Soria López (2), F Onieva Luque (3)

(1) Equipo Móvil Rute, (2) Equipo Móvil de Priego de Córdoba, (3) Equipo Móvil de Montilla. Priego de Córdoba.

Palabras claves: indicadores, emergencias, atención primaria**Objetivos:**

El sistema de clasificación de las demanda de atención sanitaria en domicilio se realiza en base a cuestionarios de preguntas que un teleoperador realiza al propio paciente o sus familiares, con la finalidad de priorizar la atención de los mismos. El sistema de clasificación en Andalucía tiene 4 prioridades de atención. La Prioridad 1 se considera una posible emergencia cuya atención debe ser inmediata.

Material o pacientes y método:

Para el análisis se ha utilizado el total de avisos realizados por el Equipo Móvil de Priego de Córdoba durante el año 2014. El tratamiento de los datos se ha realizado con Paquete Office y SPSS-PC 12.0 realizando un estudio descriptivo trasversal retrospectivo. Variables= Hora, día, mes, semana, Tipo de demanda, edad, sexo, cie9, resolución

Resultados:

Total avisos realizados por DCCU de Priego = 2326. Clasificados en P1=373 P2=1473 P3=413 P4=67 El perfil del paciente atendido en prioridad 1 se encuentra entre 66 y 95 años (67,6%) con una edad media de 68,6 años DS=22.05, Hombre =52,1%, que consulta por una alteración neurológica 31,7%, a las 19h | 7,2%, en el mes de mayo 11,5%, un jueves, sábado o domingo, 16,2%, y se resuelve in situ el 36,7% o es trasladado al hospital con el equipo en el 33,7% Indicador global: Resolución "in situ"=36,7%, Derivación Hospital =21,8%, Anulación=2%, Exitus=5,9%, Traslado Hospital con equipo=33,7%

Conclusiones:

Se trasladan (33,7%) o derivan al Hospital el (21,8%) el 55,5% del total de P1. Dado el elevado número pacientes con P1 que se resuelven en el domicilio, nos hace pensar la dificultad que estriba diferenciar telefónicamente una situación de emergencia vital, condicionada por muchos factores ajenos a la clínica. Estas activaciones deben ser revisadas periódicamente. No existe un indicador que determine los pacientes que deben ser derivados o trasladados al hospital. Nuestro estudio aporta luz para el establecimiento de un indicador de resolución total o en función del motivo de demanda.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-191

HIPERFRECUENTACIÓN EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

PH Rojas Parras (1), M Nieto Moreno (2), L Albendín García (2),
R Arias Vega (2), MJ Cubero Muñoz (1),
AM Sánchez González (3)

(1) Equipo Móvil Rute, (2) Equipo Móvil de Priego De Córdoba,
(3) Equipo Móvil de Cabra. Priego de Córdoba.

Palabras claves: hiperfrecuentación, urgencias, atención primaria

Objetivos:

Los servicios de urgencias son utilizados en ocasiones como una puerta falsa del sistema sanitario. La hiperfrecuentación de algunos usuarios, es uno de los diversos motivos del aumento de la utilización de los servicios de urgencias en atención primaria.

Material o pacientes y método:

La muestra utilizada ha sido datos de DIRAYA de urgencias del SAS. 14989 pacientes atendidos en la UCCU de Priego de Córdoba durante el año 2014 con N=34257 actuaciones. El tratamiento de los datos se ha realizado con Paquete Office y SPSS-PC 12.0 realizando un estudio descriptivo transversal retrospectivo. Variables: edad, género, periodo, día de la semana, CIE-9 y resolución.

Resultados:

La UCCU de Priego de Córdoba ha tenido una frecuentación anual de urgencias de 1205,6. Un 28,82% superior a la frecuentación anual media del Area sanitaria situada en 858,1 Se define como hiperfrecuentador al paciente con ≥ 5 visitas/año. 1394 pacientes atendidos (9,3%), han ocasionado el 29,95% de las actuaciones de la unidad durante el año 2014. La edad media del paciente es de 35,28 años, y es mujer en el 55,2% de los casos. El 30,67% de las urgencias atendidas a los pacientes hiperfrecuentadores tienen una edad comprendida entre 0 y 15 años. Se realizó el test de chi cuadrado con una confianza del 95%. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre hiperfrecuentación y el grupo de edad. Las variables Hiperfrecuentación y Derivación al Hospital están significativamente relacionadas con $p < 0,05$.

Conclusiones:

No está definido el nº de veces que un paciente tiene que acudir a urgencias para ser considerado hiperfrecuentador. Los mayores hiperfrecuentadores son los pacientes pediátricos. Se comprueba la hipótesis de que los pacientes hiperfrecuentadores, lo hacen por problemas banales que no necesitan derivación al hospital. La UCCU de Priego de Córdoba tiene una elevada frecuentación en urgencias que debería ser estudiada. Es necesario ampliar el estudio sobre los pacientes hiperfrecuentadores para analizar los motivos de su mayor utilización.

P-192

MANEJO DE LA AGITACIÓN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SOSEGA): RESULTADOS CUANTITATIVOS

I Unzaga Ercilla (1), MI Casado (2), MA Suárez (1),
P Roset Ariso (3)

(1) Gerencia Atención Urgente 061 Baleares, (2) Samur Madrid, (3) Laboratorioferrer. Palma Mallorca.

Palabras claves: urgencias psiquiátricas, agitación psicomotora, emergencias extrahospitalarias

Objetivos:

La agitación se define como un estado de inquietud motora acompañado de tensión mental, que puede evolucionar hacia un estado disfuncional con agresividad y violencia. Cualquier retraso en el diagnóstico y tratamiento es crítico porque puede escalar de manera impredecible, generando una situación de peligro para el paciente, las personas que le atienden, los acompañantes y el entorno. La agitación se inicia habitualmente de forma extrahospitalaria y los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) atienden en primer lugar la mayoría de casos, pero no hay datos publicados al respecto.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de tipo descriptivo con datos agregados obtenidos mediante un cuestionario estructurado.

Resultados:

Con datos de 6 SEM, la suma de llamadas totales fue 1.528.359 y las catalogadas como psiquiátricas (N=5) fue 42.924 (3,1%). Contando con una población de cobertura de 12.765.297 habitantes, hubo un promedio de 119,7 llamadas por 1.000 hab., que osciló entre 41,0 y 274,4 y un promedio (n=5) de 4,5 llamadas catalogadas como psiquiátricas por 1000 hab., que osciló entre 1,6 y 9,4. En total se realizaron 948.292 actuaciones, que representa un 62% de las llamadas, 39.888 (42%) por causas psiquiátricas y 10.582 (1,1%) por pacientes agitados. En promedio se atendieron 74,3 emergencias por 1000 habitantes (10,0-173,5), 31% emergencias psiquiátricas (0,2-6,5) y de 1,0% (n=5) emergencias por pacientes agitados (0,4-3,7). Del total de emergencias psiquiátricas, en promedio (n=4) el 20,6% fueron atendidas por el médico de atención primaria y el 85% por Ambulancias. Estos resultados son similares a los datos publicados en las Memorias de Actividad de los distintos SEM.

Conclusiones:

El porcentaje de emergencias psiquiátricas o por agitaciones relevante dentro de la carga de trabajo de los SEM y las diferencias encontradas entre ellos pueden deberse a la dispar aplicación de procedimientos de manejo y atención, que pueden afectar a los datos recogidos o a la propia actividad.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-193

CONSULTA PEDIÁTRICA DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS DE LA GERENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN

P Aguado Saster, N López Cabeza, J Ibáñez Frías, J Abia González, J Martínez Bausela

Centro Coordinador de Urgencias de la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Valladolid.

Palabras claves: consulta pediátrica, enfermería, emergencias sanitarias

Objetivos:

El inicio del trabajo de los profesionales de enfermería en el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) ha supuesto un incremento progresivo de tareas, además de las propias de la Regulación Sanitaria

Material o pacientes y método:

: Se inicia en 2013 en la provincia de Valladolid, extendiéndose durante 2013 y 2014 al resto de la provincias de Castilla y León. La consulta se realiza de lunes a viernes de 15:00 a 8:00 y sábados, domingos y festivos las 24 horas.

Resultados:

Desde abril hasta diciembre de 2013 se recibieron 4.769 llamadas en la provincia de Valladolid, de las cuales se resolvieron 3.903 (81,8%), se derivaron a Atención Primaria 491 (10,35) y a Atención Especializada 374 (7,8%) En 2014, se extendió al resto de la Comunidad, se recibieron 15.568 llamadas, de las que se resolvieron 12.547 (80,6%), se derivaron a Atención primaria 1.136 (7,3%) y a Atención Especializada 1.185 (12,1%) Motivos de consulta mas frecuentes: Asesoramiento y medicación: 40,66%; Fiebre: 16,29%; Náuseas y vómitos: 6,32%. Diarrea: 4,37%; Tos: 2,97% Con relación a los días de la semana, los jueves, sábados y domingos, fueron los de mayor demanda de atención con un 14,08%, 18,17% y 15,83% respectivamente. Los pacientes mayores de 2 años (40%), han sido los que mayor número de consultas telefónicas han demandado, frente al 6% de los menores de 1 mes. Por otra parte, el 52,48% del total de las llamadas fueron referentes a problemas de salud, en pacientes masculinos.

Conclusiones:

La consulta pediátrica desarrolla una importante actividad, siendo una actividad asistencial del personal de enfermería del Centro Coordinador de Urgencias de la Gerencia de Emergencias Sanitarias, con tendencia a incrementarse y con vocación de consolidación

P-194

MEDICACIONES PREVENTIVAS EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO QUE FALLECEN EN UNA UCE

J Hortal Carmona (1), L López Pérez (1), I Aguilar Cruz (1), A Amezcua Fernández (1), A García Morón (1), B Amini Shervin (2)

(1) Hospital de Alta Resolución de Guadix, (2) Hospital de Baza. Guadix.

Palabras claves: bioética, demencia, prevención

Objetivos:

El desarrollo de la farmacología en torno al control de factores de riesgo ha dirigido gran parte del gasto sanitario farmacéutico hacia la prevención, lo que supone un desvío de recursos de personas enfermas hacia las sanas. Sin embargo el balance riesgo/beneficio de estos fármacos en pacientes ancianos y frágiles es desfavorable toda vez que es improbable que estos fármacos logren su objetivo y sin embargo si produzcan efectos adversos.

Material o pacientes y método:

Revisión de las historias clínica anonimizadas de los y las pacientes fallecidos en la UCE durante los años 2007 y 2008. Determinar cuantos de ellos y ellas tienen entre sus antecedentes deterioro cognitivo, demencia o similares, y de entre ellos, cuales están tomando medicaciones con intención preventiva.

Resultados:

Durante 2007 y 2008 fallecieron en la UCE 54 personas: - 17 presentaban el deterioro cognitivo entre sus antecedentes (32%). - 7 de estos pacientes con deterioro cognitivo presentaron fármacos con intención preventiva (41%)

Conclusiones:

El 32% de los pacientes fallecidos en una UCE en los años 2007 y 2008 padecían algún grado de deterioro cognitivo de los que el 41% tomaban alguna medicación con intención preventiva que deben ser catalogadas de inapropiadas. Esto supone una práctica con escasa beneficencia, alto riesgo de maleficencia y que afecta a la justicia distributiva por cuanto desvía los recursos sanitarios limitados hacia prácticas inútiles.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-195

VALORACIÓN DE LA COMORBILIDAD ASOCIADA A LA FRACTURA TRAUMÁTICA DE CADERA EN URGENCIAS COMO FACTOR PRONÓSTICO DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA

M Liñán López, F Santaella Aceituno, E Roca Fernández Castansys, E Gómez García, A Pineda Martínez, E Viciano Ortiz de Galisteo

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Palabras claves: fractura de cadera, morbilidad, gestión

Objetivos:

La fractura traumática de cadera en anciano es una patología muy prevalente en nuestro servicio de urgencias hospitalario (SUH).

Material o pacientes y método:

Descriptivo prospectivo de Enero a Junio 2014 inclusive, de pacientes atendidos por fractura traumática de cadera y posteriormente intervenidos, recogiendo parámetros clínicos que fueron tabulados mediante Excel 2007.

Resultados:

se analizaron 243 pacientes (todos fueron intervenidos). El motivo más frecuente fue caída accidental (96%). Predominaron mujeres (73%) con edad media de 83,26 años (moda 87 y rango 51-102 años). Las fracturas predominantes fueron: pertrocantéreas (47,4%), subcapitales (27,8%). El 71,5% tenía ASA preoperatorio superior a 3, siendo solo 4,5% intervenido con anestesia general. La demora pre quirúrgica media fue de 3,7 días y la estancia media 9 días. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular: 53% hipertensos, el 21% diabéticos (DM), 11% tenían cardiopatía isquémica previa y 69% presentaban fibrilación auricular. Un 16% estaban antiagregados y un 6,3% anticoagulados. La media de consumo de fármacos era 5/paciente. Un 5,8% presentaba antecedentes de insuficiencia cardíaca y de EPOC 11%. El 61% sufrían algún tipo de deterioro cognitivo y un 14% tenían diagnóstico de demencia. El índice de Charlson medio fue 2,18. El Barthel fue 39,73. Un 21% de los pacientes estaba institucionalizado previo al ingreso y hubo un 7,5% de institucionalizaciones nuevas al alta. Hemos observado que a mayor grado de dependencia (Barthel) y comorbilidad (Charlson), más tiempo de demora quirúrgica, así como que la DM, EPOC, y anticoagulación juegan un papel importante en el posterior tiempo de estancia hospitalaria y de su riesgo de complicaciones.

Conclusiones:

La fractura traumática de cadera es una patología de media-alta complejidad en nuestro centro por su importante comorbilidad asociada. Es necesario el trabajo conjunto mediante equipos multidisciplinares para la atención integral a este tipo de pacientes. Un abordaje integral con una correcta valoración funcional en el SUH es clave de cara a disminuir la estancia hospitalaria posterior y sus posibles complicaciones.

P-196

USUARIOS MAS FRECUENTADORES DE UN PUNTO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

MG Pérez Carretero, JC Rojas Pichardo

UGC Camas. Sevilla.

Palabras claves: urgencias, usuarios, extrahospitalarios

Objetivos:

Habitualmente realizamos auditorías anuales, cuyo objetivo es ver la evolución de la asistencia, así como los puntos mejorables, para poder aumentar la eficiencia y la eficacia de nuestro punto de urgencias.

Material o pacientes y método:

Diseño: Descriptivo transversal. Años 2010, 2011 y 2012. Ámbito: Dispositivo y Unidad de Cuidados Críticos de Urgencias (DCCU y UCCU) en centro de Atención Primaria periurbano. Sujetos: Usuarios atendidos en DCCU y UCCU durante el año 2012, 2011, 2010. Variables medidas: sexo, edad, punto de asistencia y derivaciones.

Resultados:

AÑO 2012: Se auditaron 697 historias clínicas. El 55,7% eran mujeres. La edad media fue 35,22 años (IC 95% 34,33 a 36,11). La asistencia fue en el punto de urgencias en el 95% de los casos, en domicilio el 4,3%. Año 2011: Se auditaron 818 historias, correspondiendo el 59,8% a mujeres. La mayor frecuentación, según la edad se produce en el intervalo de 21-30 años, (17,60%), de 31-40 años (14,79%). La asistencia en el centro es de un 95,9%, en domicilio 4,09%. Año 2010: Se auditaron 656 historias, correspondiendo el 57,4% a mujeres. La frecuentación por edades fue del 86,1% (15-65 años), siendo la franja de 20-40 años, la más numerosa.

Conclusiones:

Objetivamente, el usuario de urgencias más habitual es: mujer, con una edad media de 35 años y que es asistida en el propio centro. Existe poca variabilidad en los años auditados. Sería interesante actuar sobre este colectivo y determinar la existencia de otras causas coadyuvantes, que aumenten la patología en estas edades. Una vez realizada esta actuación sería conveniente valorar su repercusión.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-197

LA PERSONALIZACIÓN DEL CUIDADO: ESTRATEGIA PARA HUMANIZAR LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

M Valenzuela Anguita (1), L Cibanal Juan (2)

(1) Hospital Morales Meseguer. Murcia, (2) Universidad de Alicante

Palabras claves: humanización, personalización, urgencias

Objetivos:

La personalización del cuidado debe comprenderse como una estructura organizativa que permita la expresión del cuidado humanizado hacia el paciente/familia en el servicio de Urgencias, aumentando la calidad del mismo.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio con metodología cualitativa. La muestra se obtuvo mediante un muestreo teórico hasta la saturación de los datos. La recogida de los datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas. Los datos se analizaron mediante un análisis del discurso y mediante la codificación y la categorización de los mismos se obtuvieron cuatro grandes categorías.

Resultados:

Se han realizado 7 entrevistas. Las categorías que han emergido tras el análisis del discurso son: Cuidado personalizado: los profesionales de enfermería manifiestan que proporcionar un cuidado más individualizado e integral, teniendo en cuenta la subjetividad y unicidad de la persona permite una valoración holística del paciente. Responsabilidad del profesional: el profesional de enfermería adquiere el compromiso en referencia al cuidado del paciente y su familia, intentando cubrir todas sus necesidades, además aclarando sus dudas y dándole información que necesite sobre el proceso. Nuevas formas de atención: Los profesionales de enfermería plantean un nuevo modelo para prestar sus cuidados dentro del Servicio de Urgencias, en el que la personalización y la continuidad del cuidado del paciente adquiere un gran protagonismo, denominado Enfermera-Referente. Sentimientos de los profesionales: Los profesionales de enfermería manifiestan que el realizar un cuidado individualizado les genera satisfacción y les resulta gratificante, ya que les permite un mayor contacto y la sensación de un trabajo bien hecho.

Conclusiones:

Para los profesionales de enfermería, un aspecto que humaniza los cuidados de enfermería es la personalización del cuidado, está caracterizada por un cuidado personalizado en el que el profesional adquiere la responsabilidad y el compromiso. Se propone como modelo de atención dentro del servicio de Urgencias "El modelo Enfermera- referente" que permite una mayor continuidad y seguimiento del paciente, además de crear un clima de confianza y de apoyo emocional tanto a éste como a su familia.

P-198

ANÁLISIS DE CALIDAD DE LOS ACV ATENDIDOS EN EL 2014 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

MJ Morales Acedo, M Rizo Hoyos, P del Pino Valverde, M Nogues Herrero, RG Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki

Hospital de Antequera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. Málaga.

Palabras claves: garantía de la calidad de atención de salud, ictus, auditoría médica

Objetivos:

En nuestra Unidad Clínica existe una gran implicación de los profesionales en la atención a los pacientes con Ictus, habiéndose trabajado diferentes protocolos desde el año 2010.

Material o pacientes y método:

Pacientes atendidos en el año 2014 en la Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias con diagnóstico al alta de ictus o ACV. Muestreo aleatorio sistemático. Muestra: 113 pacientes. Periodo: enero-diciembre de 2014. Fuente de datos: historia clínica.

Resultados:

-Se han atendido 113 pacientes. -Un 66,07% tienen una edad de hasta 80 años (74) y 38 (33,93%) tienen una edad > a 80 años. - 65 varones (57,14%), 48 mujeres (42,86%). - En cuanto a tiempo de evolución de los síntomas, diferenciamos entre: A. Paci.

Conclusiones:

Los resultados indican que existe una atención de gran calidad a los pacientes con Ictus. A pesar de ello son necesarias áreas de mejora:

- Actividad de promoción de salud sobre ictus.
- Reforzar el conocimiento de los factores cerebrovascular en los profesionales.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-199

¿HA IMPACTADO LA CRISIS ECONÓMICA EN LA DEMANDA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS?

E Cardona García, JC Medina Álvarez, JF Peris Giner, J Fernández Campillo, E Tidrenczel

Hospital de Torrevieja. Elche.

Palabras claves: urgencia hospitalaria, economía, impacto

Objetivos:

La demanda de los servicios de urgencias es uno de los factores más importantes en el ámbito de la sanidad sobre todo por el crecimiento progresivo. La definición de urgencias por la OMS "la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia".

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo desde el 2006 hasta el 2014 de los pacientes cápita/no cápita asistidos en el servicio de urgencias. Análisis de incremento o disminución de demanda en relación con la evolución del Producto Interior Bruto (PIB).

Resultados:

Analizando los datos obtenidos se puede observar un descenso medio anual del 2,2% desde el 2007 hasta el 2011 en la demanda de urgencias en nuestro hospital, coincidiendo con la curva de descenso del PIB desde el 2007 al 2010. En el 2011 se observa un pequeño incremento del PIB pero nuestra demanda en urgencias continua en descenso (1,3%). A partir del 2012 hemos visto incrementada nuestra demanda en 2,37% de media anual, no coincidiendo con el PIB en 2012 que sufrió un descenso de -1,5. En estudios realizados en otros países han observado una media del incremento de visitas al servicio de urgencias en 2,7%.

Conclusiones:

No se han encontrado referencias de la relación del PIB con la demanda en urgencias, pero se puede concluir con los resultados que en nuestro Hospital que presenta un pico de urgencias en épocas estivales se ha visto influido por la crisis económica del país excepto en el 2012 donde se observó un incremento de urgencias con una disminución del PIB.

P-200

OBSERVACIÓN DE URGENCIAS: ¿SON SUFICIENTES 24 HORAS PARA DECIDIR DE FORMA ADECUADA?

R Casero Gómez, A Ríos González, V Álvarez Rodríguez, M Merlo Loranca, P Bazán Domínguez, E Aznar Andres

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Palabras claves: observación, estancia, ingreso

Objetivos:

El Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe (SUHUG) dispone de un Área de Observación (AO) cuya estancia máxima se establece en 24 horas. Durante el año 2014, más de un 25% de los pacientes ingresados en dicha AO superaban este tiempo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal, sin intervención, de >14 años que ingresaron y permanecieron más de 24 horas en el AO del SUHUG durante el año 2014. Utilizamos datos del registro de Observación y la historia clínica de nuestro centro. No precisamos consentimiento informado. Los datos se recogieron de forma anónima.

Resultados:

Durante el año 2014 se atendieron 67.763 pacientes en el SUHUG. De ellos, ingresaron en observación 7.610 pacientes (11.23%) A pesar de que se estimó un periodo máximo de estancia de 24 horas a partir de las cuales se debía decidir destino del paciente (hospitalización o alta), se observó que el 23,14% (1761 pacientes) permanecían entre 24 y 48 horas y un 2,30%(175 pacientes) superaban las 48 horas. El porcentaje de ingresos de los que permanecían <24 h fue del 29,68 %, entre 24 y 48 h, ingresaron 958 (54,40 %) y de los que llevaban >48 h, ingresaron 126 (72%) Del grupo que superaban las 48 h: 144 estaban a cargo de Urgencias, 21 de cirugía y el resto repartidos entre traumatología, cardiología, digestivo, cirugía vascular, ORL y urología. De ellos, 7 pacientes eran ingresos sin cama (pacientes hospitalizados pendientes de cama) Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron: Insuficiencia cardíaca, dolor abdominal, asma exacerbado, EPOC reagudizado y obstrucción intestinal.

Conclusiones:

El porcentaje de ingreso se incrementó a medida que aumentó el tiempo de estancia en el AO del SUHUG. El AO constituye una herramienta de gran importancia en el manejo de los pacientes agudos que acuden al SUHUG. No obstante, es necesario tomar decisiones en tiempo para evitar demora en los ingresos y estancias prolongadas en áreas no adecuadas para tal fin.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-201

VALORACIÓN DE UNA ALARMA INFORMÁTICA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS A TRABAJO SOCIAL EN LAS ASISTENCIAS EN URGENCIAS POR MALOS TRATOS

M Daza López, N Pou Canales, F Casarramona Lobera, I Angulo Ortega, G Salas Franco, J Camacho del Valle

Hospital de Mataró. Mataró.

Palabras claves: maltrato, alarma, trabajo social

Objetivos:

Los malos tratos son frecuentes, principalmente los padecen las mujeres. Los profesionales del Servicio de urgencias (SU) tenemos un importante papel en la detección y atención de estas situaciones. Es preciso disponer de los conocimientos, circuitos y recursos para garantizar una buena asistencia, coordinada e integral (médica / psicológica / social / jurídica y de protección). Trabajo social (TS) es hace cargo de la gestión de los casos declarados y intenta establecer un plan de trabajo con la víctima. La activación se realiza directamente en horario de presencia o mediante comunicado de notificación específico. Ante la sospecha de una baja activación del protocolo de malos tratos, se creó una alarma informática en abril de 2014, aprovechando la informatización del Comunicado Judicial, de obligada cumplimentación en caso de lesiones

Material o pacientes y método:

- Creación de un grupo de trabajo con responsables de las áreas afectadas: Dirección, SU y TS. - Detección informática de los pacientes marcados en el Comunicado Judicial como maltrato. - Creación de un grupo de trabajo con responsables de las áreas af

Resultados:

Durante los años 2011, 12 y 13 se declararon 35, 28 y 30 sospechas de malos tratos. Las mas numerosas por la violencia machista con 29,16,21 y la infantil con 6,11,7 respectivamente. Con la alarma informática, en 9 meses se han registrado 70 casos, 60 por violencia machista, 9 infantil y 1 a gente mayor

Conclusiones:

La creación de una alarma informática desde el SU a TS de las asistencias en urgencias por malos tratos, aumenta significativamente las detecciones y permite una identificación de las víctimas más eficiente y segura y una actuación más rápida y integral.

P-202

SEGURIDAD DEL PACIENTE. ERRORES DE MEDICACIÓN AL ALTA DE PACIENTES ANCIANOS QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS

F Santamarina Carbajal, E Puga Montalvo, P Rivas del Valle, C Soria García, A Jaldo Sánchez, S de Haro Oriola

Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Palabras claves: seguridad, errores, medicación

Objetivos:

Los errores de medicación se producen frecuentemente en la prescripción médica, sobre todo en los casos de polimedición y, en particular, durante la transición asistencial.

Material o pacientes y método:

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Urgencias de un Hospital durante los meses de Octubre a Noviembre de 2014. Se realizó revisión de informes de alta hospitalaria de pacientes ≥ 75 años, seleccionados de forma aleatoria. Se desarrolló el proceso de conciliación de la medicación pautaada mediante comparación de dos listados: a) medicación previa a la visita b) medicación pautaada tras la visita a Urgencias. Se identificaron las diferencias, clasificándolas como errores de medicación o como discrepancias justificadas (en base al análisis del resto de información clínica disponible, diagnóstico al alta...). *Análisis estadístico con SPSS. Se ha respetado la confidencialidad de los datos.

Resultados:

Fueron analizados 120 informes de alta. El 57,5% eran mujeres. La edad media fue de 82 años. El 69,16% tenía algún grado de deterioro cognitivo y el 32,5% provenía de residencias de ancianos. El diagnóstico más frecuente fue el de Infección Respiratoria seguido con Insuficiencia cardiaca. Los pacientes recibían una media de 5 medicamentos permanentes previos a la visita, que tras el alta se incrementaba como mínimo en 2 medicamentos más. En el proceso de conciliación de medicamentos, se encontraron discrepancias en informes (65,83%): la omisión de un medicamento fue el error de medicación más frecuentemente detectado (79,74%), dosis errónea (34,17%) y duplicidad de medicación (32,91%), Etc...

Conclusiones:

La prevalencia de la polifarmacia en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas es elevada debido a la alta comorbilidad asociada. Se detectaron más errores de medicación al alta en aquellos pacientes que tenían mayor comorbilidad y en los que se prescribieron más fármacos. Podemos destacar el alto número de errores de medicación detectado. Este hecho podría explicarse, en parte, porque el trabajo se llevó a cabo en un servicio de Urgencias donde las condiciones latentes de riesgo son muy importantes (escasa información sobre el paciente, presión asistencial...).



GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-203

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE MAYOR EN LA ASISTENCIA SANITARIA DESARROLLADA EN UNA GRAN CIUDAD POR UN SISTEMA DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

A Tapia Lobo (1), M Marcos Alonso (2), JD Pasalodos Sanguino (2), A Osorio Gozalo (2), C Feital García (2)

(1) Hospital Universitario Infanta Leonor, (2) Samur-Protección Civil. Madrid.

Palabras claves: anciano, urgencias, satisfacción

Objetivos:

En el año 2001 se produjo en nuestro país un punto de inflexión en la demografía ya que el porcentaje de la población infantil se vio superado por la población mayor de 65 años. Este suceso supone un importante cambio en la sociedad. Naciones Unidas estima que en el año 2050, España será el 2º país más envejecido del mundo.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo, Inclusión : pacientes mayores de 65 años atendidos por SAMUR-PC entre los años: 2011-2014. Se ha utilizado como fuente de datos las encuestas telefónicas de satisfacción de los usuarios de SAMUR-PC que se realizan anualmente (los ítems se evalúan por la escala de Likert de 0 a 5)

Resultados:

Se ha analizado una muestra de 574 pacientes, de los cuales 261 eran hombres y 313 mujeres, con edades comprendidas entre los 65 y 98 años de edad, de los cuales el 64% no precisaron traslado hospitalario frente a un 35.71% que si lo necesitaron.. El 38.26% de las respuestas fueron valoradas con un 4 y el 57.49% con un 5. En la atención personal, valorada del mismo modo, el 34.08% de las respuestas la valoraron con un 4 y el 54.93% de ellas con un 5.

Conclusiones:

El perfil es mujer de 77 años que suele estar acompañada por familiares, con una percepción de tiempos de respuesta en torno a 10-15 minutos. Los resultados del estudio revelan una alta satisfacción del paciente geriátrico asistencial y personalmente. Aunque el estudio es limitado en cuanto a población ya que la encuesta es limitada y falta información como patologías previas, naturaleza de los sucesos, etc... Para saber más sobre la adecuación de nuestros procedimientos de actuación y recursos materiales a las necesidades de los mayores.

P-204

SEGURIDAD DEL PACIENTE: ESTANDARIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LAS PERFUSIONES DE RIESGO EN URGENCIAS

M Calafell Alemany, AM Roco García, A Martín Pérez, M Cardenal Falcón, G González Mateos, C de Vera Guillén
Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Palabras claves: seguridad, estandarización, perfusiones

Objetivos:

"Medicamentos de alto riesgo" son aquellos que tienen un riesgo muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en su utilización. Eso no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de producirse, las consecuencias son más graves. Estos fármacos deben ser objetivo prioritario en todos los programas de seguridad clínica hospitalarios.

Material o pacientes y método:

Se estableció un listado con todos los fármacos considerados de riesgo que se utilizan en urgencias, y se procedió a colocarlos en una bandeja diferente del resto. Se elaboró una tabla estandarizada de perfusiones, donde las dosis de medicamento, los disolventes y las concentraciones finales son las más comunes. Se aseguró el cumplimiento mediante la obligatoriedad del uso de etiquetas prediseñadas. En dichas etiquetas adhesivas, la enfermera cumplimenta los datos básicos: paciente, fecha, hora de preparación, inicio y responsable. Se divulgó en sesiones a todo el equipo asistencial, así como a la Dirección Médica y de Enfermería

Resultados:

Entre las fechas 15/09/2014 y 31/01/2015 se prescribieron en urgencias 402 perfusiones de riesgo de las cuales 97 % correspondían a la pauta estandarizada. De estas, 95,1% han sido identificadas de forma inequívoca con etiquetas prediseñadas (el dato indirecto del consumo de etiquetas se utiliza como indicador de cumplimiento)

Conclusiones:

En el día a día del servicio de urgencias, la implementación de una medida de seguridad relacionada con la administración de fármacos ha sido acogida con gran satisfacción por parte de los profesionales de enfermería y médicos. La dificultad que suponía el cálculo de dosis y velocidades de infusión en fármacos cuyo uso no es tan frecuente, y que además, suelen ser pautados en situaciones críticas y de stress, se ha visto minimizada con el uso de las tablas estandarizadas y de etiquetas prediseñadas. El uso de etiquetas, elimina además la diversificación y la variedad a la hora de identificar una perfusión.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-205

PERMANENCIA EN URGENCIAS MÁS DE 24 HORAS. PERFIL DEL PACIENTE

J Valdueza Sandin, E Caldevilla Bernardo, A Valencia Dutor, E Paniagua Gutiérrez, J Garcés Molina

Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey, Madrid

Palabras claves: estancia, calidad, hospitalización

Objetivos:

La permanencia en Urgencias Hospitalarias más de 24 horas puede ser causa multifactorial. El indicador 55 de calidad de los Servicios de Urgencias en la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, establece que no debe superar el 1%.

Material o pacientes y método:

La historia clínica está informatizada con Selene 5.0. Se trata de obtener, con la aplicación Datawarehouse, cuáles son los pacientes de estancia superior a 24 horas, con las variables seleccionadas en el periodo a estudio.

Resultados:

Durante el año 2014 se atendieron 73.934 Urgencias, 202 urgencias/día, 58.016 adultos y 15.918 pediátricas. Pacientes adultos en Urgencias con estancia superior a 24 horas, fueron: 2.044 (3,52%). De estos, 1.221 cursan con hospitalización y el resto, 823 pacientes (1,41%), permanecen en urgencias pendientes de evolución antes de ser dados de alta. Si se analiza por meses, aparecen diferenciados los meses de invierno: noviembre (206), enero (263) y febrero (209), frente a un promedio de estancia de más de 24 horas de 171,1 y una mediana de 157,5. La mediana de tiempos de espera por niveles de gravedad, desde clasificación hasta primera valoración por facultativo, en Urgencias es: Nivel 3: 10 minutos, Nivel 4: 19 minutos, Nivel 5: 20 minutos. La tasa de ingreso en pacientes adultos en Urgencias es: 8,47%.

Conclusiones:

La historia clínica informatizada permite saber con precisión la estancia media de pacientes en Urgencias. Los tiempos medios de espera en Urgencias están acordes a lo esperado atendiendo a su nivel de gravedad. De los pacientes que permanecen en Urgencias más de 24 horas, un alto porcentaje están pendientes de hospitalización, favorecer el flujo de estos puede disminuir la ocupación en urgencias. Pacientes que están más de 24 horas en urgencias y son dados de alta desde aquí, constituyen el 1,41% del total. El análisis pormenorizado de estos casos podría esclarecer la razón por la que se aumenta la estancia en éstos.

P-206

PROYECTO CHECKLIST ZONA DE CRÍTICOS DE URGENCIAS

L Fadrique Millán, P Royuela Ruiz, JR Oliva Ramos, JA Moche Loeri, F García Martín, JC Sánchez Rodríguez

Urgencias. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.

Palabras claves: checklist, critical care, emergency

Objetivos:

Desde hace unos diez años se han implantado los checklists (o listas de comprobación) en quirófanos y Cuidados Intensivos favoreciendo la seguridad. En este trabajo estudiamos su introducción en la Zona de Críticos de Urgencias (ZCU) de nuestro hospital. Nuestra ZCU está dotada de 3 camillas y un 4º espacio para paradas cardiorrespiratorias. Es atendida por un médico, una enfermera y una auxiliar (TCAE).

Material o pacientes y método:

Durante 2 meses se rellenó un checklist de todos los pacientes atendidos en ZCU. Tenía los siguientes ítems: filiación del paciente, hora de entrada, de salida, de información a familiares y de cambio de pañal, motivo de consulta, pruebas complementarias, interconsultas, escala de coma de Glasgow y destino. Una semana antes del inicio del proyecto se encuestó a 22 médicos, 32 enfermeras y 27 TCAE sobre la ZCU: ¿Crees que es adecuada la forma en que realizamos el cambio de turno? . Puntúa de 0 a 10 cómo se desarrolla el cambio de turno Puntúa el grado de trabajo en equipo . Tras finalizar el proyecto, se pasó de nuevo la encuesta a 21 médicos, 29 enfermeras y 19 TCAE.

Resultados:

Se atendió a 224 pacientes (58% hombres) y la edad media fue de 68,8 años. En cuanto a las encuestas: al 54% les parecía adecuado el cambio de turno frente al 41% que refería que no. Con el uso del checklist al 55% le parecía que el cambio de turno mejoraba respecto al 41% que refería que no. Las diferencias entre categorías profesionales no fueron significativas ($p>0,05$). La puntuación del cambio de turno era de 6,38 (previo al checklist) y de 6,90 (después) ($p:0,076$). En el caso de los médicos las diferencias sí que son significativas: 6,24 (previo al checklist) a 7,75 (después, $p:0,002$). El grado de trabajo en equipo apenas se modifica: 6,99 (previo al checklist) a 6,81 (después, $p:0,53$).

Conclusiones:

El uso del checklist en la ZCU mejora el cambio de turno, pero no ha conseguido mejorar el trabajo en equipo. Futuros estudios serán necesarios para evaluar la seguridad lograda con el uso de checklists en las ZCU hospitalarias.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-207

ESTANCIAS SUPERIORES A 24 HORAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

L García Pérez, N Ortells Abuye, J Román Martínez
Hospital de Palamos. Palamós, Girona

Palabras claves: urgencias, estancia, gestión hospitalaria

Objetivos:

La estancia en los Servicios de Urgencias (SU) superiores a 24 horas es un indicador de calidad y debe ser inferior a un 1%.

Material o pacientes y método:

Estudio analítico transversal donde se incluyen todos los pacientes visitados en urgencias con una estancia superior a 24 horas, durante el año 2013. Se incluyeron variables sociodemográficas (edad y sexo) y clínicas (hora llegada, diagnóstico, destino, hora ingreso, motivo, especialidad, .. ect). Se realizó una estadística descriptiva con el paquete estadístico SPSS 20.

Resultados:

En el 2013 se visitaron en urgencias un total de 59.672 pacientes, de los cuales 217 estuvieron más de 24 horas (0,4%) en el SU. Un 52,1% (113) fueron mujeres, la media de edad de 69,46 ($\pm$ 17,7). La estancia media fue de 28,19 horas ($\pm$ 5,03). La incidencia más alta se produce en el mes de febrero (17,1%), de lunes a miércoles (58,1% de), pendientes de ingresar en hospitalización (62,7% de) en medicina interna (49,3%). El motivo más frecuente de la demora es la falta de camas (36,9%) seguido de pendiente de mejoría clínica (24%) y pendiente de diagnóstico (14,3%). Los pendientes de diagnóstico un 57,1% estaban pendiente de la unidad del dolor torácico, 22,9% pendientes de pruebas de imagen y un 20% pendiente de endoscopia. Hay unas horas donde es más frecuente hacer la petición de ingreso a las 13 horas (12,8%), 19 horas (11%) ya las 8 de la mañana (8,1%) y los ingresos suben a planta la gran mayoría en horario de mañanas. Existe una relación significativa ($P < 0,001$) entre turno de llegada urgencias y turno de ingreso en planta.

Conclusiones:

La incidencia por esta demora es baja cumpliendo el indicador de calidad. El motivo más común es la falta de camas y la mayoría de los ingresos se producen en horario de mañanas.

A-208

ENTREGA DE MEDICACIÓN AL ALTA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

MJ Venegas de L'Hotellerie, M Vicente Martín), N Hayajneh Carrillo, E Ruiz Sariago), A García García, B Rodríguez Miranda
Hospital Rey Juan Carlos. Madrid.

Palabras claves: medicación, alta, urgencias

Objetivos:

Los médicos de Urgencias de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) no tienen posibilidad de emitir recetas, por lo que existe una situación de descubierto en la continuidad asistencial de sus pacientes hasta que no acuden a Atención Primaria (AP). Según la Resolución 417/08 de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, existe la obligatoriedad de administrar el tratamiento a los pacientes en el momento del alta de Urgencias en cantidad suficiente hasta su contacto con Atención Primaria.

Material o pacientes y método:

La medicación más utilizada (definida por consenso entre ambos servicios a partir de los gastos previos originados) está organizada en las cajoneras de las consultas médicas del área de Consultas en forma de dosis/día. Es posible disponer de otra medicación mediante solicitud a Farmacia o en el armario de farmacia de Boxes. En el momento del alta, el médico de Urgencias proporciona al paciente aquellos fármacos necesarios para su tratamiento registrándolo en la historia electrónica (HCE) además de realizar el correspondiente informe de alta donde consta principio activo/nombre comercial, posología y duración del tratamiento.

Resultados:

En octubre 2014 se evaluaron 290 informes mediante una auditoría externa. En el 82,45% figuraba el tratamiento farmacológico (principio activo o nombre comercial y posología). En un 71,92%, la duración. Se ha realizado también una encuesta telefónica en la que el 86,04% de los entrevistados manifestaron haber recibido la medicación al alta. Tras 6 meses de experiencia, se evaluó el registro en la HIE y resultó que en un (....) de las altas constaba que se había hecho entrega de la medicación.

Conclusiones:

La protocolización y sistematización de actos aparentemente sencillos como entregar la medicación al alta mejora el cumplimiento de las normas por parte del profesional pero, además redonda en la satisfacción del paciente y asegura la continuidad y el cumplimiento terapéutico al alta, minimizando los escalones entre los distintos niveles asistenciales.



GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

A-209

DISEÑO DE UN PLAN DE FORMACIÓN ANTE SITUACIONES DE RIESGOS NBQ. LA OPORTUNIDAD DE APRENDER ANTE SITUACIONES DE CRISIS POR ALERTAS SANITARIAS INTERNACIONALES

M Pedreira Pernas, MV Barreiro Díaz, M López Pérez, B Eiras Tasende, JA Iglesias Vázquez, L Sánchez Santos

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.
Pontevedra.

Palabras claves: Ébola, emergencia, medical service-training

Objetivos:

Los protocolos de actuación ante riesgos NBQ deberían formar parte de los protocolos de los SEM. Las situaciones de crisis ante alertas epidemiológicas, como la crisis del ébola, pueden ser una oportunidad para reforzar la motivación del personal para participar en la formación específica ante este tipo de situaciones.

Material o pacientes y método:

Urgencias Sanitarias de Galicia-061 fue designada como el centro de referencia en nuestra comunidad para el traslado de pacientes con sospecha de Ébola hasta el hospital de referencia (Hospital Meixoeiro). Esto hizo necesario la elaboración de un protocolo de actuación para el traslado de pacientes con Ébola y el diseño de un plan de formación, para que todo el personal implicado en la atención a estos pacientes estuviese perfectamente informado del funcionamiento del protocolo, y del manejo con seguridad de equipos de protección individual (EPI) para estos casos. Se formó un grupo de profesionales (médicos y enfermeros), como formadores para el personal con posibilidad de intervenir en un traslado.

Resultados:

Se diseñó un protocolo de actuación inicial, en agosto de 2014. Posteriormente se realizó el diseño del plan de formación, y una nueva revisión del protocolo en octubre de 2014, con las nuevas indicaciones de la OMS. El plan de formación incluía una jornada teórica de epidemiología del ébola y protocolo de actuación (4 horas), una jornada teórico-práctica (4 horas), y dos talleres de formación en manejo de EPI (4 horas cada uno), en grupos reducidos. Se realizaron un total de 11 talleres teórico-prácticos y 31 talleres prácticos, para personal médico, enfermero y TES. El personal formado fue: 60 médicos, 56 enfermeros y 80 TES de USVA. Además, a petición, se realizaron 7 sesiones teóricas con información básica del protocolo y formación de prevención de infecciones al personal TES de USVB, participando en los mismos 493 TES.

Conclusiones:

Las situaciones de crisis ante alertas epidemiológicas constituyen una oportunidad de mejora para la actuación ante riesgos NBQ en los SEM.

A-210

TRANSPORTE PEDIÁTRICO POR UNIDADES NO PEDIÁTRICAS: UNA REALIDAD

I Feliu Pérez, D Denia Samper, S Regordosa García, M Hidalgo García, J Vega Calveres, JP Fabregat Sanjuan

Institut Català de la Salut. Lleida.

Palabras claves: pediatrics, emergency medical services, prehospital services

Objetivos:

El Servicio de Emergencias Médicas de Cataluña, dispone de 468 unidades de transporte sanitario. 394 de ellas son unidades de soporte vital básico i 74 son unidades de soporte vital intermedio y avanzado. Sólo dos de ellas son unidades de soporte vital avanzado pediátrico. Es habitual que, unidades no pediátricas realicen la atención primaria y el transporte a hospital definitivo de pacientes pediátricos. En la actualidad, son escasas, o ninguna, las unidades de transporte sanitario, ya sean básicas, intermedias o avanzadas que dispongan de dispositivos de retención infantil para el traslado. Por éste motivo, los profesionales de dichas unidades acudimos a métodos que podríamos llamar de fortuna, para realizar de forma segura el traslado de estos niños.

Material o pacientes y método:

Mostraremos de forma gráfica mediante fotografías cómo adaptamos el transporte en casos reales (con autorización verbal de los padres).

Resultados:

El paciente pediátrico es trasladado de forma segura gracias a las modificaciones realizadas con el material disponible en nuestras unidades.

Conclusiones:

Aunque en la actualidad no disponemos de los dispositivos existentes en el mercado, gracias al ingenio de los profesionales de la emergencia, es posible realizar el transporte pediátrico primario de forma segura y eficaz.



GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

A-211

ATENCIÓN DE URGENCIAS DOMICILIARIAS REALIZADA POR UNA UNIDAD DE SOPORTE VITAL AVANZADO

O Marquina Peralta, M Puig Pintó, J Castany Pich, A Pau Massoni, JP Fabregat Sanjuan, M Castells Pons

Instituto Catalán de la Salud. Lleida.

Palabras claves: home care services, ambulances, advanced life support

Objetivos:

La unidad de soporte vital avanzado que se encuentra ubicada en la ciudad de Tarrega durante unas horas al día es la encargada de atender las urgencias domiciliarias de esta población. Actualmente en nuestro entorno hay una gran demanda de atención sanitaria en pacientes que no pueden o no quieren ir a un centro sanitario, por el motivo que los profesionales tenemos que acudir a su casa para valorar la gravedad de su patología.

Material o pacientes y método:

Se realiza un estudio retrospectivo sobre la atención sanitaria en las urgencias domiciliarias en el ámbito de la asistencia comunitaria realizado por una Unidad de Soporte Vital Avanzado. A continuación valoramos cuántos son altabales con tratamiento domiciliario o recomendaciones sanitarias, trasladados por una Unidad de Soporte Vital Básico o por una Unidad de Soporte Vital Avanzado.

Resultados:

Con la elaboración de este póster queremos tener un mayor conocimiento de nuestra actuación en la atención domiciliaria. Comparando los resultados podemos valorar si realizamos muchos traslados hospitalarios y cuantas veces en lugar de atender una urgencia domiciliaria nos encontramos una emergencia sanitaria que requiere nuestra activación.

Conclusiones:

Gracias a los resultados obtenidos podemos mejorar nuestra actividad profesional mejorando la actuación y la indicación de nuestros traslados y así intentar evitar un coste económico extra y una mejor atención al paciente.

A-212

FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEPENDIENTE DE URGENCIAS (UCEU). UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA

L Lapuerta Irigoyen (1), P Guallar Sola (1), A Martínez Fernández (2)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Santa Bárbara. Gerencia Integrada de Soria, (2) Servicio de Urgencias. Hospital Fundación de Calahorra. La Rioja.

Palabras claves: unidad de corta estancia de urgencias, gestión clínica, alternativa a hospitalización convencional

Objetivos:

La gestión clínica es un modelo que incorpora a los profesionales en la gestión de los recursos. Permite descentralizar la toma de decisiones, y dotar a las unidades de la capacidad para gestionar sus actividades. Como cambio sobre el modelo tradicional, se constituyen las Unidades de Corta Estancia de Urgencias (UCEU). Su puesta en funcionamiento se debe al constatar el elevado porcentaje de ingresos y estancias inadecuadas. En general, en la UCEU recibe ingresos de pacientes cuya enfermedad se prevé un alta rápida (inferior a las 72 horas).

Material o pacientes y método:

La UCEU de la Gerencia integrada de Soria (GIS) se puso en funcionamiento en mayo del 2011. Es pionera en la Comunidad de Castilla y León. Dispone de 6 camas, dos con posibilidad de monitorización continua. En el año 2014, ingresaron 629 pacientes con una estancia media de 1.02 días. La UCEU es atendida por especialistas del propio servicio. Dispone una cartera de servicios, si bien en momentos de colapso, se han utilizado la UCEU para paliar la falta de camas.

Resultados:

Durante el 2014, ingresaron 629 pacientes. La media de edad fue de 64,6 años, y la estancia media de 1.04 días. Dos pacientes (0.3%) permanecieron mas de 72 horas. Del total de ingresos en UCEU, 88 precisaron ingreso convencional (13.9%) bien por complicaciones o mala selección al ingreso. Los diagnósticos más frecuentes ha sido la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la patología cardiaca.

Conclusiones:

La reducida estancia hospitalaria, es la razón de la UCEU. Un correcto funcionamiento y una selección de ingresos, puede suponer una reducción del 5% del total de ingresos hospitalarios, liberando camas de hospitalización. Pero para el buen funcionamiento hace falta una selección de pacientes, y personal experimentado, lo cual permitiría un mejor funcionamiento en jornadas tanto diurnas como nocturnas. Para finalizar, indicar que el total de estancias ahorradas han sido >800, comparado con la hospitalización convencional, con un ahorro estimado de más de 300.000€.

GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

A-213

TRASLADOS INTERHOSPITALARIOS. MEJORA DE LA CALIDAD CON LA IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE TRANSPORTE

YM Hernández Montes, E Lopera Lopera, J Pedraza García,
JF Tejeda Agredano

Hospital Valle de Los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba

Palabras claves: traslados interhospitalarios, calidad asistencial, protocolo de transporte

Objetivos:

El traslado interhospitalario de un paciente suele ser un procedimiento en el que el personal sanitario responsable debe realizar tareas administrativas a la vez que asegurar la continuidad de cuidados para el paciente. Es muy importante conocer las incidencias que surgen en cada uno de los traslados realizados. Para ello hemos realizado un estudio retrospectivo que refleja los problemas, dificultades y deficiencias surgidos en todo el proceso del traslado desde el hospital emisor hasta la recepción del paciente.

Material o pacientes y método:

Indicadores, evaluación y seguimiento. Registro escrito en Historia Digital (Diraya) de cada traslado realizado, aplicación de ítems según protocolo de transferencia (información verbal/escrita) entre los diferentes niveles que intervienen en el traslado, registro de la escala de adecuación del tipo de recurso asignado para el traslado secundario de pacientes de Moreno *et al.*, documentación clínica del paciente, consentimiento informado, documento de prescripción de transporte en ambulancias.

Resultados:

La implantación de un protocolo de traslados supone una mejora integral de todo el proceso del traslado interhospitalario, implica una mejora de calidad, permite la evaluación de los problemas detectados con posibilidad de incorporar mejoras en el área de conflicto.

Conclusiones:

El transporte interhospitalario se ve influenciado en gran medida por la falta de un protocolo consensuado por todas las partes implicadas en este proceso, debiendo reflejar los diferentes aspectos que conlleva la derivación de un paciente hasta otro Hospital.

A-214

ADAPTACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS A PACIENTES CON TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA

J Valdueza Sandín, E Caldevilla Bernardo, M Ibáñez Pardo,
MP López Franco

Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey. Madrid

Palabras claves: adaptación, trastorno espectro autista, pictograma

Objetivos:

El Trastorno Espectro Autista (TEA) es una disfunción neurológica crónica con fuerte base genética que, desde edades tempranas, se manifiesta en una serie de síntomas basados en la interacción social, comunicación y falta de flexibilidad en el razonamiento y comportamientos. Según la Confederación Autismo de España, la prevalencia de la enfermedad es de 1 de cada 150 niños.

Material o pacientes y método:

Mediante la colaboración de la asociación SuresTEA, se han elaborado pictogramas con los que los pacientes pueden asociar/identificar qué técnicas se le van a realizar en todo momento. Estos pictogramas se colocan en diferentes Áreas del servicio de Urgencias y Sala de Radiodiagnóstico por Imagen. Incorporación de pizarras magnéticas en el Servicio de Urgencias, así como imanes con pictogramas que representan posibles motivos de consulta, adaptados a niños con este trastorno. Formación específica sobre el Trastorno Espectro Autista al personal del Servicio de Urgencias, por parte de psicólogos de la asociación SuresTEA. Divulgación de estas acciones, mediante sesiones generales, a las diferentes Unidades del Hospital Universitario del Sureste.

Resultados:

Sensibilización del personal ante pacientes con estas patologías. Mejorar, facilitar y ayudar la comunicación y la estancia entre pacientes con TEA, familiares y diferentes profesionales del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste.

Conclusiones:

El uso de herramientas gráficas e interacción, como pictogramas y pizarras magnéticas, pueden mejorar la comunicación y estancia de los pacientes con TEA y el personal del servicio de urgencias. Estas acciones disminuyen la ansiedad, generando confianza y seguridad en este tipo de pacientes y sus familiares.

A-215

AUDITORÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS, AÑO 2014

MN Pérez de la Serna, M Tejón Ruiz, M Bauman
Hospital Comarcal de Antequera. Málaga

Palabras claves: auditoría, consentimiento-informado

Objetivos:

Evaluar en nuestra unidad el cumplimiento del protocolo de consentimiento informado en aquellos procedimientos que lo requieran según orden de 8 Julio de 2009, Boja N 152.

Material o pacientes y método:

Muestreo aleatorio sistemático. En nuestra auditoría clínica hemos analizado 44 historias clínicas en las cuales se ha realizado un procedimiento que requiera consentimiento informado.

Resultados:

En 3 de las 44 historias no consta en la historia clínica que se haya solicitado consentimiento informado. En 38 de las de las 44 historias registradas se cumple con los ítems de realizar consentimiento informado según protocolo de la unidad.

Conclusiones:

Tras implantación de protocolo de consentimiento informado ha habido una mejora en el porcentaje de cumplimentación de los ítems requeridos para solicitud de consentimiento informado.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio



MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-216

**VALORACIÓN FUNCIONAL SUBJETIVA
EN URGENCIAS**

Y Petrova, C Fernández Alonso, ME Fuentes Ferrer,
J Perdigones, J González del Castillo, FJ Martín Sánchez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: concordancia, valoración funcional subjetiva, Barthel

Objetivos:

La Valoración funcional (VF) es una herramienta útil que no ha sido adaptada convenientemente al ámbito de Urgencias. Existe un interés creciente en realizar una VF abreviada.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado un estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes mayores de 75 años ingresados en la unidad de corta estancia (UCE) de urgencias del hospital Clínico San Carlos en el último trimestre de 2011. Se ha registrado la VF recogida en la historia clínica electrónica de urgencias. En ella se describe si el paciente es independiente para las actividades básicas de la vida diaria (IABVD), parcialmente dependiente (PDABVD) o dependiente (DABVD). A su vez se ha registrado el índice de Barthel basal recogido en la UCE. Se calculó la concordancia de la VF y la VF según el índice de Barthel tomando como referencia que IABVD = Barthel >90 (independiente o dependencia leve), PDABVD = Barthel 60-90 (dependencia moderada) y DABVD = Barthel <60 (dependencia severa). Análisis estadístico spss 15.0.

Resultados:

Se incluyeron 187 pacientes. La VF en urgencias se registró en 142 (75,9%) pacientes. 86 (60,6%) IABVD, 35 (24,6%) PDABVD y 21 (14,8%) DABVD. La VF en la UCE según el índice de Barthel se registró en 187 (100%) de pacientes. La mediana del Barthel basal registrado en la UCE fue 90 (65-95). Los pacientes considerados IABVD presentaron: 39 (45,4 %) Barthel >90, 43 (50,0%) Barthel 60-90 y 4 (4,6%) Barthel <60. PDABVD: 7 (20,0%) Barthel >90, 20 (57,2%) Barthel 60-90 y 8 (22,8%) Barthel <60. DABVD: 2 (9,5 %) Barthel >90, 3 (14,3%) Barthel 60-90 y 16 (76,2%) Barthel <60, $p < 0,001$. La Concordancia según índice de Kappa ponderado por pesos cuadráticos fue de 0,48.

Conclusiones:

La VF se realizó en la mayoría de pacientes incluidos en nuestra muestra. A su vez, tiene una modesta correlación con la valoración VF según el índice de Barthel. Si queremos realizar una VF más precisa debemos recurrir a herramientas estandarizadas.

O-217

¿POR QUÉ VAN LOS CHINOS A URGENCIAS?

H Liu Qiu, R García Gutiérrez, J Gómez Marco

Centro de Salud Las Calesas. Madrid.

Palabras claves: emergencias, asian continental ancestry group, emigration and immigration

Objetivos:

La población de origen chino se está incrementando progresivamente en algunas ciudades y concentrándose en determinados barrios. Existen escasa información sobre la utilización de las urgencias hospitalarias, probablemente en relación a barreras culturales y lingüísticas.

Material o pacientes y método:

Historias clínicas informatizadas de los pacientes atendidos en urgencias. Criterios de inclusión: Mayores de 18 años de origen chino que acudieron a Urgencias durante 2013. Criterios de exclusión: Menores de 18 años, urgencias ginecológicas. MÉTODOS: Análisis de las HC de pacientes atendidos de origen chino atendidos durante los meses pares del año 2013. Variables de estudio: edad, sexo, día y hora de la consulta, motivo, diagnóstico al alta (codificación CIE) y actitud terapéutica (alta, ingreso, muerte, traslado alta voluntaria). Análisis de datos: SPSS.

Resultados:

Se analizaron 740 HC, el 97% son menores de 60 años. Relación mujer/varón (51,7%, 44,8%). El 44,8% acudieron por la tarde y el 17% de madrugada. Uno de cada cuatro consulta el fin de semana. En un 21% de la HC no consta el motivo de consulta. Motivos más frecuentes: cuadros digestivos (17%), traumatismos 11%, los oftalmológicos 7,2% y otorrinolaringológicos 5,3%, y menos frecuentemente dermatológicos y urológicos. Diagnósticos más frecuentes: traumatismos 17,7%, los digestivos 14,8%, (dolores abdominales el 5% y las gastroenteritis 3,9%). El aparato locomotor representa 9,1%, siendo las algias inespecíficas lo más frecuente, 6,1%, seguido de lumbalgias 2,2%. Los cuadros oftalmológicos representan el 8,4%, los respiratorios 7,3%, destacando las infecciones de las vías altas con 3,9%. Las mujeres, consultan más por dolor abdominal y patología osteomuscular, en varones, las infecciones respiratorias, gastroenteritis y traumatismos. El 88% fueron dados de alta, 25 casos precisaron ingreso (3,3%). No consta ninguna defunción.

Conclusiones:

El perfil de paciente atendido es joven y activo, con problemas agudos como traumatismos, los cuadros abdominales, los problemas respiratorios y osteomusculares y con resolución favorable. Es significativo que en 1 de cada 5 historias no consta el motivo de consulta.



MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-218

FRECUENTACIÓN DE LAS PERSONAS MUY ANCIANAS (85 O MÁS AÑOS) A UN SERVICIO DE URGENCIAS: EL ANCIANO FRÁGIL

JA Álvarez Grégori (1), J González Rodríguez (1), R González Ornia (1), MF España (2), E González Cuevas (1), R Juárez González (1)

(1) Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, (2) CS. Garrido Sur. Salamanca.

Palabras claves: urgencias, envejecimiento, fragilidad

Objetivos:

La esperanza media de vida en el mundo al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años más. Este triunfo demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XXI significan que el número de personas de más de 60 años, que era de alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2.000 millones en el 2050.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo poblacional de muestreo consecutivo, no probabilístico, reclutando a todos los individuos que cumplieron los criterios de selección (mayores de 85 años que acude SUH del HNPS) durante el periodo del estudio.

Resultados:

20245 pacientes, de ellos 1655 (8,17%) mayores de 85 años, válidos 249, 153 mujeres (61,44%) y 96 varones (38,56%), mediana de edad 88 años, moda 86. Grandes Sds. Geriátricos: deterioro cognitivo 27,05%, incontinencia urinaria 19,67%, inmovilidad 20,49%, caídas/inestabilidad 11,07%. El 71% polimedicados (Moda 5 fármacos). 59,83% no institucionalizados de ellos, el 25,5% cumplen criterios de fragilidad. Un 15,6% de la población precisó ingreso (media nacional 27%), los diagnósticos más habituales fueron infección respiratoria 9,64%, ICC 8,03%, ITU 5,62%, AIT/ACVA 4,82%. El coste medio de atención en urgencias por paciente fue de 474,51€, con un coste total de 2.206.471€ anual (19% presupuesto total)

Conclusiones:

Los mayores de 85 años suponen aproximadamente el 8% de las visitas a urgencias pero, dadas sus características, son responsables de casi el 20% del gasto. Al menos un 25% cumplen criterios de fragilidad. Se deberían articular equipos multidisciplinares que detectaran precozmente dicha situación y así poder intervenir para disminuir el riesgo de dependencia y con ello mejorar calidad de vida y disminuir el gasto sanitario.

O-219

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL MOMENTO DE LA ADMISIÓN AL SERVICIO DE URGENCIAS

M Jordán Domingo (1), AC Baquer Sahún (1), M Martínez Díez (2), MC Lahoza Pérez (2), I Murillo Díaz de Cerio (3), D Sáenz Abad (3), M Tomey Montesinos (3)

(1) Cs Delicias Sur, (2) Cs Bombarda, (3) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: mortalidad, Índice de Charlson, Glucemia

Objetivos:

La asistencia sanitaria al enfermo hospitalizado pretende tratar la causa que motiva el ingreso así como detectar y tratar otros problemas de salud. El impacto esperado es reducir la estancia hospitalaria, disminuir los reingresos y en última instancia disminuir la mortalidad. Identificar factores presentes en el ingreso que se asocien a una mayor mortalidad hospitalaria permitiría incidir en ellos precozmente e intensificar la vigilancia de los enfermos en los que coexisten dichos factores contribuyendo a disminuir la mortalidad de los mismos.

Material o pacientes y método:

Estudio caso-control. Se seleccionaron como casos todos los pacientes fallecidos en el hospital entre el 1 de Julio y el 31 de Diciembre de 2014. Se eligieron como controles pacientes dados de alta durante el mismo periodo con un emparejamiento 1:1 por edad con un margen de ± 5 años. El punto final clínico fue la mortalidad intrahospitalaria. Se recogieron previo al ingreso variables clínicas (antecedentes personales, índice de Charlson, presión arterial (PA), temperatura) y analíticas (glucosa, creatinina (cálculo de filtrado glomerular (FG) por CKD-EPI), iones, hemograma y gasometría arterial). Se consideraron significativas las diferencias con $p < 0,05$.

Resultados:

Se incluyeron 1297 pacientes (650 casos y 647 controles). Hubo diferencias significativas de casos vs controles en índice de Charlson (2,9 vs 1,5, $p < 0,0001$), PAS (123 vs 135 mmHg, $p < 0,0001$), glucemia (155 vs 137 mg/dl, $p < 0,0001$), FG (54 vs 61 ml/min/1,73 m², $p < 0,0001$), sodio (138 vs 139 mEq/L, $p = 0,009$), saturación O₂ (92,6 vs 94,3%, $p < 0,0001$), hemoglobina (11,6 vs 12,8 g/dl, $p < 0,0001$), leucocitos (12846 vs 10547 por mm³, $p < 0,0001$), pH (7,37 vs 7,40, $p < 0,0001$) y lactato (3,3 vs 1,9 mmol/L, $p < 0,0001$).

Conclusiones:

Hay características en el momento del ingreso (Charlson elevado, hipotensión arterial, hiperglucemia, reducción del filtrado glomerular, anemia, hipoxemia, leucocitosis y aumento de lactato) que se asocian a un incremento de mortalidad intrahospitalaria. Los pacientes con dichas características requieren monitorización más exhaustiva desde la admisión.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-220

HALLAZGO RADIOLOGICO FRECUENTE EN LA INFANCIA: PSEUDOSUBLUXACIÓN C2-C3

E Alonso Formento, M Angulo Tabernero,
T Fernández Letamendi, E Suñen Sánchez, P Cuadra Giménez,
J Ungría Murillo

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: pseudosubluxación C2-C3 infantil, listesis C2-C3

Objetivos:

Las lesiones traumáticas de la columna cervical, generalmente consecuencia de traumatismos de alta energía como precipitados o accidentes de tráfico, son infrecuentes en los niños, representando el 1% de las fracturas pediátricas y el 2% de todas las le

Material o pacientes y método:

Se presenta un caso de un niño de 5 años de edad sin antecedentes médicos de interés y correctamente vacunado que acude a urgencias de pediatría de nuestro centro por dolor cervical tras caída desde un tobogán.

Resultados:

A la exploración física presenta dolor a la palpación de la musculatura paravertebral derecha, y lateralización del cuello hacia la izquierda. No déficits sensitivos ni motores distales. Se realizan radiografías cervicales de urgencias observando una listesis entre C2 y C3. Se decide realizar un TAC Cervical de urgencias que descarta la existencia de fracturas y la luxación o subluxación cervical. Se pauta inmovilización con collarín cervical blando y control analgésico.

Conclusiones:

El conocimiento de estas variantes resulta de gran utilidad para establecer correctamente el diagnóstico y aplicar el tratamiento oportuno, evitando así pruebas complementarias.

O-221

DETECCIÓN DE DONANTES EN URGENCIAS

E Salvo Marco, A Albiñana Fernández, A Mercado Pardo,
R Carbonell Vaya, P Romero, MJ Pérez Durán, J Galán Torres
Hospital Politécnico y Universitario La Fe. Valencia.

Palabras claves: trasplante, donación, urgencias

Objetivos:

Entre las estrategias para incrementar la donación de órganos se incluyen optimizar la donación en muerte encefálica. Otra ha sido la de valorar las posibilidades que ofrece el Servicio de Urgencias como posible fuente de donantes de órganos. Se está tomando en consideración también a los donantes mayores de sesenta años.

Material o pacientes y método:

Todos los pacientes ingresados en 2013, con diagnóstico de hemorragia parenquimatosa, ictus isquémico o hematomas subdural/epidural. Aplicación de protocolo conjunto entre ONT y Urgencias Valoración posterior a la aplicación del protocolo con la evaluación de los donantes detectados en 2014

Resultados:

36 pacientes fallecieron en 2013 en salas convencionales por lesiones encefálicas. La edad media de estos pacientes era de 80,7 años. Se seleccionaron a los que llegaron a urgencias con un Glasgow de menos de 8, que fueron 19 pacientes. Utilizando los criterios generales de exclusión para trasplantes, se excluyeron a 8 pacientes que no los cumplían. Por tanto 11 pacientes podrían haber sido posibles donantes de riñón o hígado. Pacientes cuya activación de posible donante depende del médico de urgencias Tras aplicación de protocolo en 2014, han sido detectados 10 posibles donantes, con una edad media de 73,2 años. Cuatro fueron donantes reales de 1 corazón, 2 hígados y 5 riñones. Supuso el 14% de todos los donantes en muerte encefálica de nuestro hospital.

Conclusiones:

Un 10% aproximadamente de los pacientes que ingresaron de forma urgente y que fallecieron en salas convencionales por lesiones potenciales de muerte encefálica, pueden ser donantes de riñón y/o hígado. Ninguno lo fue en 2013. La sensibilización de los profesionales de Urgencias para valorar a posibles donantes sin importar los grupos etarios de los pacientes y la realización de protocolos conjuntos con la ONT ha sido efectiva. El 14% de todos los donantes en muerte encefálica fue detectado en Urgencias. Supusieron el 7% de todos los donantes del año 2014.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-222

AQUÍ TIENES ESTE PACIENTE

ML López Pérez, I Aguilar Cruz, J Hortal Carmona, A García Moron, A Amezcua Fernández, B Amini Shervin

Hospital de Alta Resolución de Guadix. Granada.

Palabras claves: transferencia, paciente, urgencias médicas

Objetivos:

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios son de "libre acceso" tanto para pacientes que acuden por su propio pie como para aquellos que son trasladados por los dispositivos de urgencias extrahospitalaria. Todo médico "exige" que el paciente le aporte la máxima información posible sobre su patología, por este motivo, el Médico de Urgencias Extrahospitalarias (MUE), al realizar la transferencia debe de aportar el mayor número de datos sobre la patología del paciente y transmitírselo tanto por escrito como verbalmente al Médico de Urgencias Hospitalarias (MUH).

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio descriptivo transversal analizando la transferencia realizada entre MUE y MUH de un hospital de alta resolución que da asistencia a una población aproximada de unos 50.000 habitantes. La recogida de datos se realizó durante el período de 6 meses. Se analizaron datos demográficos, historia clínica (antecedentes personales (AP), constantes, sintomatología, exploración física, diagnóstico y tratamiento instaurado, así como la legibilidad de la escritura

Resultados:

27515 urgencias de las que 725 aportaban informes de MUE. La media de edad fue de 62 años. Un 8,8% del total de los informes eran ilegibles. Sólo un 45% recogían historia clínica completa además de ser legibles. Un 72% no recogían los antecedentes personales del paciente, un 18% no recogían en la historia clínica ni síntomas ni exploración física, un 8% no tenían diagnóstico de presunción en el informe y en un 52% no se administraba ningún tipo de tratamiento. Un 14% se encasillaba dentro de la patología traumática grave, en estos casos la transferencia fue perfecta. En un 2%, sólo se recogía el nombre del paciente.

Conclusiones:

La transferencia de los de pacientes entre los médicos, extrahospitalarios e intrahospitalarios es un acto vital para el paciente y para el buen funcionamiento de la sanidad, en este estudio se refleja que la mayoría de los informes tuvo una deficiente cumplimentación limitándose en muchos casos a dar una pobre información sobre el paciente. La coordinación extrahospitalaria e interhospitalaria debe de funcionar lo más cercana al 100%, por lo que se debe de trabajar duramente para perfeccionarlo.

O-223

MODELO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD AVANZADA (MACA) ¿ÚTIL A LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS EN LA TOMA DE DECISIONES?

D García Pérez, M Obiols, G Moratalla, J Rapelli, A Escalé, I Contreras

Althaia Xarxa Assitencial Universitària de Manresa. Barcelona.

Palabras claves: urgencias, geriatría, toma de decisiones

Objetivos:

El Departament de Salut de Catalunya propone implementar un modelo de atención integral a pacientes con enfermedad crónica compleja avanzada (MACA) y expectativa de supervivencia limitada que evite la atención reactiva y fragmentada. La identificación del paciente se realiza desde la Atención Primaria quien elabora el plan de decisiones anticipadas (PIIC) que incluye entre otras cosas el plan terapéutico y la definición de los roles de los distintos servicios en la atención convencional, continuada y urgente

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo, de pacientes MACAS que ingresaron en un hospital de referencia durante el 2014. Se revisó el PIIC a través de la historia clínica compartida. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la chi-cuadrado de Pearson y la ANOVA de un factor.

Resultados:

Ingresaron 253 MACAs, el 59,6% reingresaron y el 53,0% fueron éxitos durante los 6 meses siguientes. Se revisaron 127 (50,2%) PIIC. Edad media 82,3 años (DE=9,0) con un 48,8% hombres. El 85,8% procedían de domicilio, con mayor demanda entre 08:00-20:00 (70,7%). Consultaron por: Malestar general (27,6%), disnea (22,0%) y fiebre (15,4%). El 33,1% de los PIIC estaban correctamente cumplimentados, un tercio (34,2%) prefería el recurso hospitalario como primera opción ante una descompensación aguda. Se observaron diferencias en la cumplimentación del PIIC según el estado funcional. La media de Barthel en los PIIC cumplimentados fue 49,0 (DE=31) y en los parcialmente o no completados fue 66,7 (DE=32) y 66,3 (DE=28) (ANOVA=3,544, p=0,033). No hubieron diferencias en el grado de cumplimentación según la procedencia ni el deterioro cognitivo.

Conclusiones:

El grado de cumplimentación del PIIC es bajo y poco ayuda en la toma de decisiones. Los servicios de urgencias hospitalarios siguen resolviendo muchas agudizaciones esperadas de estos pacientes en horario donde todos los niveles asistenciales están disponibles. Sin embargo la identificación de MACAs es buena, planteándose el PIIC en aquellos que más pueden descompensarse por su fragilidad.

O-224

ANÁLISIS DEL PACIENTE HIPERFRECUENTADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

E Aznar Andrés, C González González, R Romero Pareja, J Montesinos Díaz, A García Pelaez, A Bordell Sánchez
Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Palabras claves: urgencia médica, atención ambulatoria, comorbilidad

Objetivos:

En nuestro medio existen pocos estudios que analicen la hiperfrecuentación en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). En el estudio FIDUR-CAM han participado los SUH de 17 hospitales de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) entre los cuales está el Hospital Universitario de Getafe. Este estudio se centra en los datos recogidos en dicho hospital de segundo nivel ubicado en la zona sur de la CAM.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo y transversal sin intervención. Se identificaron los pacientes ≥ 14 años que habían consultado más de 9 ocasiones el SUH en el 2013 a partir de los datos proporcionados por el servicio de informática. Se consultaron las historias clínicas y se recogió información relativa a datos sociodemográficos, derivación hospitalaria, motivo de consulta, sistema de triaje, zona de atención, comorbilidad (índice de Charlson), diagnóstico y destino al alta

Resultados:

Se atendieron 108 pacientes hiperfrecuentadores, con edad media de 64.9 ± 17.3 . El 60% eran hombres. Un 85% acudió a petición propia. De los derivados por orden facultativa la mayoría fueron por Atención Primaria (45,5%), seguidos por SU extrahospitalarias (22,7%). En el 92 % de los casos presentaban problema de salud reciente (<4 semanas). En cuanto al motivo de consulta lo más frecuente fue sintomatología cardiorrespiratoria (35%) seguido de digestiva (15%). El 63 % se ubicó en área de encamados, el 37 % en-área ambulatorio. El 46 % presentaba elevada comorbilidad (≥ 3 puntos). El 82 % eran independientes y el 91% no tenía deterioro cognitivo. La media de consumo de fármacos es 6. En el diagnóstico al alta el 30% presentaban problema infeccioso, 11% digestivo, 11% psiquiátrico, 10% cardiovascular. El 78 % recibió el alta frente al 22% de ingresados.

Conclusiones:

En nuestro medio el paciente hiperfrecuentador es con mayor frecuencia varón, de edad media, polimedcado, con buena situación basal y cognitiva, acudiendo a petición propia y por sintomatología reciente. Asocia alta comorbilidad en la mitad de los pacientes aproximadamente. La sintomatología más frecuente es cardiorrespiratoria, siendo ubicados en mayor porcentaje en el área médica de agudos y requiriendo ingreso hospitalario en un pequeño porcentaje.

O-225

CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL MOMENTO DE INGRESO HOSPITALARIO

M Martínez Díez, M Jordán Domingo, C Baquer Sahún, I Murillo Díaz de Cerio, MC Lahoza Pérez, JA Gimeno Orna, D Sáenz Abad

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: mortalidad, factores predictores, Charlson

Objetivos:

Pronóstico es según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua el juicio que forma el Médico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad y sobre su duración y terminación. Pronóstico de mortalidad se refiere a la predicción de qué enfermos pueden morir. La tarea más importante del Médico es predecir la probabilidad de que un enfermo fallezca pero ello se basa a menudo en la subjetividad y/o la experiencia. Estimar a priori lo que puede suceder permite tomar decisiones con mayor seguridad y evitar tanto el nihilismo como el encarnizamiento terapéutico.

Material o pacientes y método:

Estudio caso-control. Se seleccionaron como casos todos los pacientes fallecidos en el hospital entre el 1 de Julio y el 31 de Diciembre de 2014. Se eligieron como controles pacientes dados de alta durante el mismo periodo con un emparejamiento 1:1 por edad con un margen de ± 5 años. El punto final clínico fue la mortalidad intrahospitalaria. Se recogieron previo al ingreso variables clínicas (antecedentes, nivel de conciencia, índice de Charlson, presión arterial (PA), temperatura) y analíticas (glucosa, creatinina (con cálculo de filtrado glomerular (FG) por CKD-EPI), iones, hemograma y gasometría arterial). Se realizó modelo de regresión logística con procedimiento de exclusión secuencial para detectar factores predictores independientes de mortalidad durante el ingreso hospitalario.

Resultados:

Se incluyeron 1297 pacientes (650 casos y 647 controles). Los factores significativos en análisis multivariante, por importancia de poder predictivo, fueron el bajo nivel de conciencia ($OR=9,4$, $X^2=24,6$, $p<0,001$), la hemoglobina ($OR=0,82$, $X^2=18$, $p<0,001$), el lactato ($OR=1,27$, $X^2=16,6$, $p<0,001$), el índice de Charlson ($OR=1,24$, $X^2=15,1$, $p<0,001$), la necesidad de tratamiento con corticoides ($OR=1,7$, $X^2=5$, $p<0,025$) y la saturación de O_2 ($OR=0,97$, $X^2=3,5$, $p=0,05$).

Conclusiones:

Hay variables clínicas (nivel de conciencia, Charlson y necesidad de tratamiento con corticoides) fisiológicas (saturación de oxígeno) y analíticas (hemoglobina, lactato) que, recogidas en el momento de la admisión, predicen de forma independiente el riesgo de mortalidad intrahospitalaria.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-226

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES
HIPERFRECUENTADORES SEGÚN SU UBICACIÓN
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE GETAFE**E Aznar Andrés, C González González, R Romero Pareja,
J Montesinos Díaz, A García Pelaez, A Bordell Sánchez*Hospital Universitario de Getafe. Madrid***Palabras claves:** urgencia médica, atención ambulatoria, comorbilidad**Objetivos:**

En nuestro medio son pocos los estudios que analicen la hiperfrecuentación en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). En el estudio FIDUR-CAM han participado SUH de 17 hospitales de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) entre los cuales está el Hospital Universitario de Getafe. Este estudio se centra en los datos recogidos en dicho hospital de segundo nivel ubicado en la zona sur de la CAM.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo y transversal sin intervención. Se identificaron los pacientes hiperfrecuentes: ≥ 14 años que habían consultado más de 9 ocasiones el SUH en el 2013. Se consultaron historias clínicas y se recogió información relativa a ubicación, derivación hospitalaria, motivo de consulta, comorbilidad (índice de Charlson), diagnóstico y destino al alta.

Resultados:

Se atendieron 108 pacientes hiperfrecuentadores. El 63% se ubicaron en área de encamados, el 37% en área ambulatoria. Ambos grupos acuden con mayor frecuencia a petición propia, con problemas de salud reciente (<4 semanas) y buena situación funcional (79% son independientes, y de los dependientes el 71% se ubican en el área de encamados). Los pacientes con sintomatología cardiorrespiratoria, se ubican en su mayoría en área de encamados. Son pacientes con comorbilidad asociada (81% encamados y 60% área ambulatoria) siendo estadísticamente significativo ($p=0,034$). En cuanto a la realización de pruebas complementarias la proporción es similar en ambos grupos (74-78%), pero es curioso que en el área de encamados a 15 pacientes no se les realizan pruebas. El diagnóstico al alta más frecuente son procesos infecciosos (32% encamados y 26% ambulantes). Entre el 70 y el 90 % dependiendo de la ubicación, tras valoración y tratamiento son dados de alta ($p=0,028$). Los pacientes permanecen en urgencias <12 h en la mayoría de los casos (62% en agudos y el 77% en consultas)

Conclusiones:

En nuestro medio los pacientes hiperfrecuentadores más dependientes, con mayor comorbilidad y polifarmacia son atendidos en el área de encamados tal y como cabría esperar teniendo en cuenta el perfil global de la población.

O-227

**PROYECTO PARA ESTABLECER LA CORRELACIÓN
ENTRE LOS VALORES DE LACTATO EN GASOMETRÍA
ARTERIAL Y VENOSA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA PRINCESA**A Von Wernitz Teleki, JM Aguilar Mulet, J Val de Santos,
C Santiago Poveda, I Guerra Molina, C del Arco Galán*Hospital Universitario de La Princesa. Rivas Vaciamadrid. Madrid.***Palabras claves:** ácido láctico, análisis de los gases de la sangre, análisis químico de la sangre**Objetivos:**

Los niveles de lactato en sangre son un parámetro de utilidad en la práctica clínica habitual. En algunas situaciones resulta determinante en la toma de decisiones y en el nivel de cuidados requerido por el paciente. Existe controversia acerca de la adecuada correlación entre los niveles de lactato arteriales y venosos, tanto en la práctica clínica habitual como en la literatura científica.

Material o pacientes y método:

Diseño: Estudio prospectivo. Ámbito: servicio de urgencias. Tiempo: 23 de febrero a 6 de marzo de 2015. Población: pacientes que precisaban extracción de sangre arterial y venosa y que consultaron en el periodo de estudio. Variable principal: lactato en sangre venosa y arterial. Variables secundarias: sexo, edad, patología por la que consulta, diagnóstico al alta, pH, pO₂, pCO₂, bicarbonato estándar, exceso de bases, saturación de oxígeno. Análisis estadístico: análisis descriptivo de las variables y comparación de las mismas. Los análisis estadísticos se realizaron con SPSS 18.0.

Resultados:

Se recogieron 76 pacientes, 51,3% mujeres. Edad media 77,9 con desviación estándar de 12 y rango de 53. 60,5% consultaron por disnea y 13,2% por fiebre. Ingresaron el 68,4%. La media del lactato medido en gasometría arterial fue de 1,529 mmol/L con desviación estándar 1,1, en gasometría venosa fue de 1,893 mmol/L con desviación estándar de 1,2 mmol/L. La diferencia de ambas medias fue de 0,36 con un intervalo de confianza para la diferencia de 0,27-0,46. La correlación entre lactato arterial y venoso fue de 0,942. Los niveles de correlación también fueron elevados para pH, pCO₂ (0,82) y bicarbonato (0,95), mientras que resultaron muy inferiores para la pO₂ (0,31).

Conclusiones:

Los valores de lactato en sangre venosa presentan una adecuada correlación con los valores arteriales. Se precisarían más estudios para establecer si la diferencia entre ambos valores tiene relevancia clínica en la toma de decisiones, así como si existe algún factor que determine la misma, más allá de la fisiológica.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-228

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE ÉXITOS EN URGENCIAS

S Nuggerud Galeas, D Idoipe Rubio, C Canet Fajas, N Lozano Torrubia, A Cantín Golet

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.***Palabras claves:** respiratory insufficiency, cardiopulmonary resuscitation, death**Objetivos:**

La última década ha aumentado la expectativa de vida (último registro 82 años), y junto con esto la frecuencia de pluripatologías, muchas de ellas de carácter terminal con lo cual parece haber aumentado la tendencia de acudir a Urgencias a pesar de conocerse un desenlace fatal a corto plazo. Por esto hemos decidido analizar características de éxitos en nuestro Hospital.

Material o pacientes y método:

Se estudia el número de pacientes fallecidos previo a su ingreso hospitalario en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, en el periodo de tiempo comprendido entre enero y diciembre de 2014. Se analizan 88 pacientes de los que se ha recogido información sobre la edad, sexo, grado de dependencia, motivo de consulta, medio de transporte empleado para su llegada, causa de muerte, realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar entre otros.

Resultados:

Tras un análisis descriptivo se obtiene que la edad media de los fallecidos es de 82 años, la mediana 85, y la moda 87. El 56% de los pacientes son mujeres. Un 30,7% se encuentran institucionalizados. El 36% y el 25% son, respectivamente dependientes completa o parcialmente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Un 76% ya presentaban comorbilidad en relación con la causa de su fallecimiento, estando el 8% de ellos en fase final de su enfermedad. La principal causa de muerte es la insuficiencia respiratoria (19,5%), seguido de la patología neurológica (18%) y la sepsis (18%). En el 75% de los casos no se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar.

Conclusiones:

El prototipo de paciente que fallece antes de ser ingresado en planta de hospitalización durante su estancia en Urgencias, es una mujer octogenaria, no institucionalizada, parcial o totalmente dependiente para las ABVD, con comorbilidad asociada aunque no en fase terminal, siendo su principal causa de muerte la insuficiencia respiratoria. En la mayoría de los casos esperados, se instauró tratamiento paliativo, con limitación del esfuerzo terapéutico, respetando el deseo de la familia.

P-229

ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL PARA DETERMINAR LA PREVALENCIA DEL DOLOR EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

I López Isidro, D Ochoa Mazarro, C Pérez Hernández

*Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.***Palabras claves:** prevalencia, dolor, urgencias**Objetivos:**

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes de consulta.

Material o pacientes y método:

91 pacientes participaron en el estudio. Se recogieron características demográficas (edad, sexo, raza, estado civil, profesión y nivel de estudios). El dolor fue caracterizado en intensidad (escala EVA), tiempo de evolución, tratamiento, cuestionario de salud (EuroQuol) y productividad (WPAI).

Resultados:

Participaron 91 pacientes, 64 mujeres (70,3%). mediana edad 52,5 años (rango 16-89). Su situación laboral era variada, estando 37 (40,7%) en activo, 22 jubilados (24,2%) y de baja 4 (2 laboral (2,2%) y 2 por invalidez). 6 no tenían estudios (6,6%). 57 (62,6%) presentaban dolor en el momento de realizar la encuesta, siendo la primera consulta por este motivo en 35 (38,5%). La escala EVA mostró dolor intenso (valores 8 a 10) en 19 (20,9%). 45 pacientes (49,5%) tenían ya un diagnóstico etiológico de su dolor, recibiendo tratamiento 34 (37,4%) del total de pacientes encuestados. 44 (48,4%) cumplían correctamente el mismo, considerando 33 (36,3%) de ellos que estaban bien tratados, encontrándose satisfechos con él 25 (27,5%). El tratamiento lo manejaba su médico de atención primaria en 17 (18,7%) y el especialista en 44 (48,4%). De los que estaban en activo, 33 (50,8%) pacientes estaban asalariados. Del total, 27 (41,5%) estaban totalmente de acuerdo en que el dolor había condicionado sus labores, 21 (32,3%) aseguraban tener mucho dolor o malestar y 40 (61,6%) encontrarse moderadamente o muy ansiosos/deprimidos.

Conclusiones:

El dolor es uno de los síntomas más prevalentes en todos los pacientes que acuden a urgencias del hospital, con gran repercusión en su vida diaria. Sin embargo, la mayoría de los pacientes con dolor perciben que están siendo bien tratados.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-230

ANÁLISIS DE PACIENTES NONAGENARIOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

R Salas Campos, R Coll Colell, J. Delas Amat, C Fornós Asto, D Sort Granja, F Fernández-Monrás

IDCSALUD. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Palabras claves: nonagenarios, analisis, unidad corta estancia

Objetivos:

Las unidades de corta estancia se crearon como una alternativa o complemento a la hospitalización convencional con diseño y dinámica de trabajo que permite el alta del paciente a cualquier hora del día y cualquier día de la semana

Material o pacientes y método:

Se recogen prospectivamente y correlativamente desde su inicio todos los pacientes ingresados en la unidad de corta estancia desde su creación hace 3 años. Se registra edad, sexo de los pacientes, días de estancia, diagnóstico principal y número de diagnósticos al alta, reingresos, fallecimientos, traslado a otro servicio del hospital. Se analizan los primeros 100 pacientes ingresados desde el 1 de Enero de 2014, y los primeros 100 desde el 1 de enero de 2015, comparando dichos resultados.

Resultados:

DATOS 2014: Edad media 74,6. 22 eran mayores o igual a 90 años, 1 fallecimiento y ningún reingreso. 22 se trasladaron a otro servicio hospitalario. La media de días de estancia del total de los 100 pacientes fue 3,45, y de los nonagenarios 3.35. El número medio de diagnósticos al alta fue 4.7 DATOS 2015: Edad media 76.1. 21 eran mayores o igual a 90 años, 1 fallecimiento y ningún reingreso. 7 se trasladaron a otro servicio hospitalario. La media de días de estancia del total de los 100 pacientes fue 2.95, y de los nonagenarios 2.9. El número medio de diagnósticos fue de 5.6

Conclusiones:

1. Las unidades de corta estancia médica son una buen recurso para pacientes de cualquier edad. 2. El mayor rodaje de los profesionales que dedican su tiempo a estos pacientes contribuye a una mejora en la reducción de los días de estancia incluso con mayor complejidad de los pacientes.

P-231

MORTALIDAD EN URGENCIAS: PERFIL CLÍNICO

A Estella García (1), MA Gracia Romero,
MD Lopera Arroyo

SCCU. Hospital SAS de Jerez. Jerez de La Frontera, Cádiz

Palabras claves: mortalidad, urgencias, perfil

Objetivos:

Las Urgencias hospitalarias suponen la principal puerta de entrada de pacientes al hospital, destacando no sólo el amplio abanico de patologías que se atienden sino también las diferencias en gravedad. Podemos diferenciar dos tipos de éxitus en los servicios de Urgencias, aquellos que son esperados como consecuencia de la evolución natural de enfermedades en sus últimos estadios y aquellas inesperadas que se producen como consecuencia de un cuadro clínico agudo.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo observacional en un servicio de Urgencias de un hospital comunitario. Se incluyeron los pacientes fallecidos en el servicio de Urgencias durante un año. Las variables de estudio fueron edad, sexo, causa del éxitus, antecedentes médicos, calidad de vida estimada mediante el índice de karnofsky < 50%. Los pacientes se clasificaron en función de si el éxitus fue esperado o no.

Resultados:

936 pacientes fallecieron en el hospital durante el año 2014, 73, un 7.8%, fallecieron en el servicio de urgencias. La edad media fue 77 ± 12 años. La mayoría de los pacientes eran pluripatológicos (78%). El 48% eran hombres y el 52% mujeres. 34 fallecieron de forma aguda (44%) y 42 de forma esperada o previsible por el curso natural de su enfermedad (66%). Las patologías por las que consultaron en urgencias se clasificaron como cardiológicas en el 34%, infecciosa 17%, respiratoria 14%, oncológica 12%, neurológica 8% y otras causas 10%. En un 14% se consultó con otros especialistas para valoración clínica decidiéndose actitud conservadora y evitar tratamientos invasivos al considerarse fútiles. Más de la mitad de los pacientes, un 54%, eran dependientes para las actividades básicas de la vida diaria.

Conclusiones:

La atención en Urgencias de pacientes al final de la vida supone un importante porcentaje de los pacientes que fallecen en dicho servicio. El perfil clínico predominante de los pacientes que fallecen en el servicio de Urgencias lo comprenden enfermos pluripatológicos con nivel de dependencia alto con afectación cardiorespiratoria y/o infecciosa.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-232

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES DE 85 AÑOS ATENDIDOS DURANTE UN AÑO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

M Sánchez Sánchez, E Bragulat Baur, A García Martínez, M Ortega Romero, E Gómez Angelats, C Hernandez Carcereny, J Escarrabill Sanglas,

Área de Urgencias. Dirección Médica. Programa de Atención a la Cronicidad. Hospital Clínic. Barcelona.

Palabras claves: cronicidad, edad avanzada, paciente crónico complejo

Objetivos:

La población ≥ 85 años atendida en los servicios de urgencias, constituye un subgrupo de usuarios que por su fragilidad, consumen un elevado número de recursos, poniendo de manifiesto la necesidad de mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Parece necesario conocer la demanda asistencial urgente que genera esta población para establecer opciones de mejora.

Material o pacientes y método:

Se registraron los datos de los pacientes ≥ 85 años atendidos en urgencias durante el año 2014, en relación al recurso utilizado para acceder a urgencias, nivel de triaje asignado, destino final y servicio de ingreso, así como el tiempo de estancia en urgencias.

Resultados:

Durante el año 2014 en el servicio de urgencias, se registraron 86006 episodios, de los cuales 11955 (13,9%) precisaron ingreso hospitalario. 7339 (8,5%) correspondían a pacientes ≥ 85 años, de los que 3088 (42,1%) fueron ingresados. 894 pacientes (28,9%) fueron derivados a otro centro hospitalario, mientras que 2144 (69,4%) ingresaron en el mismo hospital. 3996 pacientes (54,4%) fueron dados de alta. 184 pacientes (2,5%) fallecieron. 4624 pacientes (63%) utilizaron el transporte sanitario para acceder a urgencias, mientras que 1835 (25%) lo hicieron por iniciativa propia. 631 pacientes (29,4%) ingresaron en medicina interna y 351 (16,3%) en traumatología. 5274 pacientes (71%) fueron clasificados como nivel III de triaje. 1189 pacientes (16%) fueron asignados al nivel II de triaje. Hasta 426 pacientes (19,9%) acabaron siendo dados de alta hospitalaria desde urgencias, al no disponer de cama de hospitalización durante el episodio. La mediana del tiempo de estancia en urgencias para todos estos pacientes fue de 476 minutos.

Conclusiones:

En la actualidad, los pacientes ≥ 85 años atendidos en urgencias, constituyen un subgrupo de edad con una elevadas necesidades de ingreso hospitalario. Resulta necesario mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales para mejorar estos resultados.

P-233

DESCRIPCIÓN DE LAS REVISITAS DE LOS PACIENTES HIPERFRECUENTADORES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DEL SUR DE MADRID

C González González (1), E Aznar Andrés (1), JL Montesinos Díaz (2), A Bordell Sánchez (2), A García Peláez (2), R Romero Pareja (1)

(1) Hospital Universitario de Getafe, (2) Ud Sur de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid.

Palabras claves: episodio de atención, servicio de urgencias en hospital, síntomas

Objetivos:

Los episodios de atención reiterados en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son un fenómeno patente en la actualidad y, además, poco estudiado.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo y transversal sin intervención llevado a cabo en un hospital de segundo nivel de la Comunidad de Madrid, que participa en el estudio FIDUR-CAM. Se analizaron los pacientes que acudieron al SUH del Hospital Universitario de Getafe durante el año 2013 y se incluyeron los ≥ 14 años que consultaron en más de 9 ocasiones (hiperfrecuentadores). Se consultaron historias clínicas, recogiendo las siguientes variables: número de visitas, distribución según trimestres, los motivos de consulta de la primera visita y de las siguientes y exitus en la última. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.

Resultados:

Se incluyeron 108 pacientes, de los cuales el 50% acudieron más de 11 veces (11- 87). La media de visitas en el primer trimestre fue 3.14 ± 3.9 , en el segundo 3.74 ± 2.9 , en el tercero 3.47 ± 3.1 y en el cuarto de 2.5 ± 3.3 . Los motivos de consulta índice más frecuentes fueron: síntomas cardiorrespiratorios (35%), digestivos (15%), psiquiátricos (10%), urológicos (10%), y un 30% por otros. Los motivos de visita más frecuentes fueron: clínica cardiorrespiratoria (90.7%), digestiva (3.7%) y urológica (2.8%). El motivo de consulta de las visitas coincidió con el de la visita índice en 5.4 (± 8.9) ocasiones y el 50% de los pacientes hiperfrecuentadores (PH) refirió el mismo motivo de consulta de la visita índice en más de 3 ocasiones. En el 50% de los PH el motivo de visita fue distinto al de la visita índice en más de 8 ocasiones. En el 9.3% de los PH se registró exitus en la última visita.

Conclusiones:

El número de visitas es similar en los tres primeros trimestres, disminuyendo en el último, como consecuencia de que el estudio es de un año natural. El motivo de consulta de las visitas no suele coincidir con el de la visita índice, aún siendo en ambos casos la clínica cardiorrespiratoria la más frecuente. La muerte acontece en un porcentaje no desdeñable de pacientes hiperfrecuentadores.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-234

TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS EN ANCIANOS EN URGENCIAS DEL HOSPITAL EL ESCORIAL

S Gayoso Martín (1), JF Madrigal Valdés (1), M Pouplana Malagarria (2), C Tejero Pallarés (1), E Mora Bastante (1), MA Huerta Fernández (1)

(1) Hospital El Escorial, (2) Consultorio Colmenarejo. Colmenarejo.

Palabras claves: traumatismos craneocerebrales, ancianos, hemorragia intracraneal

Objetivos:

El TCE es prevalente en ancianos. No existen guías que indiquen su manejo según el riesgo de HIC determinado por comorbilidad. En nuestro centro supone un alto número de camas en urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de 65 ancianos con TCE en UHE, hospital comarcal con alta proporción de población geriátrica.

Resultados:

El 62.3% eran mujeres, 21.5% vivían en residencias. La mayoría de los que vivían en domicilio tenían supervisión adecuada. El 86.2% de los TCE eran de baja energía. Según la escala de HISS, 81.5% eran TCE mínimo (Glasgow 15 sin pérdida de conocimiento) y el 12.3% leve (Glasgow 15, pérdida de conocimiento menor a 5 minutos). El 90.8% presentaban Glasgow 15 al ingreso. Factores de riesgo de HIC: 16.9% tenían insuficiencia renal, 4.6% hepatopatía, 9.2% trombopenia. 24.6% tomaban ácido acetilsalicílico, 4.6% clopidogrel, 7.6% nuevo anticoagulante, 33% acenocumarol y 3.1% recibían doble antiagregación o antiagregación y anticoagulación. El 59% de los tratados con acenocumarol tenían INR en rango. El 15% del total de pacientes tenía INR alto. El 84.6% no presentó HIC en tomografía axial computerizada (TAC) al ingreso, de ellos ninguno presentó eventos que hicieran necesario repetir el TAC las primeras 24 horas. De los que presentaron HIC, 83% estaban anticoagulados, 66% con acenocumarol. El 33% llevaban más de 12 horas de evolución. El 83% eran mayores de 75 años, 50% tenían al menos un factor de riesgo de HIC o alterada la coagulación.

Conclusiones:

Ningún paciente con TAC normal al ingreso ha presentado HIC. Los factores más relacionados con HIC han sido la edad y el tratamiento con anticoagulantes. Es necesario realizar más estudios para ver a qué tipo de pacientes hay que mantener en observación en Urgencias hospitalarias y durante cuánto tiempo.

P-235

¿ACUDEN LOS PACIENTES PALIATIVOS A URGENCIAS?

M Merlo Loranca (1), P Bazán Domínguez (1), V Álvarez Rodríguez (1), E Aznar Andrés (1), M Cuesta Rodríguez-Torices (1), C Vergara de Frutos (2)

(1) Hospital Universitario de Getafe. Madrid, (2) SESCAM, Toledo.

Palabras claves: cuidados paliativos, urgencias médicas, neoplasia

Objetivos:

Los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas acuden con frecuencia a Urgencias, por cuadros agudos o mal control de síntomas relacionados con su patología de base. En el caso de pacientes paliativos, esta visita puede ser importante para su evolución, aunque no se considera el lugar ideal para su atención.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal, sin intervención de pacientes en programa de CP que acuden a Urgencias entre febrero-mayo 2014 por cualquier síntoma. La recogida de datos se realizó de la historia clínica del centro. No precisamos solicitar consentimiento informado. El análisis de datos se realizó con SPSSv.19.

Resultados:

Acudieron 75 pacientes, generando un total de 137 consultas (1-4 visitas). Eran varones (60%) de 71±13 años, con una mediana de 4 enfermedades y tomaban una mediana de 8 fármacos. Características: 92% oncológicos (origen digestivo 39%, pulmonar 16%) con extensión metastásica (85%), sin tratamiento oncoespecífico (52%). El 72% acudieron por iniciativa propia, siendo la consulta más frecuente el dolor (24%) y el deterioro del estado general (19%). Los diagnósticos más frecuentes fueron infección (33%), progresión tumoral (25%) y mal control del dolor (10%). Dimos el alta al 68% y reconsultaron 36 pacientes (25% hasta 3 ocasiones). Fallecieron el 52%, precisando sedación 24 pacientes, la mitad de ellos por disnea severa. Los pacientes que acudieron por propia voluntad fueron dados de alta en mayor proporción ($p=0.014$) y reingresaron más ($p=0.023$), frente a los derivados por CP, que precisaron sedación al final de la vida ($p=0.035$).

Conclusiones:

Los pacientes que acudieron por voluntad propia presentaban patologías agudas que facilitaron el alta, aunque volvieron en más ocasiones, mientras que los derivados por CP precisaron ingreso y sedación en mayor medida. A pesar del impacto que produce a los pacientes paliativos acudir a Urgencias, estas son un elemento importante más en el circuito de atención, siendo fundamental la coordinación con otros niveles asistenciales.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-236

EFFECTO DE LA EDAD EN LA EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS A LO LARGO DEL TIEMPO EN UN HOSPITAL COMARCAL

JC Medina Álvarez, J Fernández Campillo, J Peris Giner, E Cardona García, V Schuerer, JA Rico Pecero
Hospital de Torrevieja. Torrevieja.

Palabras claves: edad, eficiencia, urgencias

Objetivos:

Publicaciones de los servicios de urgencias (EDS) han llamado la atención sobre el hacinamiento de pacientes y la escasez de camas. Pensamos que una importante causa subyacente podría ser un envejecimiento de la población en estos lugares. Por lo tanto, examinamos nuestra propia base de datos para ver si podemos distinguir tendencias que apoyarían la hipótesis que el hacinamiento podría estar relacionado con una población que envejece.

Material o pacientes y método:

Se realiza un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de los datos de los pacientes atendidos por el Servicio de Urgencias en dos periodos iguales de 1 año con una diferencia de 6 años entre ellos (2008: 70978– 2.014: 72140) para conocer como se ha modificado la eficiencia en esos períodos y su relación con la edad. Se dividen los pacientes en tres grupos: <30, 30-70, >70 años. Se analizan las variables edad, sexo, gravedad, tiempos hospitalarios, ingresos, pruebas analíticas y pruebas radiológicas, realizadas en ambos períodos.

Resultados:

Entre los periodos estudiados ha existido una diferencia de pacientes atendidos del 1,63%, siendo mayor en los mayores de 70 años 27,31%, mientras descienden en el resto de edades y aumenta al 46% si se compara con los >30 años. Respecto a los ingresos se ha aumentado un 3% aumentando la diferencia al 46% si se comparan los >70 con los <30 años. El tiempo de manejo de pacientes ha aumentado en un 12%. En los >70 años se ha alargado un 80% entre los dos periodos con 15% más de gravedad. En pruebas complementarias también existe un aumento entre ambos periodos que en las radiológicas es del 19% en TAC y en los >70 es del 44% respecto a los <30 años. En hemogramas el aumento es del 18%, aumentando al 49% si se compara en los dos rangos de edades.

Conclusiones:

Existe un aumento de presión en los Servicios de Urgencias que se encuentra correlacionado con la edad y con un aumento de la necesidad de investigaciones y de ingresos.

P-237

VARIACIÓN DE LA MORTALIDAD DE LAS PATOLOGÍAS INGRESADAS EN UCI DESDE UNA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIA: UNA PERSPECTIVA EN EL TIEMPO

J Álvarez Manzanares, I Cebrián Ruiz, JA Moche Loeri, R TALEGÓN MARTÍN, C Andreu Dallerés, R López Izquierdo
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Palabras claves: cuidados intensivos, mortalidad, protocolos

Objetivos:

Analizamos los pacientes que ingresaron en UCI desde una Unidad de Urgencias Hospitalaria para describir el tipo de patología ingresada y los posibles cambios en el tiempo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo. Ámbito: UUH. Criterios de inclusión: pacientes ingresados en UCI desde UUH en el primer semestre de 2010 y 2014. Variables: edad media(dt), género, diagnóstico al ingreso (DI), mortalidad a 90 días(M90). Comparación años 2010-2014. Variables cuantitativas: t- Student. Cualitativas: Chi-cuadrado, $p < 0,05$. Software SPSS 20.0

Resultados:

Total pacientes: 70318. 2010 vs 2014: 33616 vs 36702. Ingresos UCI: 518(0,73%) Ingresos 2010: 248(0,73%), 2014: 270(0,73%). Género: varón 65,1%, mujer 34,9%. Género/año: varón 64,9% vs 65,2%. Mujer: 35,1% vs 34,8%. Edad media(dt): 64,38(16,40). Edad media/año: 63,43 vs 65,25. Edad media/género(dt): varón 62,69(15,41), mujer 67,53(17,72). M90(2010vs2014): 14,3% (14,5% vs 14,1%), $p > 0,05$. M90/edad media: No 63,97(16,50), Sí 66,81(15,69). M90/género: varón 11,6%, mujer 19,3%, $p < 0,05$. DI (total y 2010 vs 2014): cardiológico: 54,1% (56,9% vs 51,5%), neurológico 10,8% (10,1% vs 11,5%), traumático: 8,5% (8,9% vs 8,1%), infeccioso 7,5% (6,0% vs 8,9%), respiratorio 5,8% (5,6% vs 5,9%), PCR: 4,2% (4,0% vs 7,0%). M90 por DI (total y 2010 vs 2014): cardiológico: 6,4% (5,7% vs 7,2%), neurológico: 25% (20% vs 29%), traumático 13,6% (18,2% vs 9,1%), infeccioso: 25,6% (46,7% vs 12,5%), $p < 0,05$, respiratorio: 33,3% (50% vs 18,8%), PCR: 50% (30% vs 66,7%).

Conclusiones:

No existen diferencias significativas en cuanto al porcentaje de ingresos, el género o la edad entre un año y otro. Ingresan de forma significativa más varones, aunque la mortalidad es significativamente superior en mujeres. La patología más ingresada es la cardiológica, seguida de la neurológica, aunque el mayor aumento fue en patología infecciosa. La mortalidad a 90 días no ha variado en general, aunque sí es significativa la disminución en enfermedades infecciosas (posiblemente en base a la instauración de protocolos de manejo en sepsis). En general, la mayor mortalidad la presentan la PCR, la patología respiratoria y la patología infecciosa.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-238

¿POR QUÉ TE VAS?: ANÁLISIS DE LAS ALTAS VOLUNTARIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

P Lázaro Aragüés, JA Sánchez Nicolás, MP Suárez Beke,
MJ Martínez Valero, A Marco Berna, LJ López Torres,
JL Otero Uribe

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

Palabras claves: emergency service, discharge, management

Objetivos:

El Hospital Universitario Reina Sofía se encuentra en el área metropolitana de la ciudad de Murcia, cuenta con una población diana de unas 230000 personas y atiende a diario más de 200 urgencias. Dada esta elevada presión asistencial todos los días se solicitan varias altas voluntarias (AV) en nuestro SU, las cuales tienen importantes implicaciones tanto en la salud del paciente como a nivel legal

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo de revisión de historias clínicas en el que se analizaron todas las AV que se produjeron en el SU durante el año 2014. Variables analizadas: Edad, sexo, antecedentes psiquiátricos predisponentes, motivo de consulta, tiempo de espera desde la llegada hasta la petición de pruebas complementarias tras la valoración médica (TETVM), tiempo de estancia, quién lo atendió, diagnóstico, tratamiento al alta y causas del AV.

Resultados:

Se analizaron 534 pacientes con edad media de 40 años, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo. Tan sólo en el 20% de los casos presentaban antecedentes psiquiátricos predisponentes. Los principales motivos de consulta: dolor abdominal (30,3%), consumo de tóxicos (10,3%), dolor torácico (9,09%) y disnea (7,9%). El TETVM fue de 28 minutos y el tiempo de estancia medio en el servicio de 150 minutos. No se han encontrado diferencias significativas entre el número de AV solicitadas al médico adjunto y a residentes. Diagnóstico al alta: No tiene (15%), intoxicación por tóxicos (12,12%), infección respiratoria (10,3%) y dolor abdominal a filiar (9%). En el 60% de los casos se incluyó tratamiento al alta y se justificó la causa de la petición de AV. El motivo más frecuente es el no desear más pruebas complementarias (39,6%) seguido de no querer ingreso (30,3%).

Conclusiones:

Importancia de la adecuada cumplimentación de las AV por el personal médico dadas las implicaciones legales para el médico y la salud del paciente. En nuestro caso el tiempo de demora en el servicio, la existencia de antecedentes psiquiátricos y quién atiende al paciente parecen no estar implicados en la solicitud de AV.

P-239

SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE PALIATIVO EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

JM Giner Morales, JA Díaz Ricós, C Cercos Lletí

Hospital Doctor Peset Valencia. Paterna.

Palabras claves: paliativo, NECPAL, ingresados

Objetivos:

Los pacientes oncológicos en fase avanzada así como los afectos de insuficiencia específica orgánica en etapas finales, frecuentan de manera importante los servicios sanitarios de urgencias.

Material o pacientes y método:

Se analizan los ingresos realizados en los días 19,20 y 21 de diciembre de 2014. Se realiza a través de registro facilitado desde admisión hospitalaria. Por medio de la historia informatizada se recoge información de cada uno de los pacientes a través de una hoja de recogida de datos que incluye: instrumento NECPAL (instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidad de atención paliativa en servicios de salud y sociales), servicio de ingreso, duración del ingreso, destino al alta, etc. Análisis de los datos con spss.

Resultados:

Ingresan 114 pacientes, de los que 27 (23,68%) tiene necesidades paliativas. Analizando este grupo de 27 pacientes: -La edad media es de 81 años. - Ingresan en los siguientes servicios: corta estancia 4 (14,8%), medicina interna 12 (44,4%), oncología 2 (7,4%), otros servicios 9 (33,3%). - En orion están recogidos como admisión a paliativos 1 paciente (3,7%), y 26 no (96,3%). En abucasis están como paliativos 2 pacientes (7,4%), 25 no (92,6%). - De los 27 pacientes, 6 son oncológicos (22,2%), y 21 no oncológicos (77,8%). - Son de baja complejidad 20 pacientes (74,1%), de media complejidad 6 (22,2%), y de alta complejidad 1 paciente (3,7%). - En relación al circuito previo de estos pacientes, 13 (48,1%) provienen de C. Ext, 3 pacientes de SPUHD (11,1%), y no habían sido seguidos 11 (40,7%) pacientes. - La estancia media de los ingresos es de 7 días. - El destino que siguen estos pacientes es: 7 pacientes (25,9%) a AP, 3 (11,1%) a UHD, 4 (14,8%) a C. Ext, 2 (7,4%) a Padre Jofre, 7 pacientes (25,9%) fueron éxitos, y 4 fueron enviados a domicilio (14,8%).

Conclusiones:

- Existe una proporción considerable de paliativos. - En su gran mayoría no identificados como tal. - Muchos sin seguimiento previo por su enfermedad. - Ausencia de control especializado posterior. - Necesidad de circuito específico, con adaptación de los recursos.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-240

LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y CALIDAD DE VIDA DEL NIÑO: ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS PEDIÁTRICOS.

C Perruca Martínez, T Berrio Aliu, C Cordon Bueno,
P Rimbau Muñoz, W Ricart Engel

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona.

Palabras claves: alfabetización en salud, padres, servicio de urgencia en hospital

Objetivos:

La alfabetización en salud, garantiza una mayor eficacia en la utilización de los recursos sanitarios. El aumento de las demandas asistenciales que se ha constatado en los servicios de urgencias hospitalarios pediátricos por problemas no urgentes, ha generado la necesidad de analizar la probable relación existente y de otros factores que pueden estar relacionados con la misma, como la percepción de calidad de vida que tienen los padres de sus hijos.

Material o pacientes y método:

Estudio piloto transversal realizado en el servicio de urgencias del hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta durante los meses de Mayo-Julio. Se realizó una selección de conveniencia con la inclusión de 43 casos. Para medir el nivel de alfabetización y la calidad de vida percibida se utilizaron los cuestionarios HLS-EU-Q47 y TAPQOL10. La población estudiada se dividió en 2 grupos según el nivel de alfabetización. Se estudiaron y compararon las características y el uso de las demandas asistenciales.

Resultados:

El 61,5% de los padres presentan un nivel de alfabetización inadecuada o problemática (grupo A) y el 38,5% de los padres tienen una alfabetización suficiente o excelente (grupo B). Entre los 2 grupos, no se observan diferencias en el número de hijos ($p = 0,125$) y cobertura sanitaria ($p = 0,142$) ni en ninguna dimensión de percepción de calidad de vida (digestivo, $p = 0,198$). La fiebre representa el 87,5% de los motivos de consulta con una diferencia significativa en las recidivas ($p = 0,046$), sin observarse diferencias entre los grupos de alfabetización ($p = 1,000$).

Conclusiones:

No se observan diferencias entre los grupos de alfabetización de los padres. No obstante, un elevado número de padres presentan un nivel de alfabetización inadecuada o problemática. Este aspecto debe ser considerado en futuras investigaciones sobre la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios pediátricos.

P-241

¿LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN URGENCIAS?

I Aguilar Cruz, J Hortal Carmona, MI López Pérez, A Amezcua
Fernandez, A García Moron, B Amini Shervin

Hospital de Alta Resolución de Guadix. Granada.

Palabras claves: pacientes, pacientes desistentes del tratamiento, actividades cotidianas

Objetivos:

La ley andaluza 2/2010 de 8 de abril, de derechos y garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte, introdujo en la legislación un corpus terminológico que hasta entonces estaba restringido a las unidades de cuidados intensivos y en menor medida en las de urgencias. Así, entre los deberes de los profesionales sanitarios que atienden a pacientes ante el proceso de muerte, recogidos en su título III, se especifican en el artículo 21 los deberes respecto a la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET). Pese a constituir deberes ineludibles para los y las profesionales, la difusión de estos contenidos jurídicos es escasa frente a otros contenidos científicos.

Material o pacientes y método:

En la Unidad de Urgencias del Hospital de Guadix se impartió una primera sesión clínica sobre LET en abril de 2013 y se repitieron los conceptos principales en dos sesiones posteriores en mayo y julio de 2013. Se realizó una búsqueda del término "limitación de esfuerzo" y similares en las historias clínicas digitales de urgencias desde enero de 2011 hasta Diciembre de 2014.

Resultados:

El término "Limitación del esfuerzo terapéutico" y similares apareció solo en 16 historias clínicas de urgencias, todas a partir de la primera sesión clínica sobre el tema. De 2010 a 2013 no se recogió en ninguna historia clínica esta terminología recogida en la ley 2/2010.

Conclusiones:

Es imprescindible la difusión formalizada de los deberes jurídicos de los y las profesionales sanitarios que carecen de otras formas de difusión apoyadas en sociedades científicas, industria farmacéutica, etc. Si bien cabe esperar que las intervenciones (y ausencia de ellas) propias de la LET se hayan llevado a cabo en el Hospital de Guadix, no se han traducido a las historias clínicas con la terminología uniformadora recogida en la ley 2/2010. La difusión de estos conceptos sanitarios de ámbito jurídico a través de sesiones clínicas logra penetración entre los y las profesionales que se manifiesta a través del uso adecuado de terminología en las historias clínicas.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-242

DISFONÍA, DOLOR Y ENFISEMA SUBCUTÁNEO CERVICAL: ALARMA DESPUÉS DE COLONOSCOPIA. ACTITUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

MD Macías Robles, L Hernández Sánchez, I García Suárez, M Fernández Díaz, R Delgado Sevillano, A Pérez Clemente
Hospital San Agustín, Avilés. Asturias.

Palabras claves: disfonía, enfisema subcutánea, colonoscopia

Objetivos:

La colonoscopia es una técnica cada vez más usada no sólo con fines diagnósticos, sino terapéuticos, como la poliplectomía endoscópica. Se considera un procedimiento seguro, sin embargo la perforación del colon puede ocurrir como complicación en un 0,4-1,9% de los casos. Los principales factores de riesgo son la edad y la realización de terapéutica endoscópica.

Material o pacientes y método:

A través de un caso demostrativo de un paciente que con el antecedente de la realización de una colonoscopia terapéutica pocas horas antes, acudió al SUH por disfonía, dolor y enfisema cervical subcutáneo.

Resultados:

Varón de 83 años al que se realizó una colonoscopia con poliplectomía múltiple siete horas antes, sin complicaciones inmediatas. Acudió al SUH por dolor en cuello y disfonía progresiva desde hacía dos horas. En la exploración física: consciente, eupneico, voz "gangosa", Tª 37,5, pulsioximetría basal: 97%, TA: 130/70 mmHg, enfisema subcutáneo en región cervical y supraclavicular, auscultación cardíaca y pulmonar normal, dolor abdominal difuso a la palpación sin signos de irritación peritoneal. Estudios complementarios: función renal y PCR normal. 17000 leucocitos con desviación izquierda, serie roja y plaquetas normales. En la radiografía de cuello y tórax: aire en espacio prevertebral, enfisema cervical y supraclavicular, neumomediastino y neumoperitoneo, signo del "diafragma continuo" por la presencia de aire entre el pericardio y diafragma. La tomografía computerizada (TC) toraco/abdominal demostró: neumomediastino, neumoperitoneo y neumoretroperitoneo extenso. La evolución del paciente fue favorable. Se realizó intervención quirúrgica de urgencia y cobertura antibiótica con buena respuesta (alta a los Diez días del ingreso y seguimiento sin complicaciones).

Conclusiones:

La historia clínica y exploración física exhaustiva serán claves en el SUH en aquellos pacientes con cuadros atípicos y paucisintomáticos de complicaciones poscolonoscopia. La radiografía simple inicial y la TC sin demora contribuirán al diagnóstico precoz. El tiempo entre el evento, el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico precoz resultó crítico en el buen pronóstico del paciente.

P-243

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR UN MÉDICO DEL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN DE ARDOZ EN EL PERIODO DE UN AÑO

EA Pérez-Oliva Fraga, R Casero Gómez, E Aznar Andrés, P Bazán Domínguez, M Merlo Loranca
Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz. Madrid.

Palabras claves: triaje de Manchester, servicio de urgencias, especialidades

Objetivos:

El trabajo de un adjunto del Servicio de Urgencias del HU de Torrejón de Ardoz se distribuye en 140 turnos de 12 horas al año. Este servicio atiende a una gran variedad de pacientes con patología y criterios de urgencia muy diferentes.

Material o pacientes y método:

Se recogen de la historia clínica los datos relativos edad, sexo, color según triaje de Manchester, diagnóstico y destino al alta, de los pacientes atendidos por un mismo medico adjunto del servicio de urgencias en el periodo de un año diciembre 2013 a diciembre 2014

Resultados:

Se analizaron 2894 pacientes en dicho periodo con una media de edad de 50 años. De los cuales 53% eran mujeres y 47% hombres. El 53% de los pacientes se clasifico en Amarillo, el 24% en Naranja, el 21% en Verde y el 0,13 % como Azul y 5% en rojo, según el triaje de Manchester. Las principales patologías por las que consultaron interesaban a las siguientes especialidades: 27,5% Traumatología, 23,2% Medicina interna, 12,3% Aparato Digestivo, 9,5% Urología, 5,4% ORL, 4,5% Oftalmología y 17,6% de otras especialidades El destino alta de distribuyo de la siguiente manera: El 83% pacientes fueron dados de alta, el 11,3% de los pacientes resultaron en ingreso, 0,5% fueron trasladados, 0% fallecidos, y 1,8% fugados

Conclusiones:

Se asistieron un total de 2894 en 140 turnos pacientes para un promedio de 20,6 pacientes por turno, el 53% por patología Urgente y el 29% por problemas emergentes o con riesgo vital Las patologías de Traumatología y MI constituyen la mitad de las urgencias asistidas El 20% del tiempo se dedicó a tratamiento de patología no urgente El alto porcentaje de altas parece coincidir con el alto número de pacientes que acuden por patología no urgente aunque sería necesario otros estudios

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-244

**DOCTORA TENGO UN PINCHAZO EN LA BARRIGA.
A PROPÓSITO DE UN CASO DE MASA TUMORAL
ABDOMINAL EN PACIENTE DE EDAD PEDIÁTRICA**

P Guzmán Bolívar, S Medina Ruiz, M Guzmán Bolívar

Hospital Punta Europa. Algeciras, Cádiz.

Palabras claves: ovario, síndrome, fibroma

Objetivos:

Paciente de 12 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias por dolor en zona hipogástrica intermitente que se asocia a aumento del tamaño del perímetro abdominal. La paciente presenta amenorrea de dos meses sin febrícula asociada y otras sintomatología por aparatos y sistemas destacable.

Material o pacientes y método:

Se procedió a realizar una laparotomía exploradora, con los siguientes hallazgos: ascitis libre de 500 ml serohemática con citología negativa para células malignas, tumoración sólida, blanca nacarada y polilobulada de 18 x 12 cm de diámetro que dependía de ovario izquierdo, c) útero y anejo derecho atróficos, omento mayor libre de tumoración y vísceras revisadas normales y cúpulas diafragmáticas libres y ausencia de adenopatías a la palpación. Se realizó histerectomía y doble anexectomía bilateral. El diagnóstico fue de fibroma ovárico. La evolución postoperatoria fue normal, resolviéndose espontáneamente el derrame pleural, por lo que fue dada de alta.

Resultados:

Síndrome de Meigs

Conclusiones:

El síndrome de Meigs es poco frecuente y aparece en mujeres adultas. El cuadro clinicopatológico se caracteriza por la asociación entre fibroma ovárico, derrame pleural y ascitis. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica de la masa pélvica, tras la cual se produce la resolución espontánea del derrame pleural y peritoneal. Como conclusión es importante recordar que una masa pélvica en una paciente con ascitis, elevación del CA-125 e hidrotórax puede ser benigna, y no se puede llegar a ningún diagnóstico antes de la laparotomía.

P-245

**LINFANGITIS PULMONAR CARCINOMATOSA COMO
CAUSA DE TOS CRÓNICA**

P Carrillo Fernández-Paredes, L Sánchez Martínez, LE Cárdenas Bravo, JM Berrospi Melgarejo, TA Quirós Figallo, VM Madrid Ferreiro

Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia.

Palabras claves: tos crónica, linfangitis carcinomatosa, cáncer metastásico

Objetivos:

La tos crónica es un síntoma clínico frecuente. Las causas más frecuentes son el goteo nasal posterior, reflujo gastroesofágico, bronquitis y el carcinoma broncogénico, siendo las menos frecuentes las causas farmacológicas y las postinfecciosas. Presentamos el caso de una paciente que consulta por tos crónica debida a una forma peculiar de metástasis pulmonares.

Material o pacientes y método:

Mujer de 36 años sin antecedentes de interés, consulta en urgencias por tos seca vespertina de 3 meses de evolución. Acude a su médico de atención primaria quien prescribe antitusígenos sin mejoría, persistiendo la tos incluso en cualquier hora del día, siendo los días previos al ingreso algo disneizante, sin fiebre, otros síntomas asociados ni síndrome constitucional.

Resultados:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En urgencias: EF: Afebril, eupneica. TA 134/75, FC 130, SatO₂ 99%. ACP: destaca hipoventilación en base izquierda. Resto normal. Analítica: destaca Hb 10.5, hto 31%, 139000 plaquetas. PCR 2. Formula normal. Rx torax: infiltrado parahiliar bilateral, derrame pleural izquierdo. Ag legionella, neumococo: negativo. En planta: Mantoux: negativo. Analítica: destaca PCR 1.9, VSG 87, ferritina 662, CEA 28, Ca 125 331. Hb 9.7, hto 29%, 118000 plaquetas. Líquido pleural: exudado linfocitario. Biopsia pleural: morfología en contexto de metástasis de carcinoma de mama. MB: cultivos negativos. Serología de atípicas: negativa. TAC tórax: aumento de densidad de la grasa mediastínica, engrosamiento intersticial peribronquial en probable relación con diseminación perilinfática. Moderado derrame pleural. Engrosamiento difuso de la piel de la mama derecha, aumento de densidad de tejido mamario, sugestivos de proceso neoproliferativo. Conclusión: compatible con carcinoma de mama con carcinomatosis linfangítica pulmonar asociada. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: neoplasia pulmonar, neumonías atípicas, neumonitis por fármacos o radiación, tuberculosis miliar, fibrosis pulmonar, sarcoidosis, hemorragia alveolar o insuficiencia cardíaca. EVOLUCIÓN: ingresa en neumología y tras estudio se traslada a oncología para tratamiento.

Conclusiones:

La linfangitis pulmonar carcinomatosa es la invasión de los vasos linfáticos pulmonares por células neoplásicas bloqueando el flujo

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

linfático e invadiendo el tejido conectivo contiguo. Los síntomas más frecuentes son tos persistente, disnea, dolor torácico, astenia o síndrome constitucional. Es una entidad poco frecuente y se puede considerar una forma peculiar de metástasis pulmonares y una causa poco común de tos crónica.

P-246

PROCESO INOCUO Y COMPLICACIÓN GRAVE: RARO DÚO

M Padrón Romero, J Aguilar Florit, T Martínez Maroto,
MJ Palomo de Los Reyes, R Rubio Díaz

Hospital Virgen de la Salud. CHT. Esquivias.

Palabras claves: subcutaneous emphysema, mediastinal emphysema, deglutition disorders

Objetivos:

Son excepcionales las complicaciones tras maniobras de higiene bucodentales más aún las potencialmente graves, por lo que el diagnóstico diferencial de esta entidad en los Servicios de Urgencias es de vital importancia.

Material o pacientes y método:

Mujer de 34 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a Urgencias por referir la aparición de una lesión en la mucosa oral a nivel del primer molar inferior derecho tras limpieza dental, acompañado de abultamiento y dolor en hemicara ipsilateral, desde la región auricular a zona supraclavicular, con ligera disfagia. A la exploración física se aprecia crepitación desde ángulo mandibular derecho hasta región supraclavicular. Se realizan pruebas radiológicas, confirmando el diagnóstico.

Resultados:

Se inició tratamiento con analgesia y antibioterapia, con mejoría del dolor y fue dada de alta a las 24 horas con diagnóstico de enfisema cervical subcutáneo secundario a higiene bucodental manteniendo antibioterapia y analgesia durante 7 días más, tras los cuales habían desaparecido la disfagia y la crepitación a la palpación.

Conclusiones:

El enfisema cervical subcutáneo es una rara complicación tras maniobras de higiene bucodentales. En los últimos años se ha observado un ligero aumento de la incidencia, en probable relación con el uso de instrumentos con aire a presión. La mayoría de los casos presentan una buena evolución con recuperación completa, pero en ciertos casos, se producen complicaciones potencialmente graves, por lo que es de vital importancia un correcto diagnóstico y tratamiento en los Servicios de Urgencias.



MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-247

**CUIDADOS PALIATIVOS EN URGENCIAS:
UTOPIA O REALIDAD**

AP García Marín, Y Carretero Lanchas, ML Castro Arias,
E Muro Fernández de Pinedo, LT Vázquez Rodríguez, J Vila
Santos, B Azcoitia Álvarez

Hospital Universitario 12 de Octubre. Getafe.

Palabras claves: palliative care, emergency department, end of life

Objetivos:

El Servicio de Urgencias no es el lugar ideal para atender pacientes con necesidad de cuidados paliativos, no sólo por las características físicas de estos, sino porque el manejo de estos pacientes es complejo, ya que no sólo es importante la esfera clínica, sino también la familiar y social. Sin embargo, la atención a pacientes con enfermedades crónicas en estadios avanzados, oncológicos y no oncológicos, e incluso en situación de últimos días, es una realidad a la que nos enfrentamos diariamente en urgencias.

Material o pacientes y método:

Identificación del paciente susceptible de cuidados paliativos por profesionales del SU y valoración conjunta del mismo con el ESHP con funciones de: • Valoración integral de los pacientes con necesidades paliativas y sus familias. • Realizar recomendaciones del plan asistencial a seguir. • Gestión de la nueva ubicación del paciente.

Resultados:

Se han atendido 2299 pacientes, 74,8% oncológicos, 25,1% no oncológicos. En seguimiento por ESAD un 27,9%. Fueron derivados a domicilio el 33,2% y a UCP el 37,4%. El 47,8% eran pacientes en SUD. De ellos, un 20,1% fueron derivados a su domicilio, un 37,7% derivados a UCP y el 30,2 % fallecieron en urgencias. El grado de satisfacción de las familias fue del 89,8% y de los profesionales del SU del 92,7%.

Conclusiones:

Se han evitado ingresos en el hospital de agudos asegurando así una atención más adecuada en el proceso final de vida. Se facilita que aquellos pacientes y familias que quieran fallecer en casa puedan cumplir sus deseos. Destaca el porcentaje de pacientes paliativos que llegan al SU en muchas ocasiones en SUD. Alto grado de satisfacción de familiares, incluso en el paciente que ha fallecido en urgencias. Alto grado de satisfacción de los profesionales del SU al mejorar su formación en el manejo de estos paciente. Consideramos necesario el desarrollo de estrategias específicas en los SU que aseguren la mejor atención a estos pacientes y sus familias.

P-248

**PRUEBA PILOTO DE COORDINACIÓN DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL DE EL ESCORIAL CON LAS
RESIDENCIAS DE ZONA PARA EL TRATAMIENTO
DE ANTIBIÓTICO IV**

MA Huerta Fernández, E Mora Bastante, JF Madrigal Valdés,
S Gayoso Martín, AG Ardila Soto, FJ Favá García

Hospital El Escorial. San Lorenzo de El Escorial, Madrid.

Palabras claves: anciano frágil, antibacterianos, infección

Objetivos:

Los mayores de 65 años que acuden a urgencias hospitalarias suponen más del 25%, de los cuales ocasionan el 40% de los ingresos. El porcentaje aumenta con la edad, esto en parte es debido a los cuidados de enfermería y tratamiento que precisan. Evitando el ingreso se produce mejoría en la calidad de los pacientes y de las familias durante los ingresos .

Material o pacientes y método:

De las residencias asignadas que son 40 , solo se ha podido trabajar durante el año 2014 con 8. Las residencias que pueden colaborar deben tener infraestructura necesaria para tratamiento IV. Método Una vez valorado en la urgencia se decidirá si ingresa o si puede ir a su residencia con tratamiento inicial I.V y posterior paso a vía oral. A los 3 días se valorara la evolución , la actitud ante la evolución, vía de administración y días de tratamiento IV que ha precisado.

Resultados:

El número de paciente tratados en residencias fueron 25 con una edad media de 84,96 (60 a 99) de ellos el 68% eran ITUs, de las cuales 56% multirresistentes, 12% Neumonías , 12% IRVB y 8% celulitis. La mayoría tuvo buena evolución excepto para el 12 % que volvieron , de los cuales 8% eran IRVB y el 4% neumonía. Los días de tratamiento IV de media fueron 6,72 días.

Conclusiones:

Durante el año 2014 en el tratamiento de 25 pacientes tanto la eficiencia del tratamiento como los recursos utilizados y el número de reingresos, hace pensar que este tipo de tratamiento a través de residencias con una buena coordinación es una mejora tanto para el paciente como la eficiencia de los recursos utilizados por el sistema de salud.



MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-249

PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN URGENCIAS

J Gil López, M Valenzuela Anguita, E Hernández Pérez, J Ibarra Cuenca, A Hinojosa Mellado, J Cánovas Sánchez

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Palabras claves: cuidados paliativos, protocolos, servicio de urgencia en hospital

Objetivos:

A pesar de que los Servicios de Urgencias son unidades acostumbradas a situaciones de emergencia vital, son un medio habitualmente 'hostil' cuando el paciente que acude se encuentra en un proceso natural del fin de la vida. Consideramos que por el carácter especial del enfermo oncológico, terminal o en situación de agonía, tanto para el paciente como para sus familiares, se hace necesario poner un énfasis especial en la humanización y agilización de los procesos, ofreciendo por parte del profesional todo el apoyo y dignidad en su atención.

Material o pacientes y método:

Generación de procedimientos consensuados entre los Servicios de Urgencias y de Cuidados Paliativos para la determinación de un modelo óptimo de atención a los pacientes que acudan al Servicio de Urgencias en las circunstancias mencionadas en la introducción.

Resultados:

Con la implementación de este protocolo se ha conseguido la disminución de los tiempos de espera y la agilización de los procesos necesarios en el Servicio de Urgencias. En estos momentos se está desarrollando una encuesta de calidad percibida entre los pacientes y sus familiares, pendiente de valoración.

Conclusiones:

Con la realización de este protocolo se pretende poder establecer una acogida adecuada a los pacientes terminales y sus familiares a su llegada a urgencias, otorgarles todas las comodidades posibles durante su estancia, ayudar al correcto control de los síntomas y a la adecuación tanto de ingresos como de derivaciones a otros centros o domicilio de los mismos y humanizar el proceso natural de muerte.

P-250

PERNIOSIS EN EDAD PEDIÁTRICA Y MEDICACIÓN

P Guzmán Bolívar, S Medina Ruiz, M Guzmán Bolívar

Hospital Punta Europa. Algeciras, Cádiz.

Palabras claves: acrocianosis, vascular, perniosis

Objetivos:

La perniosis consiste en el desarrollo de lesiones inflamatorias, eritematosas y a menudo pruriginosas, de localización acral, tras el contacto con el frío. A continuación se expone el caso de una escolar que consulta en nuestro servicio de urgencias por cianosis acral en extremidades inferiores.

Material o pacientes y método:

El diagnóstico del eritema pernio es fundamentalmente clínico. Puede verse como un trastorno aislado en un individuo sano, o asociado a diversas enfermedades como trastornos asociados a bajo peso, procesos hematológicos, la presencia de anticuerpos antifosfolípido o algunas enfermedades genéticas.. En nuestro caso se establece relación entre el tratamiento de la paciente a base de un alfa-beta-bloqueante y un simpático-mimético y las condiciones de frío y humedad de la vivienda con la aparición de una perniosis evolucionada. El tratamiento se basa en la aplicación de corticoides tópicos y la administración oral de bloqueadores de los canales del calcio y medidas contra el frío.

Resultados:

Juicio clínico: eritema pernio. Diagnóstico diferencial con: congelaciones, acrocianosis y fenómeno de Raynaud, lesiones de perniosis lúpica, vasculitis y dermatofitosis.

Conclusiones:

Se debe pensar en el diagnóstico de perniosis en condiciones climáticas de frío y humedad. También existe una predisposición familiar a desarrollar lesiones idénticas, sobre todo durante la adolescencia y en los adultos jóvenes. Diagnóstico diferencial con: congelaciones, acrocianosis y fenómeno de Raynaud, lesiones de perniosis lúpica, vasculitis y dermatofitosis.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-251

TRASLADOS INFANTILES SECUNDARIOS DE LA PROVINCIA DE HUELVA EN EL BIENIO 2011-2013: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

MP González Díaz (1), JR González López (2), A Hidalgo Berutich (3), E Lapuerta Lozano (4), M Barbosa Cortés (4)

(1) SAMU-Huelva, (2) Universidad de Sevilla, (3) SAS, (4) Samu-Málaga.

Palabras claves: pediatría, transporte de pacientes, patología

Objetivos:

El desarrollo exponencial de la asistencia intensiva y la urgencia pediátrica junto con el progreso tecnológico ha conseguido que los niños en situación crítica presenten mejores resultados pronósticos de supervivencia y una menor incidencia de secuelas.

Material o pacientes y método:

Estudios, observacional, descriptivo y retrospectivo. La muestra del estudio es de 249 pacientes y el periodo de estudio entre 14 de Noviembre 2011 al 31 de Diciembre 2013.

Resultados:

La patología más frecuente es la convulsión-epilepsia con 10,4% seguida de TCE (8,8%), existiendo una relación de significancia estadística entre la variable patología y: Motivo, servicio origen, servicio destino y hora recepción. El primer motivo de traslado es tratamiento especializado 21,9%, seguido de Hospital de referencia 6,8%. El 32,9% tiene origen en servicio Pediatría del HIE. El servicio destino más frecuente es urgencias (36,9%) siendo el primer Hospital destino el HVR (70,3%). El 44,6% de los pacientes son recepcionados y trasferidos (41,4%) entre las 12 y 18h. En el análisis del riesgo de traslado de los pacientes no se obtuvieron resultado en 90,8%.

Conclusiones:

La patología más frecuente es la convulsión-epilepsia cuyo motivo de traslado, la necesidad de tratamiento especializado. Servicio de origen más frecuente es pediatría del HIE y el de destino, urgencias de HVR. Las horas de mayor actividad asistencial: 12h a 18h, el 12,9% de los traslados superan las 22h. En la gran mayoría de los servicios no hay registro RTPS, es necesario realizar estudios multicéntricos que permitan definir los riesgos del traslado aplicando escalas que midan gravedad y necesidad de recursos, incluyendo otros ítems para que los scores sean comparables ante pacientes de características diferentes.

P-252

HERIDAS COMPLEJAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

B Alcolea Cuevas, R Fallos Martí, J Rubio, I Diestro Ramiro, T Lojo Lorenzo, T Monzón Belinchón, T Osorio Lozano

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: complex bound, vacuum therapy, dressing applications.

Objetivos:

La Hospitalización a Domicilio (UHaD) se define como Unidad asistencial, docente e investigadora, formada por personal especializado que realiza un conjunto de actividades asistenciales, sanitarias y sociales en el domicilio del paciente. Ingresa pacientes que precisan de atención especializada por heridas complejas cuyos cuidados pueden atenderse en el domicilio sin representar riesgo para el paciente. Las diferentes terapias en el tratamiento de heridas agudas y/o crónicas han ido paralelo al desarrollo de apósitos, cuya finalidad es encontrar el apósito ideal.

Material o pacientes y método:

Observación del tratamiento suministrado a pacientes a lo largo del primer año de trabajo en UHaD. Seguimiento de los pacientes tras el alta de la hospitalización.

Resultados:

De los 273 pacientes ingresados en UHaD, 11 han precisado curas complejas. Edad media de 62,18 ($\pm 23,7$) años, el 54% (6) eran hombres. Estancia media ingreso de 27,73 ($\pm 27,44$) días. - 18% (2) han recibido tratamiento VAC. - 82% (9) han recibido cura húmeda. De los cuales 44,4% recibió desbridamiento químico, 33% desbridamiento quirúrgico. El 27,27% (3) de los pacientes tratados ha precisado reingreso tras el alta en UHaD por nuevo empeoramiento de las heridas.

Conclusiones:

El manejo y evolución de pacientes con Sistema de Vacío ha sido satisfactorio. Se han conseguido espaciar las curas a lo largo del tiempo, lo que da más independencia al portador de la herida y proporciona una mejoría significativa.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-253

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN SANITARIA RECIBIDA SOBRE EL MANEJO DEL RECIÉN NACIDO Y MOTIVOS DE ASISTENCIA A URGENCIAS

A Navarro Juanes (1), R Mustienes Bellot (2), RM Fornes Vivas (3), PM Navarro Fornes (4), N Conde López (1), A Barceló López (1), A Valdivia Pérez (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital de Dénia, (2) Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia, (3) S. U. Pediatría. H. Casa de Salud de Valencia, (4) Facultad de Medicina Universidad de Valencia.

Palabras claves: recién nacido, urgencias pediatría, información sanitaria

Objetivos:

Gran parte de los motivos de consulta a urgencias de los recién nacidos (RN) podrían evitarse proporcionando una correcta información sobre el manejo del recién nacido a los padres.

Material o pacientes y método:

Estudio transversal descriptivo de carácter observacional prospectivo, donde se analizaron los motivos de consulta al SU del HD de los RN, junto a otro de tipo analítico empleando encuestas autocumplimentadas. El periodo analizado fue de 6 meses (1 de julio al 31 de diciembre de 2014). Fueron criterios de inclusión los RN a término sanos que acudieron al SU cuyos padres firmaron el consentimiento (CI) y de exclusión los RN pretérmino o con cualquier patología asociada. Se obtuvo la aprobación de la Comisión de Investigación del HD, firmándose el compromiso de confidencialidad sobre investigación biomédica y protección de datos de carácter personal. El tamaño muestral estimado fue de 97 sujetos, cálculo realizado mediante Epidat 3.1 para variables categóricas, con un supuesto del 50% para cada categoría, un IC del 95% y una precisión del 10%. Forma parte de un trabajo de investigación de Fin de Grado de Medicina.

Resultados:

Se realizó una revisión aleatoria previa de 41 historias de enero a diciembre 2013. Solamente 6 (14,63 %) requirieron ingreso hospitalario, con diagnósticos al alta del SU de normalidad (6), obstrucción nasal (8), regurgitación (2), cólico del lactante (2), IVRS (5), muguet (1), ictericia neonatal (3), bronquiolitis (2), sepsis neonatal tardía (1), cefalohematoma (1), etc. A día de la fecha está pendiente de completar el estudio estadístico que se presentará en el día de la exposición.

Conclusiones:

La mayoría de consultas de RN sanos al SU son por motivos banales comunes por dudas dentro del campo de la puericultura debida a la escasa información de los padres sobre los cuidados del RN sano.

P-254

MONITORIZACIÓN DOMICILIARIA EN EL SÍNDROME DE LA MUERTE SÚBITA EN EL LACTANTE

M Romeo Rubiales (1), M Martorell Súa (1), M Vilà Vilamú (1), M Biosca Pàmies (2), M Calbet Cid (1), R Serón Sebastián (3)

(1) Sem Lleida, (2) ABS Les Borges Blanques, (3) SEM Les Borges Blanques. Vilafranca del Penedés.

Palabras claves: sudden infant death, prevention, control, monitoring, physiologic, instrumentation, parents, education

Objetivos:

La Monitorización Domiciliaria (MD) es una actividad preventiva específica del SMSL, encaminada a la población de alto riesgo, entre ellos hermanos de víctimas de SMSL. Su utilización es controvertida pues no existe evidencia de que su uso disminuya la incidencia de SMSL y es necesario que se acompañe de cursos de RCPB-P a los padres. Estos aparatos detectan alteraciones en el ritmo cardíaco o en la respiración que generan alarmas acústicas que alertan a los padres. Su éxito depende: colaboración multidisciplinar y asistencia técnica, explicar detenidamente la técnica a los progenitores, normas de actuación escritas frente a alarmas y cómo reaccionar frente a ellas, cursos de RCPB-P a los padres.

Material o pacientes y método:

Sesiones teóricas a padres de interpretación de alarmas. Sesiones teórico-prácticas a padres de RCPB_P. Aporte de material escrito, audiovisual y online de RCPB-P. Test pre-post instrucción en técnicas de RCPB-P para valorar adquisición de conocimientos. Encuesta de satisfacción.

Resultados:

Satisfacción de los padres por conocimientos adquiridos en RCPB-P. Disminución de la dependencia del monitor. Aumento de la seguridad frente a cómo reaccionar ante alarmas y ante PCR. Disminución de la ansiedad por retirada del monitor.

Conclusiones:

LA MD en el SMSL es conflictiva y no se debe imponer en contra del criterio familiar. No se ha demostrado que la MD reduzca la incidencia de SMSL. Nivel de evidencia A de la no utilización de MD como estrategia para la prevención del SMSL. Es fundamental formar a los progenitores en técnicas de RCPB-P, lo cual les dota de seguridad y disminución de dependencia y de ansiedad ante la retirada del monitor. Valorar implantar cursos de RCPB_P en grupos de lactancia materna.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-255

URGENCIAS GERIÁTRICAS EN EL HOSPITAL DEL BAJO CINCA

MP Rubio Martínez (1), MI Elizalde Pérez de Ciriza (1), M Sanz Armunia (1), YM Latorre Martín (1), S Pueyo Laliena (1), L Montilla Durán (1), I Ezpeleta Ascaso (2)

(1) Hospital de Fraga, (2) Hospital Royo Villanova.

Palabras claves: geriatría, hospital, morbilidad

Objetivos:

Un 15% de la población española utiliza los servicios de urgencias hospitalarias, un 25% son mayores de 65 años. En Aragón, los ancianos suponen un 20,23 % de la población. Los pacientes geriátricos son de difícil manejo en estos servicios ya que presentan manifestaciones atípicas, comorbilidad, polimedicación y tendencia a la incapacidad, requiriendo una evaluación detallada e invirtiendo mayor tiempo en su atención.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal realizado mediante revisión de los informes realizados con el programa PCH (Puesto Clínico urgencias) de la población de más de 65 años, atendida en los meses de enero y febrero de 2015. Se realiza análisis estadístico, valorándose medias y frecuencias.

Resultados:

Se atienden 239 pacientes, 157 eran geriátricos (65,6%), siendo la prevalencia en nuestro medio: 0,65. La media de edad es de 80 años (varones 79- mujeres 82). Distribución por sexos: varones 46% y el de mujeres 54%. Las patologías crónicas asociadas más frecuentes fueron: hipertensión arterial 70,7 %, diabetes 24,8 %, bronquitis crónica (EPOC) 18,5 %, asma 3,8%, insuficiencia cardíaca 15,3 %, cardiopatía isquémica 14,6 %, insuficiencia renal 10,2% y neoplasias 20,4 %. El motivo de ingreso más frecuente fueron enfermedades cardiovasculares (41,4%) y respiratorias (46,9%). Se detectan varios síndromes geriátricos: demencia 15,9%, trastornos psíquicos y de conducta (depresión, agitación, delirium, síndrome confusional agudo) 10,8 %, malnutrición 3,2 %, UPP 5,7 %, problemática social 1,9% e inmovilidad 11,5 %. La procedencia más frecuente fue domicilio con 47,8 % y el destino más frecuente la hospitalización con un 54,8%.

Conclusiones:

La frecuentación de ancianos en este servicio es más alta que la media nacional y el porcentaje de ingresos duplica la media (27%) es debido probablemente a la pluripatología y vejez de los pacientes junto a las características del servicio (restringido y categoría urgente). Es fundamental identificar al anciano frágil en nuestros servicios, la asistencia protocolizada supone una gestión más eficiente con menor tiempo de ingreso y una reducción de la morbilidad para el paciente.

P-256

PERFIL DE LOS ENFERMOS QUE INGRESAN EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE NUESTRO HOSPITAL

JV Esteban Velasco, S Barbero Bajo, I Moro Mangas, MB Arranz Díez, L Alonso-Villalobos Ordóñez, MJ Fora Romero, J Chehayeb Morán

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Palabras claves: urgencias médicas, comorbilidad, insuficiencia cardíaca

Objetivos:

El Área de Observación de Urgencias (AO) está concebido como una zona de continuidad asistencial. Son pacientes susceptibles de dar el alta en un máximo de 24 horas y evitar su hospitalización. El HCUV es un hospital del grupo III, con 777 camas, atiende a 207.408 pacientes y para 1.338.186 es centro de referencia. No posee Unidad de Corta Estancia. En 2013 el servicio de urgencias atendió 96.680 urgencias. Tasa de Ingresos 15,18%. No ingresan 82.002 urgencias. Presión de Urgencias 60,98%. En el AO de adultos (>13 años) hay 16 camas, ratio médico y DUE 1/8. Ingresaron 4.965 urgencias, tasa de ingresos en hospital 32,24%.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo, revisando la documentación clínica. Muestra aleatorizada sobre libro de registro de AO (soporte papel). Tabulamos datos sobre matriz informatizada.

Resultados:

N=4.965 pacientes (año 2013), n=304 pacientes. E Media 66,06 (14-104) Mujeres 51,97% Rotación: 310,31 pacientes/cama. Tiempo medio de Estancia: En AO 17 h 11m. En Sº Urgencias: 21 h 19 m. Turno de ingreso: Mañana 122 40,1%, Tarde 111 36,5%, Noche 71 23,4% Proceden: Domicilio 64,14% AP 21,05% Residencias 5,26% Vía Pública 5,92%. El 42,1% acuden en ambulancia. Un 77,3% los pasan médicos de Urgencias. Destino: Domicilio 62,50% Hospitalización 35,52% Alta Voluntaria 0,99% Traslado 0,99%. Reingresos a la semana 11 (3,95%). 51,6% son dados de alta por Urgencias. Antecedentes: 54,93% HTA, 22,04% Insuficiencia Cardíaca, 21,05% DM, 17,76% EPOC, 11,18% Oncológicos, 7,89% Inmunodeprimidos, 7,57% Deterioro Cognitivo, 4,28% Discapacidad física. Asocian: Fiebre 3%, Taquicardia 15,5%, Hipotensión 3,3%, Leucocitosis 12,2%, Anemia 11,5%, Insuficiencia renal 7,6%, Plaquetopenia 12,2% Los procesos más frecuentes son: Cardiológicos/Dolores Torácicos 68, Digestivo/abdominales 53, Traumatológico/TCE 34, Respiratorios/pulmonares 31. Los diagnósticos más frecuentes: Insuficiencia Cardíaca 24, Dolores abdominales 23, Anemias 19, Dolor Torácico 19, Vómitos-Diarreas 18.

Conclusiones:

Los enfermos de nuestra AO son ancianos, 62,17% son > 65a. Estos enfermos poseen muchas comorbilidades. Destacan HTA, ICC, enfermedad pulmonar y DM. Y su diagnóstico más frecuente es insuficiencia cardíaca.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-257

DESHIDRATACIÓN TRAS ASCENSO VERTICAL CON EQUIPACIÓN TÉCNICA Y EQUIPO DE RESPIRACIÓN AUTÓNOMO EN CUERPO DE BOMBEROS

O García Trallero, MJ Santos Arévalo, A Julve Ibáñez, MC Domínguez Moya, M Olive Caverro, S Sola Muñoz

Sistema Emergencias Mediques. Rubí.

Palabras claves: bomberos, deshidratación, equipo de respiración autónomo

Objetivos:

Los bomberos afrontan múltiples peligros: inhalación de vapores tóxicos, altas cargas de calor radiantes, etc. A pesar de estos peligros, la causa principal de muerte es la parada cardiorrespiratoria en un 45% (PCR)¹.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo y observacional. Un total de 50 bomberos profesionales de diferentes comunidades fueron sometidos a un esfuerzo máximo. Consistió en un ascenso vertical con equipo de respiración autónomo por escaleras de un edificio de 29 plantas y de 105 metros de altura. Se realizó un primer tramo horizontal de 80 metros, posteriormente ascenso por la escalera hasta la planta 15, un segundo tramo horizontal de 40 metros (de extremo a extremo de la torre), ascendiendo las 12 últimas plantas hasta la puerta de acceso a la planta 27. Se recogieron las siguientes variables al inicio y al final de la prueba: sexo, edad, peso, peso equipo, tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), temperatura (T), saturación de oxígeno (SaO₂p) y consumo de aire.

Resultados:

De los 50 participantes sólo pudieron ser incluidos 40, con una edad media de 32 años el 95% varones. Los valores medios al inicio de la prueba fueron: peso 73,55 Kg, TAS 134,50 mmHg, TAD 81 mmHg, FC 73rpm, FR 17rpm, T 36,7 °C, SaO₂p 98%. Al final de la prueba: peso 71Kg., TAS 133mmHg, TAD 73mmHg, FC 121,50rpm, T 37,75°C, SaO₂p 95%, consumo de aire 147,50 ml. La media de Kg perdidos fue de 3.4Kg. El grado de DH sólo pudo ser calculado en 18 participantes. Un 7.5% (3) no presentaron DH, un 25% (10) presentaron DH leve, 10% (4) DH moderada y un 2,5% (1) DH grave.

Conclusiones:

Es evidente que el grado de DH que padece este colectivo profesional en tareas de extinción de incendios es importante. En esta línea debería investigarse, mediante más estudios, la valoración de la reposición hídrica antes, durante y/o después del esfuerzo submáximo y el estrés muscular producido, para disminuir el grado de deshidratación. Este estudio se beneficiaría de un proyecto más amplio para investigar el gasto energético y la fatiga muscular.

A-258

ACTO ÚNICO DESDE URGENCIAS, ¿FACTIBLE?

C García Bellido, V Martínez Prieto, S Galindo Vacas, AM Jurado Carmona, A Omaña Ochoa, JL Rojas Box, M Romero González

HAR Écija, Sevilla.

Palabras claves: hospital, rapid response team, act only

Objetivos:

La consulta por acto único, o consulta única, es una de las claves de la Alta Resolución. En el mismo día que el paciente acude al especialista, se le realizan las pruebas diagnósticas necesarias y se le ofrece el tratamiento a su dolencia, ahorrando visitas sucesivas, tiempo, desplazamientos innecesarios y la duplicidad de pruebas diagnósticas. Nuestro caso, se captó desde Urgencias, no en CCEE y desde allí se organizó la cita urgente, en ese mismo día, con Radiología y Neumología.

Material o pacientes y método:

Paciente de 55 años, que acude a urgencias por dolor en hemitórax izquierdo en relación con la tos y el movimiento. Refiere cuadro catarral en días previos con tos y mucosidad purulenta, sin fiebre. Niega antibióterapia. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. HTA. Exbebedor importante. Fumador de 10 cigarros/día, con consumo acumulado de 37 paquetes/año. Tratamiento (tto): Antihipertensivo que no recuerda. Exploración y pruebas complementarias: AEG, consciente y orientado, eupneico. ACR: tonos rítmicos sin soplos, MVC sin ruidos patológicos. Faringe normal. ECG: Ritmo sinusal, complejos estrechos, sin alteración en repolarización. Rx tórax: imagen sugestiva de masa en LSI.

Resultados:

Desde Urgencias se cita, urgente ese mismo día, para Neumología, se le realiza fibrobroncoscopia, con cepillado, BAS y biopsia, pendientes de resultado. Además cita ese día, para TAC Torácico: masa en parénquima pulmonar de LSI (46 x 33 x 40 mm), cercana a bifurcación segmentos apical y posterior del LSI, con consolidación periférica adyacente, compatible con neumonitis obstructiva. No adenopatías patológicas. El paciente confiesa que ya en 2005 estuvo en estudio por una lesión en LSI pero no acudió a resultados, y no ha vuelto a consultar.

Conclusiones:

Ese mismo día, el paciente se marchó a casa con un diagnóstico de presunción, posteriormente confirmado y pendiente ya de Cirugía para exéresis, todo en menos de dos semanas. Este sistema de consultas de alta resolución ofrece unos resultados muy positivos en términos de costo-eficiencia, no precisa ingreso y no siempre, la valoración principal es realizada desde las consultas externas.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

A-259

¿CAUSA O CASUALIDAD? TVP EN NIÑO CON
AUSENCIA DE VENA CAVA INFERIOR

MV Alonso Pino, JF Alija Castro, Y Aparicio Jiménez,
M Torres Rico

Hospital Punta Europa. Cádiz.

Palabras claves: trombosis venosa pediátrica, coagulopatía pediátrica, ausencia vena cava inferior

Objetivos:

La trombosis es una enfermedad rara en pacientes pediátricos pero con graves consecuencias que precisa estudios de estratificación específicos en edad pediátrica en lugar de extrapolación desde las edad adulta.

Material o pacientes y método:

Pruebas complementarias: Analítica: hemograma con serie roja y plaquetas normales. Leucocitosis de predominio linfomonocítico. Bioquímica: PCR 27,97 mg/dL, PCT 0,18 ng/dL. Coagulación: fibrinógeno 1553 mg/dL y alargamiento de tiempos. Rx Tórax y EKG normales. Ecografía Doppler MIIzq: TVP de MII hasta vena iliaca común. TAC abdominal c/c: ausencia de vena cava inferior con prominentes colaterales dependientes del sistema venoso lumbar y de la mesentérica superior. Estudio de trombofilia normal.

Resultados:

Ingreso a cargo de pediatría instaurándose tratamiento con Enoxaparina 1mg/Kg/12 horas S.C. Añadiéndose anticoagulantes orales al tercer día permitiendo suspender la enoxaparina S.C. con mejoría clínica del paciente. Diagnóstico final: TVP de MIIzq en paciente infantil con ausencia de vena cava inferior.

Conclusiones:

La trombosis en niños en una patología infrecuente por su diferente fisiología hemostática, aunque está en creciente reconocimiento y asociado a graves consecuencias. Existe una distribución bimodal en neonatos y adolescentes. El 95% son secundarias a un factor de riesgo identificable (CVC, cáncer, cardiopatías, trombofilia, etc). Las recomendaciones de tratamiento son extrapoladas de adultos, existen algunas guías de diagnóstico y tratamiento en niños pero se requieren futuros trabajos para estratificar el riesgo trombótico en niños según FR.

A-260

SUBACUTE-CARE MODEL: UNA ALTERNATIVA A LA
HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

J Tapia Martínez, B Fontecha, O García Trallero,
J Porras Ruiz, L Reig, A Morcillo, M Pescador

Hospital Sant Joan Despi Moises Broggi. Sant Joan Despi.
Barcelona

Palabras claves: subacute care, alternative hospitalization, geriatrics emergency

Objetivos:

La estructura sociosanitaria desplegada en Cataluña (Hospitales de Media Estancia) ha permitido establecer un recurso denominado de Subagudos para pacientes crónicos con descompensaciones de patología crónica conocida. El Departament de Salut ha impulsado este recurso en aquellos centros que disponen de determinada estructura (radiología y laboratorio x 24h, atención continuada 7X24h, valoración geriátrica en urgencias) principalmente en las áreas metropolitanas como recurso para optimizar el sistema.

Material o pacientes y método:

Se presentan los resultados de las derivaciones generadas en el período Enero 2012 - Marzo 2015 en el marco del Servicio de Urgencias del Consorci Sanitari Integral, que atiende a una población de 450.000 habitantes (Baix Llobregat-Centre) desde dos dispositivos hospitalarios (Hospitalet de Llobregat y Sant Joan Despi). En esta área disponemos de 3 Hospitales Sociosanitarios con una estructura en conjunto de 30 camas de "subagudos". Los criterios de derivación son pacientes geriátricos que presentan descompensación de patología crónica conocida (principalmente, insuficiencia cardíaca, EPOC y demencias con comorbilidad infecciosa principalmente). Se han excluido los que fueron a derivados a urgencias desde estos dispositivos.

Resultados:

Se presenta el número de derivaciones estratificadas por el Modelo Andorrano de Triage (MAT). La progresión es llamativa y los niveles prioritarios de MAT de los pacientes derivados son MAT II y III

Conclusiones:

1. La hospitalización de subagudos representa un recurso atractivo y eficiente a la hospitalización convencional. 2. Esta alternativa presenta una progresión relevante que ha conducido a la consolidación de la misma. 3. La colaboración entre el Servicio de Urgencias y el Servicio de Geriatría ha resultado primordial para conseguir estos resultados.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

A-261

ELECCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA PARA SU INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

T Monzón Belinchón, T Osorio Lozano, T Lojo Lorenzo,
I Diestro Ramiro, B Alcolea Cuevas, N Suárez Licerías,
J Rubio Gallego

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: perfusion pump, hospital care home services, therapy

Objetivos:

Hospitalización a domicilio es una unidad asistencial, docente e investigadora formada por personal especializado que realiza actividades asistenciales, sanitarias y sociales en domicilio del paciente y vigilancia activa no asumible por atención primaria hasta recuperación. Previamente al ingreso domiciliario valoramos propiedades, dosis, vía, pauta de administración y estabilidad del fármaco.

Material o pacientes y método:

Recursos terapéuticos suficientes y apropiados para el control y tratamiento del proceso en domicilio: - Las pautas de administración son cada 6, 8, 12, 24 horas y nuestro horario de visita es de 8 a 21. Si hay alguna dosis fuera del horario no se podría administrar. -La visita no supera 45 minutos por motivos organizativos. -Si el antibiótico es cada 24 horas valoramos volumen en el que se diluirá y duración para reducir posibles complicaciones. - No todos los antibióticos diluidos tienen una estabilidad de 24 horas (estabilidad ideal) a temperatura ambiente. Si no, no pueden administrarse en perfusión continua. - Es importante el tiempo de administración, número de pacientes con pautas complejas, número de bombas disponibles, características individuales- familiares y localizaciones geográficas. Teniendo presente lo anterior, las formas de administrar antibióticos: - Vía oral: Tratamiento dispone de versión oral con igual efectividad. - Vía intravenosa: En bomba de perfusión continua (programa de 25 pasos permite pautas complejas), sistema de macrogoteo o bolo. Se educará al cuidador en la retirada.

Resultados:

Con bombas de perfusión hemos logrado tratar patologías en domicilio con pautas médicas que suponían estancia hospitalaria, con ventajas para paciente y servicio. En ocasiones el uso de bombas causa estrés y exceso de atención en el paciente/cuidador, siendo importante el entrenamiento de ambos. Se han estandarizado cuidados de enfermería sobre administración de antibióticos.

Conclusiones:

No todos los fármacos poseen igual estabilidad una vez diluidos a temperatura ambiente, ni pueden administrarse con mismo volumen y tiempo. La protocolización facilita que profesionales de la unidad administren de misma manera el tratamiento.

A-262

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS PORTADORES DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN TRANSPORTE TERRESTRE

R Riera Mas, M Amado Arráez, A Plana Mont, J Pérez Batlló,
M Valin Tascón, M Bonamusa Covas

Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron. El Bruc. Barcelona

Palabras claves: high-flow nasal cannula, pediatric interhospitalary transport, nursing care

Objetivos:

La unidad avanzada de transporte terrestre YP01, con base en el Hospital Universitario Vall d'Hebron, es una de las unidades de transporte pediátrico de Cataluña. Dicha unidad, traslada alrededor de unos 600 pacientes al año siendo la patología de mayor incidencia la respiratoria obstructiva. Como consecuencia, en febrero del 2012 se instauró la terapia de oxigenación con alto flujo (OAF) como una alternativa para el tratamiento de éste tipo de enfermedades en transporte terrestre. Con la incorporación de la nueva terapia, ha sido necesaria la adquisición de nuevos conocimientos y cuidados de enfermería y la creación un protocolo de OAF adaptado al transporte

Material o pacientes y método:

En los pacientes que reciben terapia de OAF, los cuidados enfermeros tienen que centrarse básicamente en las necesidades de oxigenación, confort y control de la ansiedad.

Resultados:

Teniendo en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de la OAF en la población pediátrica, observamos a través de nuestra experiencia que las necesidades detectadas se benefician de los cuidados descritos en el protocolo.

Conclusiones:

En el manejo de los pacientes portadores de OAF sometidos a transporte, los cuidados de enfermería son imprescindibles para la adaptación y confort del paciente a dicha terapia, asegurando así, una mayor calidad y efectividad de la misma. Es muy interesante pues, para el resto de profesionales, conocer estos cuidados.

MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

A-263

DOCTOR, ÉSTA NO ES MI CARA

J Guillén González (1), L Holgado Castell (1), M Mustienes Bellot (1), C Duart Clemente (1), A Tapia Cespedes (1), I Torres Tronchoni (1)

(1) Hospital Universitario La Ribera, (2) Albal.

Palabras claves: parálisis facial, otitis media, ramsay, hunt

Objetivos:

Remisión para descartar ACV en paciente con parálisis periférica
Antecedentes personales: no reacciones adversas medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales ni quirúrgicos de interés. Hábitos tóxicos: alcoholismo crónico moderado. Tratamiento habitual: lorazepam, paroxetina.

Material o pacientes y método:

Varón de 54 años remitido para descartar ACV en paciente con parálisis facial derecha. El paciente refería además desde hace 5 días otitis media derecha en tratamiento antibiótico sin mejoría clínica significativa. Presenta de forma brusca desviación de la comisura bucal con asimetría facial y ligera sensación de inestabilidad a la marcha.

Resultados:

Exploración física. Estable hemodinámicamente. Afebril. Exploración por aparatos estrictamente normal. A nivel neurológico, asimetría facial, con desviación comisura bucal, imposibilidad para elevar la ceja derecha y disminución de la fuerza palpebral derecha. Ligera inestabilidad a la marcha. Pupilas normales. A nivel de conducto auditivo externo derecho, vesículas en fase costra. Resto anodino. Juicio diagnóstico: síndrome de Ramsay-Hunt
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Ante una parálisis facial de dicho tiempo y dado el antecedente de otitis que refiere el paciente deberíamos plantearnos tanto la presencia de otitis media aguda como crónica, además, la otitis externa maligna (todas ellas diagnosticables con otoscopio). Descartar parálisis facial traumática, iatrogénica o tumoral, síndrome de Ramsey-Hunt, neurinoma del facial, hemangioma, meningioma, neurinoma del acústico... Se retira tratamiento antibiótico y se pauta antiviral junto a antiinflamatorio y pomada epitelizante y oclusión ocular para dormir. Se ve en consulta externa de otorrinolaringología donde clínica persiste junto a hipoacusia subjetiva, nistagmus izquierdo grado 1.

Conclusiones:

En este caso clínica se observa la importancia de una buena anamnesis y exploración física en el Servicio de Urgencias ya que en muchas ocasiones un buen uso de las mismas nos lleva al diagnóstico. Por otro lado, es importante la exploración otológica en algunos casos para descartar posibles patologías que entrarían dentro del posible diagnóstico diferencial si el síntoma principal es la parálisis facial.

TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio

TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-264

LA EXPERIENCIA EN RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR REAL: FACTOR CLAVE EN LA CALIDAD DE COMPRESIONES TORÁCICAS EFECTIVAS

C Fernández Candelas (1), D González Rodríguez (2),
MC Castillo Ruiz de Apodaca (2), N González Sardina (2),
MA Martín Poveda (2), S Justo Mortato (2)

(1) Cuerpo Bomberos. Ayuntamiento de Madrid, (2) Samur-Pc Ciudad de Madrid. Madrid.

Palabras claves: resucitación cardiopulmonar, paro cardiaco extrahospitalario, masaje cardiaco

Objetivos:

Estudios anteriores indicaban la importancia del índice de masa corporal (IMC) y la forma física para la realización de compresiones torácicas efectivas sobre maniqués en personal lego. En las recomendaciones del año 2010 se amplió la profundidad en las compresiones efectivas, lo cual creemos que aumentaría aún más la importancia de estos aspectos.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo por muestreo de conveniencia que incluyó 20 personas con formación sanitaria previa (TEM/TES o enfermería). Variables independientes: edad, peso, altura, IMC, realización de ejercicio habitual, FC inicial, final y experiencia en RCP real (definida: por la realización de más de 40 ciclos de RCP en situación real y la realización de la última en los últimos 6 meses) Variable dependiente: compresión torácica eficaz (CTE): aquella que sobrepasa los 5 cm de profundidad y mantiene ritmo adecuado, medida en 2 minutos de RCP sobre maniquí con el dispositivo de calidad QCPR (monitor desfibrilador PHILLIPS) Estadística Variable cuantitativas, centrales y de dispersión. Cualitativas. Frecuencias absolutas y relativas. Regresión logística binaria para hallar factores independientes asociados a la variable dependiente Excel SPSSv17

Resultados:

La mediana IMC fue de 27.19 (IQR: 23-30) el 55%(11) tiene experiencia en RCP real y un 45%(9) de los participantes realizaron una RCP de calidad con ritmo y profundidad adecuados. De las 11 personas con experiencia el 72.73%(8) han realizado una RCP de calidad y el 27.3% (3) no llegaron a las CTE. La experiencia es el factor que se asocia independiente a la calidad del masaje cuando controlamos sexo, realización de ejercicio e IMC ($p=0.015$ con $OR=21.33$ IC95% 1.8-251)

Conclusiones:

El personal experimentado en realización de RCP es capaz de hacer CTE, sobreponiendo esa experiencia al IMC y a la realización de ejercicio físico habitual En las recomendaciones AHA 2005, establece una profundidad de entre 4 y 5 centímetros, esto mejoraría el porcentaje capaz de realizar CTE, pero sigue manteniéndose la experiencia como el factor determinante.

O-265

EL CORRECTO TALLAJE EN EL TRAJE DE PROTECCIÓN ANTE EL RIESGO NUCLEAR, RADIOLÓGICO, BIOLÓGICO Y QUÍMICO: PUNTO CLAVE EN LA SEGURIDAD DEL INTERVINIENTE

A Prieto Sánchez (1), F Aguilar Fernández (1), S Esteban Pastor (2), D González Rodríguez (1), JJ Giménez Mediavilla (1)

(1) Samur- Protección Civil, (2) Centro Emergencias Madrid 112. Madrid.

Palabras claves: ropa de protección, resistencia a la tensión, salud laboral

Objetivos:

En los últimos años se ha producido un aumento en intervenciones de riesgo biológico y químico con intervinientes sanitarios cuya seguridad depende, entre otros, de la integridad del traje.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal análisis de la muestra sometiendo a los trajes a estrés respecto a sus características físicas (resistencia al agrietado por flexión y extensión, desgarrar y perforación). Muestra: 45 participantes elegidos por conveniencia y pertenecientes a SAMUR-PC, que completarán un circuito con 3 pruebas para el traje de protección (recorrer andando distancia de 100 metros con elementos de enganche, flexión y tensión extremas) Material: traje de protección de NRBO (tipo 5 frente a partículas y tipo 6 frente a productos químicos líquidos de talla XXL.

Resultados:

Morfología media del interviniente: varón de 31 años, altura 171.73 cm (SD = 9.42 y 95% CI = 169-174.5), contorno de pecho 98.8 cm. (SD = 15.38 y 95% CI = 94.3- 103.3) y cintura 90.16 cm. (SD = 19.012 y 95% CI = 84.5-95.8) y talla L (SD = 1,35 y 95% CI = 1.73-2.53) De los trajes de protección 33.33%(16) se rompieron en las costuras. Dentro de ellos, 75% (12) los desgarros estaban situados en la zona perineal, mientras el 66.66% (8) de los rasgados sucedió en sujetos cuya talla utilizada para el estudio tamaño fue mayor que la recomendada por el fabricante. La medida de cintura promedio de los participantes, que rasgó en las costuras perineales, es 113.6 (SD = 14.8 y 95% CI = 104.87-122.37) estas medidas harán que la talla de elección sea tamaño XL según la especificación del fabricante.

Conclusiones:

Falta de resistencia o tenacidad en las costuras ante la tensión del tejido, principalmente en zona de peri-anal (con mayor prevalencia en hombres), incluso con trajes de mayor talla que la recomendada por el fabricante en base a su contorno de pecho y altura. Es importante incluir el contorno de cintura como punto de medida, guardando relación con la de pecho. En las tallas más grandes, son necesarios ceñidores. Actualizar los estándares del patronaje a los cambios morfológicos de la población.

TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-266

ACCESO EN AMBULANCIA A LA PUERTA DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES DE MALLORCA

G Nicolau Far, J Nicolau Far, A Rotger Terrassa

Samu 061 Baleares. Palma De Mallorca.

Palabras claves: urgencias médicas, técnico, ambulancias

Objetivos:

La isla de Mallorca cuenta con 11 Hospitales que dispongan de servicio de urgencias, de los que cuatro son públicos y siete son privados. Cada uno de ellos construido y/o reformado en un periodo distinto, por lo que co-existen muy diversos tipos de acceso al servicio de urgencias

Material o pacientes y método:

Observación y cuantificación del medio. Se han tomado como referencia cinco parámetros: - Dispone de marquesina que resguarde la ambulancia y por tanto al paciente de las inclemencias ambientales. - La entrada y salida de la ambulancia en el área de urgencias están diferenciadas. - Número de ambulancias que tienen espacio para aparcar sin colapsarse (contabilizado entre: una, dos y tres o más). - Distancia a recorrer una vez abandona la vía pública dentro del centro sanitario con la ambulancia, tomando dos medidas (hasta 100 metros y más de 100 metros). - Acceso en ambulancia dentro del recinto hospitalario libre de desniveles, curvas de ángulo muy cerrado, badenes o baches.

Resultados:

Si tomamos el total de los centros hospitalarios, los resultados están muy igualados entre el cumplimiento o no de los parámetros referidos. Pero al separarlos por centros públicos o privados se hace evidente la diferencia. Por ejemplo, el 100% de los centros públicos dispone de marquesina o aparcamiento para tres o más ambulancias, mientras que en los centros privados cae hasta el 14% en ambos casos, el resto de parámetros arroja también datos muy diferentes entre el sector público y el privado.

Conclusiones:

No existe en Mallorca ningún centro hospitalario que cumpla con la totalidad de los parámetros que consideramos de calidad para facilitar el trabajo del técnico en emergencias sanitarias así como para facilitar el confort del paciente en el traslado dentro del recinto hospitalario en ambulancia, fin último de nuestro trabajo.

O-267

LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y EL TRASLADO EXTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

A San Jaime García, MJ García-Ochoa Blanco

Subdirección General de Emergencias Samur-Pc. Madrid.

Palabras claves: servicios médicos de urgencia, prevención de accidentes, salud laboral

Objetivos:

Los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) han experimentado un cambio sustancial en los últimos años y la Prevención de riesgos laborales (PRL) toma una especial relevancia, la bata blanca y las precauciones estándar son insuficientes. Cada vez su actuación es más específica, como ocurre con traslado psiquiátrico forzoso por orden médica o judicial.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional/descriptivo del transporte psiquiátrico en ambulancia gestionado por las Administraciones Públicas españolas (AAPP) mediante el análisis documental de Memorias anuales, guías o procedimientos y otros registros publicados de libre acceso por los SEM entre 2010 y 2014. Variables a) organismo responsable de la gestión, b) tipo de unidad utilizada, c) notificación de traslados/año, d) sistemas preventivos utilizados, e) apoyo psicológico. Estadística: variables cualitativas en frecuencia relativas. Excell

Resultados:

SEM analizados: 20 Variables: a) Gestión: Consejerías (65%), Empresas públicas (15%), Fundaciones (5%), Gobierno Local (5%) Instituto Nacional de Gestión Sanitaria -INGESA- (10%) b) Transporte: 90% en unidades convencionales, de soporte vital básico (USVB) o soporte vital avanzado (USVA), 20% en unidad especializada psiquiátrica (USPQ). c) Notificación: 10% d) Sistemas preventivos: silla de inmovilización (5%). Formación de los trabajadores, equipos de protección individual (EPIS), guías o procedimientos y solicitud de colaboración con las Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado (FFCCSE) (90%). e) Apoyo psicológico 20%, el 10% con personal propio.

Conclusiones:

Podemos concluir que mayoritariamente las Consejerías de las Comunidades Autónomas realizan el transporte psiquiátrico con recursos propios, en unidades convencionales y USVB o USVA en caso de necesidad. Sólo 1 de cada 5 se realiza en unidades especializadas. Apenas se notifica este tipo de transporte, y en cuanto a las medidas preventivas destacan la formación, la utilización de EPIS, aplicación de guías o procedimientos y el auxilio por las FFCCSE. No se conoce la utilización de silla de inmovilización más que en SAMUR-PC. El apoyo psicológico parece escaso. No se informa sobre siniestralidad. Esta ausencia y la falta de registros específicos sobre la actividad impiden conocer en mayor profundidad los riesgos y poder adoptar medidas preventivas eficaces.

TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-268

DETECCIÓN PRECOZ DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR SOPORTE VITAL BÁSICO: UN ASESINO SILENCIOSO

EJ Simoes da Silva Pereira, FJ Garcés Garcés, ED Gutiérrez Martos, E Pastor González, MJ García-Ochoa Blanco
Samur-Pc. Madrid.

Palabras claves: hipertensión, presión sistólica, dolor de cabeza tensional

Objetivos:

La hipertensión arterial (HTA), suele pasar inadvertida durante mucho tiempo, y no tratarla, puede ser la causa de enfermedades graves. Este peligro puede reconocerse a tiempo a través de síntomas leves o menores, y evitarse daños irreparables.

Material o pacientes y método:

Observacional descriptivo. Población: pacientes atendidos por SVB, con lectura de PA anormalmente alta (ICAO C.3.0). Año: 2014. Lugar: ciudad de Madrid. Variables: epidemiológicas (edad, sexo), duración intervención, hora, día, mes, hemodinámicas (frecuencia cardíaca (FC), presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), clínicas: síntomas guía (dolor cabeza, mareo, epístaxis), síntomas acompañantes (sensación nauseosa, malestar general, dolor tórax, ansiedad, dolor trauma), antecedentes y valoración inicial/final. Estadísticas: cuantitativas mediante medidas centrales y de dispersión, cualitativas mediante porcentajes $p < 0,05$ SPSS v17.

Resultados:

Analizados 184 pacientes (p), con una mediana de edad de 65 años (IQR=76-25), siendo el 50,5% mujeres. La intervención del SVB dura de media una 1 hora 6 minutos, de lunes a viernes el 76,1% (140/184p), de 7:00 a 21:59 horas 164/184p (89,1%), principalmente los meses de junio, marzo o enero, que suman un 37% (68/184p). Nos requieren principalmente por posible patología cardiovascular, 118/184p (64,1%). El 89,1% (164/184p) son transferidos a unidad de soporte vital avanzado (SVA), de los cuales, 83/164p (50,6%) son diagnosticados como HTA, por facultativo. Valores de PAS ≥ 160 mmHg: 167/182p (90,8%), y/o una PAD ≥ 100 mmHg: 139/181p (75,5%). Resaltar el 29,7% (54/182p) con crisis hipertensiva (PAS ≥ 210 mmHg). Solo un 10,3% (19/182p) presentaban una FC ≥ 120 lpm. Refieren antecedentes de HTA un 56,5% (104/184p). Presentan mareos 61/184p (33,2%) y dolor cabeza 32/184p (17,4%). Y destacan como síntomas acompañantes: ansiedad y dolor traumático, ambos con 45/184p (24,5% cada uno).

Conclusiones:

El perfil del paciente es una persona de edad madura, atendida por la tarde, un día laborable, que nos requiere por una posible patología cardiovascular, refiriendo mareos y/o dolor de cabeza. Destaca en nuestro estudio, que solo la mitad de los pacientes analizados eran conocedores de su hipertensión, y un tercio de ellos presentan una PAS ≥ 210 mmHg.

O-269

BURNOUT Y SENTIDO DE COHERENCIA EN EL COLECTIVO DE TRANSPORTE SANITARIO DE LA PROVINCIA DE GIRONA

P Navarro Moya (1), M González Carrasco (2), E Villar Hoz (3)
(1) Universitat de Girona, (2) Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida. Universitat de Girona, (3) Departament de Psicologia. Universitat de Girona

Palabras claves: medical transportation, burnout, sense of coherence

Objetivos:

Los riesgos psicosociales en el trabajo son una de las principales causas de enfermedades y de accidentes laborales. Entre los profesionales del transporte sanitario (TS) se han hallado altos índices de desgaste profesional (SDP) o *burnout*. El SDP se identifica como un estado de alteración emocional y se evalúa a través de las dimensiones de Cansancio emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización personal (RP). Una variable moduladora del SDP puede ser el Sentido de Coherencia (SOC), una tendencia disposicional relativamente estable que conduce a evaluar las circunstancias de la vida como significativas, predecibles y manejables que se refleja en las dimensiones de comprensibilidad, manejabilidad y significación.

Material o pacientes y método:

Investigación descriptiva y transversal. La población de estudio corresponde a la totalidad de la plantilla del CTSC, 440 personas. La muestra obtenida es de 201 profesionales (45,68% de respuesta), 76,60% hombres, 72,10% TSU, 21,40% TSNU y 4,50% otros puestos. La antigüedad media es de $8,75 \pm 3,69$ (rango: 1-27) y la edad media es de $37,57 \pm 7,15$ (rango 23-59).

Resultados:

El análisis descriptivo muestra las siguientes puntuaciones: CE $10,51 \pm 9,01$, DP $4,24 \pm 4,27$, RP $41,02 \pm 7,55$, SOC total $70,07 \pm 9,79$, Comprensibilidad $25,88 \pm 4,84$, Manejabilidad $20,79 \pm 3,64$ y Significación $23,39 \pm 3,27$. La Significación y la Manejabilidad correlacionan con el CE y la DP, la Significación con la RP y la Comprensibilidad con el CE ($p < .001$). También se muestran como significativas la Comprensibilidad con la DP ($p < .01$), y la Manejabilidad con la RP ($p < .05$).

Conclusiones:

La prevalencia del SDP en los profesionales del TS en Girona es inferior a otros colectivos del sector, siendo las puntuaciones ligeramente más elevadas entre los profesionales del TSNU. La puntuación media del SOC es más elevada que la hallada en estudios previos realizados con profesionales de enfermería del mismo territorio. Las correlaciones significativas existentes entre algunas de las dimensiones estudiadas invitan a considerar el SOC como un elemento indispensable en aras a prevenir el SDP y promover la salud mental de los profesionales del TS.



TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-270

REDES SOCIALES EN EMERGENCIAS GESTIONADAS POR TÉCNICOS

E GaciMartín Maroto, E Olmo Megías, J García Iglesias, D Ferrero Gutiérrez, M Sanjuan Herrera, A González Municio
Samur - Protección Civil. Madrid.

Palabras claves: redes, emergencias, técnicos

Objetivos:

Analizar la utilidad de las Redes sociales para comunicar recomendaciones a la población en emergencias y colaborar con entidades dedicadas a la información. Uno de los principales problemas a resolver, es corregir la divulgación de bulos en las redes sociales, definiendo para cada perfil el contenido adecuado a la situación. El número de seguidores que seleccionan nuestro perfil es un indicador del éxito de la política de divulgación y nos permite conocer la penetración que tienen nuestros mensajes en la población a la que queremos llegar.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de la actividad realizada en redes sociales por SAMUR – Protección civil.

Resultados:

SAMUR – Protección civil se incorpora a las redes a finales de 2011 con la creación de dos perfiles en TWITTER: SAMUR_PC que informa sobre el servicio, preventivos de riesgo previsible y novedades en procedimientos o técnicas a través de la página web del servicio. Por otro lado se crea el perfil madridprotcivil, para transmitir consejos de protección civil a la población, utilizando como soporte la web, www.preparatamadrid.es. Los datos de crecimiento que tenemos son los siguientes: Febrero de 2012: 2.000 seguidores. Febrero de 2015: SAMUR 19.100 seguidores madridprotcivil 14.318 seguidores. El perfil de SAMUR_PC siempre ha tenido mayor número de seguidores, Twitter es un canal de noticias, siendo fuente de entrada de información para los medios de comunicación, que demandan información a través de nuestro perfil de SAMUR_PC sobre sucesos. Desde el área de gobierno, se crea un nuevo perfil de twitter organizado por periodistas denominado emergenciasmadrid cuya función es transmitir a los medios de comunicación.

Conclusiones:

- Se observa un incremento importante de seguidores cada vez que se celebra un gran evento en Madrid por lo que publicamos.
- Los ciudadanos consultan nuestras recomendaciones y contribuyen a difundirlas, siendo rentable para el ciudadano y para nosotros.

P-271

TÉCNICO, TUS MANOS SALVAN VIDAS

I Achurra Pardo (1), M Fernández Gómez (1), MJ Rodriguez Lorenzo (2), G Gutiérrez Rojo (3)

(1) Ambuiberica - 061 Cantabria, (2) 061 Galicia, (3) 061 Cantabria. Sobarzo.

Palabras claves: mano, desinfección de las manos, técnicos medios en salud

Objetivos:

El Lavado de Manos con agua y jabón es el método más conocido y sencillo para evitar la transmisión de microorganismos de una persona a otra. El lavado de manos consiste en la frotación vigorosa de las mismas, previamente enjabonadas seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, microbiota habitual y transitoria y así evitar la transmisión de microorganismos de persona a persona.

Material o pacientes y método:

Aplicar el producto en la palma de la mano. Fregar vigorosamente ambas manos. Cubrir toda la superficie de las manos y los dedos. Continuar el fregado hasta el secado (15 a 25 seg).

Resultados:

En la actualidad la adherencia a la técnica del lavado de manos sigue siendo escasa (del 15% al 40%, en el mejor de los casos) su incumplimiento se ha observado en numerosos estudios nacionales e internacionales incluso en los más recientes. Las evidencias empíricas acerca de la relación inversa entre el lavado de manos y la frecuencia de infecciones hospitalarias son abundantes, datos publicados por la OMS han demostrado que con una higiene adecuada de manos podríamos reducir entre el 20% y el 40% de las infecciones cruzadas intrahospitalarias.

Conclusiones:

Para la prevención de las infecciones nosocomiales, los trabajadores de la salud tienen la solución en sus manos.



TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-272

PROFESIONALIZACIÓN DE PRIMEROS INTERVINIENTES Y DESFIBRILACIÓN TEMPRANA

C Vázquez Corveiras, A Rodríguez Díaz,
MH Losada Díaz

Ambulancias Salutrans - Base 061 de Galicia Meira. Ribadeo.

Palabras claves: paro cardíaco, desfibrilación, extrahospitalario

Objetivos:

El manejo de la PCR no presenciada constituye uno de los principales retos de los SEM. Los resultados en el tratamiento de las PCR-EH han sido señalados como un importante indicador de calidad del sistema sanitario. Hasta fechas recientes, existía en España un desconocimiento de las técnicas de resucitación por la población y por gran parte de los médicos, enfermeros y personal parasanitario¹⁰, la asistencia a la PCR-EH se limitaba al rápido transporte al hospital, con realización infrecuente de la resucitación cardiopulmonar (RCP) y sin realización de técnica alguna de soporte vital avanzado (SVA), traduciéndose en una muy elevada mortalidad¹¹.

Material o pacientes y método:

Análisis de los distintos estudios y publicaciones relacionados con la asistencia exitosa de la PCR extrahospitalaria por primeros intervinientes y TES capacitados. En España hay aproximadamente 441 SVA, 44 SVE, 1.223 SVB y 558 ACU. Los profesionales que realizan asistencia extrahospitalaria son aproximadamente 18.000 TES, 2.900 enfermeros y 2.700 médicos.

Resultados:

Se siguen parcialmente las recomendaciones internacionales para desfibrilación temprana: a) Establecimiento de unidades de SVB dotados de DESA. b) En los vehículos que pueden trasladar a pacientes con riesgo de parada cardíaca se debe disponer de desfibrilador y de personal entrenado.

Conclusiones:

El despliegue del DESA en establecimientos públicos debe considerarse como una estrategia alternativa complementaria, factible, segura y eficaz. Pretender que la primera respuesta a una PCR sea sólo y siempre una unidad de SVA supone hoy una medida claramente ineficiente en gestión sanitaria. La profesionalización de los TES y el número de recursos de SVB constituye el apoyo necesario para acortar la llegada de atención al paciente.

P-273

PLANIFICACIÓN DE UN EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA PARA ALOJAMIENTO PROVISIONAL

JM Arana Sánchez (1), N Laserna Rodríguez (2)

(1) Cruz Roja, (2) 061 Aragón. Huesca.

Palabras claves: albergue, catástrofes, planificación

Objetivos:

Los desastres naturales y las catástrofes son cada vez más frecuentes y, sea cual sea el número de víctimas directas, el número de damnificados será mucho mayor. Hay que tener en cuenta a las personas que han tenido que ser desalojadas y a los familiares de los heridos y fallecidos que se desplazan a la zona. Por ello, es fundamental tener un equipo de respuesta rápida que se adapte a la zona del suceso y que pueda habilitar, con un equipamiento logístico básico, un albergue provisional en el menor tiempo posible aprovechando los recursos del plan de emergencia activado según proceda. Aunque la primera opción siempre será el alojamiento del máximo número de afectados posible en casas de familiares o amigos, hay casos en los que esto no es posible, por la localización del suceso o por circunstancias sociales.

Material o pacientes y método:

Los requerimientos locales que el equipo debe tener en cuenta son: -Las condiciones de la instalación. Tipos de instalación si es de una planta o dos si dispone de electricidad -Las condiciones del emplazamiento y facilidades de acceso - Si dispone de puntos de abastecimiento de agua in situ o cercanos, si dispone de letrinas, si existen zonas de uso polivalentes hay que crearlas -Capacidad del albergue. -Disponibilidad de servicios. Una vez buscada la ubicación adecuada, se utilizará el equipo básico, preparado en todo momento y a disposición del equipo, que consistirá en: - Mantas y ropa de abrigo. - Termos. Camas plegables - Grupos electrógenos. - Trípodes de luz. - Mesas y material de oficina. - Ordenadores o sistemas de registro. - Kits de aseo personal. - Material para bebés. - Botiquín básico. - Sistemas de balizaje En el caso de la provincia de Huesca, los desastres más habituales son las inundaciones y las nevadas, por lo que nuestro equipo tendrá unas necesidades específicas: - Ropa - Equipos impermeables

Resultados:

Este proyecto está en proceso de desarrollo y se pretende poner en marcha en los próximos meses.

Conclusiones:

La geografía y la distribución de la población de la provincia de Huesca hacen necesario un equipo adaptado y preparado a las situaciones que frecuentemente se producen en esta región.

TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-274

ACTUACIÓN DEL T.E.S. EN LA RETIRADA DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ANTE PACIENTES CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR AGENTES BIOLÓGICOS COMO LA ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA (EVE)

FJ Ruiz Reyes, M. Osuna Díaz, S. García Rabadán

Asistencias Los Ángeles S.L. Albolote.

Palabras claves: protective clothing, Ebola virus, mouth protectors

Objetivos:

Para comenzar con el proceso de retirada del Equipo de Protección Individual (EPI), El material deberá estar preparado en una habitación adecuada. Los espacios limpio/sucio estarán delimitados en el suelo con cinta adhesiva, donde habrá una senda de entrada y otra de salida.

Material o pacientes y método:

ZONA SUCIA: Cubeta con lejía al 0,5%, silla plástico, bolsas basura, contenedores MER, tijeras, compresas, toallas papel, suero irrigación, bidón con grifo con lejía al 0,5% y cubo para recogida del líquido. ZONA LIMPIA: Mesa con solución hidroalcohólica y guantes. SUPERVISOR: Llevará mismo EPI.

Resultados:

No desvestirse sin supervisor. Introducir pies en cubeta con lejía. Supervisor revisará traje/guantes. Desinfectar guantes. Colocarnos de pie dentro del saco, quieto, dejando brazos levantados. Supervisor limpiará cremallera con compresa en lejía y secará. Retirar pantalla facial. Depositar en contenedor. Desinfectar guantes. Supervisor abrirá solapas, bajando cremalleras, desinfectándose los guantes. Descubrir cabeza replegándose la capucha con las dos manos, liberando hombros hasta codos. Pasar manos detrás de espalda, pellizcando la manga/guante a la altura del encintado, sacando brazo, dejando guante exterior y manga unidos. Cruzaremos brazo/mano enguantada por delante, llevándola al interior de la manga contraria, sacando la otra mano. Desinfectar ambos guantes con lejía. Retirar mono, deslizándolo hacia abajo y hacia afuera sin tocar el exterior, hasta debajo del borde de las botas. Inclinarlos hacia delante, sacar Capuz-Gafas-Mascarilla, cogiéndolos de la parte posterior y externa del faldón, dejándolos caer en contenedor. Desinfectar guantes y sentarnos. Pisar talones de botas para liberar talones. Sacar pies, poniéndolos en zona limpia. Retirar guantes interiores y desecharlos. Poner de pie en zona limpia. Desinfectar manos y lavarse zonas expuestas. Poner guantes limpios. Retirar pijama, ducharnos, colocándonos ropa limpia e hidratarnos. Supervisor se retirará EPI supervisado por componente del equipo limpio.

Conclusiones:

Es necesario practicar una respuesta eficaz y segura ante escenarios con sospecha de cualquier potencial de exposición a riesgo biológico, para evitar la contaminación del personal sanitario.

P-275

¿CUÁL SERÍA EL EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL ADECUADO PARA MANEJAR CON SEGURIDAD UN PACIENTE CON ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA?

D González Rodríguez, MC Castillo Ruiz de Apodaca, JJ Giménez Mediavilla, C Torres Gómez de Cádiz, A Prieto Sánchez, F Aguilar Fernández, J Gajate Cano

Samur Protección Civil Ciudad de Madrid. Madrid.

Palabras claves: fiebre hemorrágica, Ébola, ropa de protección, descontaminación

Objetivos:

En España y el mundo occidental aconteció en 2014 la llamada crisis del Ébola (EVE). A nivel institucional se diseñaron protocolos de actuación nacionales y autonómicos, basados en el protocolo de mínimos de la OMS que motivó la compra de material inédito en los hospitales. La falta de experiencia hizo que la compra del traje no fuera siempre la más adecuada y no estudiaran la mejora de esa protección mínima para sus trabajadores.

Material o pacientes y método:

Nos reunimos expertos en intervención NRBO del ayuntamiento de Madrid del cuerpo de Bomberos y SAMUR-PC, englobados en el gabinete de crisis municipal. Se analizan los protocolos de la OMS, nacional y de la Comunidad de Madrid, con respecto al EPI a emplear. El análisis está basado en los que consideramos desde el ayuntamiento los pilares fundamentales de la intervención biológica (detección, protección, zonificación y descontaminación). El EVE se cataloga como bioseguridad 4, siendo necesario un traje con presión positiva y descontaminación posterior, pero vemos imposible, con los medios de los que disponemos, utilizar equipos de respiración porque no duran suficiente tiempo para solucionar nuestra intervención.

Resultados:

Optamos por la siguiente combinación de EPI: Protección vía aérea y facial: recomendado FFP-2 y gafas antisalpicaduras, consideramos más eficaz máscara completa con filtro biológico, así con un único elemento, protegemos vía aérea y ojos, los trajes tienen mejor ajuste y no deja zonas de la cara desprotegidas. Al considerar necesaria la descontaminación, modificamos a filtro que resista agente biológico y lejía, eligiendo uno polivalente. Protección corporal: consideramos "impermeable" aquel traje que aguanta agua a presión para poder ser descontaminado con lejía. Elegimos un traje tipo 3 a penetración y clase 5 a permeación. Complementos: guantes altos con certificación de protección biológica, botas de protección química y cinta de sellado de protección biológica.

Conclusiones:

La combinación de EPI empleada cumple con los protocolos establecidos, mejorando los criterios de mínimos de los mismos y permite su descontaminación, lo que aporta la máxima seguridad en nuestras condiciones de trabajo.



TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-276

FORMACIÓN DE PRIMER RESPONDIENTE TÁCTICO A UNIDADES POLICIALES ESPECIALES

E GaciMartín Maroto, V Fernández de Córdoba González,
A González Municio, A Sánchez Jodar, A GaciMartín Maroto,
JD Pasalodos Sanguino

Samur - Protección Civil. Madrid.

Palabras claves: educación continua, métodos, care

Objetivos:

Las unidades especiales policiales realizan intervenciones en las que pueden producirse víctimas. En estas situaciones, es muy difícil desplazar a los SEM a primera línea por la complejidad de las operaciones. SAMUR-Protección civil crea un programa específico de Primer Respondiente Táctico para formar a las unidades especiales españolas.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de la formación realizada a estas unidades desde el año 2004. Población: Alumnos que han realizado la formación de Primer Respondiente táctico. Se diseña un curso específico denominado PRIMER RESPONDIENTE TÁCTICO de 25 horas teórico prácticas y una guardia de 17 horas en unidades de SVB de SAMUR-Protección civil. Impartido por técnicos de emergencias de SAMUR-PC, especializados realizando el curso de Tactical Combat Casualty Care (Primeros auxilios en combate) para de comprender y adaptar los cursos de formación al trabajo que realizan estas unidades policiales. Se han realizado 13 cursos de formación: - 7 Cursos a GEO 125 alumnos - 6 Cursos a UEI 86 alumnos Se valora cada curso, obteniéndose los siguientes resultados valorados sobre 5, sobre una muestra de 120 encuestas

Resultados:

Valoración global del curso: 4,6 de media

Conclusiones:

- La valoración de los formadores, de la organización, del contenido y el temario está muy bien valorado solicitando más tiempo de prácticas tanto en escenarios como en unidades de SVB. - Los agentes formados son capaces de administrar técnicas de SV.

P-277

LA DIFOTERINA COMO TRATAMIENTO DE CHOQUE EN EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

R Tofiño Pajares, MC Castillo Ruiz de Apodaca, JJ Giménez
Mediavilla, D González Rodríguez, MA Tejedor Castillo,
F Prados Roa

Samur - Protección Civil. Madrid.

Palabras claves: difoterina, quemadura, química

Objetivos:

La solución difhoterina® es un anfótero utilizado en industria química como primer tratamiento ante accidentes con productos químicos, ácidos y bases. Las moléculas del producto se unen al compuesto agresor, evitando que penetre en los tejidos. Además, al ser hipertónico facilita la salida de líquido de mucosas, ayudando a la eliminación del tóxico. El fabricante indica, que el tiempo óptimo de utilización es menor de 180 segundos, tras contacto con agente agresor.

Material o pacientes y método:

Elegimos la intervención que ha tenido tiempos de respuesta más largos con utilización de diphoterine®. Analizamos: Los resultados tras la neutralización del efecto sobre el paciente. El tiempo de demora en aplicación.

Resultados:

Avisan para atender a un operario de limpieza, informan que le ha salpicado un producto desconocido (parece que corrosivo por el efecto sobre la ropa), presentando irritación en cara y ojos. El afectado se ha mojado la cara con aproximadamente 1 litro de agua, hecho que puede empeorar la patología dependiendo del agente agresor. La unidad llega a los 10 minutos aplica solución diphoterine® con spray de 200 ml como primeros cuidados. Posteriormente se procede al lavado ocular con el mismo producto utilizando el dispensador específico. A los 4 minutos (+ 14 minutos), el especialista de guardia realiza un segundo lavado con una ducha de 5 litros de la misma solución. El paciente es trasladado al hospital para valoración. El paciente es dado de alta del hospital tras pasar por urgencias. Tras visita al especialista, descarta ningún seguimiento o tratamiento posterior. Presenta quemadura de primer grado y alguna zona de segundo en cara, siendo esperables lesiones mas graves dado los daños observados en su ropa de protección.

Conclusiones:

La eficacia de la solución diphoterine® es manifiesta, pese a la tardanza en la aplicación. Los datos son buenos teniendo en cuenta que se aplica en las peores condiciones: el lavado previo con agua en pequeño volumen, que empeora el efecto de la solución y a más de 10 minutos.



TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-278

DISPOSITIVO DE LOCALIZACIÓN PARA TÉCNICOS EN TRANSPORTE SANITARIO EMERGENTE Y URGENTE EN SVB

F Sáenz González, P Lázaro Aragüés, LJ López Torres, A Marco Berna, MJ Martínez Valero, E Tomás Jiménez

Asiscar Ambulancias S.L. Nájera.

Palabras claves: ambulancias, servicios médicos de emergencias, técnicos medios en salud

Objetivos:

La prestación del transporte sanitario urgente en España tiene dos modalidades, presencia física, en la cual los técnicos permanecen en una base y guardia localizada mediante teléfono móvil. En una guardia localizada los técnicos pueden estar en su domicilio o realizando cualquier actividad y, ante una activación, tendrá que ir a reunirse con su compañero donde se encuentre, generando una demora en la asistencia que puede ser crucial. Puede ocurrir que el vehículo pase por delante del aviso y no pueda detenerse dado que tiene que ir a recoger a su compañero para completar la dotación.

Material o pacientes y método:

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), dice que la Emergencia es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos, en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es vital. También se dice que en una emergencia, la persona afectada puede llegar hasta a la muerte en un tiempo menor a una hora. De las muertes súbitas generadas por arritmias malignas de origen cardíaco, que se generan en las urgencias extrahospitalarias y con posibilidad de tratamiento en el lugar, se ha estudiado que cada minuto de retraso en el tratamiento de esa patología reduce en un 10% la posibilidad de sobrevivir. Las paradas cardiorrespiratorias, las obstrucciones de vía aérea, la famosa hora dorada en un politraumatizado, un accidente de tráfico, una reacción alérgica grave, una amputación, una caída de altura, una urgencia pediátrica, un ACV, etc. etc.

Resultados:

El tiempo de movilización, entendiéndolo como tal el transcurrido desde la recepción del aviso hasta la salida del vehículo con su dotación completa, aumenta considerablemente respecto al de una guardia de presencia física, de activación inmediata, estimándose este aumento en una media de 10' a 15', muy superior al objetivo de algunas comunidades que es rebajarlo a 2'.

Conclusiones:

El dispositivo de localización para los Técnicos de transporte sanitario urgente en SVB, aumenta considerablemente el tiempo de respuesta, tiempo vital para un paciente.

P-279

TÉCNICA EN H MÉTODO DE INMOVILIZACIÓN PARA UN LACTANTE

R Murillo Fernández (1), C Santiago Guerrero (2)

(1) Samur, (2) Samur. Casarrubios del Monte.

Palabras claves: lactante, inmovilización, traumatismo múltiple

Objetivos:

Según el informe de Seguridad Infantil 2007 para España, las lesiones traumáticas ocupan la primera causa de mortalidad en niños y adolescentes. Un lactante, por sus características anatómicas, puede resultar fácil de mover, pudiendo existir errores en su manipulación y causando lesiones graves. En el lactante politraumatizado se debe prestar especial atención al eje cabeza/cuello/tronco. Para ello debe utilizarse dispositivos adaptados al tamaño y el peso del bebé.

Material o pacientes y método:

Se valoró los pocos dispositivos de inmovilización para lactantes que se encuentran en el mercado (colchón de vacío y chaleco Full Body Papoose). Se evaluó mediante simulaciones con maniqués los distintos materiales que se encuentran en una ambulancia. Se llega a la conclusión de diseñar un método, que hemos bautizado como "Técnica en H", que permite la inmovilización eje cabeza/cuello/tronco y que cumple los requisitos de inmovilización ideal.

Resultados:

Se precisa un inmovilizador de cabeza de adulto, que cumple características y tamaño para inmovilizar a un lactante. La base del inmovilizador de cabeza, permite inmovilizar la espalda del niño y ser fijada a una superficie más rígida. Las almohadillas laterales permiten acceder de forma sencilla a cualquier vía periférica. Los barbuquejos del inmovilizador, realizan la correcta presión para la inmovilización del cuerpo del niño. Salva el problema de acceder a los miembros superiores. Realiza una perfecta inmovilización del cuerpo del niño con exposición del tórax y abdomen. Este método, es fácilmente adaptable al dispositivo de transporte Kydisafe.

Conclusiones:

Fácil aplicación. No impide el acceso a la vía aérea ni la realización de técnicas de soporte vital. Consigue una inmovilización perfecta. Cómodo para el paciente. Asequible económicamente. "...un adulto puede ser tratado como un niño, pero lo inverso puede producir una catástrofe...." (Sir Lancelot Barrington Ward Worcester, 1884-1953).

TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-280

UNIDAD FOXTROT-EVOLUCIÓN DE UN PROYECTO CONSOLIDADO

R Losada Loriga, J Gajate Cano, A Ocaña Cereceda, M Holguín Labajo, J Fernández Gallego de Lerma, E Gutiérrez Martos
Samur-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid. Guadarrama.

Palabras claves: vehículo farmacéutico, atención de emergencia prehospitalaria, logística

Objetivos:

La farmacia móvil de SAMUR-PC (Foxtrot) se creó hace 5 años para disminuir los tiempos de reposición y limpieza de las unidades asistenciales que quedaban inoperativas tras una actuación, evitando así el desplazamiento a la base principal. En la actualidad es parte indiscutible del operativo ordinario de SAMUR Protección Civil y con este trabajo queremos plasmar en cifras su actuación durante estos años. Se encuentra operativa todo el año de 6 a 23 horas y el responsable es un Técnico en Emergencias. Es una antigua unidad de soporte vital avanzado reacondicionada, aprovechando su interior y adaptando los espacios a las nuevas necesidades de transporte de material fungible, medicación, material de electromedicina y material de movilización e inmovilización.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de las actuaciones de la unidad Foxtrot durante el periodo 2010-2014 en un servicio de emergencias extrahospitalario, recogida de datos mediante revisión de Informes diarios de guardia del personal adscrito a esta unidad y registro de activaciones de la Central de Comunicaciones. Se contabiliza como una única activación aunque en la misma se reponga a varias unidades.

Resultados:

Análisis de 6.654 activaciones. Actividad de la unidad por años:
- 2010: 0'69% (IC 95% 0'65-0'74) - 2011: 0'85% (IC 95% 0'81-0'90)
- 2012: 0'10% (IC 95% 0'94-0'1) - 2013: 0'10% (IC 95% 0'98-0'11)
- 2014: 0'13% (IC 95% 0'13-0'14) Ajuste lineal de la actividad: $Y = 68.266 + 1.390 \text{ meses}$ (R Cuadrado 0'659) Pico de actividad: -
Meses: Número máximo de activaciones en octubre: 552 frente agosto: 401. - Días: Viernes genera un 13'19% y el que menos el domingo 11'24%. Lugar reposición: Bases operativas 1.549 avisos (26'96%). - Hospital de traslado 1.789 ocasiones (31'14%). - Lugar incidente 2.407 veces (41'89%).

Conclusiones:

Apreciamos que este proyecto es una realidad consolidada con aumento significativo con el paso del tiempo, destaca la estabilidad en los lugares principales de reposición y los picos de actividad. Podemos pronosticar la tendencia del aumento por ajuste lineal de sus activaciones, este análisis consideramos que es interesante para tomas de decisión en gestión.

P-281

LA "FORMACIÓN EN REANIMACIÓN" DEL PERSONAL LEGO MANTIENE EL RITMO DESFIBRILABLE EN LA PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA

J Carrasco Yubero, E Gutiérrez Martos, E Pastor González, MJ García Ochoa Blanco

Samur-Protección Civil. Madrid.

Palabras claves: formación RCP, parada cardiaca extrahospitalaria, servicios de emergencias médicas

Objetivos:

La parada cardiaca súbita extrahospitalaria de origen no traumático (PCREH) es un problema de salud de gran relevancia dada su pobre supervivencia, cuya respuesta asistencial por parte de la población tiene un papel de vital importancia, previo a la llegada de los Servicios de Emergencias. En la literatura existe gran consenso sobre la importancia de formar a la población en técnicas de reanimación para incrementar las tasas de Recuperación Espontánea de Circulación (REC).

Material o pacientes y método:

Diseño observacional analítico. Población: Pacientes en parada cardiaca extrahospitalaria atendidos en la ciudad de Madrid durante los años 2013-14 por SAMUR-PC Pacientes excluidos: Paradas de origen traumático, fútiles o presenciadas por Servicios de Emergencias. La recogida de datos se ha realizado mediante observación de historias clínicas y consultas en base de datos del Servicio Se valora el ritmo electrocardiográfico de fibrilación ventricular a la llegada del Equipo de Emergencias así como la recuperación de pulso mantenido Variables: parada cardiaca presenciada por testigo, soporte vital previo, testigo formado, pulso mantenido. Variable dependiente: Ritmo desfibrilable. Análisis estadístico: variables cualitativas, frecuencias absolutas y relativas, contraste de hipótesis: chi cuadrado. Access, Excel .SPSS. v17

Resultados:

486 casos. En el 51,2% (249) hay soporte vital básico previo. En el 37,4% (182) la pérdida de conocimiento es presenciada por testigos. El 21% (102) el primer respondiente está formado en técnicas de RCP, en estos pacientes el 44,1% (45) el ritmo electrocardiográfico a la llegada del EE es compatible con desfibrilación (significación estadística $p=0,018$) y se consigue pulso mantenido en el 64,7% (66) con una $p>0,05$. En el 15,9% de los casos (77) se pierden del análisis por desconocer su formación.

Conclusiones:

Los pacientes que han sido asistidos por un testigo formado en RCP se asocian positivamente a un ritmo desfibrilable y a un aumento de casos en los que el paciente logra un pulso espontáneo mantenido. Se pone de manifiesto la importancia de la recogida de datos (estilo Ulstein) en las intervenciones para su estudio posterior.

TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-282

EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA PARA EL CRIBAJE DE PACIENTES CRÍTICOS (ESCALA NEWS) POR EL EQUIPOS DE SOPORTE VITAL BÁSICO EN SEVILLA

JM Villadiego Sánchez (1), J Borja Padilla (2), F Bonilla Quintero (3), JJ García del Águila (3), I de Andrés Rodríguez (3), A Romero Hidalgo (3), JE Fernández Jiménez (3)

(1) Empresa Publica de Emergencias de Andalucía, (2) Epes-061, (3) Epaaes-061. Sevilla.

Palabras claves: escala gravedad, news, transporte

Objetivos:

El triángulo de la respuesta clínica de urgencias se centra en tres factores determinantes del resultado del proceso asistencial: la detección precoz, la oportunidad y la competencia. La detección temprana de signos de riesgo en los pacientes urgentes, ha sido objeto de diferentes estudios a lo largo de los últimos años a nivel internacional, poniéndose en marcha diferentes escalas de valoración. La escala de gravedad "National Early Warning Score" (NEWS) se basa en la cuantificación en puntos, de los datos obtenidos a partir de diferentes lecturas fisiológicas (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura corporal) y de la observación del nivel de conciencia.

Material o pacientes y método:

Estudio de cohortes prospectiva en la que se incluyeron todos los pacientes atendidos por equipos no sanitarios en ambulancia básica de la ciudad de Sevilla y trasladados a los hospitales públicos durante el año 2014. Una primera cohorte de intervención formada por pacientes a los que se les aplica la escala de riesgo NEWS y una segunda de comparación, formada por los pacientes que se derivan mediante el procedimiento habitual en ambulancias básicas de la red de transporte urgente

Resultados:

Se han recogido un total n=4.926 asistencias de las que 2.733 (55,4%) pertenecen a la primera cohorte y el resto n=2.193 del resto de ambulancias

Conclusiones:

- La inclusión de una escala de valoración de riesgo en la operativa de trabajo de la unidad de SVB ha estandarizado la toma de decisiones por parte de los TES.
- La aplicación de la escala NEWS en las unidades de SVB de EPES en la ciudad de Sevilla reduce la mortalidad en un 0,38% frente al grupo control.
- El uso de este tipo escalas en la patología traumática leve-moderada no muestra sensibilidad para el cribaje de pacientes graves.
- La escala NEWS permite homogeneizar la respuesta de la atención prestada y adaptar el tipo de recurso a la situación clínica del paciente.

P-283

DESCONTAMINAR UN EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL. PUNTO CLAVE TRAS MANEJAR UN PACIENTE CON ÉBOLA

D González Rodríguez (1), JJ Giménez Mediavilla (1), MC Castillo Ruiz De Apodaca (1), C Fernández Candelas (2), JA Tamayo Otero (1), R Losada Lóriga (1), R Tofiño Pajares (1)

(1) Samur Protección Civil Ciudad de Madrid, (2) Cuerpo de Bomberos del Ayuntamiento de Madrid. Madrid.

Palabras claves: fiebre hemorrágica Ébola, ropa de protección, descontaminación

Objetivos:

La denominada crisis del Ébola se produjo en 2014 en el mundo occidental. En el hospital Carlos III se produjo contagio de una auxiliar de enfermería, el origen del mismo según las primeras hipótesis se debe a la falta de entrenamiento en la retirada del Equipo de Protección Individual (EPI), coincidiendo con la máxima carga viral del paciente. El protocolo del hospital no incluía la descontaminación del EPI, algo que los expertos nacionales en riesgo biológico consideran fundamental. Los protocolos nacionales e internacionales señalan a la lejía como el descontaminante de elección en caso de EVE.

Material o pacientes y método:

Realizamos prácticas de desvestido de intervinientes con EPI compuesto por máscara con filtro polivalente, traje tipo 3 a penetración y clase 5 a permeación, guantes de protección biológica, botas de protección químicas y cinta de sellado de protección biológica. Los EPI son marcados por diferentes zonas con contaminantes visibles no tóxicos en forma sólida y en forma líquida. El personal que realiza el desvestido es especialista en intervenciones de riesgo biológico de SAMUR-PC con experiencia.

Resultados:

En 50 prácticas el interviniente se desviste solo sin ayuda y sin descontaminar, 28 (56%) de ellos se contaminan alguna parte del cuerpo. En 50 prácticas el interviniente es desvestido por ayudante sin descontaminación previa, en 13 (24%) se contaminan uno o los dos intervinientes. Cuando el contaminante es claramente visible, el ayudante se centra en esa zona, descuidando otras. En 50 prácticas el interviniente es descontaminado y desvestido por ayudante, no se aprecia contaminación ni siquiera al empezar el desvestido, con lo que no puede haber contaminación secundaria.

Conclusiones:

La descontaminación previa a la retirada del EPI es un pilar fundamental en los incidentes con riesgo biológico, ya que reduce significativamente el riesgo de contaminación secundaria. La elección del EPI depende por tanto de dos parámetros: el riesgo a tratar y resistencia a la descontaminación posterior. A pesar del EPI recomendamos llevar ropa de trabajo interior de manga larga y sellada para una mayor protección del interviniente.

TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-284

TÉCNICO EN EMERGENCIAS: CLARO POTENCIAL INVESTIGADOR EN SEMES

J Gajate Cano, A Ocaña Cereceda, R Losada Loriga, J Fernández Gallego De Lerma, E Gutiérrez Martos, R Vico Fernández

Samur-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid.

Palabras claves: técnicos medios en salud, congresos, indicadores bibliométricos

Objetivos:

Los Técnicos en Emergencias Sanitarias suponen 2/3 partes de SAMUR- Protección Civil. El trabajo de este profesional sanitario ha ido evolucionando hasta convertirse en una profesión sanitaria con sus propios estudios de grado medio. Esto ha dado una mayor importancia o relevancia, si cabe, a la figura del Técnico, desdibujando la figura del conductor y del camillero de antaño, desarrollando un nuevo perfil hacia diferentes vertientes, siendo una de ellas la investigación, no como dedicación exclusiva en la actualidad, pero si como una faceta más que se desarrolla día a día, siendo ejemplo de ello la producción científica que se presenta todo los años en el Congreso Nacional de SEMES y que desde SAMUR se favorece.

Material o pacientes y método:

Estudio Bibliométrico basado en la revisión de los trabajos aceptados en los Congresos Nacionales de SEMES, libros de comunicaciones, elaborados por Técnicos de SAMUR-Protección Civil, bien como autores o como colaboradores, desde 2005 hasta 2014.

Resultados:

Entre 2005 y 2014, SAMUR presento en los Congresos Nacionales de SEMES 411 trabajos, siendo 227 elaborados por o con Técnicos (55'23%). 158 son los técnicos que han participado de una plantilla de 657 (24'04%), siendo 145 hombres de una plantilla de 404 (35'89%) y 13 mujeres de 32 (40'62%), siendo 64 funcionarios (40'50%) frente 94 interinos (59'49%). Temática elegida: atención urgente motivada por enfermedad 155 apariciones como autor, atención urgente motivada por accidente 139, gestión y organización 74... Orden autores: 1ª posición 125, 2ª 103, 3ª 102, 4ª 97, 5ª 86, 6ª 60. Trabajos multidisciplinarios en 520 apariciones frente 63 donde solo figuran técnicos.

Conclusiones:

La producción científica de los técnicos en SAMUR va pareja a la producción total, manteniéndose de media en 49'83%. No destaca un sexo sobre otro, pero si se aprecia mayor producción por parte del personal interino. La temática responde a cuestiones relacionadas con la urgencia y a la gestión u organización, facetas que desarrolla el técnico en SAMUR.

P-285

ATENCIÓN SANITARIA EN BICICLETA. LOS LINES DE LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

R Santirso Fernández, E Mayo Sarabia, JM Núñez Orduña
Samur-Protección Civil. Madrid.

Palabras claves: atención prehospitalaria, ecológico, lince

Objetivos:

SAMUR-PC Madrid cuenta con la "Unidad Lince", un recurso de atención sanitaria urgente en bicicleta, ecológico y respetuoso con el medio ambiente. Todos sus miembros poseen la titulación de Técnico en Emergencias Sanitarias y su medio de transporte es la bicicleta, dotada de material sanitario.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo ecológico. Revisión base de datos de informes realizados. Ámbito: Servicio de Emergencias extrahospitalarias que desarrolla su actividad en vía pública de Madrid. Periodo: enero 2010- enero 2015. Inclusión: población atendida por la Unidad Lince. Variables: tipo de patología, derivación a otra unidad y tiempos de llegada. Estadística: medidas posición, dispersión y frecuencias. Procesamiento de datos Excel y SPSS versión 17.

Resultados:

Fueron atendidos 294 pacientes. 196 de ellos presentaron patología traumática (66,7%). De los 98 restantes (33,3%), un 46,9% (46 p) sufrieron problemas cardiovasculares (2 pacientes en parada cardiorrespiratoria). Un 74,5% (219 p) no precisó derivación a otra unidad. Del 25,5% (75 p) derivado, 13,6% (40 p) fue a SVB y 11,9% (35 p) a SVA. El 80,6% (158 p) de la patología traumática no precisó derivación. De la patología no traumática fueron derivados 37,8% (37 p). Tiempo de llegada menor a cuatro minutos (76,5%). El 39,2% de las atenciones fueron realizadas en diciembre.

Conclusiones:

La Unidad Lince es capaz de solventar el incidente sin la necesidad de movilizar una ambulancia en la mayoría de las ocasiones, sobretodo si se trata de patología traumática. Es destacable que gracias a los tiempos de llegada, en caso de parada cardiorrespiratoria, el ciudadano podría beneficiarse del inicio precoz de maniobras de resucitación y desfibrilación. El pico de mayor incidencia en diciembre se relaciona con la campaña navideña en la zona centro de Madrid. Consideramos que después de analizar nuestra experiencia la asistencia sanitaria urgente en bicicleta se podría valorar como eficaz sobre todo para zonas de difícil acceso, tanto por su rapidez como por la capacidad de brindar una primera asistencia de calidad.

TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-286

TÉCNICOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS
Y EJERCICIO FÍSICO

MJ Rodríguez Lorenzo (1), S Martínez Isasi (2), D Vázquez Santamariña (2), B Remuiñán Rodríguez (3), D Castro Dios (3)

(1) Ambulancias Carballo. Base 061 de Galicia, (2) CGM Emergencias Sanitarias. Liceo La Paz, (3) Instituto de Investigación Biomédica. CHUAC. A Coruña.

Palabras claves: rol profesional, ambulancias, ejercicio físico

Objetivos:

La práctica de ejercicio físico genera beneficios a corto, medio y largo plazo: es fuente de bienestar físico y psíquico, con lo que esto se traducirá en un mayor rendimiento laboral

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, transversal. Cuestionarios auto aplicados, individuales y anónimos por personal TES.

Resultados:

El 84,2% de la muestra son hombres. La Media de edad es de $37,12 \pm 7,69$ años, siendo superior en los hombres. El IMC medio es de $27,58 \pm 4,93$ kg/m², siendo superior en 3 puntos en los hombres, $28,07 \pm 4,89$ con respecto a las mujeres. El número medio de días de actividad física ligera es $3,79 \pm 2,3$, disminuyendo según aumenta la intensidad del ejercicio. Las mujeres presentan medias inferiores, salvo en actividad física ligera que es superior. El valor medio de la percepción del estado de forma es $3,04 \pm 0,94$. Los valores más altos (mejor percepción) son superiores en los hombres, excepto en el punto medio (normal) que es superior en las mujeres 28 pts. Se observa $p < 0,05$, entre IMC elevados: TES que no realiza ejercicio físico de manera habitual, siendo el riesgo de obesidad 3,2 veces superior (IC95%:1,124-9,548), TES con una mala percepción de la condición física, siendo el riesgo de obesidad 13 veces superior (IC95%:5,518-48,579) y entre la edad y IMC, $r = 0,218$ - $p = 0,003$

Conclusiones:

Los TES que no realizan ningún tipo de ejercicio físico aumenta el riesgo de tener IMC altos. Éstos también se relacionan con una mala percepción de la condición física. El principal motivo para realizar ejercicio que alegan los TES es la salud y ocio, la principal barrera es la turnicidad y falta de motivación. Los valores del IMC elevados entraña riesgos para la salud, unido a otros factores inherentes de la profesión como son estrés, insomnio, turnicidad, etc.. El fomento del ejercicio físico entre los trabajadores y por parte de la empresa a medio y largo plazo puede ser una de las actividades de prevención primaria y secundaria a desarrollar.

A-287

ACTUACIÓN DEL TES EN LA COLOCACIÓN DE LOS
EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ANTE
PACIENTES CON SOSPECHA DE INFECCIÓN GRAVE
POR AGENTES BIOLÓGICOS TRANSMISIBLES COMO
LA ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA (EVE)

FJ Ruiz Reyes, M Osuna Díaz, S García Rabadán

Asistencias Los Ángeles S.L. Albolote.

Palabras claves: protective clothing, ebola virus, mouth protectors

Objetivos:

El Ébola es una enfermedad muy contagiosa que produce fiebres hemorrágicas, transmitiéndose por contacto directo con fluidos corporales, y para prevenirla, se requiere fundamentalmente de cambios de comportamiento, EPI adecuados y desinfección correcta.

Material o pacientes y método:

Mono, capuz, gafas, mascarilla FFP3, guantes nitrilo, cubre-piernas, botas PVC, solución hidroalcohólica, gorro de quirófano, pijama, pantalla facial, cinta, bolsa estanca para equipos de comunicaciones, asiento.

Resultados:

Un supervisor leerá las instrucciones mientras nos colocamos el equipo, asistiéndonos cuando haga falta. Nos colocaremos pijama de hospital, quitándonos objetos personales. Recogernos pelo con gorro quirófano. Guardar equipos comunicación en bolsas estancas. Meter pernera pantalón pijama dentro de calcetines y camisa dentro del pantalón. Higiene manos antes de manipular los EPI. Ajustar gafas. Sentados, colocar cubre-piernas encima de calcetines. Colocar mono hasta cintura sin subir cremallera. Poner botas, quedando el mono por fuera de botas y lavar manos. Colocar guantes interiores bien extendidos. Con ayuda, terminar poner mono. Colocar mascarilla sin cruzar gomitas. Probar ajuste de mascarilla, fijándonos si entra aire. Colocar capucha del mono. Supervisor, cerrará la cremallera y solapas adhesivas que cubren la cremallera. Colocar capuz encima capucha del mono. Poner gafas de protección y ajustarlas. Meter bucle elástico de la manga en el dedo pulgar. Colocarnos segundo par de guantes encima de la manga del mono. Supervisor, encintará guantes a la altura del antebrazo, sin apretar, para una retirada sencilla. Encintar botas altura de tobillos. Supervisor peinará arrugas del mono para evitar bolsas. Realizar prueba confortabilidad. Utilizar pantalla facial ante posible exposición a salpicaduras por fluidos.

Conclusiones:

Es necesario practicar una respuesta eficaz y segura ante escenarios con sospecha de cualquier potencial de exposición a riesgo biológico, para evitar la contaminación del personal sanitario.



TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

A-288

¿REPARTIMOS BIEN LAS
AMBULANCIAS? ¿COMODIDAD O NECESIDAD?

M García Ribes (1), I Palacio Quintana (2), ME Suárez González (2), JE Serna González González (2), A Fernández Lloret (2), C Fleitas Quintero (1)

(1) CotoLino 2, (2) 061. Santander.

Palabras claves: urgencias atención primaria, gestión, coordinación ambulancias

Objetivos:

Evaluar la gestión de los vehículos de transporte sanitario urgente en un servicio de urgencias de atención primaria, valorando cuales son los factores que priman para su asignación, partiendo de la base de que la mayoría de ellos son gestionados por personal no sanitario

Material o pacientes y método:

Durante 2 meses. Los técnicos de transporte sanitario urgente de una zona básica de salud de unos 100.000 habitantes registraron todas las salidas con su vehículo, registrando factores geográficos y ergonómicos del paciente que lo solicita, así como los relacionados con la prioridad/gravedad (A: no demorable / B: demorable) de la salida, analizando *a posteriori* con los médicos del servicio de urgencia si las características iniciales del aviso se corresponde con la realidad.

Resultados:

El paciente 'tipo' que requiere un vehículo de transporte sanitario urgente en nuestra zona básica de salud es un varón de 58 años con patología crónica no incapacitante, que reside a menos de 500 metros del centro de salud, que vive en un piso alto sin ascensor, y que no presenta patología objetivamente grave. El 32% de las salidas efectuadas con prioridad A, deberían ser catalogadas como B, mientras que en el 15% ocurre al contrario.

Conclusiones:

1. Existen factores ergonómicos a la hora de asignar un vehículo de transporte sanitario urgente que priman sobre los geográficos o, lo que es mas importante, los de prioridad/gravedad 2.- 1 de cada 3 vehículos de transporte sanitario urgente solicitados se gestionan con una prioridad equivocada, lo que provoca su falta cuando son necesarios así como la falta de la activación del personal sanitario cuando han de acudir con el vehículo. 3.- Es muy importante recabar información minuciosa de la naturaleza del aviso vía telefónica por parte de personal sanitario para gestionarlos apropiadamente

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-289

¿ACTUAMOS IGUAL EN LAS PARADAS INTRAHOSPITALARIAS QUE EN LAS EXTRAHOSPITALARIAS?

P Bazán Domínguez, V Álvarez Rodríguez, M Merlo Loranca,
E Aznar Andrés, R Casero Gómez

Hospital de Getafe. Madrid.

Palabras claves: paro cardíaco intrahospitalario, paro cardíaco extrahospitalario, resucitación cardiopulmonar

Objetivos:

La incidencia de la parada cardiorrespiratoria es baja pero el tiempo de atención es determinante

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, longitudinal, sin intervención, sobre pacientes que sufrieron PCR (intra/extrahospitalaria) y fueron atendidos en el Servicio de Urgencias(SU) del Hospital Universitario Getafe durante 2013. Variables analizadas: demográficas, epidemiológicas, comorbilidad, situación funcional, síntomas, terapéutica y supervivencia. Datos obtenidos de historias clínicas del centro, analizados con SPSSv.19.

Resultados:

En 2013 se atendieron 66.516 pacientes en el SU, de los cuales 21 presentaron PCR, el 42,8% (9 pacientes) fueron intrahospitalarias frente al 57,2% (12) extrahospitalarias. El 50% de pacientes atendidos en medio extrahospitalario tenían menos de 65 años, pero sólo 1(11%) de los atendidos en medio hospitalario tenía menos de 65 años. Del total de pacientes, el 33% (7) presentaban antecedentes cardiológicos sin existir diferencias en ambos grupos. En cuanto al tipo de cardiopatía predominaba cardiopatía estructural en pacientes con paradas extrahospitalarias. No diferencias en la situación funcional. Solo 2 pacientes realizaron visita a urgencias previamente(15días), siendo ambas paradas intrahospitalarias. El pródromo más frecuente en extrahospitalarias fue síncope (33%), en intrahospitalarias no hay síntoma que predomine. El ritmo de parada más frecuente fue asistolia sin diferencias en ambos grupos. Sólo 2 pacientes presentaron ritmo desfibrilable al inicio. Ambos fueron atendidos en medio extrahospitalario. En cuanto al tiempo de reanimación el 58% de extrahospitalarias mantuvieron reanimación más de 20 minutos frente al 11% de intrahospitalarias. Al 100% de extrahospitalarias se les realizó masaje cardíaco, frente al 88% de intrahospitalarias. Al 17% de extrahospitalarias se desfibriló, frente al 11 % de intrahospitalarias. Se administraron fármacos al 83% de extrahospitalarias frente al 55,5% de intrahospitalarias. El 67%(8) de extrahospitalarias sobreviven, frente al 33%(3) de intrahospitalarias. Al mes viven el 37,5 %(3) de extrahospitalarias y el 66,6 %(2) de hospitalarias.

Conclusiones:

Sorprende un manejo más exhaustivo de paradas extrahospitalarias: más tiempo de reanimación básica, mas fármacos y mayor necesidad de desfibrilación. Probablemente esté en relación con que los pacientes atendidos en medio extrahospitalario son más jóvenes, tienen menos comorbilidad y el ritmo de parada era desfibrilable aumentando la supervivencia, como demuestran nuestros resultados.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-290

LA FUNCIÓN COGNITIVA EN LOS SUPERVIVIENTES DE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA

JM Navalpotro Pascual, FA Peinado Vallejo,
A Corral Sánchez, J Valenciano Rodríguez,
J Les González, J Bravo Rodríguez-Barbero

Summa 112. Alcalá de Henares. Madrid.

Palabras claves: paro cardíaco, servicios médicos de urgencia, resucitación cardiopulmonar

Objetivos:

En muchas ocasiones cuando conseguimos recuperar una parada cardiorrespiratoria (PCR), nos queda la duda si nuestro paciente habrá quedado con graves secuelas neurológicas o incluso en coma. Creemos que es importante que los servicios de emergencias extrahospitalarios conozcan el estado neurológico de los pacientes recuperados de una PCR, al alta del hospital.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado un estudio observacional de cohorte clínico prospectivo desde octubre de 2013 a septiembre de 2014, sobre 1162 PCR extrahospitalaria tratadas por las unidades de emergencia del SUMMA 112 de Madrid. De estas se descartaron 225 porque no se hizo reanimación cardiopulmonar (RCP) o esta fue fútil. Se estudiaron como variables independientes: edad y sexo del paciente, ritmo inicial de la parada, si la parada fue presenciada y si estaba presente el equipo de emergencia cuando se produjo, como variable dependiente se considera el estado neurológico al alta medido por la escala CPC (Clinical Performance Score) de los pacientes trasladados con vida al hospital.

Resultados:

Se analizaron 937 casos de PCR., de los que llegaron con vida al hospital 316, El 67,4% eran hombres y la mediana (RIQ) de la edad fue 64 (50,25-77) años. Se encontraron diferencias significativas en la CPC ($p < 0,001$) cuando el primer ritmo observado fue un ritmo desfibrilable con un CPC ≥ 2 en un 59,8% frente a un 23,2% en ritmos no desfibrilables (adjRR 1,9, 95% IC 1,5-2,4) y cuando la PCR ha sido presenciada ($p = 0,03$) con un 39,2% frente al 15,0% cuando no lo ha sido (adjRR 3,7, 95% IC 1,1-12,8). Se observa que los pacientes que fueron dados de alta el 92,8 % presentaron un CPC ≥ 8 y todos los llevados haciéndose RCP fallecieron antes del alta. No se observaron diferencias significativas si estaba presente el equipo de emergencia.

Conclusiones:

El mejor estado neurológico de los pacientes supervivientes de una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria se da cuando la PCR ha sido presenciada y cuando el ritmo inicial era un ritmo desfibrilable.

O-291

¿HAY VIDA SIN DETERIORO NEUROLÓGICO TRAS 20 MINUTOS DE REANIMACIÓN DE UNA PARADA CARDIACA EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO?

E Corral Torres, MJ García Ochoa Blanco, MI Casado Florez
Samur-Protección Civil. Majadahonda, Madrid.

Palabras claves: out-of hospital cardiac arrest, emergency medical services, cardiopulmonary resuscitation

Objetivos:

La parada cardíaca surgida en el medio extrahospitalario plantea para el médico una serie de decisiones adicionales a las que pudiera encontrarse en el ámbito del Hospital. Entre ellas, quizás la más complicada sea la elección del momento en el que cesar las maniobras de reanimación. Una decisión que debe contemplar factores como el tiempo de parada antes del inicio de las maniobras de SVA, la existencia de SVB por testigos, el ritmo de parada, las características del paciente, etc. Sin embargo, la decisión de suspender las maniobras no suele tener un referendo concreto de la evidencia científica. Las guías hablan de periodos establecidos, que suponen más una referencia que una recomendación.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo Población: cohorte de pacientes con Parada Cardiorrespiratoria (PCR) de causa médica atendidos por un SEM. Años: 2012-2014. Exclusión: PCR sin inicio de maniobras. Variables epidemiológicas (edad, sexo), Tiempo > 20 minutos (valorado por variable intermedia: nº de adrenalinmas mas de 5 equivalen a mas de 20 minutos de reanimación), ritmo de inicio. Resultado: recuperación neurológica completa. Estadística: cuantitativas medidas posición, dispersión, cualitativas frecuencia absoluta y relativa Access y SPSS v 17.0.

Resultados:

741 pacientes, mediana edad -65 años (IQR 52-78), 79%(586) hombres. 35,7%(265) presentan ritmo desfibrilable 143 pacientes, 19,28%, consiguen una recuperación *ad integrum*. De ellos, 7 son recuperados en la escena después de > 20 minutos de maniobras de reanimación. No hay diferencias con respecto al ritmo de inicio, pues 3 de estos 7 tenían un ritmo de asistolia y 4 presentaban una FV.

Conclusiones:

Fuera de los supuestos reflejados en las guías, como de larga reanimación, existen también posibilidades de supervivencia que dejan en duda esas recomendaciones y que, obligan al que se enfrenta a la reanimación a individualizar el manejo de cada caso.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-292

TRES AÑOS DE UN PROGRAMA EXTRAHOSPITALARIO DE DONACIÓN EN ASISTOLIA EN UNA POBLACIÓN PEQUEÑA. ANÁLISIS Y RESULTADOS

CM Guerra García (1), E Miñambres García (2), F Huidobro Santamaría (3), V Terán Díez (4), S Jiménez Perales (4), M Terán Díez (5)

(1) Sem 061 Cantabria, (2) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (3) Sem 061 Cantabria, (4) Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud, (5) CAP Maragall Instituto Catalán de la Salud. Hinojedo.

Palabras claves: trasplante de órganos (organ transplantation), paro cardíaco (heart arrest), sistema médico de emergencia (emergency medical system)

Objetivos:

La donación en asistolia (DA) Maastricht IIa ha estado circunscrita a ciudades de gran tamaño y se ha basado en la obtención de injertos abdominales. En octubre de 2012 se inició un programa de DA en Cantabria para la obtención de injertos pulmonares, abarcando inicialmente a 250.000 personas. A partir de agosto de 2013 se incluyó trasplante renal y desde octubre de 2014 se amplió la población hasta los 400.000, gracias a la dotación de cardiocompresores en todas las unidades de soporte vital avanzado (SVA).

Material o pacientes y método:

Se valoraron los pacientes entre 7 y 60 años, que sufrieron una parada cardiorespiratoria (PCR) desde octubre de 2012 hasta diciembre de 2014 que cumplían los criterios de inclusión. Se estudiaron diferentes variables como, edad, sexo, tiempo de activación del SVA, tiempo PCR-RCP avanzada, tiempo PCR-hospital y número total de donantes. Los datos se analizaron en hoja de cálculo Excel y SPSS.

Resultados:

Se produjeron 22 prealertas con 42 años de edad media (rango:19-62). De estas, 6 se descartaron por coordinación de trasplantes en la primera llamada, ninguna por retrasos en los tiempos extrahospitalarios. De las 16 activaciones, 7 fueron donantes eficaces, 5 trasplantes unipulmonares, 1 trasplante bipulmonar y 4 trasplantes renales. El 100% de los donantes fueron hombres, con 36 años de edad media (rango: 23-49). El tiempo de activación del SVA fue menor de 2 minutos en el 82%. El tiempo medio de PCR-RCP avanzada fue de 7 minutos (rango:1-15). Los tiempos medios de PCR- hospital fueron de 45 minutos (rango:42-112) y en el 100% no se sobrepasó el tiempo máximo de 120 minutos.

Conclusiones:

Se ha constatado la viabilidad de un programa de DA en una ciudad pequeña tanto para órganos abdominales como pulmonares aportando una media de 10 donantes/año. El cumplimiento estricto de los tiempos y criterios de inclusión ha podido limitar el número de donantes. La elevación de la edad hasta 60 años, del tiempo PCR-hospital a 120 minutos y dotar al resto de SVA de cardiocompresores ha potenciado el programa.

O-293

CARACTERÍSTICAS DE LA PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA EN UNA COMUNIDAD UNIPROVINCIAL

Jl Ruiz Azpiazu, B Teja Ruiz, Ml Bragado Blas, ME Jiménez Gómez, J Muñoz Castellano

061 La Rioja. Logroño.

Palabras claves: parada cardíaca extrahospitalaria, servicio de emergencias médicas, epidemiología

Objetivos:

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCEH) es un problema de salud pública en la que los servicios de emergencia (SEM) tienen un papel primordial, pero muchas veces no hay suficientes datos sobre su epidemiología.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo de las PCREH en las que se realizó RCP por el SEM desde 1 octubre 2013 al 30 septiembre 2014, recogidas en un registro en el marco del proyecto OHSCAR (Out Hospital Spanish Cardiac Arrest). Se efectuó análisis descriptivo y de supervivencia.

Resultados:

Población 319.002 habitantes. Se recogieron 174 PCREH. Se realizó RCP en 75 (43,1%) siendo 53 varones (70,6%). La edad media en intentos de RCP fue de 64.24 en varones (DE 18.21) y 64.5 en mujeres (DE 20.49). Los motivos de llamada al SEM: inconsciente 31, PCR 13, disnea 11, dolor torácico 4, traumatismo severo 4, otros 9. Ocurrieron 44 en domicilio (58,6%), 24 en lugar público (32%), 5 en centro sanitario extrahospitalario (6,6%) y 2 en lugar de trabajo (2,6%). Fueron presenciadas 66 (88%) y en 43 se inició RCP por testigos legos. A la llegada del SEM el ritmo inicial fue: 39 asistolia (52%), 21 FV (28%), y 15 (20%) otros ritmos no desfibrilables. En 17 (22,66%) había presente un DESA sanitario, y 1 caso DESA público, con descarga en 8 (10,66%). Recuperaron pulso y llegaron al hospital 22 (29,33%) siendo dados de alta 11 (14,66%) con cerebral performance category (CPC) 1 y 2. A los 3 meses del alta todos permanecían vivos y con CPC1. De los 11 supervivientes, 7 tenían como ritmo inicial FV, 3 ritmo desfibrilable por DESA y 1 AESP. El diagnóstico hospitalario fue de SCACEST en 6, SCASEST otros 6 y 1 arritmia primaria

Conclusiones:

La disponibilidad de registros de PCREH permite un conocimiento exhaustivo de sus características y evaluar factores de supervivencia para una mejora en la calidad asistencial del SEM. De los 11 supervivientes 10 tenían ritmo desfibrilable al inicio de la RCP que coincide con la mayor supervivencia de los ritmos desfibrilables.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-294

EL VALOR PRONÓSTICO DEL ETCO₂ INICIAL DURANTE LA RCP EXTRAHOSPITALARIA: ESTUDIO PILOTO

Y Azeli Jarosch (1), F Carmona (1), E Valero (1), A Guillén (1), M Jiménez Herrera (2), C Axelsson (3)

(1) Servicio de Emergencias Médicas (SEM) Cataluña, (2) Universidad Rovira i Virgili. Tarragona, (3) Universidad de Borås. Suecia.

Palabras claves: cardiac arrest, capnography, prognosis

Objetivos:

El uso de la onda de capnografía durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) está creciendo. Permite la confirmación de la posición del tubo endotraqueal, la monitorización de la calidad de la RCP, la identificación precoz del retorno de la circulación espontánea y establecer un pronóstico. El uso de un valor de corte del EtCo₂ inicial para predecir el resultado de la resucitación no está completamente establecido. Se ha sugerido que un valor por debajo de 10 mmHg podría ser un indicador de mal pronóstico.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional en el que se registran de forma prospectiva a los pacientes mayores de 18 años que reciben maniobras de RCP entre el 1 Junio de 2013 y el 1 de Abril 2014 y son atendidos por la unidad de Soporte Vital Avanzado de Tarragona. Se incluyen a los pacientes en los que se registra el ETCO₂ inicial justo después de la intubación orotraqueal.

Resultados:

Se incluyeron en el registro 99 casos. La media de edad fue de 66,4 años (DE:15,2). El 69,7% eran hombres. En 29 casos (29,3%) se suspendieron precozmente las maniobras de RCP por fútiles. En 43 pacientes se recogió el ETCO₂ inicial. De estos, 16 pacientes ingresaron vivos en el hospital. La media del ETCO₂ inicial fue significativamente superior entre los pacientes que ingresaron vivos en el hospital respecto a los que fallecieron 28,1 mmHg vs 18,4 mmHg (p=0,014). Dos de los pacientes que ingresaron vivos en el hospital presentaron un ETCO₂ inicial de 9 mmHg.

Conclusiones:

Valores superiores de EtCO₂ se asocian a una mayor tasa de supervivencia al ingreso hospitalario. La utilización de un valor de corte del ETCO₂ inicial de 10 mmHg no es útil como predictor de supervivencia al ingreso hospitalario.

O-295

SUPERVIVENCIA DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA ATENDIDAS POR UN SISTEMA DE EMERGENCIAS

JM Navalpotro Pascual, FA Peinado Vallejo, A Corral Sánchez, J Valenciano Rodríguez, J Les González, J Bravo Rodríguez-Barbero

Summa112. Alcalá de Henares. Madrid

Palabras claves: paro cardíaco extrahospitalario, servicios médicos de urgencia, resucitación cardiopulmonar

Objetivos:

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la principal causa de muerte prematura en España y en los países occidentales. Es necesario por tanto, conocer la realidad de la PCR extrahospitalaria en nuestro país y los resultados que consigue nuestro sistema sanitario público.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado un estudio observacional de cohorte clínico prospectivo desde octubre de 2013 a septiembre de 2014, sobre 1162 PCR extrahospitalaria tratadas por las unidades de emergencia del SUMMA 112 de Madrid. De estas se descartaron 225 porque no se hizo resucitación cardiopulmonar (RCP) o esta fue fútil. Se estudiaron como variables independientes: edad y sexo del paciente, ritmo inicial de la parada, la causa, si la parada fue presenciada o no, así como quien la presencié, si se ha hecho RCP previa y si estaba presente el equipo de emergencia cuando se produjo, como variable dependiente se consideró la llegada con vida del paciente reanimado al hospital.

Resultados:

Se analizaron 937 casos de PCR. El 69,6% eran hombres y la mediana (RIQ) de la edad fue 65 (51,25-78) años. Se encontraron diferencias significativas en la supervivencia (p<0,001) cuando fue la unidad de emergencia la que presencié la PCR llegando al 57,3% frente al 29,5% cuando no estuvo presente (adjRR 3,2, 95%CI 2,2-4,6), cuando el primer ritmo observado fue un ritmo desfibrilable con un 62,4% frente a un 27,0% en ritmos no desfibrilables (adjRR 4,5, 95% IC 3,2-6,3) y cuando la PCR fue presenciada con un 37,7% frente al 19,1% cuando no lo fue (adjRR 2,5, 95% IC 1,7-3,9). En el resto de las variables no se encontraron diferencias significativas.

Conclusiones:

En aquellas paradas cardiorrespiratorias que se producen cuando está presente un equipo de emergencias la supervivencia es superior que cuando no lo está. La supervivencia es mayor cuando el ritmo inicial de la parada es un ritmo desfibrilable. Cuando la PCR ha sido presenciada por alguien, el paciente tiene más probabilidades de llegar con vida al hospital.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-296

ENCEFALOPATÍA ANÓXICA EN PACIENTES REANIMADOS DE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA DE ORIGEN RESPIRATORIO

MJ García-Ochoa Blanco, E Pastor González, ML Sabín Gómez, MI Casado Florez, E Corral Torres

Ayuntamiento de Madrid. Samur-Protección Civil. Madrid.

Palabras claves: out of hospital cardiac arrest, emergency medical services, anoxia

Objetivos:

El paro cardiorrespiratorio es la causa más frecuente de encefalopatía anoxo-isquémica en la práctica clínica del adulto. El tiempo en que se tarda en comenzar las maniobras de reanimación es clave y probablemente mas importante en las paradas de origen respiratorio

Material o pacientes y método:

Estudio observacional analítico: Ámbito: Servicio de emergencia extrahospitalario que desarrolla su actividad en el medio urbano
Inclusión: pacientes que han sufrido una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria durante el año 2014 de origen medico con recuperación de pulso y diagnóstico de función neurológica. Variables independientes: etiología de la PCR (cardiaca/respiratoria), tiempo de reanimación (valorado por el nº de adrenalinas 1*4mn), edad, soporte vital inmediato y tto con hipotermia hospitalaria, variable resultado: encefalopatía anóxica. Se modeliza sobre el tiempo de comienzo de reanimación avanzada. Estadística Regresión multivariable de Cox para confirmar el valor predictivo independiente de cada parámetro con un valor significativo de $p < 0,05$. Los resultados se expresan con el riesgo relativo(RR) y el intervalo de confianza (IC) del 95%

Resultados:

Se incluyen 111 pacientes: media de edad 61(DE 18), 82%(91) varones y el 17.1%(19) son de etiología respiratoria. Mediana del tiempo total de reanimación 4 minutos (IQR: 0-12), mediana tiempo de comienzo de reanimación avanzada 6,41 minutos (IQR: 3,2-9,4) 36.9% (41) son diagnosticados de encefalopatía anóxica. Variables del modelo Tiempo de reanimación: RR: 1.033(IC95% 1.006-1.060) Etiología respiratoria RR: 3.95 (IC95% 1.425-10.98) Ritmo inicial desfibrilable: RR: 0.92 (IC95% 0.39-2.16) Tratamiento hipotermia: RR: 0.89 (IC95% 0.41-1.93) Edad: RR: 1.01 (IC95% 0.98-1.04) Soporte vital inmediato: RR: 1.52 (IC95% 0.55-4.17)e

Conclusiones:

Tras ajustar por edad, ritmo de inicio, soporte vital inmediato y tratamiento con hipotermia, la etiología respiratoria se mantiene como factor independiente triplicando la probabilidad de desarrollar una encefalopatía anóxica. La duración de la reanimación avanzada se mantiene independiente por lo que una vez mas queda constancia de la importancia *in situ* del soporte vital avanzado.

O-297

UNA DÉCADA DE NUEVAS VIDAS: ANÁLISIS DE 249 DONANTES EN ASISTOLIA NO CONTROLADA TIPO IIA DE MAASTRICH

FJ Garcés Garcés (1), EJ Simoes da Silva Pereira (1), E Corral Torres (1), I Casado Florez (1), MJ García-Ochoa Blanco (1), I Pérez Flores (2)
(1) Samur-Pc, (2) Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: donantes de órganos, trasplante de riñón, parada cardiorrespiratoria

Objetivos:

Los donantes en muerte encefálica, constituyen la principal fuente de órganos en nuestro país, pero esta fuente se agota, envejeciendo progresivamente (más del 50% superan los 60 años). Los donantes en asistolia (DA) se afianzan como la principal vía de expansión constituyendo el 11.4% de donantes (40% en Madrid).

Material o pacientes y método:

Estudio analítico observacional. Población: Cohorte de DA, tratados y trasladados al Hospital Clínico San Carlos, por SAMUR-PC. Años: 2005-2015. Variables: epidemiológicas: (edad y sexo), ritmo de entrada en PCR, tiempo de atención extrahospitalaria y de isquemia caliente total, analíticas (lactato, acidosis). Donantes reales, donantes utilizados, causas de exclusión. Función renal del injerto al año. Análisis estadístico: medidas posición, dispersión y frecuencias, Verificación de la hipótesis de normalidad por test de Kolmogorov-Smirnov. Análisis de varianzas mediante Anova. Procesamiento de datos mediante Excel, Access y SPSS v 17.0. Confidencialidad de datos, cuidando los aspectos éticos.

Resultados:

Donantes potenciales: 249, hombres 90,4% (225/249), mediana de edad 47 años (IQR=38-52). Origen de la parada: 90% médico y 10% traumático. Ritmo de parada: asistolia: 52,6% y FV 34,5%. Tiempo de contacto con paciente hasta entrada hospital: 65 min (IQR=56-77). Isquemia caliente: 116 min (IQR=125-105). Donantes reales: 70,7% (176/249). Causas de exclusión: negativa familiar 9,6% (24/249) y enfermedades 8,8% (22/249). Donantes utilizados: 73,2% (129/176). Causas de pérdida: estructural 48,9% (23/47) y mala perfusión 44,6% (21/47). Conseguídos 237 riñones aptos para trasplante. Hospital Clínico: 210 trasplantes renales (10 dobles/5 pacientes). Resultados al año: función óptima 82,4% (173/210), subóptima 5,2% (11/210), no funcionante 8,6% (18/210) y trombosis quirúrgica 3,8% (8/210).

Conclusiones:

La experiencia pionera entre SAMUR-PC y el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, en DA no controlada, se ha ido consolidado los últimos años. Aproximadamente la mitad de los 498 riñones potenciales, son trasplantados, con una tasa de funcionamiento al año, cercana al 90%. Menos de una décima parte fueron rechazados por mala perfusión. En esta serie de donantes: edad, pH, lactato, ritmo de parada, exceso de base y tiempo de isquemia caliente no se han asociado a mejor pronóstico del injerto.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-298

¿PUEDE SER EL EXCESO DE BASES UN PREDICTOR DE LA RECUPERACIÓN DE PULSO EN LA PCR EXTRAHOSPITALARIA?

ML Sabín Gómez, MJ García-Ochoa Blanco, E Pastor González, JM Bilbao Romero

Ayuntamiento de Madrid. Samur. Protección Civil. Las Rozas.

Palabras claves: out of hospital cardiac arrest, blood chemical analysis, emergency medical services

Objetivos:

La PCR provoca un estado de acidosis mixta, en la que el exceso de bases (EB) refleja el componente metabólico de la acidosis y podría según algunos estudios, relacionarse con la mortalidad

Material o pacientes y método:

Se analizan las PCR del 2012 al 2014 atendidas por SAMUR-PC en la ciudad de Madrid, excluyendo las de origen traumático, y aquellas en las que no se obtuvo analítica. Variables: Edad, sexo, tiempo de comienzo de SVA, ritmo inicial, Adrenalina total, pH, EB, PCO₂ y Lactato. Los resultados se presentan con media + desviación estándar, mediana y rango intercuartílico, frecuencias absolutas y relativas y punto de corte para ROSC con curva ROC. Se compararon variables con la Chi cuadrado y t de Student. Las variables con $p < 0,005$ se introdujeron en un modelo de regresión logística multivariante. Análisis estadístico con SPSS.

Resultados:

$n = 666$, 79,8% varones (532) media de edad de 62 años (DE: 15,9) y mujeres con media de edad 71 (DE: 15,5) $p < 0,0001$ entre edad y sexo. 63,1% (420) muestran un ritmo inicial no desfibrilable. Total Adrenalina mediana de 5 (IQR: 2-7). Valores analíticos: pH mediana 7,15 (IQR: 7,03-7,25), PCO₂ Mediana de 65 (IQR: 52-81), Bicarbonato mediana 23 (IQR: 19-26) EB mediana -5,6 (IQR: (-1,6 a -11)). Recuperan pulso mantenido 65,9% (439). En el modelo de regresión logística se encuentra como variables independientes asociadas a ROSC mantenido: la edad (OR 0,96, IC95% 0,94-0,97 $p < 0,0001$), Miligramos de Adrenalina (OR 0,7, IC95% 0,71-0,81 $p < 0,0001$) FV (OR 2,2, IC95% 1,47-3,32 $p < 0,0001$) y Ser mujer (OR 0,60, IC95% 0,38-0,96 $p = 0,036$). Controlando pH, PCO₂ y EB

Conclusiones:

El exceso de bases, no se asocia con la recuperación de pulso mantenida. Las cifras gasométricas reflejan acidosis mixta con escaso componente metabólico. En la mitad de los casos se observan cifras de bicarbonato cercanas a la normalidad con cifras de EB fuera de rangos normales que definen un perfil muy cercano a la hipercapnia aguda.

O-299

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR TELEFÓNICA COMO FACTOR PRONÓSTICO DE SUPERVIVENCIA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA

C Martín Castro, F Aranda Aguilar, M Reyes Requena, R López Cuervo Derqui, C Bravo Baena, E Gil Piñero, JA Morales García

Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. Pinos Genil.

Palabras claves: supervivencia, RCP, telefónica

Objetivos:

Existen pocos datos en España sobre la parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria y la eficacia de los sistemas de emergencias. Los operadores telefónicos son el primer lazo entre los espectadores de una parada cardíaca, la víctima y los servicios de emergencia prehospitalarios. Sus instrucciones telefónicas permiten, iniciar una reanimación cardiopulmonar (RCP) antes de la llegada del equipo de emergencias (esto es cada vez más una realidad). Si los espectadores no saben o no recuerdan como se hace una RCP el operador puede ayudarlos con su consejo. Está demostrado que el consejo eficaz aumenta la supervivencia de las paradas.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo en 126 pacientes atendidos durante 2014 por PCR por las UVI móviles terrestres de Granada y provincia, pertenecientes a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias Andalucía («061») (EPES). Se ha seguido el estilo Utstein en la recogida de datos, y se ha analizado la mortalidad y supervivencia de las PCR con y sin Reanimación Cardiopulmonar Telefónica.

Resultados:

Se ha analizado Ciento veinte y seis pacientes en PCR, todas ellas han recibido maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada por los EE 061 del S. P. de Granada. La edad media se ha situado en 59 años, han predominado los hombres sobre las mujeres, el 68% fueron hombres frente al 32% de mujeres, en el 12% de los casos ha sido necesario prealerta al hospital por código alfa (donante en asistolia). En 35 de estos casos (11 mujeres y 19 hombres) se ha realizado RCP telefónica por personal entrenado y han sobrevivido el 42% de los pacientes frente al 36% de supervivencia en los casos en que no se ha podido iniciar RCP telefónica. Se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa $p < 0,05$ entre la supervivencia y la realización de RCP telefónica.

Conclusiones:

Podemos afirmar según los resultados obtenidos que la RCP telefónica es un factor pronóstico positivo en la supervivencia de los pacientes que sufren PCR en el medio extrahospitalario.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-300

¿HAY MÁS RITMOS DESFIBRILABLES CUANDO LA PCREH ES PRESENCIADA?

FA Peinado Vallejo, JM Navalpotro Pascual, JA Valenciano Rodríguez, A Corral Sánchez, J Rodríguez Barbero, J Les Gonzáles

Summa 112. Madrid.

Palabras claves: parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria, resucitación cardiopulmonar, servicios de emergencias médicas

Objetivos:

Numerosos estudios han demostrado que cuanto menor es el tiempo que transcurre entre la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCREH) y el análisis del primer ritmo, mayor es el porcentaje de ritmos desfibrilables. Pero, ¿esto es así dependiendo de si ha sido presenciada la PCREH y de quién la ha presenciado?

Material o pacientes y método:

Se ha realizado un estudio observacional de cohorte clínico prospectivo desde octubre de 2013 a septiembre de 2014 sobre 1.162 PCREH tratadas por las unidades de emergencia del SUMMA 112 de Madrid. De estas se descartaron 225 porque no se hizo reanimación cardiopulmonar (RCP) o esta fue fútil. Se estudiaron como variables independientes: edad y sexo del paciente, si la parada fue presenciada y quién la presenció y si se hizo RCP previa, como variable dependiente se consideró el ritmo inicial de la parada.

Resultados:

Se analizaron 937 casos de PCREH. El 69,6% eran hombres y la mediana (RIQ) de la edad fue 65 (51,25-78) años. El número de PCREH presenciadas fue de 737, no presenciadas 152 y desconocida en 48 casos. De las presenciadas, lo fueron por un testigo en el 63,5%, por personal sanitario no del servicio de emergencias médicas (SEM) en el 15,2%, por el SEM en el 19,6% y por otros servicios públicos en el 1,6%. Se hizo RCP previa en el 55,2%. Se encontraron diferencias significativas con mayor frecuencia de ritmos desfibrilables ($p=0,001$) cuando la PCREH fue presenciada (21,7%) frente al 10,5% cuando no lo fue (adjRR 2,1, IC 95% 1,3-3,3). No se encontraron diferencias significativas respecto a ritmos desfibrilables dependiendo de quién presenció la PCREH y si se hizo RCP previa.

Conclusiones:

La probabilidad de encontrar un ritmo desfibrilable fue mayor en la PCREH presenciada en comparación con la no presenciada.

O-301

VALORACIÓN DE ESCALAS DE TRANSFUSIÓN MASIVA EN EL USO EXTRAHOSPITALARIO

RJ Gómez Soler (1), C García Fuentes (2), L Terceros Almanza (2), B Motrel Berjano (1), E Alted López (2), A Casas Temprano (1)

(1) Samur-Pc de Madrid, (2) UCI Trauma Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Palabras claves: prehospital, massive transfusion, scores

Objetivos:

En la línea de resucitación con control de daños, las pérdidas sanguíneas y la coagulopatía en el shock hemorrágico traumático mejora con el procedimiento de transfusión masiva (TM). La alerta precoz podría acelerar el inicio de la transfusión masiva hospitalaria. Samur PC en la línea de atención continuada del paciente traumático ha añadido en sus procedimientos, la realización de analíticas y ecofast.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo entre 2009 y 2014, de los códigos 15 (paciente traumático grave), mayores de 15 años, atendidos por USVA de SAMUR-PC y su ingreso en la UCI de trauma del Doce de Octubre, de Madrid. Se recogen, en el medio prehospitalario, variables fisiológicas, anatómicas, analíticas y ecofast para calcular cinco escalas predictivas de transfusión masiva: TASH (Trauma Associated Severe Hemorrhage), ABC (Assessment of Blood Consumption), ETS (Emergency Transfusion Score), SI (Shock Index) y Larson. Se define TM hospitalaria: ≥ 10 concentrados de hemáties en 24h. Se calcula para cada escala el área bajo la curva (AUC) sensibilidad y especificidad, valores predictivos positivos y negativos.

Resultados:

550 pacientes con una edad de $41,1 \pm 18,2$ años que precisaron TM: 43 pacientes (8,2%). Mostraron mayor AUC: ETS = 0,83 (IC95% 0,77-0,88), Larson = 0,83 (IC95% 0,79-0,87) y TASH = 0,82 (IC95% 0,74-0,88), que ABC = 0,71 (IC95% 0,74-0,78) y SI = 0,78 (IC95% 0,75-0,82). Mayor sensibilidad: ETS (100%), Larson (81,3%), SI (79,1%). Mayor especificidad: TASH (78,9%), Larson (77,17%), ABC (71,6%). TASH presenta un VPP (27,3%) y VPN (94,7%).

Conclusiones:

La introducción de las escalas de predicción de transfusión masiva es totalmente viable en la emergencia hospitalaria y muestra un aceptable rendimiento también en el medio extrahospitalario.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-302

¿MEJORA LA RCP PREVIA LA SUPERVIVENCIA EN LA PCREH?

FA Peinado Vallejo, JM Navalpotro Pascual,
JA Valenciano Rodríguez, A Corral Sánchez,
J Les González, J Rodríguez Barbero

Summa 112. Madrid.

Palabras claves: parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria, servicios de emergencias médicas, resucitación cardiopulmonar

Objetivos:

Parece demostrado que la resucitación cardiopulmonar (RCP) realizada previamente a la llegada de los servicios de emergencia mejora la supervivencia de la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCREH), pero, ¿en qué medida y cómo quedan neurológicamente los pacientes reanimados?

Material o pacientes y método:

Se ha realizado un estudio observacional de cohorte clínico prospectivo desde octubre de 2013 a septiembre de 2014 sobre 1.162 PCREH tratadas por las unidades de emergencia del SUMMA 112 de Madrid. Se descartaron los casos en que no se hizo RCP o esta fue fútil o la PCREH no fue presenciada por alguien ajeno al equipo de emergencias. Se estudiaron como variables independientes si se había hecho RCP previa, quién había realizado las maniobras de RCP y qué tipo de maniobras, y como variables dependientes se consideró la llegada con vida del paciente reanimado al hospital y el estado neurológico al alta evaluado con la escala CPC (Clinical Performance Score) de los pacientes trasladados con vida al hospital.

Resultados:

Se analizaron 586 casos. No se encontraron diferencias significativas en la supervivencia a la llegada al hospital, pero se vio una tendencia a que mejoraba cuando se hacía RCP previa (35,7% frente al 30,0%). Sí hubo diferencias significativas en el estado neurológico al alta ($p=0,018$) cuando se hizo RCP previa (41,1% con CPC<math>\geq 8) frente al 21,8% cuando no se hizo. Además, cuando se hizo RCP avanzada se consiguió un 75% de CPC<math>\geq 8, mientras que cuando se hizo masaje cardiaco y ventilación solo se obtuvo un 38,8%, sólo masaje un 34,5% y RCP asistida por teléfono un 21,4%.

Conclusiones:

Pese a no encontrarse diferencias significativas en la supervivencia al hospital, el realizar maniobras de RCP antes de la llegada de los servicios de emergencia mejora el pronóstico neurológico de los pacientes supervivientes a una PCREH, sobre todo cuando estas maniobras son de soporte vital avanzado.

O-303

EL ESTUDIO RECAPTA, UN ESTUDIO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ESTUDIO DE LA PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA

Y Azeli Jarosch (1), E Barbería (2), C Amaya (2), F Carmona (1),
M Jiménez Herrera (3), A Bardají (4)

(1) Servicio de Emergencias Médicas de Cataluña y Hospital Universitario Sant Joan de Reus, (2) Instituto de Medicina Legal de Cataluña, (3) Universidad Rovira y Virgil. Tarragona, (4) Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

Palabras claves: cardiac arrest, causes, registry

Objetivos:

Existen escasos estudios sobre la parada cardiaca extrahospitalaria (PCEH) que incluyan los datos de la asistencia realizada por el equipo de Emergencias, los datos hospitalarios de los supervivientes y los datos del estudio autopsico realizado en los no supervivientes. El desarrollo de estrategias para la mejora de la supervivencia de la PCEH requiere de estudios prospectivos de alta calidad que incluyan el máximo de fuentes de información posible.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional en el que se registraron de forma prospectiva a los pacientes mayores de 18 años que recibieron maniobras de RCP atendidos por la unidad de soporte vital avanzado de Tarragona entre el 1 de Junio 2013 y el 1 de abril 2014. Se recogieron las causas de la muerte de los informes del Instituto de Medicina Legal de Cataluña (IMLC) y de los hospitales del área de estudio. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19 para la descripción de variables según técnicas convencionales.

Resultados:

Se incluyeron en el registro 99 pacientes. La edad media fue de 66,4 años (DE:15,2) y el 67,7% fueron hombres. En 29 pacientes se interrumpieron las maniobras de RCP por considerarse fútiles. Se estudió la causa de la PCEH en 45 pacientes tras el análisis de 24 informes de autopsia y 21 informes de hospitalización. Se recogió la causa de la PCEH en el 61,4% de los 70 pacientes en los que se realizó un intento de reanimación. La causa de la PCEH fue: Enfermedad cardiovascular en 26 pacientes (57,8%), enfermedad no cardiovascular en 8 pacientes (17,8%), causa externa en 5 pacientes (11,1%) e indeterminada en 6 pacientes (13,3%). Entre las causas cardiovasculares la más frecuente fue la enfermedad coronaria (53,8%).

Conclusiones:

La enfermedad cardiovascular y concretamente la enfermedad coronaria, es la causa principal de PCEH en el Estudio RECAPTA. Este estudio permitió conocer la causa de la muerte de una forma precisa en un porcentaje elevado de pacientes.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-304

LOS CARDIOCOMPRESORES MEJORAN LA SUPERVIVENCIA DE LOS INJERTOS HEPÁTICOS PROVENIENTES DE DONANTES EN ASISTOLIA TIPO IIA

A Mateos Rodríguez (1), JM Navalpotro Pascual (2), F del Río Gallegos (3), J Calatayud Estassi (3), A Andrés Belmonte (4), M Abradelo de Usera (4)

(1) Summa 112, Universidad Francisco de Vitoria, (2) Summa 112, (3) Hospital Clínico San Carlos, (4) Hospital 12 de Octubre. Madrid

Palabras claves: trasplante, donación en asistolia, cardiocompresores

Objetivos:

El proceso de donación en asistolia se basa en el traslado de pacientes que han sufrido una parada cardíaca y que no se han conseguido recuperar pulso espontáneamente, para valorar la posibilidad de donación de órganos.

Material o pacientes y método:

Los datos se extraen de la base de datos del SUMMA112, del Hospital Clínico San Carlos y de H 12 de Octubre donde se recogen de forma prospectiva variables de los casos de donación en asistolia.

Resultados:

Se cogieron 199 casos. 152 son trasladados con CMEC y 47 con cardiocompresión manual (CMAN). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos. De los 152 donantes en CMEC donaron algún órgano 93(61,2%) y de los 47 trasladados en CMAN donaron algún órgano 37 (78,7%) ($p=0,02$ OR 2,3 IC 95% 1- 5). De los 394 riñones posibles se utilizaron como injerto 259 (54%) en total. 159 pacientes donaron al menos 1 riñón 37 (70,7%) preservados con CMAN y 85 (64,4%) preservados con CMEC ($p=0,07$ OR 0,2 IC 95% 0,2-1). No existen diferencias significativas en los niveles de creatinina sérica (mg/dl) entre los riñones preservados con CMAN frente a CMEC. Los pulmones en el grupo de CMAN se implantaron 4 unipulmonares y 1 bipulmonar, en el grupo de CMEC 2 unipulmonares y 11 bipulmonares. En total se extraen para trasplante 30 pulmones para 18 receptores. De ellos solo 2 sufren fallecimiento antes del año. En el caso del hígado se extraen 41 injertos hepáticos, 14 preservados con CMAN y 27 con CMEC. De los 14 preservados con CMAN 5 injertos sobreviven al año frente a 9 que no lo hacen. Mientras que en el grupo de CMEC, 24 injertos sobreviven al año frente a 3 que no sobreviven ($p=0,001$ OR 16,6 IC 95% 2,9- 84,3)

Conclusiones:

Según nuestra serie se consiguen un menor número de órganos con el uso de cardiocompresores. Aun así, el mantenimiento del donante con compresión mecánica produce una menor tasa de rechazo en el injerto hepático.

P-305

REGISTRO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA ATENDIDA POR UN SOPORTE VITAL AVANZADO. EXPERIENCIA DE UN AÑO

NL Cabeza, C Pozo del Pérez, J Ibáñez Frías, J Abia González, J Martínez Bausela

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Valladolid.

Palabras claves: parada cardiorrespiratoria, registro, emergencias sanitarias

Objetivos:

La parada cardiorrespiratoria es un reto para los sistemas de emergencias

Material o pacientes y método:

A partir del estudio OHSCAR, estudio multicéntrico en los 17 Servicios de Emergencias que mide la variabilidad y supervivencia de la parada extrahospitalaria, se crea el registro de la parada en Castilla y León, de forma prospectiva se recoge la información de los pacientes que ha sufrido parada cardiorrespiratoria en el ámbito extrahospitalario desde octubre de 2013 a septiembre de 2014.

Resultados:

En la Comunidad de Castilla y León se produjeron desde octubre de 2013 hasta septiembre de 2014, 720 paradas cardio respiratorias en el medio extra hospitalario que fueron atendidas por un soporte vital avanzado. De ellas el 72% se produjeron en el sexo masculino y el rango de edad mas frecuente fue entre los 50 y los 80 años de edad. Los lugares donde se produjeron fueron el domicilio en un 33 %, la vía publica en el 45% y entornos sanitarios extrahospitalarios en el 39% El 45% recibieron asistencia previa con SVB y de ellos el 34% se utilizó un DESA El SVB se proporcionó el 34% por personal sanitario no equipo de Emergencias

Conclusiones:

El registro de la parada permite conocer la dimensión y evaluar el proceso asistencial en torno a la parada cardiorrespiratoria, siendo preciso avanzar en la consolidación y mejora del seguimiento y análisis de los resultados.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-306

**PARADA CARDIORRESPIRATORIA:
EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

V Álvarez Rodríguez, R Casero Gómez, E Aznar Andrés, P Bazán Domínguez, M Merlo Loranca

Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Palabras claves: resucitación cardiopulmonar, urgencias médicas, paro cardíaco

Objetivos:

El Hospital Universitario Getafe (HUG) es un centro de tercer nivel que da asistencia a 363.154 habitantes. Aunque la parada cardiorrespiratoria (PCR) tiene baja incidencia precisa personal y consume muchos recursos, por lo que consideramos importante revisar su manejo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, longitudinal, sin intervención, sobre pacientes con PCR atendidos SU del HUG durante 2013. Variables analizadas: demográficas, comorbilidad, situación funcional, terapéutica y supervivencia. Datos obtenidos de historias clínicas y analizados con SPSSv.19.

Resultados:

En 2013, de los 66.516 pacientes que atendimos en SU, el 0.03% sufrió PCR (21 pacientes). Fueron varones(57%) de 70±15 años (26-92) con enfermedad pulmonar crónica (38%), patología cardíaca (33%) o patología neurológica (24%). Más de la mitad eran diabéticos y fumadores activos (43%). El 19% presentaban algún grado de dependencia funcional o cognitiva. Acudieron a SU la semana previa dos pacientes, ambos con infección gastrointestinal, precisando ingreso uno de ellos durante dos días. Dos pacientes no presentaron síntoma previo(<50 años con patología cardíaca/neurológica). En el 24% fue síncope y 19% bajo nivel de conciencia. Del total de PCR, 12 ocurrieron fuera del hospital, siendo atendidas por personal cualificado salvo una, acudiendo más frecuentemente en turno de mañana(48%). Realizamos resucitación básica al 95%pacientes, con duración menor de 20 minutos en 8 enfermos. Describimos el ritmo cardíaco de la parada: 11 asistolia, 8 actividad eléctrica sin pulso y 2 fibrilación ventricular. Sólo 2 precisaron choque eléctrico y en el 67% se completaron maniobras avanzadas. No se pudo determinar la causa en el 52%, siendo la hipoxia severa la más frecuente(5) y en segundo lugar la cardiopatía isquémica. Tras el procedimiento terapéutico, el 52% se recuperó, con una supervivencia a las 24 horas del 82% y a los 30 días del 45%. Planteamos donación de órganos en 2 pacientes(63 y 68 años varones hipertensos), pero sólo fue posible en uno.

Conclusiones:

En nuestro caso, la mayoría de PCR ocurrieron en domicilio, siendo la causa más frecuente la hipoxia, distando de lo revisado(suele ser cardíaca).La mitad de los pacientes con disociación electromecánica se recuperaron, a diferencia de la literatura, lo que puede deberse al rápido inicio de las maniobras de resucitación.

P-307

**VALORACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO DE
LOS PACIENTES REANIMADOS TRAS UNA PARADA
CARDIORRESPIRATORIA COMPARADA ENTRE EL
USO DEL CARDIOCOMPRESOR MECÁNICO EXTERNO
LUCAS Y EL MASAJE MANUAL CONVENCIONAL**

J Borja Padilla (1), JM Villadiego Sánchez (2), JR Lacalle Remigio (3), R Rodríguez Morcillo (3), F Aranda Aguilar (3), JJ García del Águila (3), JM Álvarez Rueda (3)

(1) Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía 061, (2) Epes 061, (3) Universidad de Sevilla.

Palabras claves: parada cardíaca extrahospitalaria, cardiocompresor mecánico, cuestionario de Pfeiffer

Objetivos:

El problema fundamental del paciente que presenta parada cardiorrespiratoria (PCR) es la hipoxia. Todos las maniobras van encaminadas a disminuir este tiempo para evitar la afectación cerebral, el tejido más sensible a la falta de oxígeno. Las compresiones torácicas permiten una oxigenación de emergencia hasta la consecución de la recuperación de la circulación espontánea. Utilizar cardiocompresores mecánicos durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) eliminaría la fatiga del reanimador y conseguiría resultados óptimos de perfusión cerebral, mejorando los resultados de la RCP y, por consiguiente, minimizando el deterioro cognitivo.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo con cohortes de casos y controles utilizando la información recogida por Equipos de Emergencia 061 de Sevilla y Huelva (EE_061_Se_Hu), durante el período septiembre-diciembre 2014. Se incluyen adultos mayores de 18 años que presentaron PCREH con ritmo inicial desfibrilable agrupados en casos (A-RCP) y controles (M-RCP), aplicando el Cuestionario de Estado Mental de Pfeiffer, Test de Screening de deterioro cognitivo que explora memoria a corto plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo.

Resultados:

Se registran 155 PCREH en el 91.60% con criterios de iniciar RCP. La supervivencia lograda a la llegada al hospital es 35.48%, de ellos, 26 (47.27%) se presentan con ritmo inicial desfibrilable incluyendo a 7 en el grupo A-RCP (27%) y 19 M-RCP (73%). Se aplica el cuestionario SF-12 a 13 pacientes: 5 A-RCP y 8 M-RCP. Si bien es cierto que observamos una supervivencia al alta hospitalaria superior entre los pacientes A-RCP frente M-RCP (5/7 vs 8/19) ningún paciente de los dos grupos ha presentado una puntuación de Pfeiffer que sugiera deterioro cognitivo.

Conclusiones:

La puntuación del test de Pfeiffer es inferior a dos errores (test normal) tanto en los pacientes atendidos con cardiocompresor

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

mecánico como en los que han recibido compresiones manuales. Los EE_061_Se_Hu consiguen, durante la RCP, una efectividad similar de masaje cardíaco en cuanto a tasas de supervivencia y de deterioro cognitivo tras la recuperación del episodio.

P-308

¿IDENTIFICAMOS LA PATOLOGÍA ICTUS COMO MOTIVO DE LLAMADA EN UN CALL CENTER?

A Caballero García (1), MJ Sánchez Marin (2), S Pérez Toscano (3), M Ruiz Montero (3), E González Sabio(3), I de Andrés Rodríguez (3), P Herrera Vicente (3)

(1) Empresa Pública de Emergencias de Andalucía, (2) Epes-061, (3) Epes-061. Sevilla.

Palabras claves: ictus, coordinación sanitaria, emergencias

Objetivos:

El ictus constituye el paradigma de enfermedad prevalente, potencialmente grave, de consecuencias evitables con las terapias actuales y cuyo pronóstico depende de la rapidez y efectividad en las actuaciones. Constituye a nivel mundial primera causa de discapacidad y la segunda de mortalidad en los mayores de 65 años. Desde 1990, las muertes relacionadas con el ictus han aumentado un 26%, por lo que puede afirmarse que estamos viviendo una epidemia. Su asistencia es tiempo-dependiente y comienza por asumir que es una emergencia y que las primeras horas son cruciales para mejorar el pronóstico

Material o pacientes y método:

La muestra analizada son los pacientes atendidos en el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias desde el 1 de enero del 2011 y el 31 de Diciembre del 2014, atendidos por un equipo medicalizado y cuyo diagnóstico por la Cie 9 hubiese sido 436. Las variables analizadas son edad, sexo, motivo de la llamada, hora de entrada de la llamada, hora de llegada al hospital, recurso asignado código de resolución del caso. Los datos se presentan en porcentajes para variables cualitativas y en medias y desviación estándar (sd) para cuantitativas.

Resultados:

La muestra encontrada es 2462 casos diagnosticados con cie 9 436. Los motivos de llamada se clasifican en 14 motivos troncales por ej, accidente de tráfico, disnea, alteración de las constantes vitales, alteración neurológica, etc. Como segunda especificación del motivo de llamada encontramos dentro del tronco alteración neurológica al motivo ictus, síncope, inconsciente y mareo y desvanecimientos. 1876 fueron clasificados como alteración del nivel de conciencia que corresponde al 76% de los cuales 852 se subclasificaron como ictus que corresponde al 34 % de la muestra global.

Conclusiones:

1. Adecuar la formación de los teleoperadores de telemarketing en simulaciones de motivos de llamadas y tipificación. 2. Concienciar a todos los profesionales sobre la actuación en patologías tiempo dependiente para no alargar los tiempos de atención por decisiones erróneas en el transporte.



URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-309

**PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EN URGENCIAS:
¿ES LA EDAD UN FACTOR DETERMINANTE?**

P Bazán Domínguez (1), M Merlo Loranca (1),
E Aznar Andrés (1), V Álvarez Rodríguez (1),
R Casero Gómez (1), C Vergara de Frutos (2)

(1) Hospital de Getafe. Madrid, (2) Sescam-Toledo.

Palabras claves: paro cardíaco, resucitación cardiopulmonar, grupos de edad

Objetivos:

La parada cardiorespiratoria tiene una incidencia baja pero su riesgo aumenta con la edad.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, longitudinal, sin intervención, sobre pacientes que sufrieron PCR atendidos en(SU) del Hospital Universitario Getafe durante 2013. Variables analizadas: demográficas, epidemiológicas, comorbilidad, situación funcional, síntomas, terapéutica y supervivencia. Datos obtenidos de historias clínicas del centro, analizados con SPSSv.19.

Resultados:

En 2013 atendimos 66.516 pacientes en SU, presentando PCR 21(0.03%) La media de edad fue 70 ± 15 (26-92), predominando varones(57%). La distribución por edad fue: 2 menores de 45 años, 9 entre 46-74 años, y 10 mayores de 75 años. Menores de 45 años: mujeres con antecedentes de cardiopatía que describieron bajo nivel de conciencia previo a la parada. Realizamos maniobras de resucitación básica/avanzada más de una hora, con resultado fatal, sin aclarar causa. Pacientes entre 46-74 años (9): comorbilidad media de 3 enfermedades. Refirieron como pródromo bajo nivel de conciencia, ocurriendo mayoritariamente en ámbito extrahospitalario y acudiendo en turno de mañana. Predominio de asistolia en electrocardiograma. Realizamos resucitación (básica/avanzada) menos de 20 minutos, recuperándose inicialmente el 66%, sobreviviendo a los 3 meses el 33%. El desencadenante más frecuente fue la cardiopatía subyacente. Los ancianos que atendimos(10) tenían 4 enfermedades de media, predominando los factores cardiovasculares. Ocurrieron en el hospital en turno de noche. Describían síntomas inespecíficos previos a la parada, siendo el desencadenante hipoxia severa. El ritmo más frecuente fue asistolia (60%) y en todos los casos se hizo resucitación básica/avanzada, menos de 20 minutos. Las maniobras fueron eficaces en el 50% de pacientes inicialmente, sobreviviendo al mes 2 pacientes.

Conclusiones:

Realizamos resucitación más duradera en jóvenes, aunque estas resultan ineficaces en todos los casos. Por el contrario, conseguimos una resucitación eficaz, menor de treinta minutos, en aproximadamente la mitad de los pacientes de mediana edad y en los ancianos, no teniendo que ver con el ritmo de parada,

pues en todos los casos predominan los ritmos no desfibrilables, y tampoco con el lugar del suceso. Sólo consideramos posibilidad de donación en 2 pacientes recuperados inicialmente de la parada(varones de mediana edad hipertensos con regular control)



URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-310

USO DE LOS DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. ¿VAMOS TARDE?

C Díaz Olaizola (1), A Gálvez Suárez (2), V Ferrés Padró (3), J Ballús Noguera (3), S Membrado Ibáñez (3), X Costan Subirana (3), S Lluch Martínez (3)

(1) Consorci Sanitari del Maresme, (2) Hospital Germans Trias i Pujol, (3) Sistema d'Emergències Mèdiques. Mataró.

Palabras claves: reanimación, extrahospitalaria, vía aérea

Objetivos:

En el paro cardíaco extrahospitalario una Reanimación Cardiopulmonar (RCP) eficaz requiere compresiones de calidad y un adecuado manejo de la Vía Aérea (VA), siendo la cánula orofaríngea el método de elección para permeabilizar la vía aérea y la intubación orotraqueal en la RCP avanzada. Actualmente disponemos de dispositivos supraglóticos para el manejo de la VA. Ofrecen la ventaja de poder ser insertados por personal poco entrenado y requieren una curva de aprendizaje corta, con un éxito de inserción alto.

Material o pacientes y método:

Tipo de estudio observacional prospectivo. Participaron 6 técnicos, 3 enfermeros y 2 médicos. El personal Técnico en Emergencias Sanitarias (TES) manejaba la VA utilizando dispositivos supraglóticos tipo LMA Supreme® y/o i-Gel® supervisados por personal entrenado y su comprobación mediante capnografía monitorizada en LIFEPAK® 12, auscultación y excursión ventilatoria. No realizamos comparativa entre dispositivos. Se recogieron datos sobre la adecuada inserción y ventilación durante la RCP, el tiempo y número de intentos requerido para su colocación y el transporte hasta la llegada al hospital o finalización de la resucitación. En caso de dos intentos fallidos se procedía a la intubación orotraqueal.

Resultados:

Se incluyeron un total de 36 casos. En el primer intento el éxito de inserción fue del 90% con la Supreme® y el 74% con la i-Gel®. En el segundo intento fue del 100% de inserciones correctas. Sólo dos casos requirieron reposicionamiento para conseguir una óptima ventilación. El tiempo máximo requerido fue de 20 segundos. No se observaron complicaciones.

Conclusiones:

El personal TES durante la RCP instrumentalizada utiliza Desfibriladores Automáticos, cánula orofaríngea, mascarilla y balón resucitador con oxígeno. Nuestra experiencia nos lleva a considerar sobre la utilización de los dispositivos supraglóticos como primera elección, dada su facilidad y rápida inserción sin requerir gran adiestramiento, alta tasa de éxito, inserción sin interrupción de compresiones, compresiones continuadas sin interrupción durante la ventilación, además de proteger VA de distensión gástrica.

P-311

CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA ENTRE LAS URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y EL SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS EN NUESTRA POBLACIÓN

M Sagarra Castro (1), D Villagrasa Sánchez (2), M Montero Montero (1), F Travesset Martorell (1), M Arcas Ferre (3)

(1) EAP Capellades, (2) Hospital de Igualada, (3) SAP Anoia. Barcelona

Palabras claves: emergencias, primary health care, advanced life suport

Objetivos:

La atención primaria de salud (APS) es el primer nivel asistencial al cual accede la población y es en la atención urgente donde se pone de relevancia la necesidad de ofrecer el mejor servicio con rapidez y profesionalidad. Cuando se orienta un paciente con diagnóstico de potencial gravedad se activa el Soporte Vital Avanzado (SVA) del Servicio de Emergencias Médicas (SEM), que es el recurso sanitario especializado en emergencias extrahospitalarias, donde un médico revalora al paciente, lo estabiliza y supervisa el traslado. Una buena correlación diagnóstica entre la APS y el SVA del SEM es un indicador de una atención médica inicial de calidad y permite detectar posibles puntos de mejora.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal mediante revisión de historias clínicas de los pacientes atendidos en un EAP durante los años 2013 y 2014, que motivaron una activación del servicio de SVA del SEM. Se recogieron las variables de edad, sexo, diagnóstico del EAP y del SVA del SEM. Se realizó un estudio de todas las variables mediante medidas de frecuencia y se analizó la relación entre los diagnósticos de la APS y el SVA del SEM mediante el cálculo de porcentajes de concordancia.

Resultados:

Se atendieron 39 casos (25 hombres y 14 mujeres), una media de edad de 65 años con una desviación típica de 16 años. Las patologías más prevalentes fueron: cardiovascular 77%, respiratoria 10'2%, intoxicación 5%, neurológica 2'6%, traumatológica 2'6% y quemaduras 2'6%. La correlación diagnóstica fue del 90%.

Conclusiones:

Consideramos muy buena la correlación diagnóstica entre APS y el SVA del SEM. Destaca el elevado porcentaje de pacientes atendidos por patología cardiovascular. Creemos que se debería establecer más rigurosidad en la precisión de la orientación diagnóstica clínica. A partir de este estudio nos planteamos un plan de formación en urgencias, en el que se repasará más exhaustivamente los temas de patología cardiovascular y la indicación de activación del SVA.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-312

REGISTRO DE PCR EXTRAHOSPITALARIA 061 ARAGÓN. DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS. PUNTO DE PARTIDA

R Antón Ramas (1), D Ramón del Río (2), G de Inza Muñoz (3), S Royo Embid (4), E Cobos Malo (5), E Domínguez Plo (6)

(1) Ume Tarazona.061 Aragón, (2) Ume Monzón 061 Aragón, (3) Ume Huesca 061 Aragón, (4) Ume Calatayud 061 Aragón, (5) Ccu 061 Aragón, (6) Gerencia 061 Aragón. Zaragoza.

Palabras claves: parada cardíaca, supervivencia, registro

Objetivos:

La PCR extrahospitalaria es una emergencia médica y supone un problema primordial para la Salud Pública. Por ello, el 061 ARAGÓN constituyó en el año 2012, el Grupo de Trabajo de PCR que diseñó una aplicación informática y elaboró una instrucción técnica para el registro de las PCEH (IT070612)¹ así como una guía clínica de hipotermia (G070606)².

Material o pacientes y método:

En el año 2014, se realiza un estudio descriptivo desde el 1 de enero al 31 de diciembre, incluyendo todas las PCEH en las que se realizaron maniobras de reanimación, independientemente del origen de la PCR y del resultado de la misma. De todas las variables registradas se analizaron las siguientes: sexo, edad, motivo de llamada, PCR presenciada, ritmo inicial, hipotermia realizada, recuperación de la circulación espontánea, estado neurológico al alta (Glasgow- Pittsburgh Cerebral Performance Categories-CPC).

Resultados:

De los 216 casos registrados, la tasa de incidencia fue de 16 PCEH por cada 100.000 habitantes. Un 68,9 % fueron varones frente a un 31,1% de mujeres. La edad media fue de 62,4 años. El motivo de llamada: 40,7% inconsciente, 30,1% PCR, 8,2% disnea, 6,3% síncope, 6,1% evento traumático, 5,5% dolor torácico, 1,9% síntomas inespecíficos, 1,2% ahogamiento. Paradas presenciadas 67,1%. Ritmo inicial: asistolia 64,2%, FV/TVSP 19,6%, AESP 16,2%. Recuperación de la circulación espontánea (RCE) fue de 19,4% (42 pacientes). Hipotermias realizadas 28,5% (12 pacientes). Supervivencia al alta hospitalaria 12,03% (26 pacientes). Estado neurológico al alta: CPC1 46%, CPC2 9%, CPC4 9%, CPC5 36%.

Conclusiones:

En cuanto a la tasa de incidencia y la distribución por sexo y edad, los resultados se asemejan a los obtenidos en otras series 3, 4, 5, 6. Sigue siendo la asistolia el ritmo inicial más frecuente. Estos resultados nos proporcionan un punto de partida que nos exige la continuidad y cumplimentación del registro para garantizar el establecimiento de acciones de mejora en la atención extrahospitalaria de la parada cardíaca.

P-313

PAPEL DE LAS UNIDADES DE SVB EN LAS PCR RECUPERADAS

JA Minaya García (1), E Martín Sánchez (1), JL Martín García (1), MI Paz Cruz (1), JF Pérez Marrero (1), FT Lubillo Montenegro (2), JJ Cáceres Agra (3)

(1) Servicio de Urgencias Canario, (2) Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, (3) Complejo Hospitalario Materno Insular. Las Palmas de Gran Canaria

Palabras claves: parada cardiorrespiratoria (PCR), soporte vital básico (SVB), soporte vital avanzado (SVA)

Objetivos:

Las unidades de SVB (USVB) es un eslabón fundamental en la asistencia a la PCR. En nuestro sistema de emergencia (SEM), el equipo de emergencia (EM) está constituido por ambulancias de SVB, sanitizadas y SVA, así como, por el personal sanitario de los centros de salud. Las unidades de SVB aportan disminución de los tiempos: colapso- acceso DESA y colapso – masaje cardíaco, en el 81 % de los casos.

Material o pacientes y método:

El decreto autonómico de Canarias para el uso del DESA establece la obligatoriedad de remitir al SEM la hoja de registro y el registro generado por el DESA. Para este estudio se han utilizado los registros generados por las USVB. El método ha sido el análisis del ritmo inicial en asistencia a PCR por USVB y a transferencia a USVA de PCR revertidas en el periodo octubre 2013 – septiembre 2014. Este periodo forma parte del estudio OHSCAR

Resultados:

Se revirtieron en la provincia de Las Palmas 85 PCR-extrahospitalarias. En 60 % de los casos (51) una USVB realizó maniobras de SVB y uso del DESA hasta la llegada de USVA, con tiempo medio de maniobras SVB-DESA de 12 min. En 9 casos se perdió el registro por otra PCR. En 3 casos hubo error de lectura. El ritmo mayoritario analizado fue FV (16), seguido de Asistolia (11), Bradicardia extrema (9) y DEM (3). En la transferencia a USVA 16 pacientes habían recuperado ritmo, 14 estaban en asistolia, 4 en FV, 2 en bradicardia extrema y 3 no se pudieron identificar. De 16 ritmos recuperados 9 fueron por FV revertidos con DESA y de estos 4 precisaron nueva desfibrilación por USVA.

Conclusiones:

El registro del DESA es esencial para reconocer el ritmo inicial al comienzo del SVB. La intervención de las USVB garantiza la desfibrilación precoz y el mantenimiento del SVB. Las maniobras de SVA es un eslabón imprescindible para los cuidados postresucitación y reversión de la PCR ocurriendo esto en el 50% de las PCR asistidas por unidades de SVB.



URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-314

EL PACIENTE PRECIPITADO: UNA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

JM Roca Oñate, JA Sánchez Olivares

*Hospital Comarcal de La Selva. Blanes.***Palabras claves:** extrahospitalaria, emergencia, traumatismo**Objetivos:**

La asistencia del paciente precipitado no es infrecuente en nuestra zona, registrándose un pico en periodo estival debido a la práctica de balcanismo. Indagamos sobre las causas y características de estas asistencias.

Material o pacientes y método:

Estudio Observacional Prospectivo Descriptivo. Se han utilizado informes médicos de las asistencias a precipitados asistidos por nuestra USVA entre el 01/06/2013 y el 31/03/2015. En una primera fase (F1) del estudio se registraron 19 asistencias. La segunda fase (F2) comprende 15 pacientes. En total 34 pacientes. Este trabajo presenta los resultados finales de casi 2 años de experiencia con esta emergencia extrahospitalaria.

Resultados:

Asistimos 34 pacientes en 22 meses (n=34). El 59% se concentró en verano. El balcanismo fue la causa de la precipitación en 17% de casos. El 56% fueron accidentales, 9% intención suicida, 9% laborales y el 9% desconocida. El 91% fueron varones. La edad promedio fue de 38 años. La altura promedio de caída fue 9m. La asociación con tóxicos estimulantes estuvo presente en 56%, elevándose al 100% en el subgrupo de Balcanismo. El TCE (traumatismo craneoencefálico) consta en 71% de los informes y se estima que ha sido la causa de muerte en 11 de los 12 pacientes fallecidos. La fractura de extremidades consta en 38% y los traumatismos espinales, torácicos y faciales en 26, 21 y 15% respectivamente. El traumatismo abdominal consta en 6% de los informes. La mortalidad global fue del 26%, del 100% en el subgrupo intención suicida y del 33% en el subgrupo Balcanismo.

Conclusiones:

El TCE es la lesión más grave y más frecuente en estos pacientes. Las causas accidentales son las más frecuentes, superando a la suma de todas las demás causas. Se ha constatado una disminución de los casos de Balcanismo en la segunda fase del estudio. El perfil de Balcanismo es un paciente varón, de entre 16 y 21 años, extranjero que, bajo los efectos de sustancias estimulantes, se precipita en los meses de verano desde una altura mayor a 9 metros y que presenta graves lesiones craneoencefálicas y posibilidad de muerte instantánea del 33%.

P-315

PERFIL DEL PACIENTE CRÍTICO ATENDIDO EN LAS URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA UGC. MARQUESADO

B Amini Shervin (1), J Hortal Carmona (2), L López Pérez (2), A Amezcua Fernández (2), A García Morón (2)

*(1) Zona Básica de El Marquesado, (2) Har Guadix. Huetor Vega.***Palabras claves:** paciente, servicios médicos de urgencia, centro de salud**Objetivos:**

En el marco de trabajo referente a la atención médica prehospitalaria existe la idea tipificada de que los pacientes prevalentes son varones jóvenes politraumatizados o varones de mediana edad con un síndrome coronario agudo.

Material o pacientes y método:

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal sobre todos los pacientes trasladados en el año 2014 con un preaviso hospitalario en 061 del Servicio de Urgencias en el Centro de Salud de Alquífe, considerados por tanto como críticos ya en el ámbito prehospitalario. Valoramos su edad, sexo, patología y técnicas realizadas sobre ellos (vías, sondajes, oxigenoterapia, etc.), obtenidas mediante observación de los informes de asistencia. Analizamos las variables cuantitativas con medidas de dispersión y centrales. Se mantiene la confidencialidad de los datos.

Resultados:

Se han valorado 243 pacientes de las 987 activaciones realizadas siendo el 63.7% varones y el 36.3% mujeres, con una edad media de 69.8 años (68 para hombres y 71.6 para mujeres), la patología más observada ha sido la infecciosa 50.3%, divididas en 65.3% respiratoria, 23.6% abdominal, 11.1% otras. El siguiente grupo fue la patología neurológica con 26.2%, principalmente ACV, y el tercer gran grupo era la patología cardíaca con un 14.5% siendo el SCA el 13%. Los siguientes grupos fueron patología traumatológica, intoxicaciones, etc...

Conclusiones:

Podemos determinar que, en nuestro medio, el paciente crítico atendido es un varón mayor de 65 años, que ha sufrido una infección respiratoria severa o una patología neurológica aguda. Variando los resultados de manera llamativa con la tipología general de la población urbana.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-316

LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS HALLADOS AL INICIO DE LA REANIMACIÓN SON FACTORES PREDICTORES DE PRONÓSTICO NEUROLÓGICO EN LA PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA. HACIA UN RELOJ METABÓLICO

E Corral Torres, MJ García Ochoa Blanco, MI Casado Flórez

Samur Protección Civil. Majadahonda. Madrid.

Palabras claves: out-of hospital cardiac arrest, blood chemical analysis, emergency medical services**Objetivos:**

La indefinición del tiempo de parada, constituye una de las dificultades específicas para el personal que se enfrenta a una reanimación extrahospitalaria. Signos clínicos como valores pupilares, ritmo ECG, etc, ayudan a valorarlo, pero ninguno es absolutamente fiable. Apenas existen estudios respecto a factores predictores de recuperación sin secuelas, siendo referidos al ámbito hospitalario

Material o pacientes y método:

Observacional analítico. Población: cohorte de pacientes con Parada Cardiorrespiratoria (PCR) de causa médica atendidos por un SEM. Años: 2012-2014. Exclusión: PCR sin inicio de maniobras. Variables Epidemiológicas (edad, sexo), Explicativas: pH, Pco, EB, Lactato y Bicarbonato (valores analíticos previos al comienzo de la reanimación) Resultado: recuperación neurológica completa. Análisis estadístico: se valoran variables cuantitativas descritas con medidas centrales y de dispersión, cualitativas mediante frecuencias. Contraste de hipótesis: ANOVA. Para determinar el punto de corte asociado al objetivo final, se dibujaron Curvas ROC. Para asociar las variables independientes se realizó un análisis multivariado mediante un modelo de regresión logística binaria. Se estiman Odds ratio (OR) e intervalos de confianza $p < 0,05$. SPSS versión 17

Resultados:

742 pacientes, mediana edad -- 65 años (IQR 52-78), 79% (586) hombres. 35,7% (265) presentan ritmo desfibrilable Área bajo la curva de valores analíticos: Ph 0,646 (IC 95% 0,595-0,697) $p < 0,0001$, PCO₂ 0,366 (IC 95% 0,314-0,417) $p < 0,0001$, BE 0,570 (IC 95% 0,518 -0,622) $p = 0,012$, LACTATO 0,431 (IC 95% 0,376 -0,487) $p = 0,014$. El BICARBONATO no mostró asociación estadística Valores de corte con mayor sensibilidad y menor inespecificidad introducidos en la regresión logística: Ph=7,07, PCO₂=54,65, BE=-10,7, LACTATO=4,3. En el modelo de regresión logística quedan como variables independientes asociadas a la recuperación "ad integrum" el pH OR: 2,16 (IC 95% 1,21 -3,8) $p = 0,008$ y el pCO₂: OR: 1,72 (IC 95% 1,13 -2,6) $p = 0,012$

Conclusiones:

Los resultados hallados posibilitan tener en cuenta unos nuevos parámetros diagnósticos (pH y pCO₂), que podrían considerarse como "valores cronológicos" de cara al manejo y pronóstico del paciente en PCR extrahospitalaria.

P-317

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA ATENDIDA POR SOPORTE VITAL AVANZADO EN CASTILLA Y LEÓNC Pozo, del Pérez, N López Cabeza, J Ibáñez Frías,
J Abia González, J Martínez Bausela

Base UME Segovia. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Valladolid.

Palabras claves: parada cardio respiratoria, demografía, emergencias sanitarias**Objetivos:**

La parada cardiorrespiratoria (PCR) supone un reto para los sistemas de salud y concretamente para los servicios de emergencias.

Material o pacientes y método:

A partir del estudio OHSCAR, estudio multicéntrico en 17 Servicios de Emergencias que mide la variabilidad y supervivencia de la parada extrahospitalaria. Se miden las variables de edad, sexo, lugar de la parada, provincia.

Resultados:

En la Comunidad de Castilla y León se produjeron desde octubre de 2013 hasta septiembre de 2014, 720 PCR en el medio extra hospitalario que fueron atendidas por un soporte vital avanzado. De ellas el 72% se produjeron en el género masculino y el rango de edad mas frecuente fue entre los 51 y 60 (16%), 61 y 70 (20%), 71 y 80 (25%) y mas de 80 (23%). Los lugares donde se produjeron fueron el domicilio en un 58 %, la vía publica y edificios públicos en el 28% y entornos sanitarios extrahospitalarios en el 7% La distribución por provincias es : Ávila: 39, Burgos:122, León:120, Palencia:68, Salamanca: 93, Segovia: 32, Soria: 38, Valladolid:172, Zamora: 36

Conclusiones:

En el medio extrahospitalario sufren eventos de PCR un número elevado de personas, siendo mas frecuente en varones, a partir de los 50 años de edad y en el ámbito domiciliario.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-318

CAMBIOS EN EL PERFIL DE URGENCIAS ATENDIDAS POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN UN HOSPITAL COMARCAL (COMPARATIVA AÑO 2000-2014)

BE González García, M Pérez Pérez,
XP Cadena Herrán, JO Pérez Álvarez,
JC Díaz Polanco, A Pérez Hares, EZ Estrada Vindel
Hospital de Jarrow. Gijón.

Palabras claves: accidents, traffic, multiple trauma, emergency medicine

Objetivos:

Durante los últimos años se han incrementado las campañas de la DGT para la prevención de accidentes de tráfico, siendo alguna de las más impactantes: uso del cinturón (2010/2013), alcohol (2011) sistemas de retención infantil, etc. Por otro lado en nuestra zona (Área Sanitaria I del Principado de Asturias), se han producido importantes mejoras en el tráfico con la apertura completa de la A-8, evitando así los desplazamientos por carretera nacional.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes atendidos en nuestro servicio en el año 2000 y en el 2014, recogiendo datos de edad, sexo, lugar del accidente, vehículo implicado, medio de transporte para llegada a urgencias, hora de llegada y diagnóstico al alta.

Resultados:

Llama la atención el descenso del número de víctimas atendidas, 509 en el 2000 y 235 en el 2014. En el 2000 hubo 35.4% mujeres implicadas, aumentando al 46% en el 2014, ¿quizás por el aumento de mujeres conductoras?. El grupo de edad más afectado en el 2000 fue de 0-25 años (40%), Representando este grupo sólo el 24,7% en el 2014, probablemente por mayor uso de sistemas de retención infantil o por la figura del conductor alternativo (2006). Respecto al lugar del accidente la relación urbano/ carretera ha cambiado, 20%/80% en el 2000 y 53%/29% en el 2014, debido a la mejora de las comunicaciones. El vehículo más frecuentemente implicado fue el automóvil en los dos periodos. Precisan ambulancia para transporte a Urgencias el 70,3% de los pacientes en el 2000 y 28.5% en 2014. Por diagnósticos la patología cervical banal fue 19,3% en el 2000 y 35.4% en el 2014 (diagnóstico más frecuente ese año), Politraumatizados se atendieron 6.5% en el 2000 y 1.3% en el 2014. El 10,6% de los accidentados en el año 2000 y el 2.6% en el 2014 precisaron ingreso en nuestro hospital, siendo trasladados al hospital de referencia el 11.4% en el 2000 y el 3.4% en el 2014.

Conclusiones:

Las medidas tomadas por la DGT y las mejoras en las vías públicas, así como la mayor concienciación poblacional han contribuido a disminuir el número de víctimas en accidentes de tráfico y a que las consecuencias de estos sean más leves.

P-319

CARACTERÍSTICAS MÉDICAS Y MANEJO DE LOS PACIENTES RESCATADOS POR EL HELICÓPTERO DE PROTECCIÓN CIVIL DEL GOBIERNO DE CANTABRIA

P Burgueño Laguía (1), I Tkachuk (2), I Incera (3), L Campos (3)
(1) Hospital Marqués de Valdecilla, (2) Protección Civil, (3)
Hospital de Sierrallana. Santander.

Palabras claves: emergency medicine, acute mountain sickness, emergency management disaster

Objetivos:

Estudio descriptivo que analiza la actuación médica de los rescates llevados a cabo durante el 2014 por el Servicio de Protección Civil del Gobierno de Cantabria.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, obteniendo los datos de la base de Protección Civil del Gobierno de Cantabria.

Resultados:

Durante el 2014 se llevaron a cabo 129 movilizaciones, de las cuales 38 fueron rescates, (50%) fueron de montaña, (44,7%) de costa y (5,2%) de mar. 42 personas fueron atendidas, evacuándose con grúa el 60,5%. La mediana de la edad fue 42 años, 35 hombres. 6 personas fallecidas en el momento de la atención, 10 en estado muy grave, 14 graves, 8 leves y 4 ilesos. El motivo de atención fue en el 45,8% politraumatizados y 11% por patología médica. 33% presentaban traumatismo craneoencefálico, 12% con Escala Coma Glasgow <8, 16,7% traumatismo torácico, 8% abdominal, inestabilidad hemodinámica el 4%, precisaron oxigenoterapia el 45% e intubación el 4%. El 4,2% precisan RCP. 42% presentaba traumatismo esquelético. Se coloca collarín al 40% de los pacientes atendidos, tablero espinal al 33%, colchón de vacío al 12%, cinturón pélvico 3% y férulas de inmovilización al 20%. En el 41% de los pacientes se canalizan vías venosas periféricas.

Conclusiones:

En Cantabria se han efectuado un total de 38 rescates durante el 2014, siendo de éstos la mitad en montaña, evacuándose un total de 42 personas, en su gran mayoría hombres con una media de edad de 42 años. El 57% se encontraban en una situación grave o muy grave, siendo el politraumatismo la causa más frecuente de atención. Un 33% sufrieron TCE. La frecuencia de traumatismo torácico y abdominal no es tan alta como cabría esperar, seguramente se encuentre infraestimado dado que se trata de una valoración inicial. Aproximadamente la mitad de los pacientes precisan inmovilización y transporte camilla, y la mitad precisa oxigenoterapia. Dada la gravedad de este tipo de pacientes se requiere una atención multidisciplinar y compleja, por lo que es preciso mejorar e impulsar la formación y los medios de la atención especializada.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-320

ALTERACIONES IÓNICAS EN LA MUERTE SÚBITA DURANTE EL EJERCICIO

A de Blas (1), NV González Puebla (1), MC Barneto Valero (1), A Martínez Vázquez (1), MJ García Ochoa (1), N Behzadi Koochani (2), I Canales Corcho (2)

(1) Samur-P.C., (2) Summa 112. Valdemoro.

Palabras claves: parada cardiorrespiratoria, muerte súbita ejercicio, alteraciones iónicas

Objetivos:

La muerte súbita durante el ejercicio (MSE), es una de las causas de parada cardiorrespiratoria (PCR) no traumática que atiende un servicio de emergencias extrahospitalario. Su etiología es en muchos casos desconocida, siendo las alteraciones analíticas/iónicas uno de los factores menos explorados.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo. Inclusión: PCR no traumáticas atendidas durante el año 2014. Exclusión: las PCR sin comienzo de reanimación. Ámbito: Servicio de Emergencias extrahospitalario que desarrolla su actividad en el medio urbano. Analítica sanguínea tomada en el comienzo de la reanimación, analizador portátil EPOC®. Estudio piloto de un año. Variables estudiadas: edad, sexo, parámetros analíticos: sodio, potasio, calcio, pH, exceso de bases y bicarbonato. Variable resultado: parada cardiorrespiratoria durante la práctica de ejercicio físico. Estadística: cuantitativas (centrales y de dispersión), cualitativas (porcentajes) contraste de hipótesis: Kolmogorov-Smirnov, t Student y Prueba de Mann-Whitney, ANOVA $p < 0,05$. SPSS v17.

Resultados:

Se estudian 297 pacientes: media de edad 63,82 (DE: 16,96), 79,5%(236) son hombres. El 5,7%(17) están relacionadas con el ejercicio físico: media de edad 50,29 (DE: 17,63), 3 pacientes son menores de 35 años, 88,2%(15) son hombres. Existen diferencias de edad entre los dos grupos $p < 0,01$. Comparación de parámetros analíticos entre MSE y PCR no MSE (medias): Na 142,25 (DE: 3,95) / 139,20 (DE: 5,75) $p = 0,038$. K 4,06 (DE: 1,27) / 4,04 (DE: 1,14), Ca 1,15 (DE: 0,08) / 1,60 (DE: 0,12), pH: 7,20 (DE: 0,14) / 7,14 (DE: 0,18), EB: -6,81 (DE: 5,26) / -6,30 (DE: 7,09), Bicarbonato: 20,31 (DE: 4,28) / 22,58 (DE: 5,42) $p > 0,05$.

Conclusiones:

En los datos obtenidos en la analítica, destacan niveles más elevados de sodio en las MSE, estadísticamente significativa, pero manteniéndose en rangos de normalidad lo que parece no justificar el origen de la PCR. En el resto de datos analíticos, hay algunas diferencias pero no son destacables. Es posible que con mayor número de casos estas diferencias sean mayores y puedan justificar la MSE. La población atendida por MSE es significativamente más joven que el resto de paradas, pero sólo hay tres casos que entrarían en la descripción bibliográfica más específica de MSE (<35 años).

P-321

PERFIL DEL PACIENTE CON SÍNCOPE ATENDIDO DESDE UN DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS

M Nieto Moreno (1), JD Buitrago Navarro (1), MJ Cubero Muñoz (2), AM Sánchez González (3), B Alcaide Romero (3), PH Rojas Parras (3)

(1) Equipo Móvil de Priego de Córdoba, (2) Equipo Móvil de Rute, (3) Equipo Móvil de Cabra.

Palabras claves: síncope, urgencia, atención primaria

Objetivos:

El síncope, es una pérdida brusca de conciencia y de tono postural, de duración breve, con recuperación espontánea sin necesidad de maniobras de reanimación

Material o pacientes y método:

Se utilizaron las historias clínicas de los pacientes atendidos por síncope y que se registraron en el portal informático del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (en adelante DCCU) del Área sanitaria Sur de Córdoba, durante 29 meses resultando un tamaño muestral de 467 casos. Se extrajeron las siguientes variables para establecer el perfil del paciente: • Edad • Sexo • Hora de comienzo • Día de la semana, • Mes • Prioridad de activación • Enfermedad previa • Ingresos previos • Aplica algún medida terapéutica • Valoración del riesgo. • Filiación del síncope • Resolución de la demanda asistencial • Tipo de derivación al hospital

Resultados:

Varón (55,1%), mayor de 45 años (81,1%), de 83 a 84 años de edad, que solicita atención un miércoles (16,5%), entre las 11 de la mañana y la una de la tarde (29,3%), que ha llamado al Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias, por un cuadro de una alteración de conciencia, que es considerado como Prioridad 2 (63,2%). Durante la atención comprobaremos que el paciente tendrá una patología de base (90,6%) y que 1 de cada 5 tiene o ha tenido un ingreso previo a la atención de este episodio (19,27%). Se aplicará alguna medida terapéutica en la mitad de los casos (53,1%). La valoración del riesgo y la posible filiación del síncope, fue como ALTO Riesgo (74,2%) y no se filio en el 86,5%. El paciente necesitará la atención hospitalaria bien para tratamiento bien para diagnóstico en el 66,9%, siendo el propio equipo de emergencias quien lo acompañe al hospital (46,7%).

Conclusiones:

El estudio de perfil del síncope, ayuda al manejo clínico del mismo con características de calidad. El desglose y ampliación del estudio en algunas variables, mejoraría el conocimiento del perfil.



URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-322

ALTERNATIVAS A LAS COMUNICACIONES EN UN ACCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS ANTE LAS ZONAS NEGRAS

A García Hernández, R Cuñado Cerro, I Lamas Fernández, R Ramos Gómez, S Malvar González

Ambulancias Gipuzkoa. Santurtzi.

Palabras claves: accidente de múltiples víctimas, comunicaciones por satélite, soporte vital avanzado en trauma

Objetivos:

El abordaje de un AMV por parte de los servicios sanitarios abre varias líneas de trabajo, una de ellas es conseguir unas comunicaciones eficaces, para una buena gestión se necesita información y a su vez comunicación. La variabilidad geográfica y la caída instantánea de las líneas telefónicas conlleva la búsqueda de alternativas a las comunicaciones habituales en las zonas negras.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo prospectivo de los recursos tecnológicos empleados, por los equipos de emergencias extrahospitalarios de Emergentziak, en los AMV abordados en la CAPV en el periodo que va desde diciembre 2012-diciembre 2014. Los dispositivos y alternativas que utilizamos hoy en día en los AMV son comunicación por tetra, telefonía GsSM, dada la orografía de nuestra zona de trabajo con tantas zonas negras y de mala cobertura tanto con dispositivos móviles como talkys sistema TETRA una opción y las utilizada mas frecuente es el enlace con el recurso móvil utilizando de repetidor la emisora del recurso y así poder solventar las comunicaciones tanto de comunicación con todos los componentes del AMV y con los centros coordinadores del propio incidente ya que la señal llega al receptor que en este caso es el centro coordinador.

Resultados:

El empleo de los avances tecnológicos del ámbito de las comunicaciones al servicio de la gestión de los AMV dota de información a los centros coordinadores, y recíprocamente, a todos los intervinientes, aportando un gran valor a la gestión, en pro de conseguir el control de los Accidentes.

Conclusiones:

La tecnología en comunicaciones dirigida a la obtención de información entre los centros coordinadores y los asistentes sobre el terreno en zonas de negras son una herramienta imprescindible en la resolución del caos que se crea en todo AMV. Los equipos de emergencia deben manejar las comunicaciones como una herramienta más del servicio sanitario, con el objetivo prioritario de optimizar la gestión con la mayor cantidad de información entre todos los intervinientes.

P-323

CARACTERÍSTICAS DE LA ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA POR EL EQUIPO DE EMERGENCIAS EN CASTILLA Y LEÓN

C Pozo Del Pérez (1), N López Cabeza (2), J Ibáñez Frías (2), J Abia González (2), J Martínez Bausela (2)

Base UME Segovia. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Valladolid.

Palabras claves: parada cardiorrespiratoria, asistencia sanitaria, emergencias sanitarias

Objetivos:

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es un problema emergente de salud para los sistemas de Salud, y concretamente para los Servicios de Emergencias Sanitarias

Material o pacientes y método:

En la Comunidad de Castilla y León se produjeron desde octubre de 2013 hasta septiembre de 2014, 720 PCR en el medio extra hospitalario que fueron atendidas por un soporte vital avanzado. El EE realizó reanimación en 614 casos (85%), se realizaron cuidados post resucitación en 22 ocasiones (3%), considerándose no indicada en 79 ocasiones (11%) y fútil en 5(0,7%) El ritmo inicial fue la asistolia en el 58% de los casos, la fibrilación ventricular-taquicardia ventricular sin pulso en el 17%, la actividad eléctrica sin pulso en el 8% y la bradicardia extrema en el 6% d los casos. La etiología fue desconocida en el 47% de los casos y cardiaca en el 30% Los pacientes trasladados al hospital fueron 247(34%)

Resultados:

En el medio extrahospitalario sufren eventos d parada cardio respiratoria un % elevado de la población de Castilla y León,

Conclusiones:

En el medio extrahospitalario sufren eventos de parada cardio respiratoria un % elevado de la población de Castilla y León,



URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-324

CREACIÓN DE UNA APLICACIÓN ANDROID DE RCP BÁSICA PARA LEGOS (REVIB RCP)

N Fernández Morte, L Ruiz Soldevilla

Osakidetza-HUA. Pradejon.

Palabras claves: heart arrest, cardiopulmonary resuscitation, mobile applications**Objetivos:**

Cuando la parada cardiorrespiratoria (PCR) ocurre fuera de un centro sanitario y ante la presencia de personas sin conocimientos de soporte vital básico (SVB), tan solo la mitad de las víctimas recibe tratamiento y, en menos del 10%, se aplican con éxito las técnicas de resuscitación.

Material o pacientes y método:

Sigue los algoritmos de las guías ILCOR y ERC 2010 de SVB. Se han realizado diferentes ilustraciones a color y se han creado instrucciones por escrito y comandos de voz en castellano, inglés y euskara. Se han comparado las diferentes aplicaciones disponibles en "Play Store" de Google para desarrollar una aplicación mejorada.

Resultados:

Seleccionando el problema y la condición de la víctima en cada situación RevibRCP le indicará al resucitador qué hacer en cada momento. Se le explicará paso a paso, cómo actuar ante la pérdida de conocimiento y cómo hacer frente a una PCR en adultos, niños y lactantes. Se le enseñará a comprobar la consciencia, poner a la víctima en posición lateral de seguridad y realizar insuflaciones y compresiones. Las instrucciones pueden leerse también por escrito y ser repetidas en cualquier momento si el resucitador así lo necesita. El idioma inicial será el determinado por el dispositivo utilizado y podrá cambiarse en cualquier momento. Además, aporta un cronómetro visible que comienza desde el momento en que se inicia la aplicación. La llamada a los servicios de urgencias puede realizarse a través de Revib RCP, sin necesidad de salir de la misma o interrumpirla. Asimismo, contiene un modo de entrenamiento que da la oportunidad al usuario de poder aprender y practicar el SVB.

Conclusiones:

A pesar de que existen aplicaciones ya desarrolladas sobre la RCP, RevibRCP se ha desarrollado para que pueda aportar más seguridad en el manejo de una PCR, indicando interactivamente los pasos a seguir. Se han obtenido más de 3000 instalaciones de usuarios únicos. La media de las 73 valoraciones recibidas es de 4.41 sobre 5, pero se recomienda realizar estudios de investigación para probar su efectividad en el manejo de la RCP.

P-325

"TRAUMA BOX", UNA ESTRATEGIA DE REPOSICIÓN HEMOSTÁTICA COMPLEMENTARIA AL USO DE CONCENTRADOS DE HEMATÍES EN HELICÓPTEROS DE EMERGENCIA HEMS

RC Estévez Montes (1), C Lozano Poyatos (1), R Valle García (1), A Pacheco Rodríguez (1), D Buenasmañanas Cervantes (2), E Madrigal Sánchez (3)

(1) Guets - Sescam/INAER Helicóptero Sanitario Gigante 2, (2) FEA Hematología HGUCR, (3) Directora del Centro Regional de Transfusiones de Ciudad Real.

Palabras claves: hemorrhagic, bleeding, plasmalyte**Objetivos:**

Cada vez de una forma más generalizada los servicios de emergencias prehospitalarios a nivel mundial están desarrollando procesos de atención al trauma en los que se contempla la administración de concentrados de hematíes, manteniendo al paciente en las mejores condiciones hasta su tratamiento definitivo en un centro útil. Existen elementos de reposición complementarios a los concentrados de hematíes cuyo aval científico muestra una mejora en el tratamiento del shock hemorrágico.

Material o pacientes y método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica usando los descriptores Decs y MeSH, correlacionando términos relativos al problema: "hemorrhagic", "shock", "bleeding", a la intervenciones correctoras: "plasmalyte", "tranexamic acid", "k vitamin", "lyophilized plasma" y al ámbito de aplicación: "emergency medical service". Para esta búsqueda se usaron los términos en inglés. No se aplicó otros filtros de búsqueda.

Resultados:

En la reposición del paciente que ha sufrido un shock hemorrágico severo debemos tener en cuenta cuatro factores: aportar transportadores de oxígeno, reponer volumen con hipotensión terapéutica, mantener la normotermia y minimizar la coagulopatía. De forma complementaria al uso de concentrados de hematíes en el medio prehospitalario, planteamos la administración de otros productos de reposición y procoagulantes. La administración de soluciones balanceadas de cristaloides tipo Plasmalyte 148 ha venido a mejorar los niveles de acidosis y electrolitos en los pacientes traumáticos en comparación con el suero salino 0,9% ClNa, reponiendo volumen con un pH más fisiológico. Alternativa o complementariamente es posible usar plasma liofilizado (tipo Lyoplas N), que contiene factores de coagulación y se reconstituye en poco tiempo. El ácido tranexámico es el antifibrinolítico de elección dentro de las tres primeras horas postrauma. La vitamina K es el antídoto de elección en pacientes sometidos a tratamientos anticoagulantes.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

Conclusiones:

Tras esta revisión fundamentada en la evidencia y recomendaciones internacionales se hace una propuesta sugerente para la asistencia, en el medio prehospitalario, a pacientes con shock hemorrágico.

P-326

IMPACTO ASISTENCIAL DE LA EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE CÓDIGO ICTUS EXTRAHOSPITALARIO

R Delgado Sánchez, F Rico Rodríguez, M Guzmán Regalado, AJ García Sánchez, C Soriano González, CL Arce Rocha
Gerencia de Emergencias Sanitarias. Sacyl. Plasencia.

Palabras claves: infarto cerebral, accidente cerebrovascular, telemedicina

Objetivos:

El ictus constituye una verdadera tragedia personal, a la que se añade el importante coste social, sanitario y económico. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el ictus es la tercera causa de muerte en adultos después de la cardiopatía isquémica y el cáncer, la primera causa médica de invalidez y la segunda de demencia. Es el causante del 10% de la mortalidad en países industrializados. En nuestro país, representa la primera causa de mortalidad. Estos problemas se verán agravados en unos años debido al progresivo envejecimiento de la población española. Se ha calculado que para el 2025, 1,200.000 españoles habrán sobrevivido a un ictus.

Material o pacientes y método:

Es un estudio descriptivo basado en la evidencia científica resultante de la revisión bibliográfica. Se ha utilizado Microsoft Excel para el estudio de datos. Se han utilizado portales digitales como Pubmed y Medline.

Resultados:

Se atendieron un total de 634.322 pacientes, de los cuales 14.958 fueron con sospecha clínica de ictus, lo que equivale a un 2,4% del total de pacientes. De este total de sospecha cumplen a priori criterios de activación del código ictus 2.139 pacientes, donde finalmente fueron 1.542 pacientes los que entraron como código ictus. Finalmente fueron trombolisados 289 pacientes, lo equivalente al 18,7% de pacientes.

Conclusiones:

Los estudios analizados demuestran como los Servicios de Emergencias son esenciales, ya que recortan los tiempos y la demora de cara al tratamiento definitivo. La telemedicina toma un papel fundamental en comunidades tan extensas. La activación del código ictus ha demostrado reducir los tiempos en la fase aguda del ictus, permitiendo el tratamiento hospitalario específico y precoz a un mayor número de pacientes, y mejorando la evolución clínica posterior.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-327

VALIDACIÓN DEL SCORE DE SEPSIS PREHOSPITALARIO INTEGRADO CON LACTATO PORTÁTIL EN UN MODELO MATEMÁTICO BAYESIANO

AA Báez Hernández, L Cochón, M Supino, K Schrank
Jackson Memorial Hospital, Miami, Florida.

Palabras claves: sepsis, score, prehospitalaria

Objetivos:

Un estudio anterior de uestro "Prehospital Sepsis Project (PSP)" demostró que el índice de shock (SI) y la frecuencia respiratoria son altamente predictivos de admisiones por sepsis a la unidad de cuidados Intensivos.

Material o pacientes y método:

La PSP-S tiene puntuación máxima total de 4 puntos, incorporando fiebre ($\geq 38^\circ\text{C}$ / $100,4^\circ\text{F}$) (1 punto) el índice de Shock (≥ 0.7) (2 puntos) y una frecuencia respiratoria ≥ 22 (1 punto). EL PSP-S se utilizó como evaluación de riesgo "pre-prueba", estratificándose en base a la PSP-S: 1 punto es de bajo riesgo, 2 puntos es de riesgo moderado, y 4 y 3 puntos es de alto riesgo. La sensibilidad y especificidad para el lactato prehospitalario se obtuvo a partir de datos agrupados y se utilizan para calcular la razón de verosimilitud (LR). Se integró el riesgo definido por el PSP-S y el LR [positivo (+) y Negativo (-)] ambos en un modelo de nomograma bayesiano para obtener probabilidades de riesgo post prueba. Luego se calcularon ganancias diagnosticas absolutas (ADG) y relativas (RDG).

Resultados:

Los datos agrupados de valor del lactato prehospitalario demostraron una sensibilidad del 76% y una especificidad del 55%, produciendo una LR +positiva (+) de 1,6 y LR Negativo (-) de 0.44. Probabilidad post test para PSP-S bajo 16% con un ADG de 6% y RDG del 160%. PSP-S riesgo moderado post-test de 47%, (ADG 12,5% y el RDG de 136,2%), riesgo alto probabilidad post-test de 72% (ADG 12% y el RDG de 120%).

Conclusiones:

Este estudio encontró que PSP Score complementa con el uso de medición portátil de lactato prehospitalario, proponemos integrar estos elementos como una herramienta de triage prehospitalario en evaluación de sepsis. Las limitaciones incluyen el carácter retrospectivo de los datos y el limitado universo de sujetos.

P-328

FACTORES DETERMINANTES DE LA LOGÍSTICA SANITARIA DE LA EMERGENCIA HUMANITARIA

M Monasterio Bazán (1), M Marín Risco (2), E Crespo Avellana (3)
(1) Sescam, (2) Bomberos Ayto. Zaragoza, (3) Salud Aragón.

Palabras claves: sistemas de socorro, desastres, emergencias

Objetivos:

En el contexto de la emergencia humanitaria, la salud, además de ser un derecho, se convierte en un deber para evitar complicaciones y consecuencias mayores. El objetivo primordial de controlar, minimizar y erradicar la causa o motivo que la ha provocado (Si es posible) implica obligatoriamente abarcar la mayor población susceptible con las actividades sanitarias necesarias en el menor tiempo posible. Para ello es muy útil la aplicación de estrategias y recursos descritos y aplicados en el ámbito de las catástrofes con intervención sanitaria, pero no todo vale.

Material o pacientes y método:

Se han revisado las intervenciones sanitarias realizadas en el ámbito de la emergencia humanitaria (Emergencia nutricional en Guatemala 2009) para determinar errores y fortalezas en comparación con las aplicadas en el ámbito de la catástrofe (Haití 2010) llevadas a cabo con personal de enfermería presente en ambas intervenciones.

Resultados:

La utilidad de un circuito unidireccional que abarque: Triage-atención-derivación o tratamiento aplicado en la atención masiva de víctimas en una catástrofe es completamente extrapolable al ámbito de la emergencia humanitaria dada la cantidad de factores comunes que plantea: Alto número de pacientes, alta variabilidad clínica, escaso personal y limitación de tiempo. Sin embargo su uso con éxito en este ámbito exige de adaptaciones caracterizadas fundamentalmente por el ámbito cultural.

Conclusiones:

Es imprescindible un minucioso análisis cultural y del entorno donde se va a desarrollar la actividad para adaptar, con las máximas garantías de éxito, la metodología aplicada en catástrofes al ámbito de la emergencia humanitaria. Ese análisis previo determinará en qué grado las normas generales serán importantes o imprescindibles para el éxito de la intervención y cómo se deben implementar.



URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-329

PUESTA EN MARCHA DEL PRIMER PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS EN EL ÁMBITO PREHOSPITALARIO EN ESPAÑA

C Lozano Poyatos (1), RC Estévez Montes (2), R Valle García (2), A Pacheco Rodríguez (2), D Aylagas Martínez (3), E Madrigal Sánchez (4)

(1) Inaer Helicópteros S.A.U., (2) Gerencia Emergencias Sescam, Castilla-La Mancha / Inaer Helicópteros Medicalizados, (3) Inaer Helicópteros Medicalizados / Gerencia Emergencias Sescam, Castilla La Mancha, (4) Centro de Transfusión de Ciudad Real, Sescam.

Palabras claves: transfusión sanguínea, shock hemorrágico, helicopter emergency medical services

Objetivos:

Entre las estrategias terapéuticas para el manejo del shock hemorrágico se incluye la transfusión de hemoderivados, práctica documentada internacionalmente desde 1985. En marzo de 2014 la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS) del SESCAM llega a un acuerdo de colaboración con el Centro de Transfusión de Ciudad Real (CT-CR), por el cual este último suministra al Helicóptero Medicalizado de Inaer-Ciudad Real (HxCR), dos unidades de concentrados de hematíes que se incorpora al arsenal terapéutico.

Material o pacientes y método:

Recogida y análisis de los datos de conservación (temperatura), condiciones de transporte a las que se expone los concentrados de hematíes en el área extrahospitalaria (tiempo, temperatura, presión y altitud) y datos del laboratorio del CT-CR que analiza su calidad periódicamente.

Resultados:

Sobre una muestra de 30 concentrados de hematíes analizados durante un período de un año, se objetivan: temperaturas de almacenamiento de 4.6°C (± 1.9), temperaturas de transporte de 5.4°C (± 2.2), altitud de vuelo de 3200 pies (975 mts) (± 900), presiones QNH de 1014 mbar (± 8), presiones en altitud máxima de 890 mbar (± 25). Los resultados del laboratorio CT-CR del producto tras 25-30 días de almacenamiento y transporte sugieren que las muestras siguen siendo válidas y viables, al no presentar grandes variaciones de hemoglobina y hemólisis respecto a las mediciones iniciales.

Conclusiones:

El primer año de funcionamiento del protocolo de transfusión implantado por GUETS y CT-CR, muestra datos de factibilidad y seguridad dentro de unos rangos considerados como excelentes para el medio extrahospitalario. Los resultados obtenidos en las diversas mediciones y controles se ajustan a los estándares de calidad que marca la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea

(SETS). El procedimiento ha mostrado ciertas deficiencias que tratamos de subsanar o mejorar a través de un grupo de trabajo conformado por las partes implicadas. Se pretende hacer extensivo el protocolo a otras unidades de emergencias extrahospitalarias, difundiendo la información oportuna en cuantos ámbitos resulte de interés.



URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-330

ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS PACIENTES REANIMADOS TRAS UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA COMPARADA ENTRE EL USO DEL CARDIOCOMPRESOR MECÁNICO EXTERNO LUCAS Y EL MASAJE MANUAL CONVENCIONAL

J Borja Padilla (1), JM Villadiego Sánchez (2), JR Lacalle Remigio (3), R Rodríguez Morcillo (3), F Aranda Aguilar (3), JJ García del Águila (3), JM Álvarez Rueda (3)

(1) Empresa Pública de Emergencias de Andalucía 061, (2) Epes 061, (3) Universidad de Sevilla.

Palabras claves: parada cardíaca extrahospitalaria, cardiocompresor mecánico, calidad de vida relacionada con la salud

Objetivos:

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCREH) representa un problema sanitario de primera magnitud por su escasa supervivencia y por las enormes secuelas que provoca. Se ha sugerido que utilizar cardiocompresores mecánicos durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) elimina la fatiga del reanimador y consigue resultados óptimos de perfusión cerebral, mejorando los resultados de la RCP y, por consiguiente, de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo con cohortes de casos y controles utilizando la información recogida por Equipos de Emergencia 061 de Sevilla y Huelva (EE_061_Se_Hu), durante el período septiembre-diciembre 2014. Se incluyen adultos mayores de 18 años que presentaron PCREH con ritmo inicial desfibrilable agrupados en casos (A-RCP) y controles (M-RCP) aplicando Cuestionario SF-12 que evalúa 8 dimensiones de salud: Función Física, Rol Físico, Rol Emocional, Función Social, Salud Mental, Salud General, Dolor Corporal y Vitalidad, agrupándolas en dos componentes: físico y mental

Resultados:

Se registran 155 PCREH, en el 91.60% con criterios de iniciar RCP. La supervivencia lograda a la llegada al hospital es 35.48%, de ellos, 26 (47.27%) se presentan con ritmo inicial desfibrilable incluyendo a 7 en el grupo A-RCP (27%) y 19 M-RCP (73%). Se aplica el cuestionario SF-12 a 13 pacientes: 5 A-RCP y 8 M-RCP. Si bien es cierto que observamos una supervivencia al alta hospitalaria superior entre los pacientes a los que se les aplicó el cardiocompresor (5/7 vs 8/19), en ambos grupos consideran que su salud es muy buena y no se encuentran limitados en el componente físico ni en el mental del SF-12. Sí que manifiestan haber incrementado el miedo a la enfermedad.

Conclusiones:

La percepción de la CVRS, tanto en su dimensión física como psíquica, de los pacientes A-RCP es similar a la percibida por los pacientes M-RCP. Los EE_061_Se_Hu consiguen, durante la RCP, una efectividad similar de masaje cardíaco en cuanto a tasas de supervivencia y de calidad de vida tras la recuperación del episodio.



URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-331

ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA EN GALICIA 2005-2014. IMPORTANCIA DE COMPLETAR LA CADENA DE SUPERVIVENCIA

MV Barreiro Díaz, M Pedreira Pernas, ML Chayan Zas, JA Iglesias Vázquez, L Sánchez Santos

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.
Pontevedra.

Palabras claves: cardiac arrest, emergency medical sistem, resuscitation

Objetivos:

Existen pocos estudios que comparen en una misma población resultados de reanimaciones cardiopulmonares (RCP) realizadas por recursos sanitarios. Resulta difícil establecer la mejor asistencia a prestar por un SEM ante una situación de parada cardíaca (PCR) extrahospitalaria.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de PCR desde 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2014. Se analizaron datos de RCP en historias clínicas informatizadas del SEM, tanto si RCP fue realizada exclusivamente por recursos de SVA como si RCP iniciada con DESA, y posteriormente continuada por una USVA, como si no se realizó ese apoyo, y fue realizada sólo por USVB con personal médico de Atención Primaria (AP), no perteneciente al SEM. Todos los datos fueron registrados según estilo Utstein. Los casos se agruparon en tres grupos según la asistencia recibida: RCP DESA en USVB, RCP iniciada con DESA de USVB y apoyo de USVA, y RCP sólo por USVA.

Resultados:

Se registraron 6.432 RCP realizadas por algún recurso del SEM. Aproximadamente la mitad de las RCP son realizadas sólo por una USVA, 25% iniciadas con DESA, y posterior asistencia por USVA, 25% restante son realizadas con DESA en una USVB, apoyada por AP habitualmente. El % de RCP por testigo ha ido aumentando, pasando del 18,1% en el año 2005, hasta 30,1% en el año 2014. La supervivencia a la llegada al hospital tiene una media anual del 27,8%. La supervivencia al hospital varía según el recurso que realiza la asistencia: vivos al hospital, media anual 41,4% (SVA), 32,79% (DESA y USVA) y 5,96% (DESA).

Conclusiones:

Aunque habrá que completar el estudio con supervivencia al alta, el análisis muestra una diferencia de resultados, entre las RCP en las que intervienen USVA con respecto a las RCP en las que no intervienen USVA del SEM. Los datos de este análisis nos indican la importancia de contar con recursos específicos, con personal entrenado, para asistir PCR extrahospitalaria.

P-332

CARACTERÍSTICAS DE LA ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA PREVIA A LA LLEGADA DEL EQUIPO DE EMERGENCIAS

N López Cabeza, C Pozo, del Pérez, J Ibáñez Frías,
J Abia González, J Martínez Bausela

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.
Valladolid.

Palabras claves: parada cardiorrespiratoria, medio extrahospitalario, emergencias sanitarias

Objetivos:

La parada cardiorrespiratoria es un reto para los servicios de emergencias sanitarias.

Material o pacientes y método:

A partir del estudio OHSCAR, estudio multicéntrico en los 17 Servicios de Emergencias que mide la variabilidad y supervivencia de la parada extrahospitalaria. Se miden las variables de causa básica de la llamada, parada presenciada o no, reanimación previa a la llegada del Equipo de Emergencias (EE)

Resultados:

En la Comunidad de Castilla y León se produjeron desde octubre de 2013 hasta septiembre de 2014, 720 PCR en el medio extrahospitalario que fueron atendidas por un soporte vital avanzado. El motivo de la llamada fue 274 (38%) ocasiones PCR, en 247 (34%) inconsciencia-coma, disnea en 59 (8%), dolor torácico 45 (6%), evento traumático 33 (5%). La PCR fueron presenciada en el 68% de los casos, no presenciada en el 15%, siendo un dato desconocido en el resto. La PCR fue presenciada en el 63% de los casos por testigos, en el 19% por personal sanitario no EE, en 70 ocasiones (14%) por EE y en el 12% por otros Servicios Públicos. Se realiza soporte vital previo a la llegada del EE en 252 ocasiones, el 35% de las PCR, el 63% de las ocasiones por personal sanitario no EE y el 80% por testigos. El tipo de reanimación fue 42% solo masaje cardíaco, 47% SVB y en el 10% SVA. El DEA con choque se utilizó en 33 ocasiones (13%) y en 25 (10%) DEA sin choque.

Conclusiones:

Con carácter previo a la llegada del EE, se realiza soporte vital en un elevado porcentaje de pacientes, aproximadamente en la mitad de las PCR presenciadas.



URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-333

ESTUDIO POBLACIONAL DE LA APLICACIÓN REVIB RCP PARA DISPOSITIVOS ANDROID

L Ruiz Soldevilla, N Fernández Morte

Osakidetza-Hua. Vitoria-Gasteiz.

Palabras claves: heart arrest, cardiopulmonary resuscitation, mobile applications**Objetivos:**

Cuando la parada cardiorrespiratoria (PCR) es presenciada por un lego, en menos del 10% de los casos se realiza con éxito el soporte vital básico (SVB). Por ello, se ha desarrollado una aplicación gratuita para dispositivos android llamada "ReviB RCP" que enseña al usuario los pasos a seguir ante una PCR.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado un estudio antes-después en 37 estudiantes de formación profesional divididos en 2 grupos: A, curso de SVB no realizado previamente, B, curso de SVB realizado previamente. Individualmente debían primero actuar ante una supuesta PCR en un adulto, niño o bebé descrita en un caso práctico sin la ayuda de la aplicación. Después, se repetía el caso práctico utilizando ReviB RCP. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario elaborado. Se tomaron como variables la edad, sexo, disponibilidad de móvil y conocimientos previos de SVB. Se realizó también otra encuesta para determinar el grado de satisfacción de los usuarios con la aplicación.

Resultados:

En todos los casos estudiados se aprecia una mejora en la tasa de ejecución del algoritmo de SVB y en la calidad de las maniobras de RCP. Esta mejora es especialmente apreciable en el SVB de niños y bebés. En estos casos, más del 70% de las PCR son de origen respiratorio y resulta crítico realizar las 5 insuflaciones de rescate iniciales y el primer minuto de maniobras de RCP. Se ha observado que estas insuflaciones de rescate fueron nulas sin la ayuda de la aplicación pero la tasa aumentó hasta el 64,29% con el uso de ReviB RCP. Además, los sujetos afirmaron sentirse más seguros con la ayuda de ReviB RCP ante una posible PCR.

Conclusiones:

Del estudio realizado se concluye que el uso de la herramienta ReviB RCP por personas sin conocimientos de SVB puede permitir mejorar la actuación ante una PCR. Se requiere de un estudio más detallado para verificar el grado de efectividad del método e incluso evaluar su uso como herramienta formativa.

P-334

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LOS HELICÓPTEROS SANITARIOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

Y Guillén Barea, L Cabo Lozano, A Requena López, R García Tascón, J Calderón Ramírez, JC Cardiel Galindo

INAER Helicópteros. Allepuz.

Palabras claves: helicopter emergency medical service (HEMS), civil protection, medical assistance**Objetivos:**

Las unidades de Helicópteros de Emergencias Médicas (HEMS en inglés) tienen un papel destacado en la atención sanitaria en aquellas comunidades con dispersión geográfica. Aragón dispone de dos unidades operativas de orto a ocaso los 365 del año desde hace más de 10 años.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, retrospectivo de la actividad realizada por las unidades HEMS de Zaragoza y Teruel en el periodo 2010-2014. Tiempo medio de operatividad diaria (10,5h). No se incluyen los servicios realizados por los helicópteros de rescate en montaña, dependientes de Guardia Civil. Fuente: Historias clínicas de las asistencias. Variables: Lugar de asistencia, motivo de consulta, registro de tiempos (activación, respuesta...), diagnósticos, destino. Estadística. Análisis de frecuencias y comparación de variables. SPSS v15.

Resultados:

Entre 2010 y 2014, se han realizado 1.521 asistencias (HEMS Zaragoza -HEMS-Z, 66,8%), con una media anual de 304,2 asistencias (HEMS-Z, 203,2 y HEMS-Teruel- HEMS-T, 101,0), siendo los meses de verano los de mayor actividad (rango: Agosto:228, Diciembre:71). La distribución según lugar de asistencia: Teruel (39,3%), Zaragoza (31,6%), Huesca (27%) y otros (1,9%). El 55,3% de las asistencias se realizan entre isocronas 20'-30'. En un 40% el recurso HEMS fue el primer recurso avanzado en llegar a la escena. Según patologías, destacan traumatología (43%), cardiovascular (20,9%) y neurológica (13,1%). Los principales destinos son H. Miguel Servet (43,1%), H. Clínico (18,7%).

Conclusiones:

Los recursos HEMS son fundamentales en comunidades con amplia dispersión poblacional, como es Aragón. Se deben establecer criterios de activación entre los Centros Coordinadores de Urgencia para optimizar el medio HEMS. Se refuerza la necesidad de helisuperficies en los centros hospitalarios para reducir tiempos de traslado.

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-335

**ASISTENCIA SANITARIA EN DISTURBIOS URBANOS:
22 DE MARZO EN MADRID**

JJ Giménez Mediavilla, MC Castillo Ruiz de Apodaca,
D González Rodríguez, A González Municio, F Prados Roa
Samur. Protección Civil. Madrid.

Palabras claves: agresión, accidente por caídas, lesión

Objetivos:

El 22 de marzo de 2014, se produjeron en Madrid graves incidentes en la finalización de las "Marchas de la Dignidad". El servicio SAMUR – Protección Civil, cuenta con un equipo especializado en la intervención en disturbios. Funciona con un procedimiento especial, que sitúa puntos asistenciales fuera de la zona de incidentes, y la evacuación hasta allí se realiza por vehículos de forma rápida.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal de las asistencias realizadas en el operativo especial de 22 de marzo

Resultados:

El tiempo de llegada del primer recurso al paciente es menor a 4 minutos (7 en el operativo ordinario), aunque la mayoría de los heridos se desplaza por sus medios a los puestos sanitarios instalados. El 29.8% (28) de los atendidos en PSA (puesto sanitario avanzado) fueron trasladados por equipo DEPA (Dispositivo Especial Preventivos Actos antisociales) desde los incidentes. Total atendidos en PSA 81.9% (94): PSA Atocha 13.8% (13) PSA Colón 68.1% (64) USVB 2.1% (2) Dependencia Policía 15.9% (15) Tipo de incidentes: Caídas 3.2% (3) Heridas-Agresiones 93.6% (88) Heridas 2.1% (2) Lesiones por gas lacrimógeno 1.1% (1) Zona corporal afectada: Cara/cabeza 20.7% (24) MMSS 18.1% (21) MMII 50% (58) Abdomen 5.2% (6) Tórax 6% (7) El 15% de pacientes presentaban lesiones importantes en dos o más partes del cuerpo. Localizaciones especiales Ojo 4 Hombro 2 Rodilla 11 Codo 5 Testículo 2 Personal lesionado CNP 55.3% (52) Policía Municipal 18.1% (17) Manifestante / transeúntes 26.6% (25) Mantener unidades en la zona de los incidentes acorta mucho el tiempo de respuesta

Conclusiones:

El sistema definido es suficiente para asistir a todos los pacientes, pese a su elevado número, en este incidente. Las agresiones son los incidentes más frecuentes, lo que obliga a evacuación rápida, con material de protección, hasta los puestos sanitarios alejados.

A-336

**EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES
TRASLADADOS POR UNA UNIDAD MÓVIL DE
EMERGENCIAS DE TRANSPORTE EXTRAPROVINCIAL**

V Rodríguez Matías, JA García Fernández, P Campo González,
E González Fernández, B Guerra Rodríguez, I Pérez Regueiro
Sespa. Oviedo.

Palabras claves: patient transfer, physiopathology, outcome

Objetivos:

Evolución clínica de los pacientes trasladados por una unidad móvil de emergencias de transporte extraprovincial.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo y longitudinal, de los pacientes trasladados por la UME de Transporte Secundario Extraprovincial de SAMU-Asturias entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2013. Variables: Edad, sexo, constantes clínicas evolutivas (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial), diagnóstico médico, fármacos, personal que acompaña, técnicas, estado hemodinámico, incidencias y la mortalidad.

Resultados:

Los 161 pacientes incluidos en el estudio un 73,9% (N=119) fueron hombres y la media de edad fue de 55,74 años (19,23). Todos ellos llegaron con vida al lugar de destino. La patología cardíaca, con un 23,6% (34 pacientes), fue el principal diagnóstico de los 144 registros disponibles y analizados, seguido de las quemaduras 22,2% (32 pacientes). El 93,8% de 130 traslados analizados, fueron realizados por un equipo sanitario de un Facultativo y un Profesional de Enfermería. Durante el traslado, aumenta significativamente el porcentaje de pacientes, 12,7% frente a 3,4%, con registro de inestabilidad hemodinámica respecto al momento anterior ($p<0,001$). Se registraron 53 incidencias (44,9%) de 118 pacientes, siendo la hipotensión el principal evento en 14 casos (11,9%), seguida del dolor registrado en 12 casos (10,2%), desadaptación a la ventilación mecánica y mareo en 8 casos (6,8%) respectivamente y disnea en 6 (5,1%). Respecto a la evolución en la media de constantes, se observa un descenso estadísticamente significativo de las medias de PAS comparando el inicio y durante el traslado ($p=0,008$), así como entre el inicio y la transferencia ($p=0,005$). Comparando el inicio y la transferencia, se observó un aumento de la frecuencia cardíaca a la transferencia sin resultar significativo, la frecuencia respiratoria descendió aunque no fue significativo y la SpO2 aumentó significativamente ($p=0,039$).

Conclusiones:

La evolución de los parámetros clínicos de los pacientes trasladados ha constatado la influencia negativa de la fisiopatología del transporte sobre estabilidad del paciente.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardíaca, síndrome coronario agudo)



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-337

¿ES DISTINTO EL PERFIL DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN LOS QUE UTILIZAMOS ANTICOAGULANTES ANTI VITAMINA K O ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA?

JA Ibáñez Pérez de Viñaspre, M de Azúa Jiménez, R Royo Hernández, L Urieta González, C Marco López, J Gómez Bitrián (1)

Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza. Zaragoza.

Palabras claves: fibrilación auricular, tratamiento, anticoagulantes orales

Objetivos:

La aparición en el mercado de los anticoagulantes de acción directa (ACOAD) como tratamiento de los efectos tromboembólicos en los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) ha abierto nuevas posibilidades terapéuticas para el médico de urgencias que atiende a estos pacientes.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio, observacional, descriptivo y prospectivo, de los pacientes mayores de 14 años que ingresan con el diagnóstico principal de fibrilación auricular (FA) en un Servicio de Urgencias Hospitalario, desde el 1 de Enero del 2014 al 31 de Diciembre del 2014. Los datos se recogieron en una base de datos (FileMaker Pro 12) desde la historia clínica informatizada del paciente (PCH).

Resultados:

Se estudiaron 492 pacientes con diagnóstico principal de fibrilación auricular, de los que se iniciaron tratamiento antitrombótico en 189 pacientes, 104 con AVK (55%) y 85 con ACOAD (45%). Los pacientes con inicio de tratamiento con AVK: tenían una edad media de 76 años, 53 hombres (50.9%), 51 mujeres (49.1%), con un CHA2DS2 VASc medio de 3.20, HAS BLED de 1.8, estancia media de 8.9 horas y un 91.3% de altas hospitalarias. Los pacientes con inicio de tratamiento con ACOAD: tenían una edad media de 74.4, 32 hombres (37.6%) y 53 mujeres (63.3%), con un CHA2DS2VASc medio de 3.26, HAS BLED de 1.7 y un 96.5% de altas hospitalarias.

Conclusiones:

1) El inicio de anticoagulación en Urgencias de pacientes con FA, se realiza en poblaciones similares, independientemente del tipo de anticoagulación utilizada AVK vs ACOAD. 2) Únicamente hay una diferencia no significativa, anticoagulando más a mujeres con los ACOAD con un (63.35%), respecto a los AVK con un (50%) en ambos sexos.

O-338

PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS DE UN HOSPITAL COMARCAL SIN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

X López Altimiras, JA Gutiérrez Zubiaurre, L Navas Bonilla, M Román Gómez, JM Pereira Butjosa, X Casañas Ferrer
Hospital de Mollet. Mollet del Vallés.

Palabras claves: intermedios, SCA, urgencias

Objetivos:

Las unidades de semicríticos (USC), o cuidados intermedios, generalmente dependen de los médicos de los servicios de cuidados intensivos (UCI). En nuestro centro, un hospital comarcal de 140 camas de agudos sin UCI, se ha creado una USC integrada en el servicio de urgencias. Evaluamos nuestra experiencia en el manejo de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) en el primer año de funcionamiento

Material o pacientes y método:

Se evalúan las características de los pacientes con SCA atendidos en la USC a partir de los datos recogidos en base de datos creada para registro de la actividad de la USC.

Resultados:

Se han atendido, 52 pacientes con SCA, el 65.4% varones, edad promedio de 66.27 años, 66 los varones y 70.4 las mujeres. Estancia media de 2.75 días (1-7). La puntuación promedio en la escala de GRACE ha sido de 114.24, el 50% con riesgo moderada o alto y en la escala de TIMI de 4.14, el 77% con riesgo moderado o alto. El 84% de los pacientes procedían de urgencias i el 9% de planta. Recibieron drogas inotropas/vasoactivas 4 pacientes, y 5 soporte respiratorio. El 73% de pacientes fueron alta a planta, el 12% se trasladó a Unidad Coronaria de referencia, 13% fue alta directa a domicilio i 1 (2%) exitus. En el 82.7% de los pacientes se ha realizado cateterismo y intervencionismo percutáneo (en centro de referencia) durante el ingreso de la USC.

Conclusiones:

Los pacientes con SCA atendidos en la USC en nuestro primer año de experiencia han tenido unos niveles de gravedad moderados o altos en la mayoría de casos, a pesar de ello el nivel de resolución ha sido alto y la mortalidad prácticamente nula, pudiendo realizar a la mayoría de pacientes cateterismo y intervencionismo en los márgenes de tiempo establecidos en las Guías actuales de manejo de SCASEST.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-339

CORRELACIÓN DEL DOLOR TORÁCICO EN EL TRIAJE Y DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ANÁLISIS DE UN AÑO DE DATOS

S Aznar Cantín, H Roiz Andino, G Esteban Gutiérrez,
V Heras Fernández, G Jiménez Díaz, W Humaid

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.
Madrid

Palabras claves: chest pain, acute coronary syndrom, Triage Manchester

Objetivos:

Desde la publicación de las Guías Europeas de Manejo del Síndrome Coronario Agudo (SCA), pusimos en marcha un protocolo multidisciplinar entre nuestro Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) y los servicios de Cardiología y Cuidados Intensivos, para optimizar el manejo del Dolor Torácico (DT). Ahora iniciamos el análisis de los datos tras un año de aplicación para conocer cuál es su eficiencia. Incluimos a los pacientes cuyo motivo de consulta fue Dolor Torácico en el triaje mediante el Sistema Manchester. Partiendo de este punto conozcamos las características de nuestros pacientes.

Material o pacientes y método:

Muestra de la totalidad de pacientes que acuden a nuestro SUH en el año 2014, obteniendo las variables desde la historia informática y realizando el análisis estadístico mediante Excel.

Resultados:

Durante 2014 y sobre un total de 124044 urgencias, se atendieron 3474 pacientes por dolor torácico (54.3% varones y 45.7% mujeres), de ellos 2991 (el 86.1%) pasaron a Área Médica de Urgencias por origen no traumático del dolor. Ingresaron 472 pacientes (el 13.6%) y de ellos 202 (el 42.8% de los ingresados y el 6.7% del total de pacientes con DT no traumático) lo hicieron con el diagnóstico de SCA desde el Servicio de Urgencias ingresando a partes iguales en Cardiología y Unidad de Cuidados Intensivos. El identificador de "dolor torácico de origen cardiaco" del Sistema de Triage Manchester sólo fue asignado a 224 pacientes de los cuales sólo 47 (el 21%) se diagnosticaron finalmente como SCA.

Conclusiones:

Nuestra prevalencia de SCA diagnosticado en Urgencias entre pacientes con DT no traumático es de un 6.7%, pudiéndose iniciar en ellos tratamiento antiagregante y otras medidas terapéuticas de forma precoz. El identificador del Sistema Manchester de "dolor torácico de origen cardiaco" en nuestro triaje no se correlaciona adecuadamente con el diagnóstico final de SCA.

O-340

VERNAKALANT, PRIMERAS IMPRESIONES

JM Marín Porriño, B Espinosa Fernández, JF Carbajosa
Dalmau, N Hernández Sori, A Noguera Zumbühl

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Palabras claves: vernakalant, fibrilación auricular, cardioversión

Objetivos:

El Vernakalant es un fármaco antiarrítmico con selectividad auricular empleado para la reversión a ritmo sinusal en pacientes con fibrilación auricular (FA), con un ratio de conversión de un 52% con un intervalo medio de 11 minutos y cuyos efectos adversos más comunes son tos, moqueo y disgeusia, bradicardia e hipotensión arterial, éstos dos últimos con mayor incidencia en pacientes con insuficiencia cardiaca. Y en algunas ocasiones en las que no ha sido efectivo, se ha revelado la presencia de un flutter auricular.

Material o pacientes y método:

Registro prospectivo y observacional de 17 pacientes tratados con vernakalant. Objetivo: Determinar los resultados de eficacia y seguridad de interés médicamente significativos. Recopilación de datos: de forma prospectiva durante y al menos 2h después de la administración de vernakalant i.v., mediante abstracción de las historias clínicas. Análisis descriptivos que incluyen la frecuencia y las mediciones de tendencia central, el intervalo y la dispersión de las características clínicas de la población.

Resultados:

De los 17 pacientes, 10 de ellos respondieron a Vernakalant, si bien 6 lo hicieron con la primera infusión y 4 con la segunda y en base al intervalo, el 50% respondió antes de 10 minutos y el otro 50% en menos de 30mins. Sólo 4 pacientes presentaron efectos adversos, 3 de ellos leves (mareo, náuseas, palpitaciones) y uno se suspendió por rachas de taquicardia ventricular no sostenida. De los 7 pacientes que no les fue efectiva, a 2 se objetivó flutter tras las infusiones, una se suspendió por la clínica y otra por la TV.

Conclusiones:

En nuestra serie, Vernakalant es un fármaco seguro y bien tolerado. Aunque el tamaño muestral es pequeño, los efectos adversos han sido escasos y con poca repercusión. 3 pacientes refirieron efectos adversos leves, mientras que en uno se objetivó taquicardia ventricular no sostenida que remitió tras la interrupción del tratamiento (éste último con estenosis Ao intervenida). Vernakalant se mostró eficaz en un 58% de los pacientes, con una media de tiempo de cardioversión de 9,5 minutos desde su administración.



URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-341

DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA. ¿UNA URGENCIA SUBDIAGNOSTICADA? RECONOCIMIENTO E IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES DE RIESGO

E Quero Motto, LM Muñoz Gimeno,
M Lozano Espinosa, A Zaragoza Ripoll,
V Asensio Villanueva, C Martínez Ros

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia.

Palabras claves: disección, aorta, dolor en el pecho

Objetivos:

La Disección Aórtica Aguda (DAA) se caracteriza por el desgarro de la íntima y la media de la Aorta, con formación de una falsa luz en su pared. Forma parte del "Síndrome Aórtico Agudo", y es con frecuencia una patología dramática (mortalidad cercana al 30%) y a menudo subdiagnosticada, pues en un importante porcentaje de casos, pasa inadvertida en la consulta inicial. La identificación de pacientes con alto riesgo para su desarrollo puede ayudar al médico de urgencias a establecer un diagnóstico precoz y así mejorar del pronóstico de la misma.

Material o pacientes y método:

Se realiza un estudio observacional de pacientes diagnosticados de DAA entre 2013 y 2015. Recogiendo datos epidemiológicos, factores de riesgo y las manifestaciones clínicas de presentación.

Resultados:

Se analizaron 85 pacientes, 68 hombres (80%) y 17 mujeres (20%), con edad media de 72,52 años. El 63,5% de tenían antecedentes de Hipertensión arterial, en 22,3% Aneurismas Aórticos conocidos, 15,29% anomalías cardiovasculares congénitas (aorta bicúspide y coartación aórtica), y en 4,7% realización previa de procedimientos invasivos. El principal síntoma de presentación fue el dolor torácico, en 53 pacientes (62,3%). El resto, 32 pacientes (37,7%), lo hicieron por diversos síntomas y signos: disnea (17), déficit neurológicos (9), isquemia en miembros (2). Así mismo, es importante mencionar que en 40 pacientes (47%), presentaban hipotensión arterial a su ingreso y solo en 14 (24,7%) las cifras de tensión eran elevadas. En cuanto a otros datos de interés: en 26 pacientes (30,5%) se evidenció anomalías en la radiología de tórax, el 24,7% tenían alguna alteración en el ECG inicial, 12,9% elevación de troponinas. Como dato importante final, en 21 de los pacientes confirmados de DAA (el 24,7%), dicho diagnóstico no se sospechó en la consulta inicial.

Conclusiones:

Las características que identifican a los pacientes con riesgo de padecer una DAA son: -Trastornos predisponentes de alto riesgo: Varón, hipertensión arterial, aneurisma aórtico previo y/o anomalías cardiovasculares congénitas (válvula aórtica bicúspide o coartación) y el antecedente de haber realizado procesos invasivos, como la revascularización percutánea. -El dolor agudo

sigue siendo el motivo principal de consulta, pero en un porcentaje superior al 35%, lo son sus complicaciones (Disnea, hipotensión o Shock) y déficit de perfusión (alteraciones neurológicas o isquemia de otros órganos), cuyo desconocimiento puede dificultar y retrasar su diagnóstico, con las implicaciones que ello puede conllevar.



URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-342

¿MANEJAMOS ADECUADAMENTE LA ANTICOAGULACIÓN EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA?

FJ Salvador Suárez, A Reig Pastor, M Pérez Sánchez, C Pérez García, A Beltrán Sánchez, J Millán Soria
Servicio de Urgencias. Hospital Lluís Alcanyís. Paterna.

Palabras claves: atrial fibrillation, anticoagulant, day care

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA) constituye un factor predictivo independiente de mortalidad dos veces superior a la población general con un riesgo de ictus 5 veces superior. Se ha demostrado que el tratamiento antitrombótico profiláctico disminuye substancialmente el riesgo de ictus en la FA. Sin embargo, este tratamiento no está exento de complicaciones. Clásicamente los fármacos antivitamina K (AVK) eran la única opción terapéutica, aunque en los últimos años ha aparecido nueva evidencia científica con nuevos anticoagulantes orales (NACOS) con un posicionamiento terapéutico específico. Por ello, es necesario identificar a los pacientes con un mayor perfil beneficio-riesgo para cada tratamiento, así como aquéllos donde la profilaxis se pueda obviar por su bajo riesgo tromboembólico.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo- 1 Junio al 31 Octubre 2014. Inclusión: pacientes ≥ 18 años ingresados en la UCE con un diagnóstico de FA independientemente de la causa del ingreso. Exclusión: <18 años y los exitus durante el ingreso.

Resultados:

35 pacientes. Edad media 81,74 años (61-97). Hombres 48,6%, Mujeres 51,4%. CHAD2S2VASc: Media 4,17 puntos ($97,1\% \geq 2$). HAS-BLED: Media 2,26 puntos. ($31,4\% \geq 3$) Estrategias anticoagulación: Al ingreso: (antiagregación 14,3%, AVK 65,8%, NACOS 8,7%, sin tratamiento 11,4%) De los anticoagulados con AVK: (En Rango Terapéutico 31,6%, Fuera de Rango 68,4%. Al alta hospitalaria: (antiagregación 14,3%, AVK 54,3%, NACOS: 14,4%, Heparina 11,4%, sin tratamiento 5,7%). De los pacientes fuera de rango: 69,2% AVK y 30,8% NACO.

Conclusiones:

El perfil de los pacientes ingresados en la UCE de nuestro hospital con FA es de un paciente anciano con edad media de 81,7 años con un alto riesgo tromboembólico (CHAD2S2VASc medio de 4,17 puntos). El 100% de los pacientes cumplen criterios de anticoagulación sin embargo un 14,3% de ellos son dados de alta antiagregados y un 5,7% sin tratamiento. De los pacientes anticoagulados con AVK un 69,2% de ellos están fuera de rango terapéutico pero continúan tratamiento con AVK sin cambio a NACO como estrategia anticoagulante.

O-343

TRATAMIENTO DE URGENCIAS EN PACIENTES EPOC

MC Quesada Martínez (1), N Rodríguez García (1), M Córcoles Vergara (2), B de la Villa Zamora (1), P Piñera Salmerón (1)
Hospital Universitario Reina Sofía. Molina de Segura. Murcia.

Palabras claves: pulmonary disease chronic obstructive, therapeutics, anti-bacterial agents

Objetivos:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema de salud pública de gran magnitud y la agudización es una importante causa de mortalidad y morbilidad en estos enfermos. La EPOC consume un importantísimo número de recursos con un aumento previsible de su incidencia en un futuro inmediato.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en Hospital General con una población de 200.000 habitantes y 275 urgencias diarias. Se incluyeron 445 pacientes atendidos con agudización de EPOC entre Junio 2013 a Junio 2014 con FEV1 $<70\%$ comprobada. Se recogieron las variables de tratamiento aplicado en urgencias.

Resultados:

Se inició tratamiento con b2 inhalados en 4 (0,9%) pacientes y 214 (48,1%) nebulizados. 3 (0,7%) pacientes recibieron tratamiento con anticolinérgico inhalado y 199 (44,7%) con nebulizados. 13 (2,9%) pacientes recibieron corticoide inhalado, 124 (27,9%) nebulizado y 211 (47,5%) corticoide intravenoso. Se recogieron los pacientes que presentaban purulencia en el esputo 98 (22%), aumento de disnea 244(55%) y aumento volumen del esputo 187(42,1%) que son los criterios de Anthonisen para indicación de antibioticoterapia. De todos los pacientes con indicación se usaron antibióticos en 125 (28%) pacientes. Los usados fueron: 18 (4%) pacientes recibieron Amoxiclavulánico, 90 (20,2%) Quinolonas, 14 (3,2%) Ceftriaxona y 3 (0,7%) cefalosporinas frente a Pseudomonas.

Conclusiones:

En contra de los que indican las GPC en las que el tratamiento principal son los broncodilatadores en nuestra serie solamente el 50% de los pacientes recibieron broncodilatadores (beta2 o anticolinérgicos). El uso de corticoides fue mayoritariamente sistémico tal y como indican las GPC. En cuanto a los antibióticos pensamos que resulta adecuado tanto el tipo de antibiótico usado como en número de enfermos en los que usamos antibióticos de acuerdo con las GPC. Pensamos que a pesar de ser una enfermedad conocida es preciso la formación y la difusión de las GPC para un mejor manejo de esto enfermos en los SU.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-344

BENEFICIO A LARGO PLAZO DE UNA EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA AL ALTA DE URGENCIAS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

C Fuenzalida Inostroza, I Ferrò Ricart, C Siches Cuadra, A Ambrós Ribó, B Coll-Vinent Puig

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.

Palabras claves: fibrilación auricular, enfermería, servicio de urgencias

Objetivos:

Introducción y objetivo: En un estudio previo se demostró que la intervención de enfermería al alta de urgencias disminuía las complicaciones asociadas a fibrilación auricular (FA) y los reingresos globales a los 3 meses.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo, aleatorizado y de intervención. Pacientes diagnosticados de FA y dados de alta de urgencias fueron aleatorizados en dos grupos: 1) Intervención: con instrucción sobre la FA, precauciones, síntomas de alarma, control del pulso, y entrega de tríptico informativo individualizado, y 2) Control: sin intervención específica. Al cabo de un año se hizo una revisión de la historia clínica de todos los pacientes para conocer la existencia de muerte o complicaciones relevantes asociadas a la FA (variable combinada principal), consultas a urgencias e ingresos hospitalarios.

Resultados:

Se incluyó 240 pacientes, 116 en el grupo intervención y 124 en el grupo control, de edad media de 76 ± 11 años, 138 (58%) mujeres. Al año de seguimiento, los pacientes del grupo intervención presentaron menos complicaciones relevantes o muerte (31.9% vs 48.4%, $p = 0.003$), siguiendo la tendencia de los resultados observados los 3 primeros meses. El número global de consultas a urgencias y de ingresos continuó inferior en el grupo intervención, pero sin significación estadística, aunque el número de consultas a urgencias por insuficiencia cardiaca sí fue significativamente inferior en el grupo intervención (15.3% vs 28.4 %, $p = 12.04$).

Conclusiones:

Una intervención educativa de enfermería al alta de urgencias contribuye a disminuir las complicaciones asociadas a la FA y las consultas a urgencias por insuficiencia cardiaca al año de seguimiento, aunque tiene poca repercusión en las consultas a urgencias e ingresos globales.

O-345

EVALUACIÓN DE LAS RECONSULTAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BORMUJOS

J Fernández Sosbilla, M Quintero Hita, A García Sánchez, A López Tarrida, B Infantes Martín, M Garrido Arce, R García Mora

Hospital San Juan de Dios de Bormujos. Sevilla.

Palabras claves: insuficiencia cardiaca, servicio de urgencias, reconsultas

Objetivos:

Importancia del tema por la alta incidencia, mortalidad y elevado gasto sociosanitario debido al aumento de la prevalencia en la población.

Material o pacientes y método:

Transversal, descriptivo, retrospectivo, de los pacientes con diagnóstico al alta de insuficiencia cardiaca que han reconsultado en el siguiente semestre.

Resultados:

Se analizaron 254 pacientes, reconsultaron 142. La media de edad fue de $77,68 \pm 10$ años. 44.88% triados con nivel 3 (Disnea Aguda). 88.02% volvieron pasadas 72 horas, 4.22% antes de las 24 horas. La principal causa de reconsulta la infecciosa, 40% ,vasculares 25%,sin desencadenante claro un 16%, mal cumplimiento 1%. Troponinas solicitadas en 62 %, 91% negativas. En 84% se solicitó rx torax, ECG en 68 %. La mayoría, 32 pacientes, tratados con furosemida, betabloqueantes e IECAS a la llegada. 25 con furosemida a diversas dosis. En 4 casos no realizaban ningún tratamiento. Al alta, en 43 pacientes no se modificó el tratamiento. En 37, se aumentó dosis de furosemida, en 4 se inició. En resto se aumentó dosis de furosemida y se añadieron otros fármacos .Ubicados en puerta urgencias 82%, resto en sala tratamientos cortos/observación. Derivados a su médico de familia 50%. Incluidos en el plan comparte 19,01%. Revisión en medicina interna 14,08% ,en cardiología 9,85%.

Conclusiones:

Menor número de reconsultas que la media de otras zonas, la mayoría pasadas las 72 horas, por lo que escasa probabilidad de relación con mal manejo en la visita anterior, mayoría por causas no controlables como la infecciosas. No solicitadas Rx torax a todos, en contra de lo aconsejado en las guías, al igual que los ECG. Mayoría de los pacientes con tratamiento completo a la llegada. Escasas modificaciones al alta. En las reconsultas aumentan derivación a especialista cardiología /medicina interna respecto a las primeras veces.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-346

EFFECTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO PARA PREVENIR INGRESOS EN LA UCI POR IAM

JF Peris Giner, JC Medina Álvarez, J Fernández Campillo,
E Cardona García

Hospital de Torrevieja. Orihuela Costa.

Palabras claves: infarto agudo miocardio, dolor torácico, ingresos

Objetivos:

Tras cuatro años de funcionamiento de la Unidad de Dolor Torácico coordinada entre médicos del servicio de urgencias y de cardiología, se planteó estudiar si esta unidad además de ser efectiva para evitar ingresos en planta por dolor torácico tenía un efecto preventivo sobre los ingresos en la UCI por cardiopatía isquémica aguda.

Material o pacientes y método:

Confrontamos las 678 interconsultas realizadas a la unidad de dolor torácico desde el Servicio de Urgencias durante 2014 con los ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos por cardiopatía isquémica codificados según CIE9 con los epígrafes 410 al 413.9.

Resultados:

De los 678 pacientes interconsultados a la Unidad de Dolor Torácico durante 2014 solo 12 precisaron ingreso posterior en la unidad de cuidados intensivos por un evento coronario agudo. En total fueron 3 pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio codificado como 410, 2 codificados como IAM subendocárdico inicial 410.7, 1 codificado como IAM Neom inicial 410.91, 5 codificados como síndrome Coronario Intermedio 411.1, y 1 como angor pectoris 413. El total de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos en 2014 por eventos coronarios agudos fue de 114.

Conclusiones:

Solo 12 de los 678 pacientes atendidos en el servicio de Urgencias y valorados por la Unidad de Dolor Torácico durante 2014 precisaron un ingreso en la unidad de cuidados intensivos por un evento coronario agudo. Ello supone que solo un 10,52% de los pacientes que ingresaron por un infarto agudo de miocardio habían consultado en urgencias por un dolor torácico y habían sido valorados por la unidad de dolor torácico. Consideramos que la valoración por una Unidad de Dolor Torácico de los pacientes que consultan en urgencias por este motivo, permiten un cribaje muy efectivo y hacen posible el diagnóstico y el tratamiento precoces disminuyendo la posibilidad de eventos agudos imprevistos y sus consecuencias.

O-347

MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA ASISTENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR Y FLUTTER AURICULAR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

C Montesa Lou (1), V Estabén Boldova (2), E Alonso Formento (3), E Aldea Molina (4), P Alba Esteban (5), M Muñoz Pintor (6), J Gómez Bitrián (7)

(1) Hospital Ernest Lluch. Calatayud, (2) Hospital Obispo Polanco. Teruel, (3) Hospital Miguel Servet. Zaragoza, (4) Hospital Royo Villanova. Zaragoza, (5) Hospital de Jaca. Huesca, (6) Hospital San Jorge. Huesca, (7) Hospital Clínico Zaragoza.

Palabras claves: quality indicator, atrial fibrillation, emergency medicine

Objetivos:

La fibrilación y el flutter son las arritmias más frecuentes atendidas en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), por lo que es imprescindible la protocolización de su manejo, aplicando indicadores de calidad para poder evaluar su seguimiento. El grupo de SEMES Aragón Avanza, ha creado un grupo de trabajo en este sentido, con representación de los SHU de Aragón para avanzar en el estudio de la Fibrilación auricular y el Flutter. Se trata del estudio SARa I.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de aquellos pacientes atendidos en los SHU, con un diagnóstico principal o secundario de fibrilación auricular o flutter auricular en la historia clínica informatizada PCH (Puesto Clínico Hospitalario), desde el 1 de Julio 2012 y el 31 de Diciembre de 2014. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de la historia clínica informatizada del paciente, y se trataron mediante una base de datos en el programa ACCESS y SPSS v15.

Resultados:

N=5272. La edad media 75 años y el 50.8% de los casos eran mujeres. Espera en triaje 10,19 minutos. Hubo un 88,4% de fibrilación auricular, un 11,6% de flutter auricular y un 4,1% no registrado. En un 6,9% de los pacientes no figuraba el tipo de FA (paroxística, permanente, persistente), y hasta en un 11,7% no se registró el inicio de la misma, las escalas chad vasc y has bled no fueron registradas hasta en un 76,1% y un 83,3% respectivamente. Un 97% de los pacientes no se registró el ritmo al alta. El 19,4% de los pacientes con chad vasc >2 no fue anticoagulado y un 10% de los pacientes con FA >48 h fue tratado con estrategia de control de ritmo. De las arritmias de duración menor de 48 horas un 70,9% fueron revertidas a ritmo sinusal. Porcentaje de ingresos 38,9%.

Conclusiones:

Los indicadores de calidad, resultan imprescindibles para evaluar la aplicación de protocolos y objetivan la gran variabilidad en la práctica clínica de los profesionales.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-348

ACTORES ASOCIADOS A ESTANCIA CORTA EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

V Carbajosa Rodríguez (1), V Carbajosa Rodríguez (2), FJ Martín Sánchez (3), P Herrero Puente (4), J Jacob Rodríguez (5), P Llorens Soriano (6), O Miró I Andreu (7)

(1) Hospital Universitario Río Hortega, (2) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid, (3) Hospital Clínico San Carlos. Madrid., (4) Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, , (5) Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet.

Palabras claves: insuficiencia cardiaca aguda, estancia hospitalaria corta, ingresos

Objetivos:

La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es la principal causa de hospitalización en mayores de 65 años. Los elevados costes asociados están causados mayoritariamente por los ingresos y se relacionan estrechamente con el tiempo de estancia hospitalaria (TDEH).

Material o pacientes y método:

Estudio multipropósito no intervencionista, multicéntrico, con seguimiento prospectivo de pacientes con ICA ingresados en 25 hospitales españoles del registro EAHFE I-III, excluyendo ingresados en UCI o fallecidos en ingreso. Variables demográficas, antecedentes personales, situación basal cardiorrespiratoria y funcional, datos episodio urgente, del ingreso, de seguimiento a 30 días. Variable resultado: TDEH prolongado (> 3 días). Comparación de variables cualitativas: ji-cuadrado o test de Fisher. Cuantitativas: T-student o test U de Mann-Whitney (distribución no normal). Regresión logística para controlar factores de confusión. Se realizaron curvas ROC de Modelos Simples y Mixtos predictivos de TDEH corto y se calculó su AUC. Análisis estadístico: SPSS19.0.

Resultados:

N = 2.400 pacientes. Edad media (DE): 79,5 (9,9). Sexo: 1.334 (55,5%) mujeres. Mediana del TDEH: 3,0 (RIC2-5) días. Factores independientes asociados a TDEH corta modelo simple: factor precipitante (FP) crisis hipertensiva (OR 2,11 IC1,40-3,20, p<0,001) y FP no adherencia terapéutica (OR 1,77 IC1,03-3,05, p=0,039). Factores que favorecen estancias mayores de 3 días: ICA normotensiva (OR 0,52 IC0,28-0,96, p=0,038), FP infección (OR 0,78 IC0,62-0,99, p=0,044), hipoxemia en urgencias (OR 0,72 IC0,56-0,93, p=0,011), no ingreso en UCE (OR 0,07 IC0,05-0,10, p<0,001), hospital sin UCE (OR 0,07 IC 0,05-0,09, p<0,001) y día ingreso X-J-V (OR 0,61 IC0,49-0,76, p<0,001). Factores independientes asociados a TDEH corta Modelo mixto: FP crisis hipertensiva (OR 1,79 IC1,17-2,74, p<0,001). Estancias prolongadas: ICA hipotensiva (OR 0,49 IC0,26-0,91, p=0,025), hipoxemia en urgencias (OR 0,68 IC 0,53-0,88, p=0,004), no ingreso en UCE (OR 0,08 IC0,06-0,11, p<0,001), hospital sin UCE (OR 0,06 IC 0,03-0,10, p<0,001) y día ingreso X-J-V (OR 0,62 IC0,50-0,77, p<0,001). Área Bajo la Curva

(ABC) modelo simple: 0,79 (IC 95% 0,77-0,81, p<0,001), ABC ajustada al centro = 0,827 (IC 95% 0,80-0,85, p<0,001). La mortalidad (0,8% vs 3,0%, p=0,002) y reingreso (26,0% vs 35,8%, p<0,01) a 30 días fueron significativamente menores en TDEH corta.

Conclusiones:

Existen factores clínicos y organizativos que ayudan al médico de urgencias a predecir el TDEH de pacientes con ICA que les permita elegir el nivel asistencial mas adecuado para ellos, conseguir un manejo más eficiente y reducir los costes asociados a la hospitalización en los pacientes ingresados por un episodio de ICA.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardíaca, síndrome coronario agudo)

O-349

ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA DE LA FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR ATENDIDAS EN URGENCIAS Y PREVALENCIA DE SANGRADO MAYOR

MF Barcones Molero (1), M Avellana Gallán (1), C Garcés (2), MJ Pueyo (1), JE Alonso Formento (1)

(1) Hospital Miguel Servet. Zaragoza. (2) Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza.

Palabras claves: arrhythmia, anticoagulant, prophylaxis**Objetivos:**

El aspecto crucial para la toma de decisiones sobre el tratamiento del paciente con fibrilación auricular (FA) es cómo evaluar el riesgo embólico y el riesgo hemorrágico en cada paciente individual. En los pacientes con FA valvular, la anticoagulación está siempre indicada, debido a que el riesgo embólico es muy elevado, y con FA no valvular el riesgo es variable en función de factores de riesgo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de la profilaxis tromboembólica de todos los pacientes diagnosticados de FA en cualquiera de sus modalidades, en urgencias de nuestro hospital en los últimos seis meses de 2012 y 2013.

Resultados:

De los 1255 pacientes, 53,1% son mujeres, con edad media de 74,7 años (80,3% con 65 o más años). La media de la escala CHA2DS2-VASc y HASBLED es 3,3 y 1,9 respectivamente (89,9% de pacientes tienen CHA2DS2-VASc ≥ 1). La profilaxis tromboembólica antes de su atención en urgencias es con anticoagulación en un 35,2% de pacientes, y con antiagregación en 24,1%. Al alta 62,9% están anticoagulados y 10,7% antiagregados. Un 11,2% fue dado de alta con anticoagulante de acción directa (5,7% Rivaroxaban, 5,3% Dabigatran y 0,2% Apixaban). El 14,6% de los pacientes con uno ó más en CHA2DS2-VASc no toma profilaxis tromboembólica (sólo 34,8% tiene escala HASBLED tres ó más) y 10,4% toma antiagregantes. Se observa sangrado mayor en 2% de los pacientes tratados con antagonistas de vitamina K, en 2,1% con anticoagulantes de acción directa, 2,4% en pacientes con antiagregación, y 1,5% sin tratamiento de profilaxis tromboembólica.

Conclusiones:

Casi el 90 % de los pacientes atendidos con FA cumplen criterios de anticoagulación. En un 25% no se administró. Debemos calcular siempre las escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico y administrar anticoagulación a no ser que haya alguna contraindicación.

O-350

¿CÓMO PREVENIR LAS COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR? VALIDACIÓN DE LOS ESQUEMAS DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO E IMPACTO EN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS (ESTUDIO EMERG-AF)

A Martín Martínez (1), B Coll-Vinent Puig (1), J Tamargo Menéndez (2), C del Arco Galán (1), F Malagón Caussade (1), C Ráfols Priu (3), S Sánchez Ramón (1)

(1) Grupo de Arritmias Cardíacas, SEMES, (2) Dpto de Farmacología, Universidad Complutense, Madrid, (3) Bayer Hispania, SL. Madrid.

Palabras claves: fibrilación auricular, tromboembolia, urgencias médicas**Objetivos:**

Los esquemas de estratificación del riesgo de tromboembolia (TE) asociada a la fibrilación auricular (FA) difieren en sus recomendaciones en prescripción de anticoagulación oral (ACO), no han sido validados en los servicios de urgencias (SU), y no existe evidencia sobre el impacto en la mortalidad de su aplicación ni del uso de ACO en estos servicios.

Material o pacientes y método:

Estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico y observacional desarrollado en 62 SU de abril-2013 a abril-2014. Se incluyeron 1163 pacientes consecutivos > 18 años con FA. Se evaluó el riesgo TE de acuerdo a los esquemas CHADS2 y CHA2DS2-VASc. Se recogieron la profilaxis del TE, las complicaciones (TE y hemorragia) y la mortalidad durante 1 año de seguimiento.

Resultados:

Se recogieron 33 episodios de TE y 151 (13%) fallecimientos. Esquema CHADS2: puntuación=0 en 123 (10,6%) pacientes, fenómenos TE en 2, puntuación=1 en 221 (19%), TE en 5, puntuación ≥ 2 en 818 (70,4%), TE en 26 pacientes. Esquema CHA2DS2-VASc: puntuación=0 en 49 (4,2%), ningún episodio de TE, puntuación=1 en 89 (7,7%), TE en 3, puntuación ≥ 2 en 1024 (88%), TE en 30, excluyendo género femenino como factor exclusivo de riesgo, puntuación=0 en 76 (6,5%) y puntuación=1 en 62 (5,3%), ningún episodio TE. El género no resultó un factor asociado con el desarrollo de TE, $p=0,79$. Un CHADS2 ≥ 2 [$p<0,001$ HR: 2,81 (IC95%1,76-4,5)] y CHA2DS2-VASc ≥ 1 excluyendo género [$p=0,01$ HR: 11,01 (1,54-78,69)] se asociaron con un incremento de la mortalidad y la prescripción de ACO en el SU con una reducción en la misma [$p<0,0001$ HR: 0,89 (0,74-0,93)].

Conclusiones:

En los SU el esquema CHA2DS2-VASc identifica mejor el riesgo de presentar fenómenos de TE que el CHADS2. Dado que el género no es un factor predictivo del riesgo de TE, que las escalas de

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

riesgo predicen la mortalidad a largo plazo y que la prescripción de ACO en urgencias reduce dicha mortalidad, recomendamos la prescripción sistemática de ACO en los SU a los pacientes con una puntuación CHA2DS2-VASc,1, excluyendo el género femenino.

O-351

TIEMPO DE ESTANCIA PROLONGADA EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

V Carbajosa Rodríguez (1), V Carbajosa Rodríguez (2), FJ Martín Sánchez (2), P Herrero Puente (3), J Jacob Rodríguez (4), P Llorens Soriano (5), O Miró I Andreu (6)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, (2) Hospital Clínico San Carlos. Madrid, (3) Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, (4) Hospital Universitario de Valladolid.

Palabras claves: insuficiencia cardiaca, estancia prolongada, hospitalización

Objetivos:

La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es la principal causa de hospitalización en mayores de 65 años. Los elevados costes asociados están causados mayoritariamente por los ingresos y se relacionan estrechamente con el tiempo de estancia hospitalaria (TDEH).

Material o pacientes y método:

Estudio no intervencionista, multicéntrico, seguimiento prospectivo que incluyó a pacientes con ICA ingresados en 25 hospitales españoles que participaron en el registro EAHFE I-III excluyendo ingresados en cuidados intensivos o fallecidos durante el ingreso. Se recogieron variables demográficas, antecedentes personales, situación basal cardiorrespiratoria y funcional, datos del episodio de urgencias, del ingreso y de seguimiento a 30 días. Variable resultado: TDEH prolongado (>7 días). Comparación de variables cualitativas: chi-cuadrado o test de Fisher. Cuantitativas: t-student o test Ude Mann-Whitney si la distribución no era normal. Se utilizó regresión logística para controlar posibles factores de confusión. Se realizaron curvas ROC de los Modelos Simples y Mixtos predictivos de TDEH prolongado y se calculó su AUC. Análisis estadístico: SPSS 19.0.

Resultados:

Se incluyeron 2400 pacientes. Edad media (DE): 79,5 (9,9) años. Sexo: 1.334 (55,6%) mujeres. Mediana del TDEH: 7,0 (RIC4-11) días. Factores asociados a TDEH prolongada: EPOC (OR1,2 IC0,98- 1,5, p=0,078), tener un dispositivo (OR1,46 IC1,05-2,04, p=0,025), factor precipitante (FP) del episodio distinto a infección, crisis hipertensiva, anemia, no cumplimiento terapéutico, FA rápida o SCA (OR1,34 IC1,02-1,76, p=0,037), en urgencias insuficiencia renal (OR1,32 IC1,09- 1,60, p=0,004), hiponatremia (OR 1,30 IC1,11-1,77, p=0,005) o anemia (1,39 IC1,15- 1,68, p=0,001), no ingresar en UCE (OR10,83 IC7,91-14,84, p<0,001), no tener UCE (OR10,97 IC8,09-14,86, p<0,001) o ingresar lunes, martes o miércoles (OR1,33 IC1,11-1,60, p=0,002). Factores protectores: HTA (OR0,74 IC0,58-0,95, p=0,026) y crisis hipertensiva (OR0,45 IC0,30-0,68, p<0,001) o no cumplimiento O (OR0,61 IC0,37-1,02, p=0,060) como FP. Área Bajo la Curva (ABC) modelo simple: 0,736

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

(IC 95% 0,716-0,756, $p < 0,001$). ABC modelo mixto: 0,778 (IC 95% 0,760-0,797, $p < 0,001$). La mortalidad (3,8% vs 1,3%, $p < 0,001$) y el reingreso (38,9% vs 27,9%, $p < 0,01$) a los 30 días del alta fueron significativamente mayores en pacientes con TDEH prolongada.

Conclusiones:

Los factores identificados deberían considerarse por el médico de urgencias para evaluar la probable duración del ingreso hospitalario de pacientes con ICA, así como en el diseño de futuros estudios que detecten variables asociadas a TDEH prolongada que nos permitan realizar un enfoque más eficiente de estos pacientes.

O-352**INSUFICIENCIA CARDIACA HIPOTENSIVA EN URGENCIAS. ESTUDIO EAHFE-HIPOICA**

J Jacob Rodríguez (1), P Herrero-Puente (2), FJ Martín-Sánchez (3), Ò Miró (4), N Arce (1), P Llorens (5)

(1) Servicio de Urgencias y Unidad de Corta Estancia. Hospital Universitari de Bellvitge. Idibell. Barcelona, (2) Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Central de Asturias, Grupo de Investigación de Urgencias-Huca, Oviedo, (3) Servicio de Urgencias. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Palabras claves: insuficiencia cardiaca aguda, hipotensión, pronóstico

Objetivos:

La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es prevalente en urgencias y la presencia de una presión arterial sistólica (PAS) inicial por debajo de 85 mmHg se asocia a un peor pronóstico.

Material o pacientes y método:

Estudio de cohortes multicéntrico con seguimiento prospectivo de pacientes que ingresan por ICA en 29 servicios de urgencias hospitalarios españoles (registro EAHFE). Se recogen variables demográficas, antecedentes personales, del episodio agudo, destino final y mortalidad a los 30 días. La variable independiente fue la presencia de una PAS inferior a 85 mmHg.

Resultados:

Se analizan 5.700 pacientes, el 58 (1%) tenían una PAS < 85 mmHg. Los pacientes con ICA hipotensiva tenían una edad media de 81,2 años y el 61,2% son mujeres. Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en la presencia de signos de bajo gasto, extremidades frías, lívido reticular, confusión, menor presencia de disnea, edemas en extremidades. en urgencias se usaron menos los diuréticos y vasodilatadores y más la morfina, inotropos y vasopresores. Los pacientes con ICA hipotensiva también presentan mayor presencia de factores reconocidos de mal pronóstico como son la dependencia funcional basal severa (Barthel < 60 puntos), insuficiencia renal (FGe < 60 ml/min), hiponatremia (sodio < 135 mmol/L), NT-proBNP > 5000 pg/ml y presencia de troponina positiva. La mortalidad a los 30 días grupo con hipotensión fue del 29,1% versus 8,5% del grupo sin hipotensión ($p < 0,005$).

Conclusiones:

La ICA hipotensiva en urgencias es poco frecuente pero se asocia a una mayor presencia de factores de mal pronóstico conocidos y a una mayor mortalidad a los 30 días.



URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-353

ES POSIBLE IDENTIFICAR FACTORES PRONÓSTICO DE REINGRESO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA?

FJ Castro Bohorquez, F López Vengut, AV Martínez Cobos, L Amador Yañez, M Junyent Priu, M Albuixech Ginesta

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona.

Palabras claves: insuficiencia cardiaca, readmisión, predicción

Objetivos:

La insuficiencia cardiaca aguda es responsable de cerca del 2% de las urgencias hospitalarias en nuestro medio. La mitad de los casos requiere ingreso en planta. Tras el alta muchos pacientes vuelven a consultar a Urgencias en un intervalo de tiempo breve, y la mayoría de ellos requieren de nuevo ingreso.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de las historias clínicas de 314 pacientes que habían sido diagnosticados de insuficiencia cardiaca aguda en Urgencias durante el año 2013. En caso de requerir ingreso los pacientes estaban a cargo del servicio de Medicina Interna. Se recogieron datos de variables demográficas, antecedentes patológicos, tratamiento farmacológico previo, ingreso, estancia en planta, mortalidad intrahospitalaria y en los primeros 30 días tras el alta, y reingreso dentro de los primeros 30 días tras el alta. También se registró el tipo de control post-alta y los días entre el alta y el control. Se analizó la relación de las distintas variables con el reingreso dentro los primeros 30 días tras el alta.

Resultados:

De los 314 pacientes que acudieron a Urgencias y fueron diagnosticados de insuficiencia cardiaca aguda, 178 de ellos ingresaron en el servicio de Medicina Interna. El reingreso dentro de los primeros 30 días tras el alta se produjo en 40 pacientes. En el análisis estadístico univariado se detectó asociación entre una mayor incidencia de reingreso dentro de los primeros 30 días y las siguientes variables: insuficiencia renal crónica (50% vs 23%, $P<0.001$), pulsioximetría inicial $< 90\%$ (39% vs 19.5%, $P=0.023$) y hemoglobina plasmática < 10 (46% vs 21%, $P=0.008$). El análisis estadístico multivariado mediante regresión logística identificó al antecedente de insuficiencia renal crónica como el predictor más potente de reingreso.

Conclusiones:

Nuestros datos sugieren que el antecedente de insuficiencia renal crónica, una pulsioximetría inicial $< 90\%$ y la hemoglobina plasmática < 10 son predictores de una mayor probabilidad de reingreso dentro de los primeros 30 días tras el alta hospitalaria de los pacientes que ingresan por insuficiencia cardiaca aguda.

O-354

BIOMARCADORES EN INSUFICIENCIA CARDIACA + INSUFICIENCIA RENAL

A Fernández Alonso (1), S García Gutierrez (1), A Fretín Martínez (1), A Antón Ladislao (1), R Palenzuela Arocena (2), N Murga Malaxetxebarria (3)

(1) Hospital de Galdakao-Usansolo, (2) Hospital Donostia, (3) Hospital Basurto. Getxo.

Palabras claves: troponin, amino terminal pro brain natriuretic peptide, heart failure

Objetivos:

La troponina y el Nt-proBNP son marcadores de gran utilidad para determinar el pronóstico de la Insuficiencia Cardiaca (IC). Además, la presencia de insuficiencia renal (IR) en pacientes con IC empeora el pronóstico y aumenta la mortalidad. Sabemos que los pacientes con IR presentan valores superiores de troponina y Nt-proBNP, a los pacientes sin IR.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional cohortes prospectivo. Se incluyeron 1824 pacientes mayores de 18 años atendidos en urgencias del HGU, Basurto y Donostia entre abril de 2011 y abril de 2013 por ICA descompensada (ICA e insuficiencia cardiaca crónica descompensada). Se recogieron variables sociodemográficas y relativas a los antecedentes clínicos- frecuencia cardiaca, tensión arterial sistólica, sodio, creatinina, presencia de disfunción del ventrículo izquierdo, presencia de factores de riesgo cardiovascular, presencia de cardiopatía y nivel de troponina T y Nt-proBNP. La variable de resultado principal fue mortalidad a los siete días de la visita a urgencias y a los tres meses.

Resultados:

Se reclutaron 1824 pacientes con ICA, de los cuales 373 (20.45%) tenían una creatinina >1.5 . En ese grupo, la capacidad predictiva de mortalidad de la troponina a corto plazo ($AUC=0.786$, $p=0.0023$) es mayor que a 3 meses ($AUC=0.687$, $p=0.0152$), mientras que con el NT-proBNP ocurre lo contrario, siendo el AUC correspondiente a los modelos de mortalidad a corto plazo y 3 meses de 0.682 y 0.701, respectivamente. En los pacientes con creatinina menor o igual a 1.5, la capacidad predictiva de ambos biomarcadores tanto a corto plazo como a 3 meses es similar, estando siempre ligeramente por encima la de la troponina.

Conclusiones:

Tanto en pacientes con IC + IR como en pacientes con IC sin IR, la troponina es mejor predictor de mortalidad en el periodo agudo y el Nt-proBNP es mejor predictor a los tres meses. Es decir, la IR no modifica el comportamiento de ambos biomarcadores respecto al pronóstico de la ICA.



URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-355

VALIDACIÓN EXTERNA DE LA ESCALA 3D-EAHFE PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE MORTALIDAD PRECOZ EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA (ICA)

MS Gallardo Rebollal, S García Gutierrez, A Antón Ladislao, A Fernández Alonso, E Pulido Herrero, MJ Morillas Bueno
Hospital Galdakao-Usansolo. Leioa.

Palabras claves: acute heart failure, risk stratification, medical decision making

Objetivos:

Ante la falta de herramientas que permitan estratificar el riesgo de mala evolución tras la visita a urgencias por ICA, Rodríguez et al han desarrollado un modelo de predicción de mortalidad precoz (a los tres días de la visita a urgencias por ICA). Incluso cuando se desarrollan con la mejor metodología, las reglas de decisión clínica no deben aplicarse clínicamente hasta estar validados con éxito en una muestra diferente, idealmente por diferentes investigadores.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional cohortes prospectivo. Se incluyeron 1824 pacientes mayores de 18 años que acudieron al servicio de urgencias del HGU, Basurto y Donosti entre abril de 2011 y abril de 2013 por insuficiencia cardiaca aguda descompensada (insuficiencia cardiaca aguda e insuficiencia cardiaca crónica descompensada). Se recogieron variables sociodemográficas y relativas a los antecedentes clínicos y del episodio índice de ICA. La variable de resultado principal fue mortalidad en los tres y siete días posteriores a la visita a urgencias. Se crearon dos modelos de regresión logística y se aplicó el modelo "Escala 3d-EAHFE". Todos los análisis se han realizado en SAS 9.4.

Resultados:

De los 1824 pacientes incluidos, 32 falleció 3 días (1.75%) tras la visita a urgencias y 85 (4.66%) durante la semana posterior. En ambos modelos (3 días y siete días) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad, grado de dependencia funcional (Índice de Barthel), NYHA basal y demencia. Se encontraron diferencias significativas en las cifras de NT-ProBNP, y troponina alterada. El AUC del modelo EAHFE fue superior a 0.70 en cuanto a la mortalidad a tres días y 0.695 a la semana. La edad, demencia, saturación de O₂ y sodio, se mantienen significativas a la semana de la llegada a urgencias. La presencia de demencia y de hiponatremia no resulta significativa en cuanto a la mortalidad a los tres días de la visita a urgencias.

Conclusiones:

La escala 3D-EAHFE presenta buena capacidad predictiva de mortalidad precoz y a corto plazo en ICA en una muestra independiente de pacientes con ICA.

O-356

¿EL SERVICIO DE URGENCIAS ES UN DISPOSITIVO ADECUADO PARA LA DETECCIÓN DE ACXFA Y FORMACIÓN EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE CONTRAERLA A CORTO-MEDIANO PLAZO?

J Cabrera Ramos (1), M Sánchez de Haro (1), C Siches Cuadra (1), O Miró Andreu (1), E Gómez-Angelats (2), B Coll-Vinent (2)
Hospital Clínic de Barcelona. Terrassa.

Palabras claves: fibrilación auricular, detección precoz, formación

Objetivos:

Las complicaciones de la fibrilación auricular (FA) se pueden prevenir con una detección precoz y un tratamiento adecuado. En urgencias consultan muchos pacientes con riesgo de presentar FA.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo, aleatorizado, ciego y paralelo. Pacientes con FR para FA dados de alta desde urgencias sin haber requerido ECG, aleatorizados en dos grupos: 1) Intervención: ECG y formación sobre detección de FA (toma de pulso, síntomas de alarma, actitud si pulso alterado o síntomas), y 2) Control: ninguna intervención. La intervención fue realizada por personal de enfermería. Al cabo de un año se realizó seguimiento telefónico y revisión de la historia clínica para analizar: número de FA diagnosticadas, complicaciones por FA, consultas a urgencias, ingresos y mortalidad.

Resultados:

Se incluyeron 241 pacientes (intervención: 121, control: 120), edad media: 73,9 ± 7,3 años, 173 (71%) mujeres. La mayoría de pacientes tenían 1 o 2 FR para FA (192, 79.7%). No había diferencias epidemiológicas entre grupos. Al cabo del año se detectaron 8 casos de FA (5 intervención, 3 control) y 5 presentaron complicaciones (3 intervención, 2 control, p NS). Los pacientes del grupo intervención consultaron más a urgencias (60,3% de vs 45,8% de, p = 0.017) y reingresaron más (39,7% vs 20,0%, p = 0.001), pero no hubo diferencias en las consultas ni en los ingresos por causa cardiovascular, ni tampoco en la mortalidad (10,7% vs 8,3%, p = 0.5).

Conclusiones:

La realización de un ECG sistemático y una formación de enfermería desde urgencias no son efectivos para la detección precoz de FA. La morbimortalidad de los pacientes con FR para FA es elevada a medio plazo. La intervención realizada no disminuye las reconsulta, los reingresos ni la mortalidad al año.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-357

CARDIOVERSIÓN EN FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR PAROXÍSTICO. CUÁNTOS Y CÓMO LO HACEMOS. REVISIÓN DE CASOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Garcés San José, J. Castillo Aznar, JA Delgado Domingo, E Tres Ritterbach, L Viguera Fernández, E. Alonso Formento, MJ Pueyo Morer

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Palabras claves: fibrilación auricular, paroxística, cardioversión

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA) es una taquiarritmia que supone un aumento de riesgo de ictus y tromboembolismo periférico. Su prevalencia aumenta con la edad afectando hasta el 6.5% de mujeres mayores de 80 años y a 8% de varones de igual edad. La FA paroxística que es aquella autolimitada a 48 horas, en estos casos la principal opción terapéutica se dirige a reestablecer el ritmo sinusal, para ello se utiliza cardioversión eléctrica o farmacológica.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo desde julio de 2012 a diciembre de 2013 de los pacientes con Fibrilación auricular o Flutter auricular en cualquiera de sus modalidades vistos en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital. Se han revisado las historias de aquellas arritmias de menos de 48 horas de duración.

Resultados:

Se recogen 563 pacientes con fibrilación o flutter auricular con clínica menor de 48 horas. 51% mujeres. Edad media es de 69,9 años. El grupo más numeroso es el de 65 -75 años. El 61,5% son hipertensos y el 18,7% diabéticos. Los fármacos antiarrítmicos empleados fueron : 30% amiodarona, 11,2% flecainida y 0,4% propafenona. Se realizaron 109 cardioversiones eléctricas (17,8% de las arritmias) En un 70,3% de los casos se consiguió paso a ritmo sinusal. La efectividad de los métodos fue : flecainida 95,2% de los pacientes eran dados de alta en sinusal, amiodarona 82,8%, propafenona 100% , y cardioversión eléctrica un 93,6%. Al relacionar los métodos de cardioversión con las altas observamos que con flecainida el 100% son altas, con amiodarona 71,6%, con propafenona 100% y con cardioversión eléctrica 81,5%.

Conclusiones:

En nuestro hospital la tasa de cardioversión en pacientes con FA paroxística es elevada (70%) aunque solo en un 17 % se utilizó la cardioversión eléctrica. La mayor efectividad se consigue con antiarrítmicos clase IC y con cardioversión eléctrica. El hecho de realizar una estrategia de control de ritmo efectiva conlleva una disminución del número hospitalizaciones y de complicaciones intrahospitalarias, mejorando la calidad de vida de estos pacientes.

O-358

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA INGRESADOS EN LA UNIDAD DE SUBAGUDOS DEL PARC DE SALUT MAR

A Aguirre Tejedo , S Mínguez Masó, A Pedragosa Vall, A Supervía Caparrós, C Clemente Rodríguez, I Cirera Lorenzo
Hospital del Mar. Barcelona.

Palabras claves: insuficiencia cardiaca, urgencias médicas, hospitalización

Objetivos:

Las patologías que motivan ingreso más frecuentemente en las Unidades de Subagudos (US) son de origen cardiopulmonar. La insuficiencia cardiaca (IC) agudizada de etiología filiada y con desencadenante conocido sería el prototipo de motivo de ingreso en dichas unidades.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo de las características de los pacientes con IC ingresados en la US del 1 octubre 2013 hasta el 31 diciembre 2014.

Resultados:

Ingresaron 457 pacientes, 145 con diagnóstico de IC. Edad media de los pacientes con IC de 85,15 años vs 82,68 años los pacientes sin IC ($p=0,001$). Un 54,5% etiquetados como Paciente Crónico Complejo (vs 40,7% con $p=0,001$). El 90,3% proceden de domicilio, el resto de residencia vs 76% y 21,5% respectivamente ($p=0,001$). El 67,6% son mujeres vs 55,1% ($p=0,012$). Estancia media 7,28 días (sin diferencias respecto los pacientes sin IC – 7,96 días, $p=0,159$). El 46,2% son diabéticos (vs 40,4%, $p=0,159$), 91,7% hipertensos (vs 73,3% $p<0,001$), 57,9% dislipémicos (vs 41,3% $p=0,001$), el 28,3% presentan cardiopatía isquémica (vs 19,2%, $p=0,031$), el 29,7% EPOC (vs 39,7%, $p=0,037$), el 42,4% insuficiencia renal crónica (vs 26%, $p<0,001$), el 11,1% arteriopatía periférica (vs 10,9%, $p=0,946$), el 16,6% ictus previo (vs 19,2%, $p=0,491$), el 17,9% demencia (vs 36,9%, $p<0,001$). El 19,3% con síndrome confusional agudo (vs 39,7% $p<0,001$). Media de ingresos al año de 1,12. Índice de Barthel medio 62,49 puntos (vs 52,13 sin IC, $p=0,001$). Mortalidad durante el ingreso del 4,8%, sin diferencias. Destino al alta: 68,3% domicilio, 9,7% residencia, 7,6% traslado a centro de agudos, 9,7% traslado a larga estancia / centro convalecencia. El 17,9% han precisado intervención social, sin diferencias con el resto.

Conclusiones:

Los pacientes ingresados en la US con diagnóstico principal IC son mujeres y de mayor edad, en su mayoría proceden de domicilio y con menor porcentaje de demencia. - Presentan con mayor frecuencia antecedentes de HTA, dislipemia e insuficiencia renal crónica. - A pesar de que la mayor parte son pacientes crónicos complejos no han precisado más intervención de trabajo social al alta. No se observaron diferencias ni en la estancia media ni en la mortalidad hospitalaria.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-359

PREDICCIÓN CLÍNICA EN URGENCIAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. ¿ES ÚTIL LA ESCALA DE DIAMOND-FORREST PARA DIRIGIR EL ESTUDIO DEL TAC DE CORONARIAS EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO?

J Corres González, A Royuela Vicente, A Vicente Bartulos,
J Carreño Glaria, J Martín Aresti, M Aguado Velasco

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Palabras claves: cardiopatía isquémica, TAC multidetector, dolor torácico

Objetivos:

En pacientes con sospecha de cardiopatía isquémica (CI) el TAC multidetector (TCMD) tiene una alta sensibilidad y especificidad para diagnosticar lesiones coronarias (VPN >99%), recomendándose su utilización en los casos con baja-intermedia probabilidad clínica. Sin embargo, no está definido el algoritmo para dirigir el estudio de los pacientes que acuden al servicio de urgencias por dolor torácico sugestivo de CI para la realización de TCMD de coronarias dentro de las pruebas de detección de isquemia (PDI).

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de 78 pacientes (47 hombres, 31 mujeres, edad media 59 años) que acudieron a urgencias con dolor torácico y sospecha de CI a los que se realizó un TCMD de coronarias como PDI. 12 pacientes (15%) presentaban angina típica, 21 (27%) angina atípica y 45 dolor no anginoso (57%). En 7 casos el estudio de TCMD no fue concluyente por problemas técnicos, descartándose para el análisis de resultados.

Resultados:

De los 72 pacientes analizados 9 tenían PPT <15% para CI y ninguno mostró estenosis coronaria significativa >50% (ECS>50%) en el TCMD. 52 pacientes con PPT entre 15-65% presentaban en 15 casos (29%) ECS>50%. De los 9 con PPT entre un 66-85%, 5 (55%) tenían ECS>50% y 2 casos con PPT > del 85% presentaban en el 100% ECS>50%. El análisis del test de Fisher mostro asociación entre la puntuación de DF y los hallazgos del TCMD ($p=0.006$).

Conclusiones:

La escala de probabilidad clínica pretest para CI propuesta por la SEC con la utilización del algoritmo de DF es útil en los pacientes que acuden a urgencias por dolor torácico y permite orientar la realización del TCMD como PDI en aquellos con PPT>15%.

O-360

¿EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA DESCOMPENSADA (DE NOVO O CRÓNICA DESCOMPENSADA) TENER EPOC IMPLICA PEOR PRONÓSTICO?

E Pulido Herrero, S García Gutiérrez, A Antón Ladislao,
M Gallardo Rebollal, J Amigo Angulo, M Galarreta Martín,
R de Celis Solana

Hospital Galdakao-Usansolo. Usansolo.

Palabras claves: insuficiencia cardiaca aguda, EPOC, mala evolución

Objetivos:

La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) así como la EPOC son los motivos de consulta más frecuentes en urgencias hospitalarias y la principal causa de ingreso de los pacientes anciano.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo en el que se han incluido 1824 pacientes, mayores de 18 años que acudieron a los servicios de urgencias de los hospitales Galdakao-Usansolo, Basurto y Donosti entre Abril y Diciembre del 2011 por ICA descompensada. Recoigiendo las variables de la historia clínica y del episodio de urgencias. Analisis: las variables categóricas se expresaron mediante frecuencias y porcentajes y las continuas mediante la media y desviación estándar. Se utilizó el test de la Chi al cuadrado para medir la asociación entre variables categóricas y el test de Wilcoxon para las variables continuas. Se asumió significación estadística cuando el p valor fue <0,05.

Resultados:

El 24,23 % (442) de la muestra tenían EPOC como comorbilidad. La edad media de la muestra era 79,83 años el 45,88% eran hombres. Existieron diferencias estadísticamente significativas (p valor <0,05) entre ambas muestras para las siguientes variables: edad, sexo, escala NYHA, tabaquismo, antecedente de enfermedad coronaria, hipertensión pulmonar, antecedente de hiperreactividad bronquial, la utilización de oxigenoterapia y ventilación mecánica no invasiva en la urgencia, la concentración de NT-proBNP, los niveles de triglicéridos, los niveles de pCO_2 y bicarbonato en la gasometría arterial, en la exploración física: la existencia de cianosis e ingurgitación yugular, alteraciones auscultatorias (crepitantes, sibilantes y silencio auscultatorio), la tensión arterial sistólica y diastólica. De la muestra sin EPOC el 12,27% (166) tuvieron mala evolución mientras que con EPOC el 14,58 % (64), (P valor>0,05) No existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras.

Conclusiones:

El tener EPOC como comorbilidad en un episodio de ICA parece que no tiene relación con la mala evolución a corto y medio plazo de la misma. Pero si existen diferencias clínicas, exploratorias y analíticas que pueden influir en la forma de tratarlas.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-361

¿DE QUÉ SANGRAN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS? ANÁLISIS DE LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO HEMORRÁGICO Y SEGURIDAD DE LA ANTICOAGULACIÓN (ESTUDIO EMERG-AF)

B Coll-Vinent Puig (1), A Martín Martínez (1), J Sánchez López (1), J Carbajosa Dalmau (1), M Varona Peinador (1), G Osorio Fernández (2), C Suero Méndez (1)

(1) Grupo de Arritmias Cardíacas. SEMES, (2) Bayer Hispania SL.

Palabras claves: fibrilación auricular, anticoagulación, urgencias médicas

Objetivos:

La escala HAS-BLED se ha demostrado útil para estratificar el riesgo de sangrado en los pacientes con fibrilación auricular (FA) susceptibles de ser anticoagulados. No se conoce la utilidad de la aplicación de esta escala ni la seguridad de iniciar anticoagulación desde los servicios de urgencias (SU).

Material o pacientes y método:

Estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico y observacional desarrollado en 62 SU de abril-2013 a abril-2014. Se incluyeron 1163 pacientes consecutivos mayores de 18 años con FA. Se evaluó el riesgo hemorrágico de acuerdo al esquema HAS-BLED, y el tratamiento anticoagulante al alta de urgencias. Se realizó un seguimiento al año de la inclusión, en los que se analizó las complicaciones hemorrágicas y la mortalidad.

Resultados:

Se recogieron 155 hemorragias (48 mayores) y 151 (13%) fallecimientos. HAS-BLED $\geq$ se asoció a un mayor número de hemorragias mayores (HR 2.63, IC95% 1.43-4.82, $p<0.001$) y mayor mortalidad (HR 2.44, IC95% 1.75-3.39, $p<0.001$). No se observó aumento de hemorragias mayores en los pacientes anticoagulados respecto a los pacientes antiagregados (HR 2.2, IC95% 0.35-13.8, $p=0.39$) ni respecto al global de los pacientes no anticoagulados (HR 1.38, IC95% 0.58- 5.15, $p=0.47$). Estos resultados se mantuvieron al estratificar por riesgo embólico y por edad, y en el análisis de los pacientes en los que la anticoagulación fue iniciada en urgencias.

Conclusiones:

En los SU el esquema HAS-BLED identifica el riesgo de presentar hemorragia y mortalidad. El tratamiento anticoagulante al alta de urgencias no está asociado a mayor riesgo de sangrado grave, lo que refuerza su utilización en los pacientes con FA y riesgo embólico atendidos en los SU.

O-362

EL PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO (SUH): COMPLEJIDAD Y "DINAMISMO"

MM Leal Lobato, J Sánchez López, A Hidalgo Rodríguez, EM Jiménez González, C Rivilla Duce, E Barbero Rodríguez, J Herrador Lindes

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Palabras claves: fibrilación auricular, características, urgencias médicas

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente atendida en SUH, la presentan el 6% de pacientes atendidos en nuestra unidad.

Material o pacientes y método:

Estudio analítico, observacional, prospectivo de un registro de pacientes >14 años con FA /antecedente que acudieron al SUH. Periodo 2009-2014.

Resultados:

Se analizaron 1.643 episodios, 56,2% mujeres, edad $75 \pm 12,2$ años (mayor en mujeres: $77 \pm 10,8$ y FA permanente: $79,6 \pm 7,5$ $-p<0,001$). Alta comorbilidad (media 4,4): HTA (75%), EPOC (43,7%), DM (33,2%), insuficiencia renal (32,3%) e ictus/TIA (14,5%). Un 36% tenían algún grado de dependencia. Tipo FA: Permanente (49,2%), Paroxística (31,9%), "debut" (17,4%), persistente (5,7%). Duración (h): <48 (22,7%), >48 (60%), desconocido (17,2%). Un 12% estaban en RS al ingreso. Presentaban cardiopatía estructural 1241 (75%): hipertensiva (43%), isquémica (25%) y valvular (15%). Acudieron: 1. Sintomatología atribuible FA (840, 51,2%): palpitaciones (58%), disnea (41,2%), dolor torácico (33,5%), ictus /embolia sistémica (6,5%) y un 26,7% complicaciones del tratamiento (antitrombótico -80%-). 2. Motivo sin relación FA (47,3%). 3. Hallazgo casual (1,5%). El 10,7% presentaba inestabilidad hemodinámica Score CHA2DS2-VASC (4,15 $\pm$ 1,96): "0" en 82 episodios (5%), "1" en 113 (6,9%), " ≥ 2 " en 1448 (88,1%) -aplicando modificación sexo femenino (8,3% / 6,4% / 85,3%)-. Score HAS-Bled (2,32 $\pm$ 1,3): " ≥ 3 " en 717 (43,6%). Ambos esquemas sufrieron modificaciones durante su seguimiento en el 24,4% para riesgo trombótico y 41,5% para sangrado, tanto por el efecto "edad" (15%) como por "otros factores" (85%). El 71,5% fueron dados de alta desde SUH (estancia media: 15,4 h), requirieron mayores estancias en observación (18,6% vs 4,2%) e ingresos (27,5% vs 10% en población general) $-p<0,001$ -. Exitus: 4,1% en SUH y 18,6% en el seguimiento posterior.

Conclusiones:

En España los SUH juegan un papel crucial en la atención de los pacientes con FA. Son pacientes complejos por edad, pluripatología y polimedicación. Consumen mayor número de recursos y

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

costes sanitarios. La mayoría tienen >R trombótico que obliga: una correcta profilaxis ETEA, un abordaje dinámico ajustada al cambiante riesgo hemorrágico y propiciando una intensificación de controles.

O-363

MODULADORES CRONOBIOLOGICOS EN LA EFECTIVIDAD DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA, EXTENSIÓN Y COMPLICACIONES DEL INFARTO DE MIOCARDIO

MC Barneto Valero (1), D Bautista Encarnación (2),
JR Garmendia Leiza (3), ME Falcón Moraleja (4),
R Ariza Pascual (4), AA Blas de Blas (4)

(1) Samur-Pc, (2) Hospital Clínico San Carlos, (3) Instituto Cronobiológico Valladolid, (4) Samur-Pc. Madrid.

Palabras claves: infarto de miocardio, angioplastia primaria, ritmo circadiano

Objetivos:

La evidencia científica muestra variabilidad circadiana en la incidencia de infarto de miocardio, con una máxima tromborresistencia matinal a la terapia trombolítica.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de cohortes retrospectivo de pacientes atendidos en la unidad de hemodinámica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid con diagnóstico de IAMCEST, para la realización de angioplastia primaria. La variable respuesta principal -efectividad de la angioplastia primaria- se definió en base a criterios angiográficos de flujo de reperfusión coronaria -TIMI Risk Score- como TIMI 3 e índice de flujo coronario -TIMI FRAME COUNT CORREGIDO como TFCc < 18 frame/segundo). Se analizaron como variables predictoras independientes de la efectividad de la angioplastia primaria, extensión y complicaciones de infarto: hora del día de inicio del infarto (variable independiente principal) dividida en husos horarios de 6h y 12h, variables clínico-epidemiológicas de la historia clínica, prueba de imagen -intervencionismo coronario percutáneo- y séricas -biomarcadores enzimáticos-.

Resultados:

Se incluyeron 600 pacientes. La efectividad de la angioplastia primaria no se relaciona con la hora del día en que comienza el infarto de miocardio, independientemente si se compara la franja horaria de mayor cronorriesgo vascular (6-12/ 0-6, 12-18, 18-24h) o husos horarios de 12 horas (0-12/ 12-24h). Las variables, flujo TIMI 2 "de visu" post-coronariografía [OR 70,61, IC95% (16,02 – 311,22)], obstrucción de la arteria coronaria circunfleja (Cx) [OR 4,63, IC95% (2,51 – 8,53)], tiempo de evolución del infarto > 180 minutos [OR 2,45, IC95% (1,40 – 4,30)] y diabetes mellitus [OR 1,86, IC95% (1,09 – 3,16)], se muestran como variables predictoras independientes de la no efectividad de la angioplastia primaria. Los biomarcadores enzimáticos post-infarto (CPK-CPKmb-Troponina I pico) muestran una diferencia de medias significativamente mayor (491,5- 43,2 – 23,1 UI/L respectivamente) cuando la angioplastia primaria no es efectiva.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

Conclusiones:

La efectividad de la angioplastia primaria, como técnica de reperfusión coronaria post- infarto, no está influenciada por la tromboresistencia matinal circadiana a diferencia de la terapia trombolítica farmacológica.

O-364

RELACIÓN DE MARCADORES CLÍNICOS Y ANALÍTICOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

AL Fretín Martínez (1), A Fernández Alonso (1),
S Gutiérrez Martínez (1), I Mendia Bilbao (1),
O Urbina Aguirrebengoa (2), A Antón Ladislao (1)

(1) Hospital de Galdakao Usansolo, (2) Hospital Donostia.
Sondika.

Palabras claves: insuficiencia cardiaca, mortalidad, predicción

Objetivos:

La insuficiencia cardiaca es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias. Por esta razón, resultaría interesante determinar el grado de utilidad de parámetros clínicos sencillos frente a los biomarcadores para poder tomar decisiones.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional cohortes prospectivo. Se incluyeron 1824 pacientes mayores de 18 años que acudieron a los servicios de urgencias de los hospitales de Galdakao, Basurto y Donostia entre abril de 2011 y abril de 2013 por insuficiencia cardiaca aguda descompensada. Se recogieron variables sociodemográficas y relativas a los antecedentes clínicos y del episodio de índice de ICA. La variable de resultado principal fue mortalidad en los siete días posteriores y a los tres meses. Se crearon modelos de regresión logística siendo las variables predictoras, en un caso, las variables a la llegada a urgencias y en otro, los biomarcadores y se hizo una comparación de las áreas bajo curva (ABC). Todos los análisis se han realizado en SAS v9.4.

Resultados:

De los 1824 pacientes, 85 (4.66%) fallecieron durante la semana posterior y 225 (12.34%) a los tres meses de la visita a urgencias. El modelo compuesto por las variables clínicas a la llegada a urgencias alcanzó un ABC de 0.74 IC 95%=(0.6894, 0.7917) para predecir mortalidad a la semana, siendo el ABC del modelo compuesto por los biomarcadores 0.84 IC 95%=(0.7425, 0.9424). Respecto a la capacidad de los modelos para predecir mortalidad a tres meses, el modelo clínico alcanzó un AUC de 0.70 IC 95% = (0.6614, 0.7440) frente al 0.73 IC 95%=(0.6497, 0.8067) que alcanzó el modelo de los biomarcadores, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en este último caso ($p=0.2877$).

Conclusiones:

Las variables clínicas muestran un valor predictivo aceptable, aunque ligeramente inferior al de los biomarcadores. Por ello consideramos oportuno tener en cuenta todos ellos a la hora de valorar la gravedad, dando prioridad a los biomarcadores, siempre que dispongamos de ellos.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-365

ESTUDIO SARA I-II-III: SITUACIÓN ACTUAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ARAGÓN SOBRE LA TERAPÉUTICA ANTIARRÍTMICA EN CUANTO A PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS CON FIBRILACIÓN O FLUTTER AURICULAR

N Ortega Jiménez (1), E Aldea Molina (2), I Ortega Castrillo (3), I Albistur Lesmes (3), F Andreu Calvete (4), B Grégori Ibáñez (4)

(1) Hospital Maz Zaragoza, (2) Hospital Royo Villanova, (3) Hospital Barbastro, (4) Hospital Alcañiz. Zaragoza.

Palabras claves: fibrilación, flutter, antiarrítmicos

Objetivos:

Desde el grupo de trabajo de Arritmias de SEMES Aragón, con representación de los SUH de los Hospitales del Servicio Aragonés de Salud, realizamos tres estudios en años consecutivos (2012, 2013 y 2014) con el fin de crear una base de datos sobre pacientes atendidos en nuestros SUH con Fibrilación/Flutter auricular: estudios SARA I-II y III.

Material o pacientes y método:

SARA I-II y III conforman un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de pacientes mayores de 14 años atendidos en los Servicios de Urgencias de la red hospitalaria del SALUD, con diagnóstico principal o secundario de fibrilación/flutter auricular (primer episodio, paroxístico o persistente-permanente) en la historia clínica informatizada PCH, durante los periodos comprendidos del 1 de Julio al 31 de Diciembre de 2012, 2013 y 2014. Se obtuvieron datos mediante revisión de la historia clínica informatizada y se trataron mediante base de datos en programa ACCESS para posterior estudio estadístico con SPSS v15. Se recogieron antecedentes personales, escalas CHA2DS2-VASC y HASBLED, tipo de arritmia, antiarrítmicos empleados, profilaxis cardioembólica, así como tratamiento y ritmo al alta.

Resultados:

Número de casos 5276. Tratamiento para restauración del ritmo: uso de flecainida 5.4 % (287), amiodarona 19.9 % (1049) y cardioversión eléctrica 3.7 % (197). De los cuales pasaron a sinusal: 93.9 % con CVE, 85.4 % con flecainida y 56 % con amiodarona. Control de la frecuencia cardiaca: calcioantagonistas 17.9 % (944), digoxina 19.3 % (1018) y betabloqueantes 10.5 % (554). Tratamiento antiarrítmico al alta: calcioantagonistas 16.3 % (861), betabloqueantes 18.6 % (981), digoxina 14.9 % (784), amiodarona 9.2 % (484), flecainida 5 % (266), dronedarona 2.4 % (124) y propafenona 0.3 % (15).

Conclusiones:

Amplia variabilidad para manejar la fibrilación o flutter auricular en urgencias. Empleo excesivo de amiodarona para control del ritmo, y bajo de flecainida y cardioversión eléctrica, a pesar de demostrar ambas alta efectividad como restauradoras del ritmo sinusal: flecainida 84.5 % y CVE 93.9%. Elevado empleo de calcioantagonistas tanto en fase aguda como de forma ambulatoria para control de frecuencia.

O-366

FIBRILACIÓN AURICULAR: EXPERIENCIA TERAPÉUTICA DE LOS NACOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS

M Martínez Martínez, B Medina Tovar, E García Villalba, M Egea Campoy, J Navarro Zaragoza, P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras claves: fibrilación auricular, anticoagulantes orales, sangrado

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en el mundo. Las complicaciones derivadas de la misma no son nada despreciables, siendo los eventos cardioembólicos las más temidas. Tradicionalmente, los fármacos antivitaminas K han sido empleados para prevenirlos, pero recientemente han surgido nuevos anticoagulantes orales.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de todos los pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias (SU) del Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS) con diagnóstico de FA desde julio 2012 a septiembre 2014. Las variables analizadas: edad media, sexo, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), existencia de cardiopatías y el tratamiento con fármacos anticoagulantes y/o antiagregantes. Observamos las complicaciones hemorrágicas surgidas tras la introducción del anticoagulante oral. Los resultados fueron analizados mediante los programas estadísticos Prism y Epiinfo.

Resultados:

El número total de pacientes fue 835. La edad media fue de 74.04 ± 12.5 años. El 65% eran mujeres y el 35% hombres. Los FRCV más frecuentes fueron: HTA 79.4%, Dislipemia 48.6%, Diabetes Mellitus 31.4%. Respecto a las enfermedades: anemia 13%, enfermedad renal crónica 11% y accidente cerebrovascular 10%. Las cardiopatías, fueron: valvular 24.6%, hipertrófica 21.1%, insuficiencia cardiaca 18.3%, isquémica 14.6%, FEVI < 35% 2.9% y dilatada 2.3%. Los fármacos anticoagulantes antes del ingreso: el 71% no llevaba ningún anticoagulante, el 24% acenocumarol, 2% rivaroxaban, 2% dabigatrán. El 26% estaba en tratamiento con AAS, 11.5% clopidogrel, la frecuencia de ticagrelol y prasugrel fue de 0.6%. Al alta: acenocumarol 27.4%, rivaroxaban 18.9%, dabigatrán 12.6%, el 19.4% no recibieron anticoagulación. Por último, los resultados referidos a la relación entre los distintos anticoagulantes y la aparición de eventos hemorrágicos mostraron un mayor RR para dabigatrán [RR 5.22, IC 95% (1.25-21.77)] y rivaroxaban [RR 1.72, IC 95% (0.35-8.49)] respecto al acenocumarol [RR 1.06, IC 95% (0.21-5.27)].

Conclusiones:

La fibrilación auricular lleva consigo una gran cantidad de FRCV y de enfermedades asociadas. Dentro del arsenal terapéutico para prevenir estos eventos isquémicos se encuentran los tradiciona-

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

les antivitamina K y los nuevos anticoagulantes orales de eficacia equiparable al acenocumarol, pero, según nuestra experiencia, con una incidencia de eventos adversos hemorrágicos mayor.

O-367

ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA TROPONINA COMO PREDICTOR A CORTO PLAZO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR, EN URGENCIAS, CUIDADO NO TODO ES ANGOR HEMONIDÁMICO

J Valle Alonso (1), E Lopera Lopera (2), J Fonseca (2), F Rico (2), J Fuente Carillo (2), E Lopera Lopera (2), J Tejada (2)

(1) Southport Hospital, (2) Hospital Valle de los Pedroches.

Palabras claves: fibrilación auricular, troponina, angina

Objetivos:

La relación entre las pequeñas elevaciones de la troponina (troponina cardiaca y la fibrilación auricular todavía esta en debate.

Material o pacientes y método:

Durante el periodo de estudio de 2 años (2009-2011) se valoraron 634 pacientes con fibrilación auricular sintomática en el servicio de urgencias. De estos se incluyeron un total de 184 pacientes. Los criterios de exclusión representaron los pacientes menores de 18 años, inestabilidad hemodinámica o comorbilidad severa. Se incluyeron en total 564 pacientes en los cuales como parte del protocolo se obtenía la troponina. El objetivo primario fueron los eventos isquémicos vasculares incluyendo el ictus, el síndrome coronario agudo, la revascularización y la muerte.

Resultados:

En el periodo se estudiaron a 54 pacientes con troponinas elevadas que no representaba un SCA primario, 4 pacientes presentaron eventos adversos al mes (7,4 %), a su vez a los 12 meses 11 pacientes (20,3%) presentaron eventos adversos de los cuales un 24% de los pacientes de base presentaban cardiopatía isquémica y un 75% eran ancianos (edad >75) alcanzando el punto secundario ($p=0,001$). En el análisis multivariable, las troponinas elevadas (tasa de riesgo relativo [RR], 2.83, 95% IC, 1.38-5.64, $P=.005$), enfermedad vascular conocida (RR, 2.03, 95% IC, 1.11-3.70, $P=.021$), y la edad (RR, 1.05, 95 IC, 1.02-1.08, $P=.002$) eran predictores del evento primario. Los parámetros clínicos como el control de la frecuencia cardiaca, la presión arterial y factores de riesgo para la arteriosclerosis no mostraron ninguna relación con los eventos adversos. La tasa de reingreso no difirió entre los grupos.

Conclusiones:

En los pacientes con fibrilación auricular aguda, las pequeñas elevaciones de cTnI se vinculan con eventos adversos a corto plazo, la enfermedad vascular isquémica y edad avanzada mostraron valor pronóstico sólo a largo plazo. Este estudio demuestra que los pacientes que se presentan con FA con pequeñas elevaciones de la troponina pueden predecir eventos adversos añadir información pronostica y no se debe considerar simplemente como elevaciones secundarias a la FA sin ninguna repercusión.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-368

MANTENGAMOS A RAYA LA FIBRILACIÓN AURICULAR

MM Leal Lobato, J Sánchez López, C Rivilla Duce,
A Hidalgo Rodríguez, EM Jiménez González, E Torres Sánchez,
E Barbero Rodríguez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Palabras claves: fibrilación auricular, cardioversión, urgencias médicas

Objetivos:

Los pacientes con fibrilación auricular (FA) usan los SUH como fuente habitual de cuidados. Es conocida su progresión hacia formas más sostenidas, hasta llegar a una arritmia irreversible.

Material o pacientes y método:

Estudio analítico, observacional, prospectivo de un registro de pacientes >14 años con FA /antecedente. Para analizar la "progresión" valoramos FA paroxística (*incluyendo "debut" con RS demostrado (al alta/seguimiento)) y persistente, seguimiento 1-5 años.

Resultados:

Se analizaron 1.643 episodios, 56,2% mujeres, edad 75±12,2 años. Alta comorbilidad (media 4,4) y CHA2DS2-VASC (4,15±1,96), cardiopatía estructural 1241 (75%). Tipo FA: Permanente (49,2%), Paroxística (31,9%), "debut" (17,4%) y persistente (5,7%). Duración <48h (22,7%). Un 12% estaban en RS al ingreso. El 43% tenían FC>100 lpm, se intentó CFC a 497 (70,3%) –mayoritariamente (70%) con betabloqueantes (BB)–. FC<110 al alta: 98%, se indicó tratamiento nuevo para CFC: 21% (BB(76%)). De los 344 en que pudiera plantearse CR (excluidos: permanente, >48h/incierta, CV espontánea/RS urgencias, ACO incorrecta) se realiza cardioversión (CV) a 268 (80%). De las 268 CV realizadas: CVF 64,9%, CVE directa 16,4% y un 18,7% ambas, con efectividad: CVE (96,6%) y CVF (67,1%). Máxima eficacia (79,5%) y rapidez (3,9H) para flecaínida y mínima para amiodarona (62% y 8H) -p<0,05-. RS al alta 552 (33,6%). Realizan tratamiento antiarrítmico (AA) 175 (10,6%) y nuevo tratamiento determinante al alta 215 (90%BB + 10% IECA /ARAI). De 193 pacientes con FA paroxística o persistente basal, 53 (27,5%) progresaron (seguimiento mínimo 1 año). Se trata de pacientes de >edad (78,4 IC95% [72,8-76,2] vs 72,9 IC95% [70,3-74,7], p=0,003). Se asociaron con progresión: edad >75años, IC/DVI, cardiopatía, ausencia de palpitations, FA al alta.

Conclusiones:

El realizar un buen CFC, rescatar el subgrupo de pacientes candidatos a intentar CR y mantenerlo (AA adaptado según cardiopatía / comorbilidad/ polimedicación), junto a "Upstream therapy" puede contribuir a reducir la "progresión". Sin olvidar una correcta profilaxis ETEA dado su elevado riesgo embólico.

O-369

¿ES POSIBLE MEJORAR LA CALIDAD DE LA ANTICOAGULACIÓN DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO (SUH) EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR (FA)?

J Sánchez López, MM Leal Lobato, A Hidalgo Rodríguez,
C Rivilla Duce, EM Jiménez González, E Barbero Rodríguez,
E Torres Sánchez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Palabras claves: fibrilación auricular, profilaxis tromboembólica, urgencias médicas

Objetivos:

En España la anticoagulación (ACO) en pacientes con FA es mayoritariamente con antivitamina K (AVK), pese a su efectividad limitada (consecución del adecuado tiempo en rango terapéutico (TRT)).

Material o pacientes y método:

Estudio analítico, observacional, prospectivo de registro de pacientes >14 años con FA/antecedente. Se analizaron INR de estancias SUH* vs TAO-net** (desechando(CI): "iniciales", "interrupciones" y <12meses) y variables asociadas al TRT.

Resultados:

Se analizaron 1.643 episodios (56,2% mujeres), edad 75±12,2 años. 1137 (CHA2DS2-VASC=ó>1 –modificación sexo femenino-) realizaban ACO (AVK: 89,3%, INR en rango: 38,9%). Los resultados* obtenidos en SUH se enfrentaron a 21.179 INR** consultados en TAO-net (media/ mediana 42** por paciente) de 978 episodios que cumplían CI. TRT-H: 44,35 IC95% [43,38-45,56] vs TRT-TAO 49,58 IC95% [48,66-50,39], p<0,001. Con TRT-H<60% (INR lábil) del 80,6% vs RT-TAO: 77,3. Índice Concordancia baja (Kappa:0,112, p<0,001). Se asociaron de manera independiente con INR lábil, como protectores: >75 años (OR 0,62 [0,43-0,88] e HTA (OR 0,54[0,36-0,82]), >riego: diabetes (OR 2,71[1,87-3,92]), insuficiencia renal (OR 2,00 IC95% [1,28-3,13]) e IC/DVI (OR 1,60 IC95%[1,16-2,21]). INR extremos: INRmin.-INRmax (TAO) 1,32±0,29 (rango: 1-1,9) y 5,6±1,66 (rango: 2,2-11,6). El ProtTRTurg quedó formulado: TRT-H / TRT-TAO /Nº INR**/ INRmax.TAO / INRmin.TAO, (ejemplo: 30% /52%/ Nº 52/ Max=7,5 /Min=1,2), su visualización global puede ayudar en la toma de decisiones. Concluido el "ProtTRTurg" analizaremos su asociación a eventos (embólicos / hemorrágicos) hasta perfilar el mismo.

Conclusiones:

Para optimizar la anticoagulación en los SUH es necesario mejorar la calidad de la misma. Empecemos por preguntar (ausente normalmente en H^aCI[®]): ¿Cómo van los controles? Cuando el INR es patológico, ver el perfil de los mismos (automatizada). Si sospechamos "labilidad", consultemos TRT-TAO (Historia- Digital-Unica). El instrumento que proponemos puede ser un inicio, dentro

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

de un abordaje multidisciplinar, en aras de evitar la temible complicación tromboembólica. En paralelismo con el diabético (glucemia /HbA1c), no basta con insulinar, sino preservar "órganos diana", en el caso del paciente con FA: "el cerebro".

O-370

PAPEL DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO (SUH) EN LA PROFILAXIS DE TROMBOEMBOLIA ARTERIAL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR. MÁS ALLÁ DE LA URGENCIA

J Sánchez López, C Rivilla Duce, EM Jiménez González,
A Hidalgo Rodríguez, M Leal Lobato,
J Herrador Lindes, E Torres Sánchez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Palabras claves: fibrilación auricular, profilaxis tromboembólica, urgencias médicas

Objetivos:

Los pacientes con fibrilación auricular (FA) usan los SUH como fuente habitual de cuidados, ofreciendo una oportunidad para ofertar profilaxis tromboembólica. No existen estudios que analicen la continuidad de esta prescripción realizada desde SUH españoles.

Material o pacientes y método:

Estudio analítico, observacional, prospectivo de un registro de pacientes >14 años con FA /antecedente. Se analizó Riesgo (R) embólico y hemorrágico (CHA2DS2-VasC* y HAS-BLED) y otras variables asociadas al objetivo. Para analizar el "seguimiento" valoramos la cohorte con "ACOn" hasta agosto 2103**.

Resultados:

Se analizaron 1.643 episodios (56,2% mujeres), edad $75 \pm 12,2$ años. CHA2DS2-VASC* = $4,09 \pm 2,06$, HAS-BLED = $2,32 \pm 1,31$, con >R hemorrágico del 43,6%. De los 1507 (91,7%) con CHA2DS2-VASC* = ≥ 1 realizaban tratamiento anticoagulante (ACO) previo 1137 (75,4%): AVK (89,3%), NACO (5,8%) y HBPM (4,9%). 596 presentaban >R hemorrágico. INR realizados en SUH en rango terapéutico: 38,9%. 370 pacientes con CHA2DS2-VASC* = ≥ 1 no seguían ACO. Se mantuvieron las indicaciones de ACO previas, y se indicó "ACOn" a 259 (70%): HBPM+AVK (56,7%), HBPM (37,5%) y NACO (5,8%). Los motivos principales para no indicar ACO (en CHA2DS2-VASC*?1): percepción de bajo R para el paciente (37%), R hemorrágico (29%), rechazo del paciente (23%). Se realizó seguimiento a 123 pacientes** con "ACOn", de estos: 109 seguían ACO (AVK 103, NACO 4 y HBPM 2) vs 18 que no la realizaban (AAS: 17, ninguno: 1) Se asociaron de manera independiente (regresión logística) con ACO: FA previa (OR 2,17 IC95% [1,39-3,39]), >75 años (OR 1,49 [1,03-2,15]) y diabetes (OR 1,64 [1,11-2,43]).

Conclusiones:

Nuestros porcentajes de anticoagulación son aceptables, sin embargo los AVK siguen constituyendo la base de la profilaxis ETEA, con niveles de INR claramente subóptimos. Las indicaciones de ACO tienen buen seguimiento en otros niveles (83,4%). Dado este salto en "cantidad" son necesarias otras estrategias que apuesten por la "calidad". Proponemos una herramienta que permite optimizar la valoración del tiempo en rango terapéutico (TRT) desde el mismo SUH.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

O-371

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y FLUTTER EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE ARAGÓN (SARA II)

R Royo Hernández, P Alba Esteban, M de Azúa Jiménez,
C Montesa Lou, E Alonso Formento, J Gómez Bitrián

Servicio de Urgencias. Hospital de Alta Resolución del Pirineo.
Jaca. Zaragoza.

Palabras claves: fibrilación auricular, tromboembolismo, profilaxis

Objetivos:

Desde SEMES Aragón Avanza se ha creado un grupo de trabajo, con representación de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) de todos los Hospitales del Servicio Aragonés de Salud (SALUD), con el fin de crear una base de datos con todos los pacientes atendidos en nuestros SUH con Fibrilación Auricular (FA) y Flutter Auricular (FL). Se trata del estudio SARA II (SEMES ARRITMIAS ARAGON).

Material o pacientes y método:

SARA II es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de pacientes mayores de 14 años atendidos en los SUH de los Hospitales SALUD, con diagnóstico principal o secundario de FA o FL. Periodo del 1 de Julio al 31 de Diciembre del 2012 y del 1 de Julio al 31 de Diciembre del 2013. Los datos se obtuvieron revisando la historia clínica informatizada del paciente y se trataron mediante ACCESS y posterior estudio con SPSSv15.

Resultados:

Pacientes: 5.275. Edad media 74,1 años, (49,2% varones, 50,8% mujeres). 88,4% FA y 11,2% FL, HTA fue el factor de riesgo más frecuente (61,8%). Media del CHA2DS2VASC 3,1, (88,5% CHA2DS2VASC $\geq$ 1). Media HAS BLED 1,8. Tratamiento preventivo de NOVO de los eventos cardioembólicos: inicio antiagregación: 412 pacientes (9%), y anticoagulación con antivitamina K en 1836 (40%), con dabigatrán 225 (4,9%), con rivaroxabán 235 (5,1%), con apixaban 31 (0,7%) y en un 9,9% heparina de bajo peso molecular. Respecto a la escala de riesgo hemorrágico HASBLED, el 29,5% de los pacientes no anticoagulados tenían un HASBLED de $\geq$ 3 puntos.

Conclusiones:

1) Buena acogida de los anticoagulantes de acción directa (ACOAD) que con muy poco tiempo en el mercado suponen el 21% de las nuevas anticoagulaciones 2) El importante número de inicio de prevención de los eventos cardioembólicos con un 60,5% de todos los pacientes con FA o FL atendidos en los Servicios de Urgencias. 3) El número de pacientes con inicio de AG, debería reducirse a cifras por debajo de un 5%, sobretodo en pacientes con CHA2DS2VASC de $\geq$ 1.

P-372

UNIDAD DE SEMICRÍTICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL SIN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

JA Gutiérrez Zubiaurre, X López Altimiras, I Díaz Fernández,
M Josemaría Oviedo, E Gil Casado, X Casañas Ferrer

Hospital de Mollet. Mollet del Vallés.

Palabras claves: intermedios, urgencias, intensivos

Objetivos:

Las Unidades de semicríticos (USC), o cuidados intermedios, generalmente dependen de los médicos de los servicios de cuidados intensivos (UCI). En nuestro centro, un hospital comarcal de 140 camas de agudos sin UCI, se ha creado una USC de 10 camas integrada en el servicio de urgencias. Los criterios de ingreso en la Unidad se han definido siguiendo los del American Collage of Critical Care Medicine (ACCCM).

Material o pacientes y método:

Se evalúan las características de los pacientes atendidos en la USC a partir de los datos recogidos en base de datos creada específicamente para registro de la actividad de la Unidad.

Resultados:

De enero de 2014 a enero de 2015 se han ingresado 665 pacientes, 413 varones (62%), con un promedio de edad de 68,7 años (16-97), 67,6 años los varones i 70,4 las mujeres. La estancia media ha sido de 3,29 días (17-1), el 13,8% de los pacientes superó los 5 días de estancia. El porcentaje de ocupación ha sido del 60%. En 17 casos (2,5%) se ha producido reingreso, pero solo 5 (0,75%) en los primeros 7 días. El origen de los pacientes ha sido en el 65% de casos de urgencias, el 17% de hospitalización i el 11% post quirúrgicos. El destino al alta en el 72% a planta convencional, el 8% a domicilio i el 10% se trasladó a centro de referencia, el 5% a UCI. Exitus el 5% de pacientes. El 15% precisó drogas vasoactivas, el 22,56% ha recibido ventilación no invasiva. Pacientes sépticos 63 casos (9,5%), con un APACHE II de 14,68 (27-3) y un SOFA de 4,1 (0-11), Síndromes coronarios agudos 52 (7,9%), con un GRACE medio de 114,24

Conclusiones:

En el primer año de funcionamiento de la USC la complejidad de los pacientes ha sido alta, el porcentaje de reingresos muy bajo, el nivel de resolución y la respuesta a las necesidades de nuestro centro han sido satisfactorios.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

P-373

**OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN URGENCIAS.
ADECUACIÓN PRÁCTICA EN LAS SOLICITUDES
ANALÍTICAS DE TROPONINA**

I Soriano Romero, JL Palma Aguilar, M Conejero Díaz,
M Garrido Arce, R García Rubio, M Peña Capuz
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla

Palabras claves: síndrome coronario agudo, troponina cardiaca, biomarcador

Objetivos:

La determinación de Troponina cardiaca (Tn) (isoformas T ó I) forma parte de la práctica habitual en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) pues es una herramienta imprescindible en el manejo de los síndromes coronarios agudos (SCA). Genera un importante consumo de recursos. Debe manejarse, por tanto, con criterios de eficacia y eficiencia. Para ello, es imprescindible solicitar las determinaciones seriadas de forma coherente con la cinética del biomarcador para optimizar su valor diagnóstico. Las guías de práctica clínica y sociedades científicas, aconsejan realización de dos determinaciones seriadas, con un tiempo entre 3 y 6 horas entre ambas, en pacientes con sospecha de SCA.

Material o pacientes y método:

Realizamos estudio un descriptivo transversal, recabando datos de la historia clínica de todos los pacientes a los que se solicitó TnI, atendidos en nuestro SUH en el primer trimestre de 2014. Analizamos las determinaciones seriadas de TnI para buscar la presencia de determinaciones "redundantes" que no aportasen valor añadido al diagnóstico o al manejo clínico: tercera determinación tras dos negativas y determinaciones tras objetivar el descenso de la curva de Tn.

Resultados:

Se solicitaron 3967 determinaciones de TnI. De ellas, 1893 fueron seriadas. 396 series, mostraron todos sus resultados negativos (inferior a 0,05 ng/ml). En dichas series, se obtuvo una tercera TnI, siempre con valor negativo en 33 ocasiones. En series con algún valor positivo se solicitaron 64 determinaciones una vez que el pico de la curva de TnI había comenzado a descender.

Conclusiones:

Los resultados muestran una buena adecuación de la práctica de nuestro servicio a las recomendaciones. Es importante mantener un rigor estricto en las solicitudes analíticas cuando el valor esperable no aportará cambios en el manejo de los pacientes.

P-374

**EVOLUCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LA
CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN LOS PACIENTES
CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN URGENCIAS,
DESDE EL AÑO 2003 HASTA 2014**

M de Azúa Jiménez, R Royo Hernández, L Urieta González, C Marco López, JA Ibáñez Pérez de Viñaspre, J Gómez Bitrian
Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: fibrilación auricular, tratamiento, cardioversión

Objetivos:

De entre los tratamientos más efectivos con los que contamos los médicos de urgencias para el control del ritmo en la Fibrilación Auricular (FA) se encuentra la cardioversión eléctrica (CVE).

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio, observacional, descriptivo y prospectivo, de los pacientes mayores de 14 años que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario, con el diagnóstico principal de FA y que posteriormente pasan a la Sala de Observación de Urgencias (SOB) para evolución y tratamiento, desde el 1 de Enero del 2003 al 31 de Diciembre del 2014. Los datos se recogieron en una base de datos desde la historia clínica del paciente.

Resultados:

CVE realizadas desde la SOB: 2 en el año 2003, (inicio del protocolo del manejo de pacientes con FA en Urgencias), 6 en el 2004 y 2005, 11 en el 2006, 16 en el 2007, con una pérdida de los datos, en los años, 2008-2010, y con 30 en el 2011, 28 en el 2012, 48 en el 2013 y 48 en 2014. 195 CVE, fueron efectivas con paso a ritmo sinusal estable en 185, (94,8%) y con sólo (1,3%) de efectos secundarios. El perfil del paciente con CVE en el 2014, es hombre de 52 años, con CHA2DS2VASc de media 0.81, y HASBLED de media 0.56, con una estancia media de 10.4 horas y dado de alta en el 95.8% de los casos.

Conclusiones:

1) La mayor utilización del procedimiento de CVE, en los Servicios de Urgencias Hospitalarios, para los pacientes con FA, siendo progresiva años tras año, lo que supone un importante puntal, en la calidad del proceso de FA en dichos Servicios. 2) La gran efectividad de la CVE con un 95% de pacientes que pasan a ritmo sinusal estable y sus pocos efectos secundarios < 2%, lo que refuerza aún más que su utilización debe seguir creciendo, como un proceso importante en el manejo de los pacientes con FA en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardíaca, síndrome coronario agudo)

P-375

CÓDIGO INFARTO: EXPERIENCIA DE 2 AÑOS EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

MD Lopera Arroyo (1), A Flores (2), JJ Arias Garrido (3), J Oneto (4), E Cano Bernal (1)

(1) Urgencias. Hospital de Jerez, (2) DCCU Jerez, (3) FEA UCI Hospital Jerez, (4) Hemodinámica Hospital Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Palabras claves: infarto, reperfusión, SCACEST

Objetivos:

El manejo del IAM continúa experimentando cambios importantes. Con la introducción de nuevos tratamientos, actualizaciones de guías especializadas y resultados óptimos hay que subrayar un descenso en la mortalidad aguda y a largo plazo después de un IAMCEST, en paralelo con un aumento de la terapia de reperfusión.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo basado en los datos recogidos en registro ARIAM en área sanitaria Norte de Cadiz en el año 2014 tras la disponibilidad de hemodinámica 24h/7d desde el año 2013. Para ello se han incluido a pacientes con SCACEST subsidiarios de tratamiento de reperfusión, analizando tiempos de traslado por equipos de emergencia prehospitalarios, hora de iniciación de la coronariografía y casos donde se realizó fibrinólisis.

Resultados:

Durante el año 2014 se registraron 134 pacientes con SCACEST. 102 pacientes (76%) candidatos a coronariografía (angioplastia 1º en 90 pacientes-67%), y 32 pacientes (24%) recibieron fibrinólisis. de los cuales a 20 pacientes se les realizó angioplastia de rescate y a 12 angioplastia de consolidación. De los 102 pacientes que recibieron coronariografía, el 82% fue atendido por equipo de urgencias prehospitalarias frente al 18% que acudió por medios propios. Se analizó franja horaria: 96 pacientes subsidiarios de angioplastia, 40 fue en horario de mañana, 31 en la madrugada y 25 en horario tarde-noche. La mortalidad intrahospitalaria fue de 6 pacientes (4,5%), la mayoría en shock cardiogénico.

Conclusiones:

- A partir de enero 2013 el tratamiento de reperfusión precoz se ha hecho extensible al 100% de los pacientes con SCACEST.
- Con la disponibilidad de hemodinámica "24 h/7 d", el porcentaje de coronariografía en SCACEST ha sido en 2014 del 75%, frente a un 13% de los pacientes sin tratamiento de reperfusión.
- El tiempo de evolución del IAM fue más prolongado en los pacientes que acudieron al hospital por "medios propios" que los que acudieron al sistema de emergencias.

P-376

SEGUIMIENTO A 3 AÑOS VISTA DE PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR QUE ACUDEN A URGENCIAS DURANTE 2011

L García Forcén (1), F Ruiz Ruiz (2), J Gómez Bitrian (2), R Royo Hernández (2), M de Azúa Jiménez (2), M Navarro Aguilar (2), J Navarro Calzada (2)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet, (2) Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: atrial fibrillation, anticoagulants, anti-arrhythmia agents

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA) es un proceso frecuente en los servicios de urgencias hospitalarias. La estrategia a seguir es decidida la mayoría de las veces por el urgenciólogo, siendo pocos, una vez controlado el cuadro, los pacientes que ingresan por este motivo.

Material o pacientes y método:

Se seleccionaron los pacientes diagnosticados por un primer episodio de FA en el periodo que comprende del 01/01/2011 hasta el 30/08/2011. Posteriormente se revisaron las historias clínicas, analizándose los episodios ocurridos durante el periodo de estudio. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial con los datos recogidos utilizando el programa SPSS (V22).

Resultados:

120 pacientes fueron seleccionados. 65 pacientes (52%) consultaron al menos una vez en el servicio de urgencias, 32 (27%) ingresaron y 14 pacientes (12%) fallecieron. Entre los factores asociados a un mayor porcentaje de ingresos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los pacientes con mayor edad ($64,4 \pm 13,7$ vs $75,7 \pm 12,6$ $p < 0,05$), hipertensos (16% vs 37% $p < 0,05$), diabéticos ($24,4\%$ vs $55,6\%$ $p < 0,05$), con arteriopatía periférica (26% vs 75% $p < 0,05$) y una mayor puntuación en las escalas CHA2DS2Vasc ($2,25 \pm 1,48$ vs $3,41 \pm 1,6$ $p < 0,001$) y HASBLED ($1,32 \pm 0,8$ vs $2,11 \pm 0,92$ $p < 0,001$). No se objetivaron diferencias en función de la estrategia terapéutica elegida o la presencia o no de anticoagulación. En cuanto a la mortalidad, la edad, la presencia de insuficiencia cardíaca y la puntuación de las escalas CHA2DS2Vasc y HASBLED se asociaron a una mayor mortalidad ($p < 0,005$). Al aplicar el modelo de supervivencia de Cox no se encontraron variables independientes asociadas a un mayor número de reingresos o mortalidad.

Conclusiones:

Los datos presentados muestran como aquellos pacientes de mayor edad y comorbilidad asociada presentan un peor pronóstico. Si bien el limitado número de pacientes de la muestra no permiten identificar factores específicos asociados al ingreso o mortalidad tras un primer episodio de FA. Por otro lado, casi la mitad de los pacientes (48%) no precisaron de asistencia hospitalaria y la supervivencia fue del 88%, 3 años después del primer episodio.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

P-377

DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

B Grégori Ibáñez, S Bohórquez Batlle

Hospital de Barbastro. Huesca.

Palabras claves: disección aórtica, síndrome aórtico agudo, dolor torácico

Objetivos:

Dentro de las causas que potencialmente amenazan la vida de un paciente con dolor torácico, se encuentra la Disección Aórtica Aguda (DAA), frecuentemente infradiagnosticada en una fase inicial. La DAA tiene una elevada tasa de mortalidad, que aumenta con cada hora de retraso en el tratamiento quirúrgico cuando está indicado. Por tanto es un objetivo primordial un diagnóstico precoz y un rápido enfoque terapéutico.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de tres casos de DAA en el Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro. Revisando sus historias clínicas, se recogieron datos sobre: factores de riesgo, síntomas y signos observados, pruebas complementarias realizadas y tiempo hasta el diagnóstico de los casos de DAA asistidos en el Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro durante el segundo semestre de 2014.

Resultados:

Los tres pacientes consultaron por dolor intenso (67% torácico, 33% abdominal), súbito e irradiado (33% a cuello, 33% a espalda y brazo izquierdo, 33% a zona lumbar). Los síntomas acompañantes más frecuentes fueron el cortejo vegetativo y la debilidad de extremidades. El 100% presentaba factores de riesgo cardiovascular (FRCV): 100% tabaquismo, 67% HTA, 33% dislipemia. Ninguno estaba diagnosticado de enfermedades específicas de la aorta. Dos tercios de los casos presentó HTA, un tercio hipotensión arterial. En ninguno se apreció alteración en los pulsos periféricos. En ninguno de los casos el ECG inicial fue diagnóstico y en los tres se apreciaba una discreta elevación de troponina T ultrasensible, elevación del dímero D y ensanchamiento mediastínico en la radiografía de tórax. Los tres casos se confirmaron mediante TAC con contraste. La media de tiempo hasta el diagnóstico definitivo fue 23h. Los tres casos fueron diagnosticados de DAA tipo A (Stanford).

Conclusiones:

Ante el paciente con dolor torácico, abdominal o dorsolumbar agudo, y fundamentalmente en presencia de FRCV y ECG no diagnóstico, se debe considerar la DAA en el diagnóstico diferencial. Ni los datos de laboratorio ni la radiología simple son útiles para confirmar el diagnóstico, precisándose de una prueba de imagen precoz para establecer un rápido y correcto enfoque terapéutico.

P-378

ESTUDIO FURCU III: PACIENTE INGRESADO CON DIAGNÓSTICO DE FA EN LA SALA DE OBSERVACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA DE 3º NIVEL

J Gómez Bitrián, R Royo Hernández, M de Azúa Jiménez, L Urieta González, C Marco López, JA Ibáñez Pérez de Viñaspre
Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: fibrilación auricular, sala observación, arritmia

Objetivos:

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en nuestro medio, con un porcentaje elevado de urgencias atendidas por este motivo.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio, observacional, descriptivo y prospectivo, de los pacientes mayores de 14 años que ingresan con el diagnóstico principal de FA en la SOU de un Servicio de Urgencias Hospitalario, desde el 1 de Enero del 2014 al 31 de Diciembre del 2014. Los datos se recogieron en una base de datos desde la historia clínica informatizada del paciente.

Resultados:

Total pacientes ingresados en la SOU con FA: 492 pacientes, con edad media de 71 años, 225 hombres (45.8%) y 267 mujeres (54.2%). Media de CHA2DS2 VASc de 2.80 y una media de HAS BLED 1.56. Con una estancia media de 9 h. Respecto a los factores de riesgo y la comorbilidad destacamos los siguientes datos: HTA en 327 pacientes (66.4%), dislipemia en 161 (32.7%), diabetes 95 (19.3%), cardiopatía isquémica 70 (14.2%), valvulopatía 54 (10.9%), ACVA previo 41 (8.4%), patología tiroidea 36 (7.3%), EPOC 35 (7.1%), insuficiencia renal 28 (4.6%) y SAOS 13 (2.6%). Según el tipo de FA: primer episodio 169 (34.3%), FA paroxística 206 (41.8%) y FA persistente-permanente 94 (19%). Datos de alta: 434 (88%), e ingresados 54 (12%).

Conclusiones:

1) La HTA es el factor de riesgo con más presencia en los pacientes con FA con un 66.4%, muy distante del resto de factores, seguramente por su gran prevalencia. 2) El tipo de FA que más frecuentemente se atiende en la SOB es la paroxística (41.8%), debido a sus características, con una resolución en < de 48 h en un alto porcentaje de casos. 3) Destacamos el alto porcentaje de pacientes dados de alta desde la SOB, un (88%). Fundamentalmente debido a tres circunstancias: puesta en marcha de un protocolo de actuación desde hace 10 años, Edad media de los pacientes, no muy elevada (71 años de media) y tipo de FA, con pocos casos de FA persistente-permanente.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

P-379

**LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN URGENCIAS:
UNA TÉCNICA SEGURA**

I Cabello Zamora, J Jacob Rodríguez, JR Pérez Mas, E Lista
Arias, X Palom Rico, I Bardés Robles

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Palabras claves: cardioversión eléctrica, arritmia supraventricular,
ritmo sinusal

Objetivos:

Las arritmias supraventriculares representan un importante motivo de consulta en los servicios de Urgencias. La probabilidad de restaurar y mantener el ritmo sinusal en estos pacientes es mayor cuanto más precoz sea la actuación terapéutica. La cardioversión eléctrica (CVE) es un procedimiento seguro que puede realizarse por profesionales de los servicios de Urgencias específicamente formados.

Material o pacientes y método:

Se revisaron de forma retrospectiva las CVE realizadas por los profesionales de Urgencias durante un período de 1 año (Julio 2013-Julio 2014). Se recogieron datos demográficos, hemodinámicos, tipo de arritmia, procedimiento de sedación y persistencia del ritmo sinusal al mes y 6 meses de la CVE.

Resultados:

Se registraron 44 CVE. El 50% eran hombres, con una edad media de 67.25 años. De las arritmias, 17 (39%) eran flutter, 25 (57%) FA, 2 (4%) taquicardia paroxística supraventricular (TPSV y en el 16% (7) de estos pacientes la arritmia fue diagnosticada de novo. En 6 de estos pacientes (13.6%) se registró inestabilidad hemodinámica (TAS > 80, 100mmHg) y la frecuencia cardiaca media fue de 114 ppm. El 39% (17) recibió medicación antiarrítmica previa a la CVE, 12 (70.5%) amiodarona, 4 (23.5%) propafenona y 1 (6%) adenosina. Las CVE se realizaron en modo bifásico con energías de 100 a 150 Jules, y se revirtió a ritmo sinusal en el 93% (41) de los casos. La sedación se realizó sin complicaciones con propofol en 40 casos (91%) y con etomidato en los 4 (9%) restantes. De los 44 pacientes, 38 (86%) mantenían el ritmo sinusal al cabo de 1 mes de la CVE y 30 (68%) lo hacían a los 6 meses.

Conclusiones:

Nuestra experiencia apoya que esta técnica puede ser perpetrada con seguridad y eficacia por profesionales de la Urgencia. El elevado porcentaje de pacientes que mantienen el ritmo sinusal tras la CVE respalda la necesidad de realizar este procedimiento de la forma más precoz posible.

P-380

**TRATAMIENTO CON FLECAINIDA Y SU EFICACIA
EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN
URGENCIAS DURANTE CUATRO AÑOS (2011-2014)**

J Gómez Bitrián, M de Azúa Jiménez, R Royo Hernández, C
Marco López, JA Ibáñez Pérez de Viñaspre, L Urieta González
Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: fibrilación auricular, tratamiento, flecainida

Objetivos:

Entre los tratamientos efectivos para el control del ritmo en la Fibrilación auricular (FA) se encuentra la flecainida. Su eficacia está contrastada, aunque en ocasiones se relega su uso en favor de otros fármacos cardiovertidores.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio, observacional durante cuatro años, descriptivo y prospectivo, de los pacientes mayores de 14 años que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario, con el diagnóstico principal de fibrilación auricular (FA) desde el 1 de Enero del 2011 al 31 de Diciembre del 2014. Los datos se recogieron en una base de datos (FileMaker Pro 12) desde la historia clínica informatizada del paciente (PCH).

Resultados:

Se estudiaron un total de 1.957 pacientes con FA, utilizándose para cardioversión farmacológica (CVF) con flecainida en 171 pacientes (8,7% del total), con una edad media de 56 años, 121 hombres (70.7%) y un CHADS2 de media de 0.7, siendo efectivo, con paso a ritmo sinusal estable, en 148 casos (86.5%), con tres efectos secundarios (1.8%), una estancia media de 6.9 horas y un (99.5%) de altas hospitalarias.

Conclusiones:

1) El perfil del paciente en el que se utiliza flecainida para la cardioversión farmacológica de una FA, en Urgencias: es de un hombre de 56 años sin apenas factores de riesgo (CHADS2 de 0.7 de media) 2) Destacamos su gran utilidad en los Servicio de Urgencias: por su alto porcentaje de efectividad un (86.5%) de los casos con su escaso porcentaje de efectos secundarios (1.8%), su estancia media de solo 6.9 horas y prácticamente un 100% de altas hospitalaria.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

P-381

EFICACIA Y SEGURIDAD DE VERNAKALANT EN LA REVERSIÓN A RITMO SINUSAL DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

E García Alfocea, R Pérez Costa, FJ Sierra Prefasi, C Moreno Barba, I Martínez Nicolás, JA Serrano Marínez

*Hospital Morales Meseguer. Murcia.***Palabras claves:** Vernakalant, fibrilación auricular, cardioversión**Objetivos:**

Vernakalant es un nuevo antiaritmico indicado para la conversión rápida a ritmo sinusal (RS) de la fibrilación auricular (FA) de comienzo reciente. Su eficacia y rapidez en conseguir el objetivo lo convierte en una alternativa prometedora en los servicios de Urgencias hospitalarios (SHO).

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes que recibieron Vernakalant para el tratamiento del ritmo en la FA desde que disponemos del fármaco (Enero 2014). Se indicó para pacientes con cardiopatía estructural leve en situación funcional I-II del NYHA y que no tuvieran una contraindicación para su utilización. En ellos valoramos edad y sexo, número de dosis, efectos secundarios, eficacia en la reversión, tiempo en conseguir la reversión, necesidad de ingreso y tiempo de estancia en urgencias. Los pacientes que revertían quedaban en observación durante 2 horas.

Resultados:

Se incluyeron en el estudio 15 pacientes que cumplían los requisitos. La edad fue de $66,87 \pm 11,69$, 40% mujeres y 60% hombres, el tiempo de evolución de la arritmia $3,40 \pm 2,38$ horas. Se consiguió la reversión en 10 pacientes (66,7%). El tiempo en conseguir la reversión fue de $9,90 \pm 7,67$ minutos (máximo 31 y mínimo 3). El tiempo de estancia en urgencias fue de $5,93 \pm 4,57$ horas, precisaron ingreso 66,7% de pacientes. Aparecieron efectos secundarios en el 33,3% (2 pacientes tos, 2 estornudos y 1 flutter auricular).

Conclusiones:

1. Vernakalant consigue la reversión en dos tercios de los pacientes, porcentaje superior a estudios previos con otros fármacos. 2. En los pacientes que se consigue la reversión, lo hace en poco tiempo (muy inferior a estudios previos con otros fármacos) lo que condiciona un tiempo corto de estancia en urgencias y una disminución de los ingresos hospitalarios. 3. La aparición de efectos secundarios importantes es escasa (flutter en un paciente) y cuando aparecen (en un tercio de pacientes) son de escasa importancia (tos y estornudos).

P-382

DOCTOR, ESTOY ALGO NERVIOSA Y ME CUESTA RESPIRAR

MP Suárez Beke, JA Sánchez Nicolás, P Lázaro Aragüés, LJ López Torres, A Marco Berna, MJ Martínez Valero, P Piñera Salmerón

*Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.***Palabras claves:** heart diseases, peripartum, clinic**Objetivos:**

La miocardiopatía dilatada periparto es una patología muy poco frecuente, sin embargo, presenta una alta tasa de mortalidad. Se define como aquel trastorno de causa desconocida en el cual la disfunción sistólica del ventrículo izquierdo y los síntomas de fallo cardiaca suceden entre el último mes del embarazo y los primeros cinco meses posparto en mujeres sin signos ni síntomas preexistentes de enfermedad cardiaca. Un criterio añadido, el hallazgo mediante ecocardiografía de disfunción sistólica ventricular izquierda.

Material o pacientes y método:

Mujer de 33 años, acude a urgencias por disnea de inicio brusco, ortopnea y taquicardia desde anoche. Previamente presentaba fatiga, edema en miembros inferiores y disnea progresiva en su último mes de embarazo que ha empeorado tras el parto hace una semana y que según la paciente, lo atribuía a ansiedad que no cedía con la toma de Diazepam. La paciente pasa a camas de observación para la realización de las siguientes pruebas complementarias (ECG, analítica, gasometría, radiografía de tórax, angioTAC) e iniciar el tratamiento pertinente.

Resultados:

ECG: taquicardia sinusal, 100 lpm, ensanchamiento onda P, PR normal. QRS estrecho. No alteraciones en la repolarización. Analítica y gasometría a destacar: Dímero-D 2420, Troponina I 0.008, pro-BNP 2592 (una semana después 393), Resto normal. Radiografía tórax: cardiomegalia moderada, redistribución vascular pulmonar e imágenes alveolares sugestivas de edema agudo pulmonar incipiente. Angio-TAC: Cardiomegalia a expensas de cavidades izquierdas. Moderado-pequeño edema pulmonar y derrame pleural bilateral. No se evidencia imágenes sugestivas de tromboembolismo pulmonar. Ecocardiograma: dilatación de aurícula izquierda. Ventrículo derecho de tamaño y contractilidad normal. Ventrículo izquierdo muy dilatado con hipocinesia global más severa en segmento medio y basal de la pared lateral y pared inferior. FEVI estimada 40-45%. Válvula de morfología normal con insuficiencia mitral central ligera por dilatación del anillo.

Conclusiones:

Dada la ausencia de cardiopatía previa, la edad de la paciente y el reciente parto, parecen dirigir el diagnóstico hacia una miocardiopatía dilatada periparto. Por lo que un buen abordaje desde

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

el inicio, se consigue una buena evolución de dicha enfermedad. El tratamiento de los signos y síntomas de la enfermedad a tiempo, permitirán que la tasa de mortalidad en nuestras pacientes afectadas disminuyan.

P-383

INFLUENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL PRONÓSTICO DE LAS PACIENTES QUE CONSULTAN A URGENCIAS POR DOLOR TORÁCICO

B Coll-Vinent Puig, C Fuenzalida Inostroza, S Calderón,
B Martínez, F Céspedes, G Martí Carrizosa

Hospital Clínic de Barcelona.

Palabras claves: violencia de género, dolor torácico, urgencias

Objetivos:

No hay estudios longitudinales sobre la influencia de la violencia intrafamiliar y/o de género (VIG) en el control de los factores de riesgo cardio-vascular (FRV) y el dolor torácico (DT).

Material o pacientes y método:

Inclusión de las mujeres que consultaron por DT a urgencias, en días y horas seleccionados previamente. Se les realizó entrevista, test del Partner Violence Screen (PVS), y seguimiento telefónico y revisión del historial clínico a los 30 días. Se analizó datos socio-demográficos, existencia y control de FRV, enfermedad actual, complicaciones y reingresos.

Resultados:

Se incluyó a 120 pacientes, de edad media $62,1 \pm 18,2$ años. La entrevista reveló VIG en 29 pacientes (24,2%), 6 actual y 23 previa. De estas últimas 57,9% referían secuelas psicológicas, y el PVS fue negativo en el 65%. Tipo de VIG (uno o más): maltrato infantil (6, en 2 abuso sexual), psicológico (18), físico (10), sexual (1). Las mujeres que sufrían o habían sufrido VIG eran más jóvenes ($54,3 \pm 15,0$ vs $64,8 \pm 18,3$, $p=0.006$) y eran más activas laboralmente (62,1% vs 27,7%, $p=0.02$). Tenían mayor incidencia de sobrepeso (51,7% vs 43,3%) pero sin diferencias significativas. No hubo diferencias significativas en la orientación diagnóstica inicial, el diagnóstico al alta ni en la evolución a corto plazo.

Conclusiones:

La existencia actual o previa de VIG es elevada en las pacientes que consultan por DT a urgencias. El PVS no detecta la mayoría de casos de VIG previa. La repercusión clínica puede persistir al cabo de años de finalizada la situación de maltrato. La existencia de VIG puede contribuir a un peor control de los FRV pero no afecta la evolución a corto plazo.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardíaca, síndrome coronario agudo)

P-384

VALORACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA PRECOZ MEDIANTE EL TRIAJE AVANZADO

A Rocha Dávila, A Puig Vergés, M Planchart Madeo, J Menacho Gabardino, R Fuentes Martínez

Parc Hospitalari Martí I Julià. Salt.

Palabras claves: electrocardiografía, triaje, infarto de miocardio

Objetivos:

De todos los pacientes que consultan a nuestro servicio de urgencias por dolor torácico sólo un pequeño porcentaje presenta algún tipo de síndrome coronario agudo. Detectar estos casos a tiempo es esencial para la buena evolución de los pacientes.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal de una muestra de 626 pacientes que acudieron a nuestro servicio de urgencias presentando dolor torácico, desde Julio de 2014 a Enero de 2015. Se analizan las variables de sexo, edad, antecedentes de enfermedad coronaria previa, diagnóstico final y unidad de destino. También se analiza el tiempo en el que se tarda en realizar y valorar el electrocardiograma.

Resultados:

De los 626 casos atendidos por dolor torácico, el 55% eran hombres, mayoritariamente entre 50 y 70 años (32,4%). En la mayoría de los casos (54,8%) no existían antecedentes previos de enfermedad coronaria. En el triaje se realizó un electrocardiograma a todos los casos (en un 59,4% de ellos en menos de 10 minutos). Esto hizo que se detectaran 28 casos de Infarto Agudo de Miocardio, que se pudieron tratar inmediatamente. De estos, 21 fueron derivados a la Unidad Coronaria. (1 de cada 4 pasaron antes por la Unidad de Hemodinamia previa activación del Código IAM).

Conclusiones:

La posibilidad de realizar un electrocardiograma en triaje a los pacientes con dolor torácico que llegan a urgencias y que este sea valorado en menos de 10 minutos, es una herramienta muy útil para poder detectar casos de Síndrome Coronario Agudo y poder iniciar, de manera inmediata, el tratamiento a estos pacientes. De ello dependerá su buena evolución y la disminución de la morbi-mortalidad.

P-385

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES REVERTIDOS A RITMO SINUSAL CON VERNAKALANT

B Medina Tovar (1), M Martínez Martínez (1), J Navarro Zaragoza (2), E García Villalba (1), M Egea Campoy (1), P Piñera Salmerón (1)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía, (2) Universidad de Murcia. Murcia.

Palabras claves: Vernakalant, fibrilación auricular, ritmo sinusal

Objetivos:

Numerosos estudios avalan la eficacia del vernakalant como fármaco para la cardioversión rápida a ritmo sinusal de la fibrilación auricular de inicio reciente en adultos.

Material o pacientes y método:

En nuestro estudio incluimos a todos aquellos pacientes con diagnóstico de FA atendidos entre enero de 2012 y septiembre 2014. De ellos, extrapolamos a aquellos que habían recibido vernakalant analizando su perfil clínico. Si hubo alguna complicación durante el proceso, la estancia media, el destino de los pacientes y por último las reconsultas en menos de 72 horas y a los 6 meses del proceso. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS © 15.

Resultados:

El total de pacientes que recibió tratamiento con vernakalant fue 14. La edad media ($\pm$ desviación estándar) fue 62,71 años ($\pm$ 9,91 años). El 57% eran mujeres, mientras que hombres fueron el 43%. Las principales comorbilidades encontradas fueron: HTA (57%), 42% dislipemia, 14% Diabetes Mellitus, 2 pacientes habían presentado ingreso previo por Insuficiencia cardíaca y una paciente accidente cerebrovascular. El 57% tenía antecedente de FA, un paciente flutter auricular y otro de taquicardia sinusal sostenida. Un ecocardiograma previo al episodio evidenció que: un paciente presentaba una FEVI<35%, 28% tenía cardiopatía hipertensiva, 21% valvular y un paciente dilatada. En ninguno de los 14 casos hubo complicaciones periproceto y la tasa de reversión fue del 100%. La estancia media en el SU fue 780,9 minutos ($\pm$ 370,5 minutos) con un 93% de altas hospitalarias y tan sólo un ingreso en el Servicio de Cardiología. Ninguno de ellos reconsultó en nuestro Servicio en menos de 72 horas y en las revisiones posteriores en consulta de cardiología todos permanecían en ritmo sinusal.

Conclusiones:

Aunque nuestra experiencia en el uso de vernakalant es estrecha, podemos concluir que es un fármaco seguro. Las complicaciones observadas en otras series como la hipotensión o bradicardia, no las observamos. Por último la eficacia fue del 100%, sin reconsultas en los 6 meses siguientes.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

P-386

COMBINACIÓN DE ESCALAS DE RIESGO EN UNA UNIDAD DE SÍNCOPE

A Gil Sánchez, V León Argüero, C Fernández Iglesias, M Debán Fernández, P Herrero Puente, JM Piedra Recio, M González Agúndez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Palabras claves: síncope, Holter, escalas de riesgo

Objetivos:

Entre el 1 de Enero de 2012 y el 30 de Diciembre de 2013 se admitieron en la Unidad de Síncope 200 pacientes con sospecha de síncope de origen cardiaco, realizándose holter de 24 horas y ecocardiograma a estos pacientes. La estancia habitual para completar el Holter y realizar el ecocardiograma a la mañana siguiente suele ser superior a 30 h y en ocasiones, en el fin de semana, supera las 48 h.

Material o pacientes y método:

La media de edad fue de 72 ± 14 años, y se realizó un seguimiento medio de 13 ± 8 meses. En la Unidad se diagnosticaron 15 pacientes (12 bloqueos que precisaron marcapasos, 2 estenosis aórticas y una disfunción ventricular severa a la que se implantó un DAI). Durante el seguimiento se detectaron eventos en 8 pacientes, precisando todos ellos implante de marcapasos.

Resultados:

En nuestra población la Regla San Francisco fue positiva para 58 pacientes, que presentaron 18 eventos (6 en el seguimiento) y negativa para 142, que presentaron 5 eventos (2 de ellos en el seguimiento), con una Sensibilidad 78% y un Valor Predictivo Negativo 96%.

Conclusiones:

La aplicación sistemática de la Escala de San Francisco permitiría reducir en un 71% los ingresos en la Unidad de Síncope, lo que evitaría la ocupación de recursos y la realización de pruebas diagnósticas, con un alto margen de seguridad dado el valor predictivo negativo del 96%.

P-387

SÍNDROME DE BRUGADA

H Solino Díaz, S Sánchez Ortiz, P Lerena Saenz, J Pelayo Lastra, E Vazquez González, MJ Rodríguez Lera, G Torre Alonso

Hospital Sierrallana. Cantabria.

Palabras claves: Brugada, síncope, muerte súbita

Objetivos:

El síndrome de Brugada es una enfermedad rara, más frecuente en hombres en la tercera década de la vida. Su origen es genético. Se produce por la alteración en los genes que dirigen la formación de las proteínas cardiacas que regulan el paso de los iones a través de la membrana celular, conocidas como canales iónicos, es por ello que esta enfermedad se engloba en el grupo de las conocidas como canalopatías. La alteración en el flujo de iones a través de las membranas de las células cardiacas crea alteraciones eléctricas que favorecen la aparición de arritmias, generalmente ventriculares, que pueden provocar síncope o incluso muerte súbita.

Material o pacientes y método:

Presentamos a un paciente varón de 40 años, sin antecedentes personales de interés ni antecedentes familiares de muerte súbita, atendido en varias ocasiones en Urgencias por episodios sincopales de repetición sin prodromos, convulsiones ni periodo postcrítico y con recuperación espontánea. La exploración fue anodina. Se realizó, asimismo, analítica, ECG y diversos estudios neurológicos.

Resultados:

Los resultados analíticos, el TAC, el EEG y el estudio ecocardiográfico fueron normales. Sin embargo, el ECG mostraba un patrón de repolarización característico de Brugada tipo I (elevación del segmento ST en precordiales V1-V3 con un punto J elevado que simula una R' dando la apariencia de bloqueo de rama derecha (BRD)), por lo que se deriva a una Unidad de Arritmias para la implantación de un DAI.

Conclusiones:

El síndrome de Brugada debe ser considerado dentro del diagnóstico diferencial del síncope dada a la gravedad del cuadro. El diagnóstico de este síndrome se basa en la historia clínica completa, el ECG y los registros electrocardiográficos seriados. Son necesarias pruebas complementarias cardiológicas, invasivas o no, que descarten la presencia de cardiopatía estructural.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

P-388

MIOCARDITIS VS PERICARDITIS: PROBLEMA DE SEGURIDAD CLÍNICA. A PROPUESTA DE UN CASO

JA Ibáñez Pérez de Viñaspre (1), P Liévano Segundo (1), J Torrecilla Conde (2), M Rivas Jiménez (1)

(1) Hospital Universitario Lozano Blesa, (2) Centro de Salud Bombarda-Monsalud. Zaragoza.

Palabras claves: pericarditis, miocarditis, urgencias

Objetivos:

Se estima que el 5% de los pacientes valorados en urgencias por dolor torácico de origen no coronario corresponden a cuadros de pericarditis aguda. La pericarditis se asocia a miocarditis en el 15% de los casos. La incidencia de miocarditis aislada es desconocida porque en la mayoría de los casos suele ser totalmente asintomática. El diagnóstico definitivo se establece mediante resonancia cardiaca con gadolinio o con biopsia endomiocárdica. En la práctica el diagnóstico en urgencias se basa en criterios clínicos, electrocardiográficos y analíticos.

Material o pacientes y método:

Presentamos el caso de un varón de raza negra de 44 años, sin antecedentes previos de interés, que acude a un Servicio de Urgencias Hospitalarias por presentar cuadro de dolor precordial opresivo irradiado a brazo izquierdo, de una semana de evolución, que empeora por la noche, mejora al inclinar el tronco hacia delante y parcialmente con la toma de ibuprofeno, y se acompaña de sudoración. Refiere cuadro catarral de vías altas las dos semanas previas. Exploración, pruebas complementarias y evolución: estable hemodinámicamente, afebril. TA 115/60 mmHg. Auscultación cardiaca: rítmica a 60 lpm, sin soplos ni roce pericárdico. ECG: ritmo sinusal a 60 lpm. Eje a 60°. Supradesnivelación cóncava superior del segmento ST de 2mm I, II, aVL, V3-V6. T negativa en III y descenso ST en aVR. Sin criterios de hipertrofia de cavidades. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Marcadores cardiacos al ingreso: Troponina 5'3 ng/ml, CK-MB 34 U/L, con normalización de ambos de forma progresiva a lo largo de los 10 días de ingreso. Bioquímica de sangre y hemograma sin alteraciones. Ecocardiograma transtorácico: normal.

Resultados:
Conclusiones:

La miopericarditis es un cuadro poco habitual, aunque de importante relevancia en los servicios de urgencias. Para su diagnóstico debemos tener presente un alto grado de sospecha junto con criterios clínicos (antecedente de cuadro viral, dolor típico, roce,...), electrocardiográficos (descenso PR, elevación ST difusa cóncava,...) y analíticos (troponina, CK- MB). Resaltar además la importancia de una correcta historia clínica para orientar los diversos diagnósticos que sin tratarse de cardiopatía isquémica aguda, pueden elevar los marcadores de necrosis miocárdica.

P-389

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

A Bajo Bajo (1), ME Santos Pérez (2), A Gómez Prieto (1), R Rodríguez Borrego (1), JJ Salvador Sánchez (1), MJ González Pimienta (1)

(1) Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, (2) Hospital Virgen de la Concha de Zamora.

Palabras claves: monóxido de carbono, infarto agudo de miocardio, intoxicación

Objetivos:

El Monóxido de Carbono -CO- es un gas tóxico incoloro e inodoro resultado de una combustión incompleta. El CO se combina tras inhalarlo con la hemoglobina (Hb), produciendo carboxihemoglobina (COHb), que desplaza al oxígeno, reduciendo el contenido sistémico arterial de O₂. La COHb se fija también a la mioglobina y diversas citocromooxidasas. El resultado es una hipoxia multifactorial. El número de intoxicaciones por CO que se producen cada año en España pueden ser más de 2.500 por año, de las que un centenar serían mortales.

Material o pacientes y método:

Se presenta un paciente que presentó intoxicación por CO y fue atendido en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Resultados:

Paciente de 85 años, HTA, DM tipo II sin antecedentes cardiológicos de interés que refiere haber presentado el día que acudió a urgencias mientras dormía al lado de un brasero de cisco, disnea progresiva hasta ser de reposo. No refiere dolor torácico ni palpitations ni alteración del nivel de conciencia. En la exploración física solo destaca cierta desorientación temporoespacial siendo la exploración cardiopulmonar normal. ECG al ingreso: Ritmo sinusal a 80 l/m. AQRSA -30°, BCRIHH con repolarización secundaria. En la analítica destacaba Glucemia: 293 mg/dl, con función renal normal. Cooximetría: Carboxihemoglobina, 12,4%. Creatina-cinasa (CK): 393, CK-MB Masa: 27,2, Troponina T Ultra-sensible: 234,7 Rx de torax: cardiomegalia con redistribución vascular periférica mínima. SPECT dipiridamol: Isquemia lateral grave y extensa. NO se puede realizar Cateterismo cardiaco. La evolución del paciente fue buena, habiéndose normalizado las cifras de Carboxihemoglobina con O₂ a 100% durante su estancia en el Servicio de Urgencias. El paciente permaneció ingresado en el Servicio de Cardiología durante 9 días.

Conclusiones:

Las intoxicaciones agudas por CO son muy frecuentes en nuestro medio (Castilla y León) en época invernal. En todos los pacientes se debe realizar ECG de rutina así como solicitar marcadores de daño miocardio en aquellos que presenten cualquier tipo de sintomatología cardiológica.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardíaca, síndrome coronario agudo)

P-390

UTILIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE TROPONINA CARDIACA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE BARCELONA

A García Sarasola, A Alquézar Arbé, H Hernández Ontiveros, M Rizzi, I Díaz Rodríguez, M Santalo Bel, J Ordóñez Llanos

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Palabras claves: troponina cardíaca, dolor torácico, infarto de miocardio

Objetivos:

Las guías clínicas recomiendan la utilización en los Servicios de Urgencias de protocolos de diagnóstico rápido de infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST). El diagnóstico del IAMSEST se basa, en gran parte, en la medida de troponina cardíaca (Tnc). Existe gran heterogeneidad de métodos de inmunoanálisis para la medida de Tnc. Actualmente coexisten en el uso clínico inmunoanálisis de menor o mayor sensibilidad (alta sensibilidad) analítica tanto para Tnc-I como para Tnc-T, que tienen distintos límites de decisión clínica y rendimientos diagnósticos. Adicionalmente no existen recomendaciones inequívocas para la interpretación de los resultados de Tnc como el intervalo de tiempo entre determinaciones seriadas, magnitud del cambio necesario para el diagnóstico de IAMSEST y si este cambio debe evaluarse en valores absolutos o porcentuales. En este contexto, es previsible la existencia de una gran diversidad en el tipo de inmunoanálisis y en los protocolos de interpretación en nuestro medio.

Material o pacientes y método:

Contacto telefónico con médicos adjuntos de los puntos de atención urgente: 4 centros de tercer nivel, 8 de segundo nivel y 10 de primer nivel. Registro del inmunoanálisis de Tnc en uso y de la existencia de protocolo para la interpretación de las medidas.

Resultados:

De los 22 centros incluidos se utilizan hasta 8 inmunoanálisis diferentes. En 4 centros se utiliza un método Tnc-T de elevada sensibilidad, 2 son hospitales de tercer nivel, 1 de segundo y 1 de tercer nivel. En 4 centros se utiliza un método Tnc-T convencional, estos 4 centros son de primer nivel. En 12 centros se utiliza Tnc-I convencional, determinada con 6 métodos diferentes, 2 son hospitales de tercer nivel, 7 son de segundo nivel y 3 de primer nivel. En 2 centros de primer nivel no está disponible la determinación de Tnc. Únicamente 5 de los 22 centros disponen de un protocolo de interpretación de Tnc.

Conclusiones:

Dada la diversidad existente en los inmunoanálisis de Tnc, en el informe de alta o traslado debería detallarse el método utilizado para medirla y los criterios para su interpretación. La ausencia de protocolos de interpretación de las medidas de Tnc debe subsanarse.

P-391

VALOR DEL ECOCARDIOGRAMA EN UNA UNIDAD DE SÍNCOPE

A Gil Sánchez, V León Argüero, M Debán Fernández, C Fernández Iglesias, P Herrero Puente, JM Piedra Recio, M González Agúndez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Palabras claves: síncope, ecocardiograma, unidad de síncope

Objetivos:

Las Guías para el Diagnóstico y Manejo del Síncope de la Sociedad Europea de Cardiología recomiendan realizar un ecocardiograma para el diagnóstico y estratificación del síncope cuando se sospecha cardiopatía estructural. El ecocardiograma es diagnóstico en el síncope en pacientes con estenosis aórtica, disección aórtica, taponamiento, anomalías de las arterias coronarias o tumores/trombos intracardiacos. Sin embargo suele indicarse un ecocardiograma a la mayoría de los síncope estudiados.

Material o pacientes y método:

Realizamos una revisión retrospectiva de 200 pacientes admitidos en la Unidad de Síncope entre Junio de 2012 y Diciembre de 2013. Una vez en la Unidad se realizó un ecocardiograma y un holter de 24 horas a todos los pacientes.

Resultados:

12 pacientes fueron diagnosticados de síncope cardiogénico por bloqueo de alto grado diagnosticado en la Unidad de Síncope, mientras que en el seguimiento (13±8 meses) otros 8 pacientes tuvieron eventos cardiacos (todos ellos bloqueo AV de alto grado que precisó de implante de marcapasos permanente). Sin embargo, sólo tres pacientes fueron diagnosticados de síncope cardiogénico / probablemente cardiogénico por los resultados del ecocardiograma (dos pacientes con estenosis aórtica severa y uno con miocardiopatía dilatada y disfunción ventricular severa).

Conclusiones:

Si bien la rentabilidad diagnóstica general de la Unidad de Síncope fue baja en general (7,5% de síncope cardiogénico), probablemente por inclusión de pacientes de bajo riesgo (La Regla de San Francisco para Síncope fue negativa en 142 de ellos, el 71%), la rentabilidad del ecocardiograma fue especialmente marginal (1,5%, tres eventos en 200 pacientes).

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

P-392

LA FIBRILACION AURICULAR (FA) EN EL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN (HAR) DE ÉCIJA: EPIDEMIOLOGÍA Y TRATAMIENTO

AM Jurado Carmona, V Martínez Prieto, E Roales León, C García Bellido, L Prieto-Carreño Candau, P Castro Montero, M Romero González

HAR Écija (Sevilla). Córdoba.

Palabras claves: atrial fibrillation, treatment, epidemiology

Objetivos:

La Fibrilación auricular (FA), es la arritmia cardiaca más frecuente en nuestra práctica clínica. Su prevalencia aumenta con la edad.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se recogen todos los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del HARE de Écija entre enero de 2013 y diciembre de 2013 con diagnóstico al alta, de fibrilación auricular (FA) y analizamos sus datos.

Resultados:

137 pacientes, 56,9% mujeres con una edad media de 73,8±11 años. Mayor prevalencia: octava década. Con respecto a los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV): 81,8% HTA, 30,7% DM2, 32,8% Dislipemia. El 27% eran FA de novo, 42,3% FA paroxística. El 72,6% de las FA de inicio o paroxística no fueron candidatas a cardioversión (> 48 h de evolución), el 22,1% usamos Amiodarona para cardioversión pasando el 80,7% a sinusal. El 80,3% eran FAR-VR y para el control de frecuencia usamos los BB (42,3%). De los 37 pacientes con FA de inicio, el 70,3% tenían CHAD2DS2VASC> 2, anticoagulados con Enoxaparina. Ingresan en observación (13,9%), 17,5% derivación al Hospital de referencia.

Conclusiones:

1. Existe una diferencia estadísticamente significativa en la edad por sexo ($p<0,008$). 2. FRCV: existen diferencias significativas con respecto a la edad, y la HTA ($p<0,002$). No hay diferencias significativas en cuanto al sexo y los FRCV. 3. El fármaco más usado para control de frecuencia (42,3% es Atenolol), ajustándose a nuestro protocolo. 4. Hay que usar más la cardioversión eléctrica y valorar el uso de los nuevos ACO.

P-393

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA FIBRILACIÓN/FLUTTER AURICULAR EN URGENCIAS

MF Barcones Molero (1), M Avellana Gallán (2), E Alonso Formento (3), MJ Pueyo Morer (3), C Garcés San José (4)

(1) Centro de Salud Torrera. Hospital Universitario Miguel Servet, (2) Centro de Salud San José Norte. Hospital Universitario Miguel Servet, (3) Urgencias Hospital Universitario Miguel Servet, (4) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: risk factors, atrial fibrillation, atrial flutter

Objetivos:

La fibrilación y el flutter auricular (FA) son las arritmias cardiacas sostenidas más frecuentes en la población, siendo su prevalencia de 1-2%, por lo que parece importante conocer los factores de riesgo asociados.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en urgencias en los seis últimos meses de 2012 y 2013 con diagnóstico de FA en cualquiera de sus modalidades. Se han revisado las historias clínicas con registro de los factores de riesgo más prevalentes.

Resultados:

De los 1255 pacientes recogidos un 53,1 % son mujeres, siendo la prevalencia similar en hombres y mujeres (1%). La edad media es de 74,7 años. La prevalencia aumenta con la edad, siendo el grupo con más frecuencia el de 75-85 años. El factor de riesgo relacionado con más frecuencia es la hipertensión arterial (69,4%). En segundo lugar encontramos la insuficiencia cardiaca (24,8%) al ser muchas veces consecuencia de ellas. Otros menos frecuentes: la diabetes (21,9%), la cardiopatía isquémica (15,1%), el ictus (10,9%), la insuficiencia renal (5,4%), la insuficiencia hepática (1,4%) y el consumo de alcohol (1,1%). En un 11,6% de los pacientes se asocia a valvulopatía, definida en el estudio como prótesis valvular o valvulopatía mitral significativa. Un 86,4% presentaban fibrilación auricular y un 13,3% flutter auricular. Las segundas se asocian más frecuentemente a valvulopatía con respecto a las primeras (12,6% y 11,4% respectivamente). Al analizar qué patologías se asocian con la no reversión a ritmo sinusal, destacan la edad, la hipertensión arterial, la diabetes, la insuficiencia cardiaca y la presencia de valvulopatía. Los factores que se asocian con más ingresos son la edad, la hipertensión arterial, la diabetes, la insuficiencia cardiaca, la cardiopatía isquémica, la insuficiencia renal, y la valvulopatía.

Conclusiones:

La FA es un problema de salud importante en la población. Podemos esperar su presentación en pacientes de edad avanzada, con hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, diabetes, cardiopatía isquémica y valvulopatía significativa. En caso de no detectarla tendremos que sospecharla en pacientes con palpitaciones con estos factores de riesgo.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

P-394

RECTORRAGIA VENTRICULAR

MJ Pacheco de la Casa, R Rodríguez Muñoz, CA Martín Martín,
E Fernández Misas, P Sirvent Pastor, A García Notario,
F Canal Calderón

Hospital Santa Bárbara. Puertollano.

Palabras claves: rectorragia, síncope, taquicardia

Objetivos:

El síncope es una entidad muy prevalente, que es causa frecuente de consulta médica en los servicios de urgencias. En la mayoría de los casos se debe a un mecanismo reflejo, que tiene buen pronóstico. Por otra parte, entre el 6 y el 30% de los pacientes, presentan un síncope debido a una causa cardiaca, que a veces es la primera manifestación de su enfermedad y puede ser un marcador de mal pronóstico, con riesgo de muerte súbita.

Material o pacientes y método:

Varón de 54 años, con AP: Cardiopatía isquémica crónica estable, Dislipemia, No DM conocida, claudicación intermitente, fumador de 12 cigarros/día, En tratamiento con Dinisor retard 120 mg, adiro 100 mg, simvastatina 20 mg. Remitido por médico de atención primaria tras ser atendido en domicilio por síncope con contusión facial. El paciente presenta mareo de diez días de evolución. Desde hace dos días asocia hipotensión. En el día de la consulta presentó hasta tres episodios sincopales, refiriendo rectorragia abundante con la última deposición. El paciente refiere que en días previos estaba siendo tratado por flemón dentario con antiinflamatorios y antibiótico. EF: BEG, consciente, orientado, normohidratado, eupneico, taquicárdico (143 lpm), hipotenso 108/66, sat O₂ 95%. ACP, tonos rítmicos, sin soplos, Mv conservado. Abdomen: anodino. Miembros inferiores: NO edemas, no signos de TVP. Tacto rectal: Negativo para sangre y melenas. PC: EKG realizado en consulta: TV a 236 lpm. Pasa al box vital, donde bajo sedoanalgesia se hace cardioversión eléctrica con 100 Julios, pasando el paciente a ritmo sinusal con cambios eléctricos en cara inferior compatibles con IAM evolucionado. Hemograma: 18500 leucos (fórmula normal). Bioquímica: Gluc 266, Cr 2.69, CPK 666, Troponina 2.6, PCR 9.7, GOT 148, LDH 307.

Resultados:

El paciente es intubado, pasa a UCI en shock cardiogénico pendiente de realización de angioplastia primaria.

Conclusiones:

Un buen triage, rápido con EKG a su llegada salvó la vida a este paciente ya que todo indicaba que se trataba de shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva baja.

P-395

CIERRE DE LA OREJUELA COMO ALTERNATIVA A LA ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y ELEVADO RIESGO HEMORRÁGICO

G Quispe Figueroa, N Rebollo Aparicio, J Sánchez Redondo,
V Moreno Cuerda, J Aparicio Velazco, J Ruiz Galiana

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

Palabras claves: atrial fibrillation, anticoagulants, atrial appendage

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente. Entre sus principales complicaciones destacan los fenómenos cardioembólicos. La anticoagulación ha demostrado una disminución clínicamente importante de estos eventos, a cambio de un aumento del riesgo hemorrágico. Existen escalas para calcular el riesgo embólico (CHA₂DS₂-VASc) y hemorrágico (HAS-BLED). Es necesario plantear alternativas a la anticoagulación en pacientes con riesgo cardioembólico significativo y riesgo hemorrágico elevado.

Material o pacientes y método:

Descripción de dos casos clínicos de pacientes con FA, del Hospital Universitario de Móstoles, con riesgo cardioembólico significativo (CHA₂DS₂-VASc $\geq$ 2) y riesgo hemorrágico elevado (HAS-BLED $\geq$ 3), en los que se realiza cierre percutáneo de la orejuela durante el año 2014.

Resultados:

CASO 1: Mujer de 63 años con FA paroxística de 2 años de evolución, con mala tolerancia al tratamiento anticoagulante por anemia ferropénica secundario a pérdidas digestivas, razón por la que precisaba de transfusiones de concentrados de hemáties periódicas. Un exhaustivo estudio de extensión no permitió conocer el foco de sangrado. Tras un año de tratamiento anticoagulante, inicialmente con acenocumarol y posteriormente con apixabán, se decide suspender el mismo. Seis meses después presenta un accidente cerebrovascular isquémico en el contexto de un episodio de FA paroxística. Tres semanas más tarde se realiza cierre percutáneo de la orejuela sin complicaciones inmediatas. (CHA₂DS₂-VASc: 4 puntos, HAS-BLED: 3 puntos). CASO 2: Varón de 64 años con antecedentes de HTA, cardiopatía isquémica y FA permanente que presenta hematoma cerebeloso. El paciente es sometido al cierre percutáneo de la orejuela cinco semanas más tarde sin complicaciones inmediatas. Un año después no ha presentado ningún evento cardioembólico (CHA₂DS₂-VASc: 3 puntos, HAS-BLED: 3 puntos).

Conclusiones:

El cierre percutáneo de la orejuela se plantea como una alternativa al tratamiento anticoagulante en pacientes con FA con riesgo cardioembólico significativo y elevado riesgo hemorrágico.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

P-396

SEGURIDAD DE LA IVABRADINA EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

V Torres Machado (1), J Jacob Rodríguez (2), P Beltrán Troncoso (1), F Llopis Roca (1), C Ferre Llosa (1), I Bardés Robles (1)

(1) Servicio de Urgencias y Unidad de Corta Estancia. Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL, (2) Hospital Moises Broggi. Sant Joan Despi. Barcelona.

Palabras claves: insuficiencia cardiaca aguda, ivabradina, seguridad

Objetivos:

La ivabradina es un fármaco indicado en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA), en clase funcional NYHA IV. La seguridad en pacientes con ICA ha sido poco estudiada, por lo que su inicio en un episodio agudo no se realiza habitualmente en urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio bicéntrico de cohortes observacional y prospectivo, no intervencionista, de pacientes con ICA en los que se inicia tratamiento precoz con ivabradina. Se recogen datos demográficos, del episodio agudo, de evolución y seguimiento del tratamiento.

Resultados:

Se recogen 24 pacientes con ICA, con una edad media de 70,4 años. El 54,2% son hombres, y el 58,3% tiene la función sistólica deprimida. La frecuencia cardiaca inicial y al alta fue de 96,3 i 70,3 latidos por minuto, la presión arterial sistólica inicial y al alta fue de 146,2 y 121,2 mmHg, la presión arterial diastólica inicial y al alta fue 82,2 y 66,8 mmHg. Estas diferencias fueron significativas en todos los casos ($p < 0,005$). No se retiró ningún tratamiento por intolerancia o efectos adversos.

Conclusiones:

El inicio precoz del tratamiento con ivabradina en pacientes con ICA es seguro, con buena tolerancia y eficacia, por lo que se puede iniciar en el momento agudo.

P-397

ESTUDIO SOBRE LAS NECESIDADES DE CUIDADOS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED DE OSUNA

A Rojas Ramírez, N Rodríguez Tejada, N Liébana Gómez
Área Sanitaria Osuna. Écija.

Palabras claves: cuidados cardiacos (cardiac care nursing), dolor (pain), síndrome coronario agudo (acute myocardial infarction)

Objetivos:

Los pacientes que acuden al servicio de urgencias con dolor torácico suponen una proporción significativa del volumen de urgencias. En la mayoría de los ingresos hospitalarios por dolor torácico finalmente se demuestra que no tenían un síndrome coronario agudo. Se ha realizado un estudio de los pacientes ingresados en observación de urgencias del hospital Nuestra Señora de la Merced de Osuna durante el año 2014 con el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo, teniendo en cuenta su respiración, nivel de consciencia, dolor, piel, riesgo de padecer úlceras por presión y la necesidad de oxígeno en el momento del ingreso.

Material o pacientes y método:

Para ello se ha realizado un estudio descriptivo de intervalos entre Enero de 2014 y Diciembre de 2014 de los pacientes ingresados con el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo en esta área. Se ha tenido en cuenta los siguientes ITEMS: - Respiración - Oxígeno - Nivel consciencia - Dolor - Riesgo de úlceras.

Resultados:

De 38 de los pacientes ingresados en observación de urgencias del Hospital Nuestra Señora de la Merced de Osuna con el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo se obtuvieron los siguientes Resultados: - RESPIRACIÓN: . Eupneico: 65,7% (25 pacientes) . Disnea: 28,9% (11 pacientes) . Ortopnea: 5,2% (2 pacientes) -OXIGENO: . Gafas nasales: 52,6% (20 pacientes) . Ventimax: 7,8% (3 pacientes) . Nada: 39,4% (15 pacientes) -NIVEL CONSCIENCIA . Consciente: 15,7% (6 pacientes) . Colaborador: 76,3% (29 pacientes) . Estuporoso: 7,8% (3 pacientes) -DOLOR . Leve: 26,3% (10 pacientes) . Moderado: 21% (8 pacientes) . Sin dolor: 47,3% (18 pacientes) . Intenso: 5,2% (2 pacientes) -PIEL . Integra: 92% (35 pacientes) . Herida: 5,2% (2 pacientes) . Úlcera: 2,6% (1 paciente) - RIESGO DE ULCERAS . Alto riesgo: 15,7% (6 pacientes) . Riesgo moderado: 31,5% (12 pacientes) . Bajo riesgo: 52,6% (20 pacientes).

Conclusiones:

Podemos concluir que en nuestro estudio, un alto porcentaje de los pacientes ingresados en observación del hospital Nuestra Señora de la Merced de Osuna con el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo se presentaban eupneicos, colaboradores, sin dolor, con piel íntegra, con bajo riesgo de padecer úlceras y con necesidad de gafas nasales, siendo controlado en su totalidad antes de su alta de observación.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardíaca, síndrome coronario agudo)

P-398

¿ES CORRECTO EL NIVEL DE PRIORIDAD ATRIBUIDA AL DOLOR TORÁCICO EN SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER?

S Aznar Cantín, S Aznar Cantín, H Roiz Andino, G Jiménez Díaz, V Heras Fernández, G Esteban Gutiérrez, W Humaid

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid

Palabras claves: chest pain, acute coronary syndrom, Triage Manchester

Objetivos:

El Dolor Torácico (DT) es un motivo de numerosos protocolos en cualquier Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH), por su frecuencia y por la relevancia del diagnóstico precoz del Síndrome Coronario Agudo (SCA). El Sistema de Triage Manchester incluye entre sus motivos de consulta el dolor torácico y le atribuye un Nivel de Prioridad (de 1 a 5) que marcará la conducta a seguir en el SUH.

Material o pacientes y método:

Muestra de la totalidad de pacientes que acuden a nuestro SUH en el año 2014, obteniendo las variables desde la historia informática y realizando el análisis estadístico mediante Excel

Resultados:

Durante 2014 y sobre un total de 124044 urgencias, se atendieron 3474 pacientes por dolor torácico (54.3% varones y 45.7% mujeres), de ellos 2991 (el 86.1%) en Área Médica por origen no traumático (2.4% del total). La distribución por Nivel de Triage fue: 10 pacientes de Nivel 1 (rojo), 389 de nivel 2 (naranja), 2302 de nivel 3 (amarillo), 734 de nivel 4 (verde) y 39 de nivel 5 (azul). 202 pacientes ingresaron con diagnóstico de SCA y su Nivel de Triage se había distribuido de la siguiente forma: 7 pacientes de Nivel 1 (rojo), 68 de nivel 2 (naranja), 109 de nivel 3 (amarillo), 18 de nivel 4 (verde) y ninguno de nivel 5 (azul).

Conclusiones:

Observamos que entre los pacientes que finalmente fueron diagnosticados de SCA se estableció un Nivel de Triage de alta y moderada prioridad en la mayoría de los casos (91% clasificados en niveles 1 a 3).

P-399

MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO O SÍNDROME DE BALLOONING: A PROPÓSITO DE UN CASO

J Vega Calveres (1), D Denia Samper (2), J Castany Pich (2), I Feliu Pérez (2), MJ Ruiz Vert (2), C Regordosa García (2)

(1) Sum Andorra, (2) ICS. Artesa de Segre.

Palabras claves: Takotsubo, síndrome torácico

Objetivos:

La Miocardiopatía de Takotsubo, o Síndrome de Ballooning, es una miocardiopatía adquirida caracterizada por la aparición de hipo o acinesia anteroapical transitoria del ventrículo izquierdo. Su presentación es similar a un síndrome coronario agudo, con dolor precordial, cambios electrocardiográficos y elevación moderada de enzimas cardíacas, siendo tan solo posible diferenciarlo de éste realizando coronariografía. La fisiopatología sigue siendo algo dudosa, aunque la descarga masiva de catecolaminas (secundaria a situaciones de estrés), tiene un papel importante como factor precipitante. Su pronóstico suele ser benigno, normalizándose el ECG en días o semanas. El tratamiento médico se limita al habitual de los SCA y de sus complicaciones. La anticoagulación se valora en fase aguda en formas no complicadas y cuando existe disfunción ventricular grave (FEVI <35%) para prevenir posibles efectos embólicos.

Material o pacientes y método:

Revisión bibliográfica y revisión de un caso real en el ámbito extrahospitalario.

Resultados:

Nuestro paciente, varón de 32 años, sin FRCV, inició con la clínica típica de un Síndrome Coronario Agudo (dolor centrotorácico opresivo, vegetativismo). El ECG realizado en el medio extrahospitalario, mostraba elevación de ST de V1 a V4 (de 2 mm) y presencia de Q anterior. Se le administró AAS 250 mg, Clopidogrel 600mg y se inició Nitroglicerina endovenosa, activando Código IAM, con la sospecha diagnóstica de SCACEST anterior. Trasladado al Hospital de referencia, donde la coronariografía y la ventriculografía, mostraron arterias coronarias sin lesiones angiográficas y una severa hipocinesia anteroapical de ventrículo izquierdo, con función global en el límite de la normalidad. Se diagnosticó de Síndrome de Takotsubo, instaurando tratamiento correspondiente, y normalizándose las alteraciones electrocardiográficas en los 5 días siguientes.

Conclusiones:

Un Síndrome poco frecuente, aunque importante por su gran similitud con el Síndrome Coronario Agudo, y aún más siendo tan solo posible diferenciarlo con coronariografía.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

P-400

NEUMONÍA EN URGENCIAS... FIEBRE QUE MUESTRA UN SÍNDROME DE BRUGADA

JL Sierra Monzón, C Marco López, J Rubio Gracia,
G Verdejo Muñoz, B Sierra Bergua
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: síndrome de Brugada, arritmias cardíacas, fiebre

Objetivos:

El síndrome de Brugada (SB) es una canalopatía asociada a un riesgo incrementado de fibrilación ventricular y muerte súbita en pacientes sin cardiopatía estructural, sobre todo varones jóvenes. Su identificación precoz y correcto manejo es imprescindible para prevenir eventos potencialmente letales en el paciente y en sus familiares.

Material o pacientes y método:

Mujer de 60 años, con antecedente de síncope etiquetado de vasovagal y padre fallecido de muerte súbita. Consulta en Urgencias por fiebre de 40°C y disnea de 24 horas de evolución. La Rx de tórax muestra condensación del lóbulo medio derecho. El ECG destaca QRS con morfología de bloqueo de rama derecha seguido de ascenso del ST de 3 mm y onda T negativa en V1 y V2 compatibles con patrón tipo 1 de SB. Tras monitorización y control de la fiebre con antitérmicos y antibióticos desaparece el patrón mencionado en el ECG.

Resultados:

El SB es causa del 10 al 20 % de las muertes súbitas en pacientes sin cardiopatía estructural. Se describen 2 patrones ECG, el tipo 1 descrito en nuestra paciente y el tipo 2 que agrupa los anteriores tipos 2 y 3 con ascenso del ST que sigue de una T positiva o en silla de montar sin recuperar la línea isoeletrica. Estas alteraciones pueden estar presentes espontáneamente, tras inducción electrofisiológica o en otras situaciones que pueden ponerlo de manifiesto como fiebre, estrés o alteraciones iónicas. En éste caso la fiebre por una neumonía desenmascara una patología que tiene peor pronóstico por el riesgo de muerte súbita. El implante de desfibriladores (DAI) es la única medida que ha demostrado mejorar la supervivencia con indicaciones claras dirigidas a identificar a sujetos de alto riesgo (arritmias ventriculares o síncope no explicados). Nuestra paciente no cumplía criterios para el implante de DAI.

Conclusiones:

SB se asocia a riesgo de muerte súbita. Situaciones frecuentes en Urgencias como la fiebre pueden desenmascararlo por lo que es importante conocer el patrón de ECG para poder diagnosticarlo.

P-401

REVISIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON FLUTTER Y FIBRILACIÓN AURICULAR: FÁRMACOS ANTIARRÍTMICOS EMPLEADOS EN SU MANEJO

S Loscos Aranda (1), C Blanco Torrecilla (2), JE Alonso Formento (1), MJ Pueyo Morer (1), C Garcés San José (1), H Ordiz Suárez (1)
(1) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, (2) Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Palabras claves: fibrilación auricular, fármacos, manejo

Objetivos:

La fibrilación y el flutter auricular constituyen un importante reto para los profesionales de los Servicios de Urgencias debido a su elevada frecuencia y comorbilidad derivada tanto de sus efectos directos como de la iatrogenia de su tratamiento.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo tras la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de Fibrilación o Flutter auricular en cualquiera de sus modalidades vistos en el servicio de urgencias de nuestro Hospital durante los últimos seis meses de los años 2012 y 2013.

Resultados:

De los 1255 pacientes recogidos un 53,1% eran mujeres. La edad media fue 74,7 años siendo el grupo más numeroso el comprendido entre los 75-85 años. De las arritmias tratadas, un 86,4% eran fibrilaciones auriculares y un 13,3% flutter auricular. El 67,5% eran primeros episodios o paroxísticas y un 30,5% persistentes o permanentes. Solo en un 32,4% pudo constatar una duración de la clínica < 48 horas. Se utilizaron fármacos para el control del ritmo en un 22,4% siendo el más utilizado la Amiodarona. En un 48,6% se utilizaron fármacos para el control de la frecuencia siendo los fármacos más empleados los calcioantagonistas (30,8%), la Digoxina (18,5%) y los β-bloqueantes (11,6%). Por orden de frecuencia, los fármacos empleados al alta de urgencias fueron: β-bloqueantes (28,2%), calcioantagonistas (28%), Digoxina (17,9%), Amiodarona (14,3%), Flecainida (6,2%), Dronedarona (5,6%) y Propafenona (0,4%).

Conclusiones:

Acorde con los hallazgos en nuestra población, el perfil clínico de los pacientes con fibrilación y flutter auricular son, en su mayoría, mujeres mayores de 70 años. Un dato llamativo es que solo en un 32,4% de los casos pudo determinarse una duración <48h por lo que en prácticamente la mitad de los casos tratados farmacológicamente se optó por tratamiento frenador, destacando sobre todo el empleo de calcioantagonistas (30,8%). El grupo terapéutico más empleado al alta domiciliaria fueron β-bloqueantes (28,2%).

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardíaca, síndrome coronario agudo)

P-402

CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA DE LA UTILIZACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR (2011-2014)

R Royo Hernández, M de Azúa Jiménez, C Marco López, JA Ibáñez Pérez de Viñaspre, L Urieta González, J Gómez Bitrian
Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: fibrilación auricular, tratamiento, anticoagulantes orales

Objetivos:

Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOAD) aparecieron en el mercado hace unos años como fármacos eficaces y seguros para el control de los efectos cardioembólicos en los pacientes con Fibrilación Auricular no valvular (FANV).

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio, observacional durante cuatro años, descriptivo y prospectivo, de los pacientes mayores de 14 años que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario, con el diagnóstico principal de fibrilación auricular no valvular (FANV) desde el 1 de Enero del 2011 al 31 de Diciembre del 2014. Los datos se recogieron en una base de datos (FileMaker Pro 12) desde la historia clínica informatizada del paciente (PCH).

Resultados:

En 2011 de 473 pacientes con FANV se inicio tratamiento anti-trombótico en 142 pacientes (30%), 136 con AVK (95,7%) y 6 con ACOAD (4,2%), en el 2012 de 491 pacientes con FANV se inicio tratamiento anti-trombótico en 171 pacientes (34,8%), 127 con AVK (74,2%) y 35 con ACOAD (25,7%), en el 2013 de 501 pacientes con FANV se inicio tratamiento anti-trombótico en 265 pacientes (52,8%), 187 con AVK (70,5%) y 78 con ACOAD (29,4%), en el 2014 de 492 pacientes con FANV se inicio tratamiento anti-trombótico en 189 pacientes (38,4%), 104 con AVK (55%) y 85 con ACOAD (45%).

Conclusiones:

1) Destacamos como punto fundamental e importante puntal en la buena actuación de los Servicio de Urgencias, en el manejo de los pacientes con FANV, la progresiva prescripción del inicio de la anticoagulación, llegando a un (52,8%), de los pacientes atendidos con FANV en el año 2013. 2). La progresiva pero lenta utilización de los ACOAD desde los Servicios de Urgencias, con un (45%) del inicio del tratamiento anti-trombótico en el año 2014

P-403

EMERGENCIA HIPERTENSIVA

E Tejeda Pérez (1), I Matos Rojas (2), J Flores Valdera (3), L García Haba (1), P Toledano Sierra (3), M Jiménez Iglesias (3)

(1) Centro de Salud Pedro de La Fuente. Bargas, (2) Centro de Salud Santa Bárbara, (3) Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Palabras claves: hipertensión, emergencia, urgencia

Objetivos:

Introducción. Se denomina Crisis Hipertensiva (CH) a la elevación aguda de la presión arterial (PA) que puede producir lesiones en órganos diana. Arbitrariamente se han establecido cifras de PA sistólica ≥ 180 -210 mmHg y PA diastólica ≥ 110 -120 mmHg. Representan más de un cuarto de las emergencias médicas en los servicios de Urgencias. Dentro del concepto de CH hay que diferenciar: Emergencia hipertensiva (EH) elevación aguda de la PA que se acompaña de alteraciones orgánicas graves, la Urgencia hipertensiva (UH) elevación aguda de la PA en un paciente asintomático o con síntomas, no supone un riesgo vital.

Material o pacientes y método:

Mujer de 28 años, sin antecedentes de interés, remitida desde Atención Primaria por dolor en hipogastrio y en ambas fosas ilíacas de 24 horas de evolución, que no cedió con analgesia intramuscular. Es valorada en el servicio de Ginecología, descartando patología ginecológica urgente, donde se objetiva PA elevadas en repetidas ocasiones. Siendo remitida a urgencias de Medicina Interna. A su llegada presenta PA (246/143mmhg) y taquicardia sinusal, se administra captopril 50mg vía oral sin mejoría. Se administra amlodipino 10mg vo. Analíticamente destaca fallo renal, proteinuria con sedimento de orina no patológico. Dados los hallazgos solicitamos un fondo de ojo que informa de papiledema bilateral. Además presenta cardiomegalia y redistribución vascular en radiografía de tórax con saturación del 94% sin disnea y con marcadores de daño miocárdico normales.

Resultados:

Se diagnóstica de Emergencia Hipertensiva con afectación de órganos diana (Nefropatía, Papiledema y Cardiopatía). Se inicia perfusión de Labetalol IV, con nula respuesta clínica. Ante la persistencia del dolor abdominal en hipogastrio y en Fosa iliaca derecha con blumberg positivo, solicitamos ecografía abdominal (Riñones con alteración de su ecoestructura y apendicitis aguda). Se comenta con Cirugía, dado que el foco infeccioso condiciona componente de reactividad de la Hipertensión. Se interviene sin complicaciones. Posteriormente ingresa en UVI por Hipertensión refractaria, precisando de perfusión de nitroprusiato.

Conclusiones:

La Emergencia hipertensiva es un cuadro clínico grave, con elevada morbilidad mortalidad, precisa diagnóstico y uso adecuado de terapia hipotensora para evitar complicaciones.

URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

P-404

**FIBRILACIÓN AURICULAR Y GÉNERO:
¿IMPORTA EN LA TOMA DE DECISIONES?**

S Sánchez Ramón (1), T Montero Carretero (2), M Moya de la Calle (1), R Ibán Ochoa (1), AM Blanco Ledo (1), PL Hernansanz Caviedes (1), I García Rupérez (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid, (2) Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid.

Palabras claves: atrial fibrillation, Gender-treatment

Objetivos:

En la fibrilación auricular (FA) es fundamental el manejo adecuado según los estándares definidos. Algunos estudios objetivan diferencias en el tratamiento de la FA entre sexos, con tratamiento más conservador en las mujeres.

Material o pacientes y método:

Ámbito de estudio: SUH de un hospital de tercer nivel. Muestra: pacientes mayores de 14 años atendidos en el SUH por FA durante los seis primeros meses del 2014. Tipo de estudio: estudio transversal retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes con el código diagnóstico de FA de reciente comienzo. Metodología: Se revisan las historias clínicas de los pacientes codificados como FA de reciente comienzo recogiendo las variables objetos de estudio, con análisis estadístico posterior.

Resultados:

Se recogen 92 pacientes. Edad media: 69,26 (+17:46,7% varones y 53,3% mujeres). La edad media entre las mujeres resultó más elevada. Al 66,7% se puso tratamiento con anticoagulantes: el 75,5% eran mujeres (ES). El HAD-BLED figuraba sólo en el 15,2% de las historias. Reverten a ritmo sinusal el 42,1% no habiendo diferencias entre hombres y mujeres. El 40,8% evolucionaron a FA permanentes, siendo ese porcentaje superior en las mujeres. Se elevaron troponinas en el 12,8% de los pacientes y de ellos el 80% eran mujeres (ES). El 53,4% presentaban cardiopatía previa siendo los porcentajes muy similares en ambos. Se realizó CV al 33,8% de los pacientes: 41% de varones frente al 36,6% de mujeres. El 83,3% de las CV realizadas son farmacológicas y de las 5 que son CVE 4 son varones. El 20,5% de las mujeres fueron tratadas con digoxina frente al 5,4% de los hombres. El 10,3% de las mujeres son tratadas con flecainida frente al 21,6% de los varones (ES).

Conclusiones:

Se realizan pocas CV en general y el porcentaje de CVE a pesar de ser escaso repite un patrón de predominancia masculina, respecto al uso de fármacos la mayor proporción de varones tratados con fármacos empleados en cardioversión frente a las mujeres. Llama la atención el mayor porcentaje de mujeres anticoaguladas respecto a los hombres, quizás debido a la condición del sexo femenino. Creemos que el sexo sí es un determinante a la hora de decidir la estrategia de manejo en estos pacientes.

P-405

**ESTUDIO SOBRE LAS NECESIDADES DE CUIDADOS
EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE
MIOCARDIO EN OBSERVACIÓN DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED DE
OSUNA**

A Rojas Ramírez, N Rodríguez Tejada, N Liébana Gómez
Área Sanitaria Osuna. Écija.

Palabras claves: cuidados cardiacos (cardiac care nursing), dolor (pain), infarto miocardio (myocardial infarction)

Objetivos:

La detección temprana y efectiva del Infarto Agudo de Miocardio es primordial para un óptimo tratamiento y evolución de estos pacientes. Se ha realizado un estudio de los pacientes ingresados en observación de urgencias hospital Nuestra Señora de la Merced Osuna con el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio durante el año 2014, teniendo en cuenta respiración, nivel de consciencia, dolor, piel, riesgo de úlceras y la necesidad de oxígeno.

Material o pacientes y método:

Para ello se ha realizado un estudio descriptivo de intervalos entre Enero de 2014 y Diciembre de 2014 de los pacientes ingresados en esta área con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio. Se ha tenido en cuenta los siguientes ITEMS: - Respiración - Oxígeno - Nivel consciencia - Dolor - Riesgo de úlceras

Resultados:

De 39 de los pacientes ingresados en observación de urgencias del Hospital Nuestra Señora de la Merced de Osuna con el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio se obtuvieron los siguientes Resultados: - RESPIRACIÓN: Eupneico: 66,6% (26 pacientes) . Disnea: 33,3% (13 pacientes). Ortopnea: 0% (0 pacientes). - OXÍGENO: Gafas nasales: 46,1% (18 pacientes) . Ventimax: 12,8% (5 pacientes). Nada: 41% (16 pacientes). - NIVEL CONSCIENCIA. Consciente: 38,4% (15 pacientes) . Colaborador: 58,9% (23 pacientes) . Estuporoso: 2,5% (1 pacientes). - DOLOR . Leve: 25,6% (10 pacientes). Moderado: 33,3% (13 pacientes). Sin dolor: 20,51% (8 pacientes) . Intenso: 20,51% (8 pacientes). PIEL. Integra: 97,4% (38 pacientes) . Herida: 2,5% (1 paciente) . Úlcera: 0% (0 pacientes) - RIESGO DE ÚLCERAS . Alto riesgo: 10,2% (4 pacientes) . Riesgo moderado: 35,8% (14 pacientes) . Bajo riesgo: 53,8% (21 pacientes)

Conclusiones:

Podemos concluir que en nuestro estudio, un alto porcentaje de pacientes ingresados en observación hospital Nuestra Señora de la Merced Osuna con el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio se presentaban eupneicos, colaboradores, con dolor moderado, con piel íntegra, con bajo riesgo de padecer úlceras y con necesidad de gafas nasales, siendo controlado en su totalidad antes de su alta de observación.



URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

P-406

COMPARACIÓN DE DOS POSICIONES DE ELECTRODOS EN EL REGISTRO ELECTROCARDIOGRÁFICO (ECG)

AM Pau Massoni (1), J Castany Pich (2), M Hidalgo García (1), O Marquina Peralta (3), J Martorell Martorell (1), M Puig Pintó (1)
SEM Tàrraga. Lleida.

Palabras claves: electrodos, ECG, dolor torácico

Objetivos:

En el medio extra hospitalario por la privacidad del paciente y la situación de la emergencia, muchas veces tendemos inicialmente a poner las pegatinas en la zona del tórax en lugar de en las extremidades, aunque esté demostrado bibliográficamente que no es su colocación óptima.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional comparativo de los pacientes atendidos por dolor torácico / arritmias / síncope en nuestra unidad de soporte vital avanzado (SVA), donde procedemos a realizar un correcto registro ECG con el monitor LFP12. En pacientes atendidos en condiciones óptimas realizaremos el ECG en extremidades según los gold standard. En pacientes atendidos en vía pública, para preservar su intimidad, realizamos el ECG en el tórax y una vez en la ambulancia procederemos a desnudarlo para poder realizarlo correctamente.

Resultados:

- Recogidos los dos tipos de registro en 50 pacientes, y hecha la comparativa, se han observado tres variaciones significativas:
• Variación en la morfología del segmento ST. • Alteración del eje P-QRS-T. • Impedancias en derivadas de cara inferior.

Conclusiones:

Para un correcto diagnóstico y tratamiento de este tipo de paciente, debemos hacer siempre el registro ECG en extremidades, tan pronto como sea posible. Las posibles variaciones ECG pueden determinar errores de diagnóstico y por tanto cambios en el tratamiento final.

A-407

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN URGENCIAS EN EL ÁREA VII DE LA REGIÓN DE MURCIA

B Medina Tovar, M Martínez Martínez,
J Navarro Zaragoza, MP Egea Campoy,
E García Villalba, P Piñera Salmerón
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras claves: fibrilación auricular, perfil clínico, urgencias

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA), es una de las principales causas de embolismos, la indicación de iniciar anticoagulación, en muchos casos ésta decisión es complicada debido a los potenciales riesgos.

Material o pacientes y método:

Como muestra para nuestro estudio utilizamos, los pacientes dados de alta por el SU por FA desde julio a diciembre de 2014. Recogimos información sobre sus características epidemiológicas, cardiopatías de base, el tratamiento previo y presentación clínica. También los criterios de anticoagulación mediante la escala de riesgo trombótico (CHA2DS2-VASc) y riesgo hemorrágico (HAS-BLED). Como programa estadístico utilizamos SPSS © 15.

Resultados:

El total de pacientes fue 175. La media de edad ($\pm$ desviación estándar) fue $74,07 \pm 12,5$ años. 65% eran mujeres, hombres 35%. Los FRCV más observados: HTA 79,4%, Dislipemia 48,6%, Diabetes Mellitus 31,4%, obesidad 13,7%, fumador 8,6%. Las comorbilidades médicas halladas, 18,3% presentaba insuficiencia cardiaca, 13% anemia, 11% enfermedad renal crónica, 10% accidente cerebrovascular previo y 2% embolismo periférico. Un estudio ecocardiográfico evidenció que el 24,6% presentaba cardiopatía valvular, 21,1% hipertrófica, 14, 6% isquémica. Los fármacos antiarrítmicos más empleados eran los β -bloqueantes (29,3%), seguidos de diltiazem (12,6%) y digoxina (7,5%), el 2,9% estaba en tratamiento con amiodarona. El antiagregante más consumido era ácido acetilsalicílico (26%) mientras que 11,5% de los pacientes tomaban clopidogrel. El motivo de consulta fue: palpitaciones (49,7%), el 29,7% disnea, 25,7% dolor torácico. En el 13,1% de los casos fue un hallazgo casual. La puntuación media de la escala CHA2DS2-VASc de nuestros pacientes fue de $3,78 \pm 2,06$ y HAS-BLED $2,17 \pm 1,40$.

Conclusiones:

La FA es una arritmia de pacientes mayores de 70 años apareciendo más frecuentemente en mujeres. La HTA es el FRCV más asociado con casi un 80%. Siendo ambas las causas más frecuentes de ACV. RELY CHAD2DS2-VASC $2,1 \pm 1,1$. Rocket $3,5 \pm 0,94$.





URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardíaca, síndrome coronario agudo)

A-408

DISECCIÓN AÓRTICA

H Solino Díaz, L Piedra Antón, P Lerena Sáenz, B Ceballos Pérez, J Pelayo Lastra, E Vázquez González, S Sánchez Ortiz
Hospital Sierrallana. Cantabria.

Palabras claves: aorta, disección, hemopericardio

Objetivos:

La disección aórtica es una urgencia vital. Se caracteriza por la creación de una falsa luz en la capa media de la pared aórtica. La localización del desgarramiento intimal primario más frecuente es la aorta ascendente, entre 1-5 cm por encima del seno de Valsalva derecho en el 65% de los casos. Existen factores predisponentes de disección aórtica, como la edad, hipertensión sistémica arterial (HTA), anomalías congénitas de la válvula aórtica, trastornos hereditarios del sistema conectivo, traumáticos y otros. Suele afectar a pacientes entre la quinta y séptima décadas de la vida, siendo más frecuente en varones (3/1).

Material o pacientes y método:

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 68 años, dislipémico, hipertenso y diabético tipo 2, que acude a Urgencias tras presentar un dolor torácico punzante, mal definido, irradiado hacia la zona cervical posterior e interescapular. Se realizaron diversas pruebas complementarias como ECG, radiografía de tórax y analítica, siendo todas normales. Ante la persistencia de la clínica, se decide realizar un TAC torácico.

Resultados:

El resultado del TAC torácico fue una imagen compatible con una disección en los primeros 5 centímetros de la aorta ascendente, junto con la presencia de líquido en el pericardio sugestivo de hemopericardio. Inmediatamente se remitió al paciente a Cirugía Cardiovascular para realización de cirugía urgente.

Conclusiones:

Hay que considerar en el diagnóstico diferencial del dolor torácico la posibilidad de una disección aórtica, aunque no existan datos sugestivos en la analítica ni en la radiografía de tórax y una vez descartados otros eventos más comunes, dada la gravedad del proceso si no se pone tratamiento de forma inmediata.

A-409

QT ALARGADO EN RELACIÓN CON PAROXETINA

MC Mateos Madrid (1), M Tejón Ruiz (1), V Piña Martín (2)
(1) Hospital Comarcal Antequera, (2) Hospital Torrecárdenas.

Palabras claves: QT alargado, paroxetina

Objetivos:

Paciente de 49 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, con antecedentes de dislipemia en tratamiento farmacológico y síndrome depresivo en tratamiento desde hace un año con paroxetina 20 mg.

Material o pacientes y método:

Buen estado general, consciente, orientada, bien hidratada, nutrida y perfundida. Normocoloreada. Eupneica. Tolerancia decúbito. No IY. Área ORL normal. ACP: rítmica, no soplos, mvc. Abdomen: blando, depresible, no masas, no doloroso. EE: no edemas ni signos de TVP. Pulsos positivos bilaterales.

Resultados:

*Pruebas complementarias: - Analítica: sin hallazgos - Rx tórax: sin hallazgos. - ECG: Ritmo sinusal a 54 lpm, no bloqueos, QT largo tipo III (QTc 645) *Se hace interconsulta con cardiología que considera que el hallazgo de QT alargado puede estar en relación con la toma de paroxetina, se procede a ingreso en planta de la paciente para completar estudio cardiológico y ver evolución tras suspensión de paroxetina.

Conclusiones:

Durante el ingreso en planta se hizo estudio cardiológico con ecocardiograma normal y holter sin hallazgos patológicos. La paciente permaneció en planta estable sin cuadros sincopales, con progresiva normalización del espacio QT tras suspensión de paroxetina.





URGENCIAS MÉDICAS I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

A-410

IMPREVISTOS Y PROTOCOLOS

K Nazabal Ortueta (1), J Zlatkes Kirchheimer (2), PS Javares Artigues (3), A Pellejero Alonso (3), O Llona Otaola (4), E Zugazaga Badallo (5)

(1) Urgencias. Clínica IMQ Zorrozaurre, (2) Urgencias. Hospital de Torrejón, (3) Emergencias Osakidetza, (4) Due Cardiología. Hospital de Basurto, (5) Urgencias. Hospital de Torrejón. Bilbao.

Palabras claves: arritmias cardíacas, aturdimiento miocárdico, efecto secundario

Objetivos:

Caso clínico: Varón de 57 años con antecedentes personales hipertensión arterial y de flutter común, realizada cardioversión eléctrica hace 26 y hace 13 años, en tratamiento con eprosartan 600 mg/24 h. Acude a urgencias por presentar sensación de palpitaciones desde hace 8 horas que persiste a pesar de haber tomado un comprimido de flecainida 100 mg y un comprimido de propranolol 40 mg.

Material o pacientes y método:

Evolución: Tras realizar maniobras vagales ineficaces, se administra adenosina 6mg presentando una aceleración del ritmo y presencia de bigeminismo ventricular asociado a deterioro hemodinámico (sudoración, mala perfusión, angor...) por lo que se realiza cardioversión eléctrica de 200J. Tras la descarga el paciente entra en parada cardiorespiratoria, con disociación electromecánica iniciando maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzada, a los 8 minutos recupera pulso. Se traslada para realizar estudio hemodinámico (con una lesión leve no significativa arteria descendente anterior medial) y posteriormente a Unidad de Cuidados Intensivos. Durante las primeras 24 horas es necesaria la perfusión continua de fármacos vasoactivos por persistir signos de shock cardiogénico. La evolución posterior ha sido satisfactoria con recuperación progresiva de la función contráctil, manteniéndose en ritmo sinusal. Se decide alta pendiente de estudio electrofisiológico y posible ablación.

Resultados:

Discusión: Tanto la utilización de maniobras vasovagales y la adenosina en taquicardias supraventriculares como la indicación de realizar descarga eléctrica en taquicardias con compromiso hemodinámico son indicaciones incluidas en protocolos de la AHA (american heart association). La aceleración del ritmo acompañado de deterioro hemodinámico tras la administración de adenosina es poco común, lo mismo que la presencia de aturdimiento miocárdico (disfunción miocárdica reversible) tras una descarga eléctrica.

Conclusiones:

En este caso a pesar de seguir los protocolos, hubo complicaciones poco esperadas, siendo importante destacar la necesidad de anteponerse a posibles efectos adversos y adecuar cada sala de urgencias al tipo de paciente y tratamiento que requiere.



URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-411

**TVP: SOSPECHA CLÍNICA EN UN SUH
Y CONFIRMACIÓN ECOGRÁFICA**

MT Maza Vera, S Troncoso Recio, M Vilar Pérez, S Blanco Sío,
H Rodríguez Bouza, I López Fernández, L Amador Baricela

Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario de Vigo.

Palabras claves: deep vein thromboembolism, ultrasonography,
emergency hospital service

Objetivos:

La gran cantidad de patologías que presentan clínica similar a la ocasionada por la TVP implica que, hasta en un 80% de los casos en que existe sospecha clínica, ésta no se confirma mediante ecografía. La correlación clínico-radiológica es incluso más baja en los estudios que analizan los SUH, según la literatura consultada, con un 14% de estudios positivos.

Material o pacientes y método:

Se realizó un análisis retrospectivo de las peticiones emitidas durante 45 días desde el SUH. Se revisaron 94 peticiones. Se analizaron los datos clínicos incluidos en la historia clínica: Edad, sexo, miembro explorado, valor Dímero D, clínica, signo de Homans, probabilidad pre-prueba, resultado, diagnóstico final e inducción de la petición.

Resultados:

Se revisaron 94 casos clínicos. Dos fueron descartados por no proceder del SUH. El 65,21% eran mujeres. La media de edad fue de 72,9 años. 89 peticiones exploraban miembros inferiores. Seis solicitudes se realizaron pese a tener un DD negativo. La clínica principal presentada por los pacientes fue: dolor (47,8%), cambios en la coloración cutánea (34,78%) y aumento de volumen del miembro afectado (30,43%). El signo de Homans fue positivo en el 14,13% de los casos. Sólo se indicó la puntuación en la escala de Wells en dos casos. Calculando ésta según la HC, el 81% tenían una baja probabilidad pretest para TVP. De los pacientes con probabilidades alta y media, un 64,7% tuvieron un resultado de doppler diagnóstico para TVP. Se confirmó TVP en 13 casos del total (14,13%). Las alternativas diagnósticas más frecuentes fueron: celulitis (23,9%), tromboflebitis (15,2%) y patología traumática (13%). Se consideró petición inducida aquella remitida para descartar TVP, englobando 48 peticiones (52,17%), siendo un 16,6% positivas para TVP.

Conclusiones:

El porcentaje de estudios positivos entre los solicitados es similar a lo descrito en la literatura. El uso de escalas preprueba tiene una buena correlación con el diagnóstico final. El tamaño de la serie no permite establecer significación estadística de los aspectos estudiados.

O-412

**CARACTERÍSTICAS DE LAS NEUMONÍAS
DIAGNOSTICADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITALARIO ENTRE LA POBLACIÓN ADULTA
JOVEN**

B Tijero Rodríguez, G Feroso Álvarez, M Sanz Almazán, R
López Izquierdo, J Álvarez Manzanares, MJ Rubio González,
P Royuela Ruiz

Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.

Palabras claves: pneumonia, hospital emergency services, community acquired infection

Objetivos:

La neumonía es una entidad muy prevalente entre los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH).

Material o pacientes y método:

Estudio Descriptivo retrospectivo. Ámbito: Urgencias Hospitalarias. Criterios Inclusión: Pacientes entre 18-40 años que acuden al SUH y son diagnosticados de Neumonía o posible neumonía. Se excluyeron los casos que acudieron para control radiológico y aquellos que repitieron asistencia en menos de 7 días si no hubo variación del manejo. Variables: Edad, Género, Grupos edad(GE): 18-29 y 30-40. Turno atención, Triage, Procedencia, Factores Riesgo(FR). Constantes: SatO₂, Fc, TAS, TAM. Extracción analítica, hemocultivos(HC), cultivos esputo. Patrón radiológico multilobar. Destino. Estudio univariante y multivariante: regresión logística, variable dependiente: Ingreso hospitalario (IH). Comparación variables cuantitativas: T-student, variables cualitativas: Chi-cuadrado. Significación p<0,05. Análisis estadístico: SPSS20.0.

Resultados:

N=125. Edad mediana(rango):34(21). Varón:51.2%, Mujer:48.8%. GE: 18-29:29.6%, 30-40:70.4%. Turnos de atención: mañana11.2%, tarde40%, noche48.8%. Triage: II: 2.4%, III: 48.8%, IV: 40%, V: 8.8%. Procedencia: Domicilio:67.2%, AP:32%, Otro centro:0.8%. Cómo llega: Propios medios 95.2%. FR: no tiene 84%, antibiótico previo 8%. Constantes: SatO₂<92%:5.2%, Fc>100:42.4%, TAM<70:4.8%, TAS<90:98.4%, T^a <37°: 61.3% 37-37.9°:25.8% >=38°:12.9%. Criterios de sepsis 11.4%. Analítica 86.9%. Lactato<2 84.2%. PCR>100 66.7%. HC 16.1%. Patrón radiológico multilobar 9.8%. Destino: alta 79.2%, ingresan 20.8%. Análisis Univariante: IH/Triage: II:66.7%, III:31.3%, IV:10%, V:0% p=0.03. IH/PCR: 66.7% p=0,049, IH/Criterios sepsis: No: 16.5%, Sí: 57. 1% p<0.001. IH/HC: No: 13.5%, Sí:60% p<0.001. IH/multilobar: No: 13.5%, Sí:91.7% p<0.001. Resto variables NS Análisis multivariante: HC (p=0,002), Rx multilobar(p<0,001) y PCR>100 (p=0,35), Triage (p>0,05), Criterios sepsis(p>0,05).

Conclusiones:

Las neumonías en pacientes jóvenes aparecen con mayor frecuencia en el grupo de edad de 30-40 años. La gran mayoría sin FR

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

asociados. A su llegada no presentan criterios de sepsis y la gran mayoría de los mismos se maneja ambulatoriamente. El IH de estos pacientes se asocia de forma independiente con aquellos a los que se hace un HC en urgencias, presencia de Rx multilobar y una PCR mayor de 100.

O-413

PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA MÉDICA

C Montesa Lou, S Muñoz Jacobo, MM Rodrigo Pérez, P Muñoz Cifuentes, ML Tejeiro Rico, CM Jilaveanu, A Racareanu

Hospital Ernest Lluch, Calatayud. Zaragoza.

Palabras claves: venous thromboembolism, primary prevention, emergency medicine

Objetivos:

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es un problema de salud pública por su elevada prevalencia y potencial mortalidad. Una adecuada prevención evitaría multitud de eventos trombóticos. Evidencias científicas recientes demuestran que los pacientes con patología médica presentan alto riesgo de ETE, y que la profilaxis en la práctica clínica habitual, todavía es insuficiente.

Material o pacientes y método:

Estudio analítico cuasi experimental, donde se analizó las características de los pacientes dados de alta en el servicio de urgencias, por distintas patologías médicas, susceptibles de sufrir un evento trombótico. Muestreo sistemático de los pacientes dados de alta que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión establecidos. La intervención consistió en dos sesiones docentes sobre ETE y la instalación en los ordenadores de una calculadora - alerta que informaba del riesgo trombótico. Se analizó el porcentaje de pacientes en los que se realizó una correcta profilaxis de ETE antes y después de la intervención.

Resultados:

Edad media de 60,82 años, una tensión arterial sistólica media de 141,07 mmHg y un riesgo trombótico bajo, cuantificado en 1,95 en la escala Pretimed. El 52% mujeres, 27.1% de los casos no presentaban patología médica o comorbilidad asociada. AP mas frecuentes : 8,2% insuficiencia renal, 38,8% hipertensión arterial, 11,8% insuficiencia cardiaca. El 76,6 % de los pacientes ingresados permaneció < 12 h en urgencias y el 75,4 % de los pacientes se previó al alta una movilidad normal. N=170, 47 (27,64%) presentaron riesgo moderado-alto ETE, de estos, sólo un 25 % recibió profilaxis. La intervención docente incrementó el porcentaje de pacientes en los que se realizó tromboprofilaxis de el 9% al 38,5%, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones:

La instauración de herramientas informáticas como calculadoras de riesgo y las intervenciones docentes sobre los equipos clínicos, mejoran el porcentaje de pacientes que se beneficia de una correcta profilaxis para la ETE.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-414

FACTORES PREDICTIVOS DE MALA EVOLUCIÓN EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN URINARIA DEL TRACTO SUPERIOR DURANTE SU ESTANCIA EN URGENCIAS

JJ Gamazo del Río, MS Gallardo Rebollal, E Pulido Herrero,
S García Gutiérrez, A Antón Ladislao,
M Sánchez Fernández

Hospital de Galdakao-Usansolo. Etxebarri.

Palabras claves: infecciones urinarias, factores pronósticos, sepsis urinaria

Objetivos:

En las infecciones del tracto urinario superior (ITU) se ha descrito factores de riesgo de gérmenes multirresistentes y de fracaso del tratamiento antibiótico. No están bien definidos los factores pronósticos de mala evolución clínica con aparición sepsis grave, abscesos locales, hospitalización prolongada o reingresos.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de cohortes prospectivo multicéntrico subvencionado por Gobierno Vasco. Reclutados 266 en Galdakao, Txagorritxu y Mondragón durante 2012- 2013. Se recogen variables sociodemográficas, clínicas y analíticas recogidas durante la estancia en urgencias. La variable de resultado es la mala evolución (éxito, sepsis grave, complicaciones locales, duración del ingreso >72 h, reingresos en hospitalización convencional, recurrencias de la infección). Variables continuas descritas con media- desviación estándar y categóricas con valores absolutos- porcentajes. Análisis univariante: asociación entre variables con T-test para continuas y chi-square o Fisher para categóricas. Significación $p < 0,05$. Se desarrolló un análisis multivariante con las variables significativas (p -valor $< 0,20$) mediante el modelo de regresión lineal múltiple entre variables cuantitativas, con el modelo lineal general cuando se asocian cuantitativas y categóricas y con el modelo de regresión logística para comparar las variables dicotómicas con otras.

Resultados:

De 266 pacientes reclutados: 140 (52,63%) ingresaron en hospitalización domiciliaria y el resto en hospitalización convencional, mujeres 175(65,79%), edad media 53 años, criterios de ITU complicada 182(68,42%) y factores de riesgo de gérmenes multirresistentes 61 (22,93%). Durante el ingreso presentaron sepsis grave 6 (2,25%), complicaciones locales 13 (4,88%), estancia > 3 días 229(86%). Después del ingreso revisitaron urgencias 46 (17,29%), reingresaron 17(39,13%), de los que precisó cirugía 1 caso. Se realizó un modelo multivariante que identificó factores predictores para complicaciones infecciosas locales (fiebre, dolor abdominal, paciente con riesgo de multirresistencia), para reingreso hospitalario (pacientes con riesgo de multirresistencia, pacientes monorrenos, valor de la tensión arterial y nivel de proteína C reactiva (PCR), para sepsis grave (PCR).

Conclusiones:

Durante la estancia en Urgencias pueden detectarse factores predictivos de mala evolución útiles para desarrollar protocolos de actuación y adecuar la decisión de ingreso.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-415

ANÁLISIS DE UNA ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA BASADA EN LA EXPERIENCIA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

E López Ruiz, J García Martín, G Quispe Figueroa, P Ramírez Cabello, A Vergaz Ballesteros, B Paderne Díaz, W Fulgencio Inoa

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

Palabras claves: pulmonary embolism, guidelines, wells score

Objetivos:

Los algoritmos diagnósticos del tromboembolismo pulmonar (TEP) están diseñados para equiparar el acierto diagnóstico del clínico experto al del iniciado y optimizar los recursos empleados. Según estudio reciente, nuestro Servicio de Urgencias no utiliza la estimación de probabilidad pretest en el 96% de los casos. ("estrategia basada en la experiencia").

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con sospecha de TEP que acuden a Urgencias a los que se les indicó TAC de arterias pulmonares (TACAP) en 1 año. Sin conocer el resultado del TACAP el revisor de la historia estimó el score WELLS y la indicación o no del TACAP según algoritmo diagnóstico validado. Sesgos: No conocemos las sospechas de TEP en los que no se pidió TACAP. La estimación del score es totalmente observador-dependiente y realizada por médicos residentes de distinto año de formación (R1 a R5).

Resultados:

Se incluyeron 228 TACAP (57 TEP). El porcentaje global de aciertos con la estrategia basada en score estimado y algoritmos hubiera sido del 31,7% frente al 24,3% de la estrategia actual. 11 TEP (19%) fueron diagnosticados en planta por error en Urgencias. Se estimaron indicadas 167 pruebas diagnósticas (73,2%) y no indicadas 61 (26,7%). La estrategia basada en algoritmos ("evidencia") hubiera ahorrado 61 pruebas diagnósticas, diagnosticado los 11 casos errados en Urgencias y dejado sin diagnosticar 3 TEP, 2 de ellos estimados de probabilidad baja y DD no pedido ni indicado (por escala PERC negativa) y 1 de ellos de probabilidad intermedia y DD<0,5.

Conclusiones:

Nuestro estudio demuestra que la estrategia diagnóstica "basada en la evidencia" ("estimada") es más eficiente, hubiera conseguido evitar los errores diagnósticos en Urgencias y un ahorro de 61 TACAP. Sería necesario un estudio prospectivo dado que una estimación basada en la interpretación de una historia clínica redactada por otro profesional tiene el sesgo de ser observador-dependiente.

O-416

¿TRATAMOS A TIEMPO EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR?

J García Martín, E López Ruiz, G Quispe Figueroa, B Paderne Díaz, G Gómez García, W Fulgencio Inoa, P Ramírez Cabello

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

Palabras claves: pulmonary embolism, guidelines, treatment, anticoagulation

Objetivos:

En el tromboembolismo pulmonar (TEP) un servicio de "excelencia" debería atender, diagnosticar y tratar todos los TEP de forma rápida y conforme a las evidencias científicas. Las guías 2014 de la ACCP sugieren el inicio del tratamiento antes de la prueba diagnóstica en el momento en que se establece sospecha de alta probabilidad, antes de 4 horas en las de probabilidad intermedia y antes de 24 horas en los de baja probabilidad (grado de evidencia 2C).

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, observacional retrospectivo. Se incluyen y revisan las historias de pacientes mayores de 14 años ingresados por TEP en 1 año. Se estima el SCORE WELLS por el equipo de investigación en los que no consta y se recogen los tiempos hasta atención y hasta prueba diagnóstica. Se buscan asociaciones estadísticas entre tiempo de inicio de tratamiento y tiempo hasta prueba diagnóstica con Chi2.

Resultados:

Se incluyeron 66 pacientes con TEP. 55 TEP entraron en Urgencias por iniciativa propia y 11 se presentaron por diagnóstico radiológico ambulatorio de TEP. 55 (83,4%) se atendieron en menos de 1 hora y 65 (99%) en menos de 2 horas. Las pruebas diagnósticas se realizaron en menos de 1 hora desde la atención médica a 10 pacientes (22,7%), entre 1 a 4 horas a 21 (47,7%), entre 4 y 12 horas a 9 (20,5%) y entre 12 y 24 horas a 4. Se inició la anticoagulación en pacientes de baja probabilidad estimada en menos de 24 horas al 100% (12), en menos de 4 horas al 78,3% (18) de los de probabilidad intermedia y en menos de 1 hora sólo al 14,3% (1) de los de alta probabilidad, encontrando dependencia estadística entre el tiempo de inicio del tratamiento y el tiempo hasta realización de prueba diagnóstica ($p<0,003$).

Conclusiones:

Este estudio demuestra que la atención de los pacientes es rápida pero el inicio del tratamiento en nuestro Servicio no se ajusta a las recomendaciones actuales y depende de la realización de la prueba diagnóstica y no de la probabilidad pretest.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-417

¿EL TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA ITU ES VÁLIDO EN NUESTRO SECTOR?

A Fournier Bedoya, MA Ochoa Rojas, D Mejía Escolano,
M Amparo Reyes, C Cuartero Casín, A Tarongi Saleta,
E Blesa Clavero

Hospital San Jorge. Huesca.

Palabras claves: ITU, empírico, urocultivo

Objetivos:

Las infecciones agudas del tracto urinario (ITU) constituyen una causa importante de morbilidad en los adultos, y son una causa frecuente de asistencia a servicios de urgencias. El uso habitual de antibióticos ha generado patrones de susceptibilidad microbiana que varían en cada área, por lo cual se presenta un reto terapéutico al elegir tratamiento adecuado. Una base de datos de los gérmenes más frecuentes y sus sensibilidades facilitaría el tratamiento ajustado a las condiciones encontradas en el área de cobertura de nuestro hospital.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes atendidos en urgencias en el primer semestre de 2014, de cualquier edad y que en la base de datos PCH (puesto clínico hospitalario) aparecieran registrados con el diagnóstico de ITU, un total de 253 pacientes cumple estas características. Se consideró ITU como diagnóstico laboratorio con nitritos positivos, leucocitos en orina mayor a 25 y/o piuria. Definimos como urocultivo positivo más de 100.000 UFC/mL, medidas menores a este corte consideradas como contaminación.

Resultados:

La media de edad fueron 58,24 años con un 67,2% mujeres. En el 96% de las ITU se recogió sedimento urinario, de los cuales el 77,4% fueron patológicos. Al 74,7% de los pacientes se les recogió urocultivo de los cuales 76,5% fueron positivos y un 12% contaminación. La *Escherichia coli* creció en 66% de los urocultivos positivos, seguido de *Klebsiella pneumoniae* (8,5%), *Proteus mirabilis* (4,6%), *Pseudomonas* (3,1%), *Staphylococcus saprophyticus* (2,3%), el resto de bacterias crecieron en un porcentaje menor del 2%. A los pacientes a los que se les pautó un antibiótico de manera empírica en un 77,4% el antibiograma fue sensible, $p < 0,0001$

Conclusiones:

No se ha encontrado bibliografía respecto al uso empírico de antibióticos en la ITU. Creemos que el porcentaje obtenido nos permite seguir pautando los antibióticos con el mismo criterio que hasta ahora, teniendo en cuenta las resistencias obtenidas con amoxicilina y quinolonas.

O-418

CUMPLIMIENTO DEL ALGORITMO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HCU LOZANO BLESA

M Lubián Martínez (1), A Hernández Marcos (2), J Navarro Calzada (3), M Bastarós Bretos (4), S Trueba Insa (5), R Estellés Fernández (6), M Ruiz Felipe (7)

(1) C.S. Delicias Sur, (2) C.S. Delicias Norte, (3) HCU Lozano Blesa, (4) C.S. Oliver, (5) C.S. Delicias Sur, (6) C.S. Miralbueno, (7) C.S. Valdefierro. Zaragoza.

Palabras claves: trombosis venosa, hipertensión, HBPM

Objetivos:

La enfermedad tromboembólica venosa es una de las afecciones circulatorias más prevalente en nuestro medio, engloba la (TVP) y embolia pulmonar. En los sujetos con sospecha de TVP debemos realizar una anamnesis dirigida, examen físico y pruebas complementarias según sea preciso (escala de Wells, Dímero D y/o ecodoppler venoso).

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de tipo transversal de pacientes diagnosticados de TVP de las extremidades inferiores en el Servicio de Urgencias del HCU (diciembre 2014-febrero 2015). El análisis estadístico lo haremos mediante el programa SPSS.

Resultados:

N: 32. Mujeres 59,4%. Edad media 33,44 ($\pm 13,5$). El 25% es derivado por su médico y el 50% acudieron solos. Triados como problemas circulatorios (31,3%), seguidos por síndrome inflamatorio venoso e insuficiencia venosa (18,8% y 15,6% respectivamente). Según los factores de riesgo: 46,9% HTA, 31,3% dislipemia y DM 21,9%. Estaban tomando previamente ACOS (22%: HBPM 18,8% y acenocumarol 3,1%) y AAS 12,5%. El 56,3% padecían alguna enfermedad predisponente: cáncer 25%, encamamiento 46,9%, TVP previa 15,6%. El 100% se localizan en región proximal. Respecto al algoritmo, no se realiza la escala de Wells en el 87,5%, el Dímero D 28,9% siendo indicado en el 75% y la ecografía en el 100% se realiza. Al alta, el 75% es a domicilio, el tratamiento mayoritario es el uso de HBPM (enoxaparina 50% y bemiparina 46,9%).

Conclusiones:

A los pacientes con TVP se les realiza y está indicada la ecografía doppler, el resto del algoritmo (escala de Wells y Dímero D) se usa de forma incorrecta. Todas se localizan en región proximal. La enfermedad predisponente más común se relaciona con el encamamiento de estos pacientes, siendo la minoría los que están tratados previamente con anticoagulantes o antiagregantes. El alta predominante es a domicilio para control ambulatorio y HBPM. Este estudio continua ya que se pretende hacer un proceso de intervención para implementar el algoritmo en nuestro puesto de trabajo.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-419

EPOC: CAUSAS DE REAGUDIZACIÓN Y SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

MC Quesada Martínez (1), N Rodríguez García (2), B de la Villa Zamora (1), M Córcoles Vergara (1), P Piñera Salmerón (3)
Hospital Universitario Reina Sofía. Molina de Segura.

Palabras claves: pulmonary disease chronic obstructive, disease progression, hospitalization

Objetivos:

La enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un problema de salud pública de gran magnitud, la exacerbación EPOC es una importante causa de mortalidad y morbilidad, siendo la cuarta causa de muerte en el mundo. Enfermedad muy prevalente, con un importantísimo consumo de recursos y con un aumento previsible de su incidencia en un futuro inmediato.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en un Hospital General con un área de 200 000 habitantes y 275 urgencias diarias. Se incluyeron 445 pacientes atendidos con agudización de EPOC entre Junio 2013 a Junio 2014 con FEV <70%. Se recogieron datos sobre el servicio de hospitalización (medicina interna, neumología, infecciosas, unidad de cuidados intensivos (UCI) y geriatría) y causas de agudización (insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), tromboembolismo pulmonar (TEP), infección respiratoria (IR), arritmia, neumonía, cardiopatía isquémica (CI) y sedantes).

Resultados:

De los 445 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión en el estudio, la causa de reagudización fue en 242 (54,5%) la IR, en 28 (6,3%) ICC, en 9 (2%) neumonía, en 1 (0,2%) TEP, en 2 (0,2%) arritmia, en 2 (0,2%) CI. De estos pacientes, 291 (65,5 %) fueron dados de alta y 153 (34,5%) hospitalizados, de los cuales, 111 (24,9%) ingresaron en medicina interna, 41 (9,2%) en neumología, 3 (0,7%) en UCI. Solamente un 5% de los enfermos dados de alta consultaron en los tres días siguientes por el mismo motivo.

Conclusiones:

En nuestro hospital más de la mitad de las agudizaciones fue secundaria a IR de acuerdo con lo que se documenta en la literatura. La segunda causa que se mostró más prevalente fue la ICC y en tercer lugar las infecciones respiratorias neumónicas. De los pacientes reagudizados, 153 fueron hospitalizados y dados de alta 291 pacientes lo que parece un número inferior a lo que se presenta en la literatura sin que por ello se incremente el número de reconsultas en urgencias.

O-420

MANEJO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN URGENCIAS: ¿HASTA DÓNDE DEBEMOS CONFIAR EN LA ESCALA CURB 65?

JL Palma Aguilar (1), R Hidalgo Gómez (1), R Vallellano Domínguez (1), C Lazcano González (1), JL Soriano Romero (2), MA Conejero Díaz (1)

Hospital San Juan de Dios Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

Palabras claves: community, acquired pneumonia, CURB 65, risk prediction

Objetivos:

La evaluación de la gravedad inicial del paciente con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en el servicio de urgencias (SU) es clave para establecer su ubicación más apropiada. El uso de escalas pronósticas es una herramienta útil pues evita la variabilidad entre diferentes profesionales. El índice CURB 65 es una escala de severidad ampliamente validada, sencilla y con alta capacidad predictiva. Los pacientes con menos de 2 puntos se tratan ambulatoriamente y aquellos con más de 2 puntos deben ingresar. Por su fácil manejo es una herramienta idónea en los SU. Pero estas escalas tienen sus limitaciones y las guías dejan claro que deben ser valoradas circunstancias adicionales de índole clínico y social.

Material o pacientes y método:

Estudio Descriptivo de Incidencia del periodo comprendido entre el 01/01 y el 30/06 de 2014. Revisamos la historia clínica informática de los pacientes que acudieron por NAC. Con estos datos calculamos, en cada caso, el valor de la escala CURB 65 y anotamos el destino del paciente (ingreso o alta). Analizamos el porcentaje de pacientes a los que se aplicó alguna escala, si los pacientes con valores de la escala CURB 65 < 2 que ingresaron en planta tenían alguna condición añadida que justificase su ingreso y qué porcentaje de pacientes fueron ingresados sin una justificación clara.

Resultados:

Atendimos 218 casos de neumonía. Calculamos alguna escala a 112 pacientes (48,6%). Ingresaron 89 pacientes (40,8%). De éstos, 9 pacientes tenían un CURB 65 = 0 y 15 pacientes un CURB 65 = 1. Por tanto, un 26,9% de los ingresos no estaba justificado por la escala. En 22 pacientes encontramos un motivo que justificaba el ingreso. En dos casos (2,2% de los ingresos) no encontramos dicho motivo.

Conclusiones:

El uso de escalas pronósticas constituye un área de mejora en nuestra actividad. El manejo de la escala debe complementarse con una completa valoración clínica y social para decidir la ubicación más idónea del paciente con neumonía.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-421

MANEJO ANTIBIOTIBIÓTICO EN URGENCIAS EN EL ENFERMO CON AGUDIZACIÓN DE LA EPOC DE CAUSA INFECCIOSA

N Rodríguez García, MC Quesada Martínez, M Córcoles Vergara, B de la Villa Zamora (1), P Piñera Salmerón
Urgencias. HGURS Murcia.

Palabras claves: pulmonary disease, chronic obstructive, therapeutics agents, antimicrobial

Objetivos:

Las agudizaciones de la EPOC (AEPOC) suponen hoy en el principal motivo de consulta en urgencias de estos enfermos. El uso de antibióticos tienen unas indicaciones precisas aunque no deja de estar en controversia.

Material o pacientes y método:

Estudio Observacional, retrospectivo en un Hospital General con un área de 200.000 habitantes y 275 urg/día. Se revisaron las historias clínicas de los enfermos con diagnóstico previo de EPOC que habían consultado por agudización en los últimos 12 meses.

Resultados:

Se incluyeron un total de 445 con AEPOC. Los síntomas y signos que presentaban eran los siguientes: 244 (55%) presentaron aumento de disnea, 187 (42'1%) aumento del volumen de esputo, 98 (22'1%) esputo purulento y 64(14'4%) fiebre. Se usaron antibióticos en un total de 125(28%) enfermos con AEPOC siendo el uso de antibióticos el siguiente: 18 (4'1%) amoxicilina-clavulanico, 12 (2'7%) moxifloxacino, 73 (16'4%) levofloxacino, 5 (1'1%) ciprofloxacino, 14 (3'2%) ceftriaxona, 3 (0'7%) cefalosporina activa frente a pseudomonas .

Conclusiones:

Respeto a los criterios de Anthonisen para el uso o no de antibióticos comprobamos que en más de la mitad de los casos presentaban aumento de disnea y aumento del volumen del esputo con un porcentaje de purulencia en el esputo cercano al 25% de los casos. Si atendemos al uso que hacemos de antibióticos en urgencias parece que el signo guía es la purulencia del esputo tal y como figura en las últimas Guías de Práctica Clínica publicadas. Podemos concluir que hacemos un uso correcto de antibióticos aunque pueda parecer escaso.

O-422

PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA QUE CONSULTAN EN URGENCIAS. ¿REALMENTE AJUSTAMOS LA DOSIS ADECUADAMENTE?

F Francia Franco JJ Eito Cuello, AG Moreno Mejía, JE Marcelin, C Lorient Martínez, M López Hernández
Hospital de Barbastro. Barbastro, Huesca.

Palabras claves: heparinas, dosis, trombosis

Objetivos:

La enfermedad tromboembólica es la tercera causa de muerte cardiovascular siendo su incidencia anual alrededor del 0,1%, oscilando entre el 0,01% en adultos jóvenes y hasta en el 1% en mayores de 60 años, es causa de elevada morbi-mortalidad. Más de la mitad de tales eventos se originan en la trombosis venosa profunda (TVP) por lo cual resulta de fundamental importancia la prevención. No hay consenso acerca de si la incidencia de la enfermedad tromboembólica venosa varía o no con el sexo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes con diagnóstico de TVP que consultaron en el Servicio de Urgencias del 1 enero de 2014 a 31 de diciembre de 2014. Se obtuvo una muestra total de 41 pacientes, tras excluir aquellos pacientes que se trataron con Acenocumarol. Con el programa SPSS, realizamos el análisis estadístico de los datos.

Resultados:

La edad media fue de 65,84 años, siendo el 65,85% mujeres. El 46,34% de los pacientes tenían antecedentes de hipertensión arterial, de los cuales el 34,14% eran mujeres. Solo el 24,39% eran diabéticos (14,63% mujeres). Del total de pacientes, al 14,64% se le implantó la dosificación correcta de heparinas siendo el 9,76% mujeres, se infradosificó a un 51,21% de los pacientes (36,58% mujeres) y se sobredosificó a un 34,15% (19,51% mujeres). El 7,31% sufrió complicaciones graves. Y el 55,33% requirió ingreso hospitalario.

Conclusiones:

A pesar de que la TVP es una enfermedad prevalente que con medidas eficaces puede variar la morbi-mortalidad y la incidencia de sus complicaciones, solo se instauró el tratamiento correcto al 14,64% de los pacientes que consultaron nuestro servicio. El 51,21% se infradosificó y el 34,15% se sobredosificó. Es necesario incidir en la importancia de la dosificación correcta en nuestro servicio de urgencias en pacientes con diagnóstico de TVP para poder evitar desenlaces fatales.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-423

DESCRIPCIÓN DE PACIENTES QUE SOLICITAN PPENO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

R de Miguel Buckley, E Roy Vallejo, A Gómez Berrocal, A Pizarro Portillo, J Sanz Sanz

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Palabras claves: VIH, profilaxis, urgencias

Objetivos:

Ante el interés creciente en estrategias de prevención de transmisión del VIH, consideramos oportuno describir a la población que acude a Urgencias solicitando profilaxis post-exposición no ocupacional (PPENO) al VIH.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo descriptivo utilizando base de datos de pacientes que acuden solicitando PPENO entre Enero 2010 y Septiembre 2014 al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa. Se recogieron datos de la historia clínica y se analizaron distintas variables clínicas y demográficas.

Resultados:

Se incluyeron 48 pacientes en su mayoría varones (44/48) con una media de edad de 32 años (rango 18-54 años). Una alta proporción tenía estudios universitarios y de nacionalidad distinta a la española. Se describe consumo moderado de tabaco (18/48) y alcohol (27/48). La relación de riesgo predominante fue de tipo homosexual (33/48) y fuera de la pareja estable (35/40), destacando que casi la mitad de los pacientes no utilizó método de barrera (23/44). En un cuarto de los casos la relación de riesgo se produjo con pareja VIH+ conocida. Se administró PPENO a 83% de los solicitantes (40/48), siempre en las primeras 72 horas tras la exposición. Atendiendo a las guías de práctica clínica, se administró PPENO de forma inadecuada en 6 casos, todos ellos por presentar relación sexual considerada de bajo riesgo. A todos se les derivó para seguimiento en consulta especializada. A lo largo del seguimiento se documentaron dos reincidencias y una seroconversión.

Conclusiones:

La adecuada descripción de los pacientes que acuden a Urgencias solicitando PPENO constituye una información imprescindible para la correcta elaboración de protocolos multidisciplinarios para la prevención de transmisión del VIH.

O-424

AUTOCRÍTICA DE LA ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

A García Notario (1), JL García García (1), E Carrasco Fernández (1), MA Rienda Moreno (2), MJ Pacheco de la Casa (3), E Aparicio Mansilla (4), M Martín Ayuso (4)

(1) Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares, (2) Hospital General Universitario de Ciudad Real, (3) Hospital Santa Bárbara de Puertollano, (4) Centro de Salud Abenojar.

Palabras claves: fibrilación auricular, servicios de urgencias, tromboprofilaxis

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA) es una arritmia muy prevalente en los servicios de urgencias (SU), y los médicos de urgencias nos leemos constantemente las actualizaciones que vienen sucediendo, ¿pero lo aplicamos correctamente en la práctica clínica?, ¿Cuáles son nuestras recomendaciones de anticoagulación al alta?

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, retrospectivo con inclusión consecutiva de los pacientes con FA que fueron atendidos en el SU desde el 01/01/2014 al 31/12/2014, valorando la adecuación del tratamiento anticoagulante al alta.

Resultados:

De las 27540 urgencias atendidas en el 2014, presentaban en sus antecedentes o en el diagnóstico FA un total de 676 pacientes (49% no están anticoagulados), y de ellos 107 pacientes acudieron a urgencias por presentar una clínica en relación a la FA. De estos el 52% estaban anticoagulados (AC), 28% antiagregados (AG) y el 20% no tenían tratamiento (NO). Según la puntuación de CHA2-DS2-VASC < 2 estaban AC el 22%, 39% AG y el 39% NO. Los CHA2-DS2-VASC > 2 el 58% estaban AG, el 26% AG y el 16% NO. En la revisión detallada los CHA2-DS2-VASC de 1 tenemos 50% NO, el 33% AC y el 17% AG, en los CHA2-DS2-VASC de 2, el 50% AC, 35% AG, 15% NO, en los CHA2-DS2-VASC de 3, 55% AC, 25% AG, 20% NO, los CHA2-DS2-VASC de 4, 73% AC, 12% AG, 15% NO, en los CHA2-DS2-VASC de 5, teníamos el 50% AC, 50% AG. Y los CHA2-DS2-VASC ≥ 6 el tratamiento fue correcto.

Conclusiones:

En la revisión realizada se deduce que no seguimos las guías de FA, no se realiza sistemáticamente una estratificación del riesgo embólico y en consecuencia no tratamos correctamente la anticoagulación. Las menores puntuaciones de CHA2-DS2-VASC son las que presentan mayor variabilidad en la adecuación a las guías. Observamos que las FA paroxísticas o primer episodio no aplicamos la escala CHA2-DS2-VASC y suelen ser antiagregados o no tratados frente a la anticoagulación. Se debe mejorar la adecuación del tratamiento anticoagulante prescrito en el SU.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-425

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE SEGUNDO NIVEL

G Quispe Figueroa, E López Ruiz, J García Martín, P Ramírez Cabello, B Paderne Díaz, G Gómez García, W Fulgencio Inoa
Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

Palabras claves: pulmonary embolism, guidelines, wells score

Objetivos:

Estudios recientes cifran la probabilidad global de tromboembolismo pulmonar (TEP) en los pacientes con sospecha del mismo en un 26%. Los algoritmos de diagnóstico basados en la probabilidad pretest y los valores del Dímero D disminuyen los efectos de la falta de experiencia médica y optimizan el uso de los recursos diagnósticos.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, observacional, y retrospectivo. Se revisaron las historias de los pacientes con peticiones de TAC de arterias pulmonares (TACAP) durante 9 meses. Se denominó "estrategia basada en la experiencia" si no constaba en la historia estimación de probabilidad pretest y "basada en la evidencia", si constaba. Se analizan asociaciones estadísticas con Chi2 y prueba exacta de Fisher.

Resultados:

Se solicitaron 226 TACAP. 55 (24,3%) tuvieron TEP, 218 (96,5%) fueron indicados en "base a la experiencia" y 8 (3,5%) en "base a la evidencia" con un porcentaje de TEP en ambos grupos sin diferencias significativas (24,3% vs 25%). Existió fuerte asociación estadística entre el Dímero D (DD) y la indicación del TACAP ($p < 0,001$). Se realizaron 208 determinaciones de (DD) de alta sensibilidad, de las cuales se asociaron a TEP en el 25,6% (50 casos) de los 195 DD $> 0,5$ ng/ml, (sensibilidad 25%). 1 sólo paciente de los 13 con DD $< 0,5$ tuvo TEP (especificidad 92%). 11 de los 25 pacientes a los que no se le realizó DD tuvieron TEP (9 de éstos con diagnóstico casual ambulatorio).

Conclusiones:

En nuestro Servicio se usa mayoritariamente en el diagnóstico de TEP una "estrategia basada en la experiencia" y en el uso del DD, sin encontrar diferencias significativas con la estrategia basada en la evidencia en cuanto a acierto diagnóstico, aunque la muestra de estrategias basadas en la evidencia es excesivamente pequeña. La indicación del TACAP mostró fuerte dependencia del valor del DD. Serían necesarios estudios comparativos entre ambas estrategias con grupos de similares tamaños para aumentar la fiabilidad de los resultados.

O-426

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

M Muñoz Ayuso, FA Guirao Salinas, J Barceló Martínez, CM Escarbajal Frutos, FJ Sotos Solano, R Pérez Costa
Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Palabras claves: neumonía, protocolo, evaluación

Objetivos:

Desde 2006 disponemos de un protocolo de actuación en urgencias para pacientes diagnosticados de neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Tras su instauración lo evaluamos cada 2 años y observamos una mejoría en el manejo de estos pacientes.

Material o pacientes y método:

Se incluyeron todos los pacientes que fueron diagnosticados de NAC en un servicio de urgencias hospitalario durante 3 meses. Se realiza estudio descriptivo retrospectivo, las variables estudiadas fueron edad y sexo, escala de gravedad de FINE (PSI), destino del paciente, mortalidad, toma de test microbiológicos, antibiótico empleado y adecuación de los ingresos y altas. Se compara Resultados con mediciones anteriores. Las variables se expresan como medias $\pm$ desviación estandar y frecuencias absolutas y relativas.

Resultados:

Se estudiaron 248 pacientes, la edad fue $70,61 \pm 19,38$, 41,9% mujeres y 58,1% hombres. La puntuación PSI $95,46 \pm 39,41$. Se ingresaron 75,4% y 22,2% a domicilio, 1,6% ingresaron en UCI y 2 pacientes pidieron el alta voluntaria. La estancia de los pacientes ingresados fue de $6,38 \pm 7,17$ días y la mortalidad total fue del 4,4%. Se recogieron hemocultivos al 43,1%, cultivo de esputo al 16,9% y antígenos urinarios al 56,5%. La adecuación del destino del paciente fue del 91,1% y la adecuación del tratamiento 81,45%. Los antibióticos mas usados fueron fluorquinolona 41,2%, betalactámico + quinolona 29,4%, betalactámico en monoterapia 19,5% y betalactámico + macrólido 8,6%. En la anterior medición la muestra tenía una edad inferior ($61,84 \pm 20,76$) y menor gravedad (PSI $67,41 \pm 29,27$) lo que explica menor porcentaje de ingresos (47,7%) y mortalidad (1,29%). El porcentaje de ingresos en UCI fue similar 1,3%. La adecuación de ingresos fue 84,4% y la del tratamiento 91%.

Conclusiones:

1. La adecuación del destino del paciente fue elevada (91%), superior a la evaluación anterior (84,4%) 2. La adecuación del tratamiento (81,4%) fue inferior a mediciones previas (91%) 3. Se observó una disminución de recogida de hemocultivos (43,1%) mientras que la de antígenos urinarios es similar (56,5%) 4. El porcentaje de ingresos es alto (75,4%) y la mortalidad ha aumentado (4,4%) atribuible a un aumento de la edad y gravedad de los pacientes estudiados en relación con previos.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-427

DESCRIPCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS CON SEPSIS, TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO SEPSIS EN ARAGÓN

AG Moreno Mejía, JJ Eito Cuello, G Hurtado Ponce, F Francia Franco, MC López Sanvicente, A Mur
Hospital de Barbastro. Barbastro, Huesca.

Palabras claves: sepsis, tratamiento de urgencia, alarma

Objetivos:

La sepsis es causa de morbi-mortalidad elevada a nivel mundial. En España ocurren anualmente 45.000 casos de sepsis grave de los que fallecen unos 13.000. Por ello, las urgencias hospitalarias en Aragón a partir de marzo de 2014 vieron la necesidad de implantar un protocolo de atención al paciente con sepsis para mejorar la calidad de asistencia y la supervivencia.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo-prospectivo de pacientes con alarma sepsis activada desde triaje, durante 9 meses (01/04/14 – 31/12/14). Muestra total: 1514 pacientes activados. Solo 106 cumplían criterios de inclusión para diagnóstico y tratamiento de sepsis, procediéndose al análisis estadístico de estos últimos con el programa SPSS.

Resultados:

La edad media fue de 74,34 años, siendo el 58,49% hombres. En el 55,66% fue activada la alarma desde triaje, el resto fue activado a posteriori. La media de minutos en ser atendidos desde su sospecha fue de 9,55 minutos. 56,60% tenían antecedentes de Hipertensión Arterial y el 24,56% eran diabéticos. El foco de infección más frecuente fue neumológico (45,28%), seguido de urológico (24,52%). El valor medio de las primeras constantes tomadas en triaje fue: tensión arterial: 107/60 mmHg, Frecuencia cardiaca: 102 latidos por minuto, temperatura axilar: 37,4°C, Saturación de oxígeno ≤ 93% : 59,60%. 100% recibió tratamiento antibiótico, 68,57% instaurado en la primera hora. En cuanto a parámetros alterados de laboratorio, el 80,19% presentó plaquetopenia, 60,38% Creatinina > de 2 mg/dL, coagulación alterada: 72,64%, lactato > 4 mmol/L: 32,8%. El 3,77% de los pacientes falleció.

Conclusiones:

Aun activándose la alarma sepsis desde triaje, existen parámetros a mejorar en cuanto a la activación de esta ya que se observó que en 9 meses del total de activados solo el 7% eran pacientes con sepsis, y únicamente el 55,66% se activo desde triaje. A pesar de los esfuerzos por instaurar un tratamiento precoz, existe un 3,77% de pacientes con desenlace fatal.

O-428

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: RETO ACTUAL PARA EL URGENCIÓLOGO

M Berned Sabater, L Mateo Gallego, A Condón Abanto, N Alba Molina, I Fonoll Tassier, R Gaya Tur, A Baguer Bascuas
Hospital Joan XXIII de Tarragona. Tarragona.

Palabras claves: tromboembolismo pulmonar, diagnóstico, riesgo

Objetivos:

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una urgencia cardiovascular relativamente frecuente. El diagnóstico de TEP es difícil debido a que tiene una presentación clínica inespecífica. El diagnóstico precoz es fundamental, ya que el tratamiento inmediato es altamente efectivo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de TEP, que acudieron a urgencias de un hospital universitario de tercer nivel (SUH), en un periodo comprendido entre el 1/10/2015 y el 1/12/2015. Se revisaron las historias clínicas de todas las urgencias vasculares atendidas en el SUH durante el periodo descrito, de ella se selecciona la muestra a estudio. Muestra a estudio (TEP): parcialmente incluidos en el estudio ESPHERIA. Se realizó una hoja de recogida de datos con las variables clínicas y sociodemográficas a estudio definidas previamente. Posteriormente se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS.

Resultados:

Durante el periodo descrito se diagnosticaron 12 casos de TEP. 60% eran hombres con una media de edad de 73 años. 66,6% presentaba TVP en el momento del diagnóstico y 41,6% antecedentes de TEP/TVP. La media de los días desde la aparición de los síntomas era de 6, de los cuales un 33,3% venían reenviados por el médico de atención primaria. De los factores de riesgo, cabe destacar que: El 75% tenía antecedentes previos, 66,6% criterios mayores y 41,6% cáncer. El 42% de los pacientes eran fumadores activos, 67% exfumadores con enolismo crónico activo. El 100% de los pacientes ingresaron y 33% precisaron UCI. Escala de Wells: Riesgo moderado en 8/12 pacientes. Se solicitó Troponina I para la estratificación del riesgo en 41,6% de los pacientes. En el 100% de los casos se inició el tratamiento con HBPM desde urgencias y el 66,6% fueron dados de alta con ACOs. No se realizó trombolisis en ningún caso y se detectaron dos exitos.

Conclusiones:

Tal y como queda de manifiesto el TEP tiene una prevalencia significativa y alta morbimortalidad. Sin embargo la mayor parte de los autores coinciden en que esta incidencia probablemente este infravalorada debido a la alta tasa de TEPs no diagnosticados. El diagnóstico sigue resultando difícil, por lo tanto es necesario investigar los factores de riesgo asociados ya que un diagnóstico temprano disminuiría la morbimortalidad.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-429

ARBOVIROSIS EN EL ÁREA METROPOLITANA NORTE DE BARCELONA

N Robert Boter (1), E Viloria Nieves (2), S Roure Díez (1), A Carreres Molas (1), LL Valerio Sallent (1), JM Mòdol Deltell (1)
Hospital Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona, Barcelona.

Palabras claves: arbovirus, dengue, Chikungunya

Objetivos:

Los virus Dengue y Chikungunya son arbovirus responsables de cuadros febriles en áreas tropicales. Su vector principal es *Aedes aegypti*. Se han descrito casos autóctonos en Europa transmitidos por *Aedes albopictus* (mosquito tigre).

Material o pacientes y método:

Análisis retrospectivo de los pacientes visitados en urgencias de la Unidad de Salud Internacional del Área Metropolitana Norte (Barcelona) y del Hospital de referencia, H. Germans Trias i Pujol, con confirmación serológica de enfermedad de Dengue o Chikungunya durante el año 2014.

Resultados:

Se han diagnosticado 15 casos, 10 de Chikungunya, 4 de Dengue, 1 coinfección. Todos los casos han sido importados. La edad media es de 34,7 años, siendo el 53% mujeres. Presentación clínica: -Chikungunya: fiebre 100%, artralgias 90%, artritis 70%, rash 40%, cefalea 40%, diarrea 30%. La artritis ha afectado a articulaciones pequeñas de las manos en todos los casos y en el 40% a grandes articulaciones. La duración ha sido de 1-5 meses y ha precisado de corticoides el 87,5%, -Dengue= fiebre 100%, artralgias 100%, artritis 0%, rash 25%, cefalea 50%, diarrea 25%. No ha habido ninguna presentación hemorrágica. Alteraciones analíticas: -Chikungunya: plaquetopenia 33%, linfopenia 33%, alteración de la bioquímica hepática 33%, -Dengue: leucopenia 50%, plaquetopenia 25%, trombocitosis 25%, alteración bioquímica hepática 50%. Lugar adquisición: -Chikungunya= América (9) y África (2), -Dengue= América (3), Asia (2). En todos los casos de Chikungunya había evidencia serológica de infección antigua por Dengue.

Conclusiones:

La incidencia de Dengue se ha mantenido estable en los últimos años en nuestro medio pero se observa un gran incremento en los diagnósticos de Chikungunya coincidiendo con el brote que está afectando a Sudamérica. Se trata de dos arbovirosis que comparten áreas de riesgo de adquisición, vector y presentación clínica y analítica. La diferencia fundamental entre ambas es la presencia de artritis persistente que afecta las articulaciones de las manos en los casos de Chikungunya. La presencia de un vector competente en nuestro medio conlleva el riesgo de aparición de casos autóctonos.

O-430

EFFECTIVIDAD DE LA ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA EN LA NAC Y EFICIENCIA DE LOS ÍNDICES PRONÓSTICOS FINE/CURB65

A Navarro Juanes, Z Flores de Apodaca, J Noguera Mas, A Valdivia Pérez, Z Serrano Soler, M García Galán
Servicio de Urgencias Hospital de Dénia. Dénia.

Palabras claves: neumonía, antibioticoterapia empírica, índices pronósticos

Objetivos:

El tratamiento de la NAC es empírico, fundamentado en los microorganismos más frecuentes y en los patrones locales de susceptibilidad antibiótica.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de carácter prospectivo de los pacientes consecutivamente atendidos en el SU por neumonía confirmada radiológicamente y que requirieron ingreso hospitalario (223) de enero-diciembre de 2013 (IC del 95%) con una razón entre tratamientos de 1 y una potencia estadística del 84,8%, superior recomendada convencionalmente (80%). Como criterios de inclusión se establecieron aquellos pacientes ingresados en el periodo descrito con diagnóstico de neumonía al alta. Se identificaron y revisaron todos los pacientes con código de diagnóstico principal CIE-9 MC al alta que indique neumonía: 3.22, 21.2, 39.1, 52.1, 55.1, 73.0, 112.4, 114.0, 114.4, 114.5, 115.05, 115.15, 115.95, 130.4, 136.3, 480.00 a 486.99, 507.0, 510.0, 510.9, 511.0, 513.0. Se revisaron todos los pacientes con código diagnóstico de septicemia (38), sepsis (995.91), sepsis grave (995.92) o shock séptico (785.52), con el objetivo de identificar los ingresos por sepsis de origen respiratorio. Para la confirmación diagnóstica de neumonía se emplearon los criterios CDC/NHSN y ECDPC para vigilancia de infecciones.

Resultados:

En el análisis multivariado ajustamos la asociación exitus-tratamiento antibiótico por gravedad (FINE/CURB65) y comorbilidad (Charlson). Presenta una significación estadística global con $p=0,0008$. Comprobamos buen ajuste por medio de test de Hosmer-Lemeshow ($p=0,2125$). La única variable asociada independientemente con el riesgo de morir durante la hospitalización es la escala FINE (200% más riesgo por cada aumento de un nivel en FINE, IC95%: 30,0%-599,2%, $p=0,010$). No se observan asociaciones independientes significativas con CURB ($p=0,408$) o Charlson ($p=0,281$). El tratamiento antibiótico adecuado se asocia con una disminución del 26,2% del riesgo de morir durante el ingreso, pero la asociación no alcanza significación estadística ($p=0,377$).

Conclusiones:

La administración de antibioticoterapia empírica con adherencia a las guías clínicas en nuestro SU, resulta efectiva para reducir la estancia hospitalaria en los pacientes con NAC, confirmando la utilidad pronóstica de los índices FINE/CURB65 en nuestro entorno.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-431

EXACERBACIÓN DE EPOC EN URGENCIAS: PERFIL DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL COMARCAL

A Reig Pastor (1), T Sendra Barbosa (1), FJ Salvador Suárez (1)
Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva. Xàtiva.

Palabras claves: EPOC, disnea, exacerbación

Objetivos:

Las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) producen deterioro de la calidad de vida, elevados costes, afectan a la progresión de la enfermedad y aumentan el riesgo de muerte. Clásicamente se han utilizado los criterios de Anthonisen para establecer la probabilidad de etiología bacteriana y la necesidad de tratamiento antibiótico. Actualmente, se considera un esputo de aspecto purulento como el mejor signo de infección bacteriana. Este hallazgo, más la alteración de la función pulmonar, debe orientar la posible etiología y el tratamiento antibiótico empírico. Asimismo, deben valorarse la gravedad de la EPOC subyacente, las comorbilidades y la historia previa de exacerbaciones.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo del 1 enero 2014-31 diciembre 2014. Incluidos: pacientes ≥ 18 años atendidos en el SUH con diagnóstico principal de exacerbación de EPOC. Excluidos: <18 años, los exitus, cuando el diagnóstico de exacerbación de EPOC figura como secundario. Variables: edad, sexo, comorbilidades, motivos de atención, estrategia farmacológica. Datos extraídos del informe de alta informatizado. Análisis de Resultados con SPSS.

Resultados:

131 pacientes (Hombres 93,1%, Mujeres 6,9%). Media de edad: 74,9 años. Comorbilidades más frecuentes: HTA (80,2%), DM-2 (35,1%), cardiopatía isquémica (22,9%). Síntomas referidos: aumento de la disnea (89,3%), aumento de la tos (63,4%), cambios del esputo (45,8%). Saturación oxígeno: $\geq 90\%$ (85,5%), $<90\%$ (14,5%). Fiebre: 9,9%. Criterios de Anthonisen que cumplen: 0 (4,6%), 1 (50,4%), 2 (9,2%) y 3 (35,9%). Prescripción de antibiótico (69,4%). Episodios durante 2014: 1 (60,9%), 2 (25,5%), 3 (7,3%), 4 (6,4%). Durante el año previo tratados con: antibiótico (77,1%), corticoides sistémicos (61,8%). Ingresaron: 32,8%.

Conclusiones:

La edad media de los pacientes estudiados es de 74,9 años. Comorbilidad más frecuente: HTA (80,2%). Motivo principal de atención: aumento de la disnea (89,3%). El 14,5% de los pacientes tenían una saturación $<90\%$ y un 9,9% tenían fiebre. Un 45,1% cumplían 2 o 3 criterios de Anthonisen. Presentaban un esputo purulento un 45,8%. En cambio, se prescribió antibiótico a un 69,4% de los casos. Precisarón ingreso un 32,8%.

O-432

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICO TERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL (TVS) EN LA COMUNIDAD DE ARAGÓN

J Franco Sorolla (1), R Graefenhain de Codes (2), M Tribados Causadias (3), JM Ferreras Amez (4), C Montesa Lou (5), F Alcaine Chaure (6)

(1) Hospital Miguel Servet, (2) Bayer Healthcare, (3) Outcomes'10, (4) Hospital Royo Villanova, (5) Hospital Ernest Lluch (Calatayud), (6) Hospital de Alcañiz. Zaragoza.

Palabras claves: embolia, trombosis, tratamiento

Objetivos:

El TEV engloba el embolismo pulmonar (EP) y la trombosis venosa profunda (TVP). El tratamiento recomendado son heparinas de bajo peso molecular (HBPM) durante 10 días como máximo, incluyendo, al quinto día, antagonistas de vitamina K (AVK), hasta alcanzar un INR >2 durante al menos 2 días. En el caso de la trombosis venosa superficial (TVS), se recomienda tratar con HBPM durante 7-15 días.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas de pacientes tratados con anticoagulantes durante el 2012.

Resultados:

Se incluyeron 1219 pacientes [57,8% mujeres, edad media 69,3 (DE: 16,6)], procedentes de 10 centros [HU Miguel Servet (n=416), HCU Lozano Blesa (n=291), H Royo Villanova (n=107), H San Jorge Huesca (n=103), H Obispo Polanco (N=102), H Barbastro (n=79), H Alcañiz (n=53), H Ernest Lluch (n=45), H AR Pirineo Jaca (n=12) y H R Nuestra Señora de Gracia (n=11)]. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (52,7%), dislipemias (36,0%), insuficiencia venosa crónica (35,0%), cáncer (22,9%) y diabetes (20,3%). El 51,7% de los pacientes fueron diagnosticados con TEV (EP: 22,2%, TVP: 29,5%). Las pautas de tratamiento observadas fueron: tratamiento combinado (HBPM+AVK) simultáneamente (EP: 23,6%, TVP: 5,3%), en tiempos distintos (EP: 23,6%, TVP: 34,4%), HBPM monoterapia (EP: 24,0%, TVP: 46,4%) y AVK monoterapia (EP: 28,8%, TVP: 13,9%). El diagnóstico de TVS se observó en el 48,3% restante. Las pautas de tratamiento observadas fueron 1,6% tratamiento combinado simultáneamente, 10,0% tratamiento combinado en tiempos distintos, 73,3% HBPM monoterapia y 15,1% AVK monoterapia. La duración media del tratamiento con HBPM fue 51,2 (117,4) días, variando entre 62,1 (156,1) en EP, 63,5 (112,8) en TVP y 39,5 (101,4) en TVS. De los pacientes estudiados, 348 experimentaron recurrencias (EP: 12,2%, TVP: 21,1%, TVS: 40,5%).

Conclusiones:

Los pacientes con TVS experimentan más recurrencias que aquellos con EP o TVP, pudiéndose asociar a un fallo en el diagnóstico o en la pauta terapéutica que varía considerablemente entre patologías.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-433

TRATAMIENTO EN URGENCIAS EN PACIENTE EPOC AGUDIZADO SEGÚN CRITERIOS DE GRAVEDAD GOLD

M Córcoles Vergara, B de la Villa Zamora, MC Quesada Martínez, N Rodríguez García, P Piñera Salmerón
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras claves: EPOC, therapy, severity

Objetivos:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se define como obstrucción de las vías respiratorias generalmente progresiva e irreversible. En las últimas guías de práctica (GPC) hay una tendencia individualizar a los enfermos en relación con su nivel de gravedad.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, retrospectivo en un Hospital General con un área de 200.000 habitantes y 275 urg/día. Se incluyeron todos los enfermos con diagnóstico previo EPOC acudieron al SU entre Junio-2013 a Mayo-2014 por AEPOC. Se analizó el tratamiento que recibieron en el SU en relación con el estadio basal de su enfermedad según la clasificación GOLD.

Resultados:

Un total de 444 pacientes consultaron por AEPOC. Se clasificaron según GOLD en: leves 238 (53%), moderados 125 (28,3%), graves 78 (17,5%) y muy graves 4 (1%). 82(18,38%) presentaban un estadio basal de grave/muy grave. 64 (78,04%) fueron tratados con beta 2 nebulizados/inhalados, 62 (75,61%) con anticolinérgicos nebulizados/inhalados, 66 (80,49%) corticoides iv y 45(54,87%) nebulizados/inhalados. 364(81,61%) estadio basal de moderados/leve. 154(42,30%) se trataron con beta2 nebulizados/inhalados, 140(38,46%) con anticolinérgicos nebulizados/inhalados, 84 (23,07%) corticoides nebulizados/inhalados y 145 (39,84%) corticoides iv.

Conclusiones:

El tratamiento que se aplica a los enfermos en la AEPOC en el SU parece que se ajusta a su nivel de gravedad. El uso de broncodilatadores podría mejorarse en ambos grupos teniendo en cuenta que es el tratamiento de base de la agudización. El uso de corticoides parece estar más cercano a las GPC que el resto de grupos terapéuticos usándose más en graves/muy graves que en moderados/leves, en estos últimos no tendrían indicación. Habría que intentar adecuar el tratamiento a la situación de cada paciente de cara a un consumo de recursos mas racional en el SU. Pensamos que una intensificación en una formación continuada y una difusión adecuada de la GPC pueden contribuir a mejorar el tratamiento de la agudización de la EPOC.

O-434

PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL, ANÁLISIS DESCRIPTIVO

M García Batanero, A Díaz Poveda, N Barrera Aguilera, E González Marín, M Guzmán Fernández
Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona.

Palabras claves: antibióticos, administración, servicio de urgencias

Objetivos:

Los antibióticos, uno de los grupos terapéuticos más prescrito en urgencias, su uso adecuado y precoz mejora la morbilidad-mortalidad en casos graves, reduce la estancia e influye en costes sanitarios.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo, ámbito: Servicio de urgencias de un hospital de 210 camas. Pacientes adultos visitados en urgencias del 1 al 20 /02/2015, y recibieron antibióticos con intención curativa. La recogida de datos se realizó sobre plantilla Excel© a partir de la historia clínica de urgencias y los registros de tiempos del programa de gestión hospitalaria. Se realizó análisis estadístico descriptivo de los datos recogidos, Ji cuadrado para comparación de grupos.

Resultados:

Se incluyeron 167 pacientes, media de edad 79 años (desviación estándar, DE ± 14), 51% hombres, 49% mujeres, se tomaron muestras para cultivos en 76 (45.7%). Los pacientes se distribuyeron por foco infeccioso, más frecuente Respiratorio: 61.4%. Los antibióticos más prescritos: ceftriaxona (28.7%), levofloxacino (25.1%) y amoxicilina/clavulánico (15.5%), 62 pacientes (39.7%) recibieron 2 o más antibióticos. La prescripción más frecuente por foco infeccioso, Respiratorio: levofloxacino 36.2%, Urinario: ceftriaxona 54.1%, Digestivo: Metronidazol 38.1%, tejidos blandos: amoxicilina/clavulánico 62.5 %, foco desconocido: Ceftriaxona 40%. Se cambió la pauta en 48 pacientes (30.1%) una vez ingresados, 26 (34.2%) entre los que se tomaron cultivos, 22 (24.1%) entre los que no, la diferencia entre grupos no fue significativa ($p=0.15$). El tiempo hasta la primera dosis de antibiótico, desde visita médica: mediana 139 minutos (media 179 minutos DE ± 195) desde triaje: mediana 222 minutos (media 247 minutos DE ± 141).

Conclusiones:

Los antibióticos más prescritos fueron: ceftriaxona, levofloxacino y amoxicilina/clavulánico. Ceftriaxona el más prescrito en focos urinario y desconocido, levofloxacino en respiratorio, amoxicilina/clavulánico en tejidos blandos. En planta se cambió la antibiotico-terapia en el 30.1% de los pacientes, sin diferencia en relación a la toma de cultivos. EL tiempo hasta la administración del antibiótico en nuestro servicio fue superior al recomendado.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-435

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES TRATADOS CON VENTILACIÓN NO INVASIVA EN URGENCIAS

FJ Sotos Solano, M Muñoz Ayuso, MR Castan Lagrava, FA Guirao Salinas, R Pérez Costa, MT López Picazo

Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Palabras claves: BIPAP, insuficiencia respiratoria, urgencias

Objetivos:

La llegada de la Ventilación mecánica no invasiva (VMNI) a los Servicios de Urgencias ha supuesto un importante avance en el manejo y una mejoría del pronóstico de los pacientes con insuficiencia respiratoria

Material o pacientes y método:

Estudio observacional y retrospectivo de 1 año de duración de todos los pacientes tratados con VMNI (BIPAP) en urgencias. Se analizan variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas. Las variables se expresan como medias $\pm$ desviación estándar o mediana y frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones entre variables mediante tablas de contingencias y test de ANOVA.

Resultados:

Se analizaron 76 pacientes. La edad media $78,30 \pm 10,8$ años, 53,9% mujeres y 46,1% hombres. Las patologías más frecuentes fueron Edema agudo de pulmón (EAP) 21,1%, EPOC (21,1%) y neumonía (15,8%). La mayoría de los pacientes EPOC y neumonías eran hombres (87,5% y 75%) y los EAP mujeres (77,8%). A su llegada el pH $7,27 \pm 0,11$, pCO_2 $62,39 \pm 24,44$, pO_2/FiO_2 218 ± 87 , frecuencia respiratoria (FR) $27,46 \pm 8$, APACHE $19,9 \pm 4,9$, el 84,2% tenían un Glasgow de 15. Se ingresaron en UCI el 18,4% de pacientes, ninguno de los cuales precisó IOT. El 61,8% fueron alta de urgencias sin BIPAP, 17,1% continuaron con BIPAP y 19,7% fueron exitos a lo largo de su estancia hospitalaria (en Urgencias sólo un exitus). el tiempo medio de estancia en urgencias fue $8,37 \pm 5,89$ horas, estancia en UCI $3,86 \pm 3,73$ días y estancia hospitalaria $10,29 \pm 6,66$ días. Tras el tratamiento se aprecia mejoría en pH ($7,3 \pm 0,8$) y la pCo_2 ($56,37 \pm 18,53$) que fueron ambos estadísticamente significativos ($p < 0,001$).

Conclusiones:

1. La patología más frecuente que precisa VMNI en urgencias es el EAP seguido de EPOC y neumonía. 2. Los pacientes tratados con VMNI en urgencias tienen mejoría clínica y de parámetros gasométricos (pH y pCo_2) 3. El 18,4% de pacientes se ingresan en UCI y ninguno precisó IOT 4. Los tiempos de estancia medios fueron de 8,4 horas en urgencias, 3,9 días en UCI y 10,3 días en planta 5. Aunque la mortalidad en urgencias fue escasa (1 paciente) en planta y UCI llegó al 19,3%.

O-436

INFECCIONES EN URGENCIAS. GRADO DE CUMPLIMIENTO CON LAS RECOMENDACIONES DE LA SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN Y SU INFLUENCIA EN LA EVOLUCIÓN

JJ Gamazo del Río (1), MS Gallardo Rebollal (1), O Aller García (1), U Aguirre Larracochea (2), ME Ortega Marcos (1), M Sánchez Fernández (1)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital Galdakao-Usansolo, (2) Research Unit, Health Services Research On Chronic Patients Network (Redissec), Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao.

Palabras claves: sepsis, recomendaciones, evolución

Objetivos:

Las infecciones constituyen un motivo de consulta frecuente en urgencias. La rapidez y precisión en su manejo tiene posibilidades de influir en su evolución, más razonablemente en los pacientes más graves.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en urgencias por patología infecciosa que ingresan en la UCI durante el año 2014. Se recogen variables sociodemográficas, presencia de datos de sospecha de sepsis, cumplimiento con las recomendaciones de la SSC para las tres primeras horas, y evolución como éxitus, estancia media en UCI o necesidad de terapias específicas. Las variables continuas se describieron como medias y desviación estándar y las categóricas con valores absolutos y porcentajes. La asociación entre variables se realizó mediante chi-square o test de Fisher para las categóricas. El nivel de significación utilizado fue $p < 0,05$. Se utilizó el programa informático SAS.

Resultados:

Se recogieron 90 pacientes, 36 eran mujeres (40%), la edad media fue de 62,9 años ($DE \pm 15,1$). El 83,33% presentaban datos de sospecha de sepsis. Se obtuvieron muestras para medición de lactato y hemocultivo en el 70 y 66,67% respectivamente, se administró antibiótico y carga de cristaloides en el 93,33 y 66,67%. Un 11,11% precisó terapia de reemplazo renal, 51,11% tratamiento vasoactivo y 28,89% ventilación mecánica. Se cumplieron todos los objetivos de la SSC en el 42,22%, ninguno de ellos en el 5,56%. Fallecieron 10 pacientes (11,11%). Estancia media en UCI 6,43 días ($DE \pm 12,88$). Los pacientes a los que se administra carga de cristaloides precisan con menor frecuencia tratamiento vasoactivo ($p 0,0069$) o ventilación mecánica ($p 0,0151$). Aquellos pacientes en los que se cumple con todos los objetivos de la SSC precisan con menor frecuencia tratamiento vasoactivo ($p 0,0203$). No hay diferencias significativas en mortalidad ni estancia en UCI.

Conclusiones:

El grado de cumplimiento con las recomendaciones de la SSC en nuestro SU es bajo, sin embargo, no afecta a la mortalidad y únicamente reduce la necesidad de tratamiento vasoactivo.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-437

ANÁLISIS DE LA PROTEÍNA C REACTIVA COMO BIOMARCADOR PRONÓSTICO DE MUERTE EN LAS EXACERBACIONES AGUDAS EN PACIENTES CON EPOC

JD Lacasta García, A Ruiz González, S Bielsa Martín, A Vena Martínez, M Gudelis, MJ Abadías Medrano

Hospital Univeristario Arnau de Vilanova. Lleida.

Palabras claves: EPOC, xacerbación, PCR

Objetivos:

La proteína C reactiva es un biomarcador que se eleva en pacientes con exacerbación aguda de EPOC, pero no está claramente demostrado que de forma aislada sea capaz de predecir un pronóstico sobre la enfermedad ni sobre la aparición de efectos adversos.

Material o pacientes y método:

Se realiza estudio prospectivo de 6 meses de duración en una serie de pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Arnau de Vilanova con exacerbación aguda de EPOC. Se escogieron 40 pacientes de las 60 admisiones que durante los últimos 6 meses (Octubre-Marzo 2015) se catalogaron de exacerbación aguda de EPOC en el Servicio de Urgencias.

Resultados:

La distribución por sexos fue de 32 varones (80%) y 8 mujeres (20%), la edad mediana (cuartiles 25-75): 74 (69-84) años, 15 (38%) no tuvieron agudizaciones en el último año, 18 (45%) 1-2 agudizaciones y 7 (17%) 3 o más agudizaciones. 4 (10%) no presentaban comorbilidades, 17 (43%) 1 ó 2 comorbilidades, 19 (47%) 3 o más comorbilidades. 3 pacientes (8%) desarrollaron encefalopatía, 10 (25%) fiebre, 1 (3%) hipotensión y 12 (35%) taquipnea grave. La estancia media fue de 6.5 (3-8) días (cuartiles 25-75%), 4 (10%) pacientes fallecieron en el ingreso, sufrieron otras complicaciones 16 (40%), reingreso-15 días: 4 (10%), Ingreso en UCI: 1 (3%) y necesidad de VMNI: 8 (20%). Para la predicción de muerte resultó estadísticamente significativo, mediante análisis multivariante (ajustado por comorbilidad, encefalopatía y tabaquismo) el valor de la PCR >70mg/l: OR 15 (1.3-169.9) p=0.03.

Conclusiones:

En nuestra serie, la PCR >70mg/l fue estadísticamente significativa, por sí sola, como predictor de muerte y, por lo tanto, marcador pronóstico en pacientes que acuden a Urgencias por exacerbación aguda de EPOC.

O-438

DIFERENCIAS ENTRE LA NEUMONÍA POR BRONCOASPIRACIÓN Y LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

P Rimbau Muñoz (1), O Miro (1), I Priu (1), A Juan Pastor (2), R Perelló (1)

(1) Hospital Clínic. Barcelona. Área de Urgencias, (2) Director Asistencial ICS. Barcelona.

Palabras claves: neumonía, servicio de urgencias, ancianos

Objetivos:

Tanto la neumonía por broncoaspiración (NB) como la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), son dos patologías que se diagnostican con frecuencia en los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) y conllevan una elevada morbi- mortalidad.

Material o pacientes y método:

Estudio epidemiológico, observacional, transversal y multicéntrico, en el que participaron 6 hospitales. Se incluyeron todos los pacientes >75a diagnosticados de NB o NAC en los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH). Para su inclusión los pacientes debían firmar un consentimiento informado. El protocolo fue aprobado por los comités de ética de cada centro participante. La NAC y la NB se definieron según los criterios de la Infectious Diseases Society of America.

Resultados:

Se incluyeron un total de 333 pacientes, 195(58,6%) fueron varones. La edad media fue de 85,5años. El 18,6% (62) de los pacientes atendidos en los SUH presentaron NB. La NB se diagnosticó en pacientes de edad más avanzada (p=0,001) respecto a los de NAC, que vivían en residencia geriátrica (p=0,003), presentaban trastorno del hábito alimentario (p=0,0092) y una baja puntuación en la escala de Barthel (P<0,001). La presencia de AVC previos (p<0,001) fue un factor de riesgo para padecer NB y en la presentación clínica fueron la alteración del nivel de conciencia (p<0,001) y los estertores audibles las variables significativas (p<0,001). En cuanto a la NAC destaca el EPOC como factor de riesgo y en la presentación clínica predominó la tos (p=0,0184), fiebre (p<0,001) y el dolor torácico (p=0,0026) La mortalidad de la serie fue mayor en la NB (p=0,0145).

Conclusiones:

La NB se presenta en pacientes de edad avanzada, con trastornos neurológicos y del hábito alimentario, con alto nivel de dependencia, lo que puede explicar su mayor mortalidad.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-439

IMPLEMENTACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN LOS INGRESOS MÉDICOS DESDE URGENCIAS

V Medina Cantarero, MD González Navarro, MA Martínez Sánchez, HD Pérez Bermúdez, R Figueroa Montero

Hospital Virgen del Castillo. Yecla.

Palabras claves: trombopprofilaxis, enfermedad tromboembólica venosa, servicio de urgencias hospitalarios

Objetivos:

La enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) es una causa mayor de morbilidad. Tiene mayor incidencia en los pacientes hospitalizados. La prevención primaria de la ETEV debe iniciarse desde los servicios de urgencias hospitalarios (SUH).

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo. Revisión de 30 casos durante el mes de diciembre de 2014, instauración de medidas correctoras en enero de 2015 y reevaluación de 30 casos durante febrero de 2015, se realizará una medición periódica cada 3 meses para garantizar que no descienda el cumplimiento de los criterios. Criterios de exclusión: pacientes diagnosticados y/o en tratamiento de ETEV, pacientes anticoagulados, menores de 18 años, pacientes con hipersensibilidad y efectos adversos graves a la heparina de bajo peso molecular (HBPM). Los criterios científico técnicos valorados fueron: evaluación del riesgo de ETEV, con Padua (Si/No), evaluación del riesgo de sangrado con Improve (Si/No), pacientes con Padua mayor o igual a 4 y menor de 7 en Improve recibieron tratamiento con HBPM (Si/No), constancia en el formulario de la historia la variable peso (Si/No). Las medidas correctoras consistieron en una sesión clínica para enfermeros y médicos, hojas informativas y formularios en papel para la valoración de ambos riesgos.

Resultados:

Los criterios de incumplimiento más frecuentes fueron: no registro en la historia de la variable peso (99%) ni las escalas de Padua e Improve (84%). Tras la instauración de las medidas correctoras se observó un nivel de cumplimiento de los criterios anteriores del 92% y 95% respectivamente, la profilaxis farmacológica mejoró del 82.2% al 97%

Conclusiones:

Se debe mejorar la cumplimentación de la historia clínica dejando constancia de las escalas de Padua e Improve y variable peso.

O-440

INCIDENCIA E INFLUENCIA DE LA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

P Ramírez Cabello, A Vergaz Ballesteros, W Fulgencio Inoa, J García Martín, E López Ruiz, G Quispe Figueroa, B Paderne Díaz

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

Palabras claves: pulmonary embolism, incidence, risk factor

Objetivos:

La incidencia del tromboembolismo pulmonar (TEP), varía según estudios (entre 1/10000 y 9,8/100000/año. La escasa sensibilidad y especificidad de los signos y síntomas del TEP hacen del alto índice de sospecha y la aplicación de algoritmos validados las únicas herramientas diagnósticas del urgenciólogo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Tamaño de la muestra calculado, 50 con un índice de confianza del 95% y precisión del 1%. Se revisan las historias clínicas de 237 pacientes a los que se les indicó TAC de arterias pulmonares por sospecha de TEP durante el período comprendido entre Agosto de 2012 y Septiembre de 2013. Se analizan asociaciones estadísticas con Chi2 o prueba exacta de Fisher según el caso

Resultados:

66 pacientes tuvieron TEP (incidencia de 5/10000 pacientes/año). Hubo más hombres que mujeres sin diferencias significativas (51,1% vs 48,9%). El TEP fue algo más frecuente en los mayores de 70 años (47,9%) sin diferencias estadísticas significativas con los rangos de 50 a 69 años (36%) y los menores de 50 años (16,1%). El 57,6% tuvo disnea, 47,5%, dolor torácico, 5,7% hemoptisis y 6,8% síncope. Ningún paciente tuvo fiebre y 4 (6,8%) tuvieron febrícula. 43 (73%) tuvieron frecuencia cardíaca < 100 l.p.m., 5 (8,5%) tuvieron taquiarritmias auriculares estando la mayoría, 54 (91,5%), en ritmo sinusal. El patrón S1Q3T3 estuvo presente en 4 pacientes (6,8%). Tuvieron insuficiencia respiratoria 15 pacientes (22,7%). No hubieron diagnósticos asociados a TEP en 41 pacientes (69,8%). Hubo insuficiencia cardíaca en 3 (4,5%), neumonía en 1 (1,6%), derrame pleural en 6 (9,5%) y cáncer en 7 (11,1%). Entre los factores de riesgo, síntomas y signos sólo se encontró asociación estadística significativa con TEP en: Hemoptisis ($p < 0,02$), quimioterapia activa ($p < 0,02$), trombofilia ($p < 0,03$), e insuficiencia cardíaca ($p < 0,03$).

Conclusiones:

La incidencia estimada se encuentra en el rango de estimaciones de otros estudios. Se confirma la escasa asociación de forma aislada entre los síntomas, signos y los factores de riesgo en el diagnóstico del TEP.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-441

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DOMICILIARIO ENDOVENOSO (TADE) CON APOYO DE LOS CUIDADORES (S-OPAT: SELF-OUTPATIENT PARENTERAL ANTIMICROBIAL THERAPY) EN LAS INFECCIONES DE PARTES BLANDAS DIAGNOSTICADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

GA Sgaramella (1), M Pajaron Guerrero (1), A Aguilera Zubizarreta (1), E Pariente Rodrigo (2), M Lara Torres (1), P Sanroma Mendizábal (1)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (2) Centro de Salud Camargo Interior. Santander.

Palabras claves: hospitalización a domicilio, autoadministración, tejidos blandos

Objetivos:

Las Infecciones de partes blandas son una patología frecuente en la consulta de Urgencias, a veces el tratamiento con Antibiótico por vía oral es suficiente pero en ocasiones requiere tratamiento por vía parenteral por lo que nos obliga al ingreso hospitalario.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de 71 pacientes que recibieron TADE entre abril 2013 y abril 2014, procedentes del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cada paciente fue evaluado en el servicio de Urgencias antes de ser incluido. Se registraron datos demográficos, comorbilidad, tipo de la infección, microorganismos aislados y duración del ingreso. La eficacia mediante la tasa de curación/mejoría, los fallecimientos y los reingresos (durante el TADE y a los 30 días).

Resultados:

Se valoraron 71 pacientes (52% mujeres, 48% hombres), con media de edad 68,37. Índice de Charlson medio: 2,29. Tipos de infección más frecuentes: Celulitis (80%), Infección úlcera vascular/presión (14%), Infección herida traumática (3%), Absceso cutáneo (3%). Microorganismo causal conocido en el 23% casos. Los agentes etiológicos más frecuentes son *Pseudomona auriginosa* (38%), *Staphylococcus aureus* (24%), *Escherichia coli* (12%), *Pastourella multocida* (12%), Otros (14%). Duración media del TADE: 9,09 días. En el 8% se utilizó cateter central de inserción periférica. La frecuencia de administración fue cada 24 horas en 86% de los casos, cada 8 horas en 9%, cada 4 horas en 5%. Tasa de curación/mejoría: 86%. Fallecimientos: 2%. Reingresos durante TADE: 12%. Reingresos a los 30 días: 2%.

Conclusiones:

Gracias a la interconexión entre el Servicio de Urgencias y HAD se han podido tratar infecciones graves, subsidiarias por lo tanto de ingreso hospitalario, sin necesidad de que el paciente abandone su entorno, evitando así su estancia prolongada en el hospital y evitando el colapso de los Servicios de Urgencias. Es una forma segura y eficaz, llevando aparejado un ahorro significativo de costes para el sistema público de salud.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-442

EPIDEMIOLOGÍA, SITUACIÓN CLÍNICA BASAL Y NIVEL DE CLASIFICACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS ENFERMOS CON AGUDIZACIÓN DE LA EPOC

N Rodríguez García, MC Quesada Martínez, B de la Villa Zamora, M Córcoles Vergara, P Piñera Salmerón

Urgencias. HGURS de Murcia.

Palabras claves: pulmonary disease, chronic obstructive, epidemiology, emergencies

Objetivos:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza esencialmente por una limitación crónica al flujo aéreo poco reversible y asociada principalmente al humo de tabaco. Se trata de una enfermedad infradiagnosticada y con una elevada morbimortalidad y supone un problema de salud pública de gran magnitud. Constituye la quinta causa de muerte en los países de nuestro entorno y se prevé que su prevalencia siga aumentando.

Material o pacientes y método:

Estudio Observacional, retrospectivo en un Hospital General con un área de 200.000 habitantes y 275 urg/día. Se revisaron las historias clínicas de los enfermos con diagnóstico previo de EPOC que habían consultado por agudización en los últimos 12 meses.

Resultados:

Se incluyeron 445 pacientes con agudización de la EPOC. 324(72'8%) eran hombres y 121(27'2%) mujeres. 42(9'4%) fumadores y 157(35'3%) exfumadores. 176(39'6%) HTA, 108(24'3%) diabéticos. Atendiendo a su situación basal según el grado de disnea basal medido según MRC modificada 247(55'6%) grado 0, 51(11,4%) grado 1, 82(18'4%) grado 2, 41(9'2%) grado 3 y 24(5'4%) grado 4. Los enfermos se clasificaron según Manchester en nivel de triaje 1 12(2'7%), nivel 2 47(9'2%), nivel 3 360(82'2%), nivel 4 22(5%) nivel 5 4(0'9%).

Conclusiones:

Tal y como señala la literatura la mayoría de nuestros enfermos eran varones pero llama la atención el menor número de fumadores en relación con las series publicadas. La gravedad de nuestro enfermos esa en consonancia con lo publicado observando que un tercio de los enfermos podemos considerarlos como graves ya que presentan un grado de disnea II o superior. El nivel de clasificación a su llegada a urgencias está en consonancia con nivel basal de gravedad de la enfermedad. Comprobamos que estos enfermos suponen una gran carga asistencial a lo largo del año.

O-443

FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON INFECCIONES SIGNIFICATIVAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

I Bañó Alba, P Javaloyes Victoria, J Fernández-Cañadas, F Román, V Marquina, E Martínez, P Llorens

Hospital General Universitario de Alicante

Palabras claves: emergency department, infection, prognosis

Objetivos:

Una de las decisiones más complejas en los servicios de urgencias hospitalarias (SU) en pacientes con infecciones es la de su alta hospitalaria, o ingreso. Dado que la información que podemos obtener en los SU es limitada, el conocer diferentes factores pronósticos que puedan cuantificar el riesgo de mortalidad podría ser de ayuda para identificar el estado de gravedad.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de tipo prospectivo donde se seleccionaron de forma consecutiva a todos los pacientes con sospecha de infección significativa atendidos en el SU de un hospital terciario durante un periodo comprendido de 9 meses. Se recogieron 48 variables: socio-demográficas, relacionadas con la enfermedad de base, clínicas, de laboratorio. Se realizó una evaluación a los 3 y 30 días desde el diagnóstico.

Resultados:

De 846 paciente totales se seleccionaron 766 pacientes, en análisis bivalente 23 variables aparecían como significativas y en el análisis multivariante, fueron significativas: Índice de Barthel (OR 3,1, IC95 % 1,3-7,3, p <0,001), Corticoterapia (OR 3,3, IC 95 % 1,3-8,3, p<0,05), Tensión arterial sistólica (OR 0,98,IC95 % 0,96-0,99, p<005), Hemoglobina (OR 0,77, IC95% 0,65-0,91,p<005).

Conclusiones:

Existen 4 variables (índice de Barthel, corticoterapia, hemoglobina, y tensión arterial) de fácil determinación en cualquier SU y que aportan información pronóstica para la toma de decisiones en pacientes con infección. El índice de Barthel debería formar parte de la valoración de un pacientes con sospecha de infección en los SU.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-444

CAMBIOS EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME SÉPTICO EN LOS INFORMES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN CÓDIGO DE ACTIVACIÓN

J Álvarez Manzanares, R López Izquierdo, JR Oliva Ramos, S del Amo Ramos, E Melo Toledo, I González Manzano

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Palabras claves: sepsis, informe, diagnóstico

Objetivos:

Según un estudio reciente, el 14,3% de las consultas en Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) son infecciones. De éstas, un 6,3% presentan criterios de sepsis. En el Servicio de Urgencias estudiado se implantó un código sepsis (CS) en 2013. Comparamos los informes que contenían los términos sepsis o séptico en el diagnóstico, en el primer semestre de 2010 y 2014.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo descriptivo. Criterios de inclusión: presencia de los términos sepsis o séptico en el diagnóstico de los informes de alta de un SUH durante el primer semestre de 2010 y 2014. Criterios de exclusión: menores de 14 años, urgencias obstétrico/ginecológicas. Variables: edad media, género, gravedad, mortalidad hospitalaria (MH), mortalidad a los 90 días (M90), foco. Comparación de variables según años 2010 vs 2014, cuantitativas: t-student, cualitativas: Chi-cuadrado. Análisis: SPSS 20.0. $p < 0,05$.

Resultados:

n: 70318 urgencias. 2010 vs 2014: 33616 vs 36702. Comparación de variables: 2010 vs 2014: Diagnóstico sepsis: 49 (16,4% de lo estimado) vs 159 (48,9%) $p < 0,05$. Edad media(dt): 74,60(12,4) vs 78,5(15,1) $p > 0,05$. Género varón: 46,8 vs 57,2 ($p > 0,05$). Sepsis sin criterio de gravedad, 71,4% vs 74,2% ($p > 0,05$). MH: 43,8% vs 22,9% ($p < 0,05$). M90: 50% vs 28% ($p < 0,05$). Foco: respiratorio 20,4% vs 21,4%, urológico 18,4% vs 40,9%, abdominal 20,4% vs 7,5%, incierto: 36,7% vs 26,4% ($p < 0,05$)

Conclusiones:

La implantación de un CS implica un mayor número de diagnósticos de sepsis como entidad nosológica. La mortalidad de los pacientes diagnosticados de sepsis antes del CS fue significativamente mayor, las hipótesis posibles son que se diagnosticase de sepsis antes del CS a los pacientes más graves o que tras la implantación del código el manejo fuese más cercano a las guías de manejo. En cuanto a foco sospechado, aumentó significativamente el diagnóstico de sepsis urológica y disminuyó el de foco incierto, por lo que probablemente se haya intensificado la búsqueda del mismo en el SUH.

O-445

LEUCOCITOSIS AGUDA EN LA NEUMONÍA DEL PACIENTE VIH. ¿PREDICTOR DE MORTALIDAD?

E Monclús Cols, S Camon, O Escoda, I Priu, M Montero, R Perelló

Hospital Clínic. Barcelona. Área de Urgencias. Barcelona.

Palabras claves: VIH, neumonía, servicio de urgencias

Objetivos:

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es todavía una causa importante de morbi-mortalidad en el paciente HIV. Conocer marcadores de mal pronóstico puede favorecer un mejor manejo de la misma.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo de 4 años. Se incluyeron todos los pacientes VIH, diagnosticados de NAC que acudieron a nuestro Servicio de Urgencias (SU), y que requirieron ingreso. La NAC se definió según los criterios de la IDSA. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas entre ellas, la edad, la leucocitosis, la frecuencia respiratoria (FR), la presión arterial sistólica (PAS), la presión parcial arterial de oxígeno (pO₂), coinfección por Virus hepatitis C y la puntuación en la escala de APACHE II entre otras. El ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI), la necesidad de ventilación mecánica (VM) y la mortalidad a 30 días se consideraron los objetivos de resultado primarios. El poder discriminativo de estas variables se analizó mediante el cálculo del área bajo la curva (AUC) ROC.

Resultados:

Se incluyeron 159 pacientes. La mediana de edad fue de 42 años (AI:11), 62% eran varones. Las variables con poder discriminativo estadísticamente significativo para ingreso en UCI, fueron la FR ($p=0,002$), el índice APACHE II ($p=0,001$), la pO₂ ($p=0,001$) y los leucocitos ($p=0,03$). Para la VM, fueron el índice APACHE II ($p=0,001$), la pO₂ (0,007), el VHC ($p=0,029$) y la edad ($p=0,042$). Para la mortalidad, fueron el índice de APACHE II ($p=0,040$), la pO₂ (0,041), y el VHC ($p=0,029$).

Conclusiones:

La leucocitosis sólo ha mostrado poder discriminativo para el ingreso en UCI, mientras que la hipoxemia, la taquipnea y la escala de APACHE II son las variables que han mostrado el mayor poder discriminativo de mal pronóstico en la NAC del pacientes VIH, son por tanto parámetros a tener en cuenta en los SU.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O-446

CÓDIGO SEPSIS: 4 AÑOS TRABAJANDO EN EQUIPO

G Muñoz Gamito, I Arancibia Freixa, C Cabeza Caixelos, R Llimona, C Nicolás, R Ferrer Roca, A Álvarez Soto
Hospital Universitari Mutua Terrassa. Terrassa.

Palabras claves: sepsis, shock, SIRS

Objetivos:

La atención del paciente con un posible shock séptico o sepsis grave requiere una actuación rápida y coordinada por parte de diferentes profesionales que facilita el cumplimiento de los objetivos hemodinámicos definidos por la "Surviving Sepsis Campaign" (SSC), mejorando así la supervivencia de los pacientes.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo. Se creó un equipo de trabajo multidisciplinar con médicos y DUE de urgencias, medicina intensiva y control de infección. Se diseñó una trayectoria clínica de 4 fases: detección, inclusión, aplicación de medidas de resucitación y alerta precoz a intensivistas en caso de refractariedad. Se registraron variables clínicas y demográficas de los pacientes, los motivos de exclusión, las medidas realizadas y los tiempos, el porcentaje de ingreso en UCI y la mortalidad hospitalaria desde marzo de 2011 a diciembre 2014.

Resultados:

Durante el período analizado se realizaron 549 activaciones. 170 fueron excluidas por tratarse de pacientes no candidatos a realización de medidas agresivas. Se realizó administración precoz de volumen en un 89%, se midió lactato sérico en un 95%. Los hemocultivos se obtuvieron antes de la administración de antibiótico en un 95%, el antibiótico se administró dentro de la primera hora en un 94% y en el 99% de los casos en los que estaba indicado, se administró soporte vasoactivo. Al inicio del período el 64% de los pacientes precisó ingreso en Intensivos y en 2014, este porcentaje fue del 44%. La mortalidad hospitalaria fue del 2%.

Conclusiones:

El porcentaje de cumplimiento de los objetivos es elevado y se traduce en poca mortalidad. Durante el período analizado se redujeron los ingresos en Medicina Intensiva. La participación multidisciplinar en el diseño de estrategias de mejora es crucial.

O-447

EVOLUCIÓN DE LAS PIELONEFRITIS AGUDAS NO COMPLICADAS INGRESADAS DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

JM Amigo Angulo (1), MS Gallardo Rebolal (1), S García Gutiérrez (1), A Antón Ladislao (2), M Sánchez Fernández (1), JM Armentia Bardeci (1)
Hospital Galdakao-Usansolo. Bilbao.

Palabras claves: pielonefritis aguda, hospitalización a domicilio, infecciones urinarias

Objetivos:

Las pielonefritis agudas no complicadas (PFANC) que afectan a mujeres jóvenes, sin alteración de la vía urinaria ni comorbilidad son las más habituales en Urgencias hospitalarias. Su evolución es generalmente favorable. Tras iniciar tratamiento antibiótico en urgencias y un periodo de observación con buen estado general y control de los síntomas pueden recibir el alta. En ocasiones asocian importante afectación clínica mal controlada con tratamiento oral. Con menos frecuencia desarrollan complicaciones locales que precisan intervención o sepsis grave. Hospitalización a domicilio (HAD) es una alternativa al ingreso convencional con similar calidad y seguridad asistencial.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de cohortes prospectivo multicéntrico subvencionado por Gobierno Vasco. Reclutados 266 pacientes en Galdakao, Txagorritxu y Mondragón durante 2012- 2013. Variable de resultado: evolución durante el ingreso definida por complicaciones derivadas de la infección o de la hospitalización. Variables continuas descritas con media- desviación estándar y categóricas con valores absolutos- porcentajes. Asociación con T-test para continuas y chi-square o Fisher para categóricas. Significación $p < 0,05$.

Resultados:

De los 266 pacientes reclutados con pielonefritis 84 (31,5%) eran no complicadas. 58 casos (69%) fueron ingresados en HAD y 26 (31%) en planta. Complicaciones durante el ingreso escasas y sin diferencias significativas: efectos secundarios del tratamiento en 3 casos hospitalizados (11,54%) y 7 en HAD (12,07%), no aparecieron infecciones nosocomiales, trombosis venosas ni caídas, un paciente en planta presentó síndrome confusional, flebitis 4 (15,38%) en planta y 2 (3,51%) en HAD, 3 pacientes precisaron intervención urológica, 1 en planta y 2 en HAD, no hubo sepsis grave ni éxitus. La evolución después del alta tampoco presentó diferencias: de los tratados en hospitalización convencional revisitaron Urgencias 6 y reingresaron 2, el principal motivo de visita fue fiebre (66,67%), de los atendidos en HAD revisitaron 10 y reingresaron 2, el principal motivo fue dolor (60%). Recurrencia de infección urinaria en un 11,54% y 5,17% de pacientes respectivamente.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

Conclusiones:

HAD es una modalidad asistencial segura para las PFANC que precisan ingreso. La evolución durante el ingreso y después del alta es similar que en hospitalización convencional.

O-448
**SENSIBILIDAD DE LA ANGIOTOMOGRAFÍA
COMPUTERIZADA MULTIDETECTOR EN PACIENTES
CON ALTA PROBABILIDAD CLÍNICA PRETEST DE
TROMBOEMBOLIA PULMONAR**

J Corres González (1), S Resano Pardo (2), R Nieto Royo (2), A Vicente Bártulos (2), N García Montes (2), D Jiménez Castro (2)
Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Collado Villalba.

Palabras claves: tromboembolia pulmonar, tomografía computerizada, sensibilidad

Objetivos:

Los Resultados de distintos estudios sugieren que es seguro suspender la anticoagulación en pacientes con sospecha de embolia pulmonar (TEP) en los que la angiotomografía computerizada multidetector (ATCM) es negativa. Sin embargo no se ha aclarado la necesidad de realizar exploraciones diagnósticas adicionales a los pacientes con una ATCM negativa y una alta probabilidad clínica pretest de TEP.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio prospectivo para evaluar la sensibilidad de la ATCM en los pacientes con clínica de alta probabilidad para TEP de acuerdo con los criterios de Wells. El diagnóstico final de TEP requirió una de las siguientes condiciones: gammagrafía pulmonar de ventilación-perfusión con alta probabilidad de TEP en un paciente sin antecedentes de TEP, hallazgos anormales en la ecografía venosa en un paciente sin trombosis venosa profunda anterior en la misma localización, o el diagnóstico de un evento trombotico sintomático en un período de seguimiento de 3 meses tras la suspensión de la anticoagulación a causa de un resultado negativo de la ATCM.

Resultados:

Se identificaron 498 pacientes con clínica de alta probabilidad para TEP y en los que se realizó una ATCM. La ATCM mostró TEP en 364 pacientes (73%, intervalo de confianza [IC] 95%, 69% -77%). La ATCM excluyó TEP en 134 pacientes, en estos pacientes la incidencia combinada de enfermedad tromboembólica fue de 5.2% (7 de 134 pacientes, IC 95%, 1.5% -9.0%). En 5 pacientes el diagnóstico fue confirmado objetivamente por una prueba de imagen adicional (5 de 48 pacientes, 10.4%, IC 95%, 1.8% -19.1%), y en 2 pacientes se realizó un diagnóstico de TEP durante el seguimiento clínico (2 de 86 pacientes, 2.3%, IC 95%, 0% -5.5%). Ninguno de los pacientes sufrió un evento trombotico fatal durante el seguimiento.

Conclusiones:

El resultado normal de la ATCM no excluye con seguridad la TEP en pacientes con una alta probabilidad clínica para la enfermedad.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-449

VALOR PRONÓSTICO DE UN INGRESO PREVIO MÉDICO O QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON EMBOLISMO PULMONAR SINTOMÁTICO AMBULATORIO

P Ruiz Artacho, I Rodríguez López, J González del Castillo, J Bustamante Mandrión, R Cuervo Pinto, JM Pedrajas Navas, FJ Martín Sánchez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: tromboembolismo, embolismo pulmonar, hospitalización

Objetivos:

Se reconoce que la hospitalización es un factor de riesgo y pronóstico de la ETV y este riesgo persiste tras el alta. Por otro lado, la ETV hospitalaria, es decir, aquella que se desarrolla durante una hospitalización debida a otra causa, se asocia a una mayor frecuencia de EP fatal, mortalidad global y hemorragia mayor en comparación con la que se desarrolla en el ámbito ambulatorio.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de cohorte retrospectivo que incluyó a todos los pacientes adultos que ingresaron desde urgencias con el diagnóstico de EP agudo sintomático en un hospital terciario universitario durante 6 años. Se recogieron variables demográficas, antecedentes personales, relativos a la posible hospitalización en los 3 meses previos, del episodio agudo, el tiempo de estancia hospitalaria y la mortalidad global a los 30 días.

Resultados:

Se incluyeron un total de 870 pacientes con una edad media de 72,7 (DE 15,5) años, siendo 506 (58,2%) de sexo femenino. Ciento treinta y cinco (15,5%) casos tuvieron una hospitalización en los 3 meses previos, 92 (10,6%) por IM y 43 (4,9%) por IQ. Ciento doce (12,9%) pacientes fallecieron en los primeros 30 días. En el grupo de IM se documentó una mayor frecuencia de PESI simplificada de alto riesgo (≥ 1) (IM: 90,2% vs IQ: 65,1% vs sin ingreso previo: 67,0%, $p < 0,001$) y de mortalidad a 30 días (IM: 20,7% vs IQ: 7,0% vs sin ingreso previo: 12,9%, $p = 0,038$). Tras un análisis de regresión logística se mostró que la gravedad del episodio (PESI simplificada ≥ 1) (OR=3,62, IC95% 2,06-6,36, $p < 0,001$) fue el único factor independiente de mortalidad a los 30 días.

Conclusiones:

El antecedente de un IM en los tres meses previos se asocia a un riesgo incrementado de mortalidad a 30 días en los pacientes ingresados por un EP sintomático agudo ambulatorio siendo esta asociación explicada por la mayor gravedad del episodio agudo.

P-450

ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE LA TVP. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

JE Lazaga Perales, JM Sánchez Torres, MJ Sánchez Bautista, L Ríos Esquivel, P Riquelme Barrios, S Alcayde Israel, S Reina Rubio

Hospital Quirón Sagrado Corazón. Sevilla.

Palabras claves: TVP, profilaxis, ecografía doppler

Objetivos:

La profilaxis y el tratamiento de la TVP con Tinzaparina, disminuye eficazmente la incidencia de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEV). Evaluaremos las características de nuestros pacientes, y si en nuestro servicio de urgencias, la profilaxis y el tratamiento se adecua a las recomendaciones de las guías clínicas.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional realizado en pacientes que acuden al servicio de urgencias en condiciones de práctica clínica habitual. Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

Resultados:

Desde enero a junio de 2014 identificamos 72 pacientes, con una edad mediana (percentil 25-75) de 43 años (33-57). La edad de los pacientes que recibieron Tinzaparina como tratamiento de la ETEV fue superior a la de los que la recibieron como profilaxis. El IMC era sin embargo menor. En los pacientes con TVP, tenían antecedentes de inmovilización por trauma reciente en el 27% de los casos, Neoplasia en el 47% y cirugía reciente en el 13%. El 93% de ellos presentaron manifestaciones clínicas. Se realizó Ecografía Doppler en todos los casos. En el caso de la profilaxis, ésta se administró mayoritariamente en pacientes inmovilizados (98%) y con trauma reciente (28%). El grupo de profilaxis tenía menos comorbilidades que los pacientes con TVP.

Conclusiones:

Son factores predisponentes presentes en la TVP en nuestros pacientes: la inmovilización, generalmente por traumatismos y neoplasias, mayoritariamente sintomáticas. La ecografía doppler fue la prueba que estableció el diagnóstico con mayor frecuencia. La mayoría de los pacientes reciben tratamiento con tinzaparina y anticoagulación oral posteriormente.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-451

PACIENTES SÉPTICOS ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS DE UN HOSPITAL COMARCAL SIN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

X López Altimiras, JA Gutiérrez Zubiaurre, E Gil Casado, P Josemaría de la Casa, J González Contreras, X Casañas Ferrer
Hospital de Mollet. Mollet del Vallés.

Palabras claves: intermedios, séptico, urgencias

Objetivos:

Las Unidades de semicríticos (USC), o cuidados intermedios, generalmente dependen de los médicos de los servicios de cuidados intensivos (UCI). En nuestro centro, un hospital comarcal de 140 camas de agudos sin UCI, se ha creado una USC integrada en el servicio de urgencias. Evaluamos nuestra experiencia en el manejo de pacientes sépticos en el primer año de funcionamiento.

Material o pacientes y método:

Se evalúan las características de los pacientes sépticos atendidos en la USC a partir de los datos recogidos en base de datos creada específicamente para registro de la actividad de la USC.

Resultados:

De enero de 2014 a enero de 2015 se han atendido 63 pacientes sépticos, 36 (57%) varones, edad media de 67.2 años (24-97), con un APACHE II de medio 14.68 (27-3) puntos, con una mortalidad previsible a los 6 meses de 15 a 25% (APACHE II 10 a 19) en un 62% de casos y un SOFA promedio de 4 (0-11) puntos, grave o muy grave en el 69.8% de pacientes por puntuación superior a 3 o 4. El 36.5% precisó de drogas vasoactivas, y un 23.8% recibió soporte respiratorio. El foco séptico fue respiratorio en 42.8% de casos, abdominal el 25.4%, urinario el 23.8%. Se utilizaron cefalosporinas en el 22,2%, amoxicilina clavulánico 9,52%, quinolonas 14,3%, penems 17,4%, piperazilina azobactam 17,4%. El 70% de los pacientes procedía de urgencias, el 19% de planta y el 8% post quirúrgicos. El 73% fueron alta a planta, el 19% precisó traslado a Centro de mayor complejidad y la mortalidad fue del 6%.

Conclusiones:

Los pacientes sépticos atendidos en la USC en nuestro primer año de experiencia han tenido unos niveles de gravedad moderados o altos en la mayoría de casos, a pesar de ello el nivel de resolución ha sido alto y la mortalidad baja. La respuesta a las necesidades de nuestro centro ha sido satisfactoria.

P-452

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE LAS NEUMONÍAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

O Mora Atorrasagasti, M Sánchez Fernández, MJ Martínez Bengoechea, M Ortega Marcos, A Santos Ibáñez, ML Hernáez Ventades, MS Gallardo Rebollal
Hospital Galdakao. Galdakao.

Palabras claves: neumonía, antibioticos, urgencias

Objetivos:

Las afecciones respiratorias son una causa común de consultas en los Servicios de Urgencias, y entre estas se encuentran los diferentes tipos de neumonías. Como en todas las infecciones, la elección del tratamiento adecuado es una decisión importante a la hora de manejar estos pacientes.

Material o pacientes y método:

Por un lado, desde el programa de las historias clínicas informatizadas, se extrajeron todo los episodios donde el paciente acudió al Servicio de Urgencias durante el año 2014 y que tuviera como diagnóstico algún tipo de neumonía. Por otro lado, desde el programa de prescripción electrónica se recuperaron todas las prescripciones de los antibióticos (grupo "J" según la clasificación ATC) realizadas durante el periodo de estudio. Mediante el número CIC se relacionaron los datos de las dos fuentes de información, obteniéndose así el tratamiento antibiótico utilizado en cada paciente diagnosticado de neumonía.

Resultados:

Durante el año 2014, hubo 74.969 ingresos en Urgencias. A un total de 11.526 pacientes se les prescribió algún antibiótico y de estos 961 fueron diagnosticados de neumonía. Los grupos de antibióticos mas frecuentemente usados fueron 36,9% betalactámicos y 51,4% quinolonas. Si analizamos el uso por principio activo el fármaco mas usado fue el levofloxacino (48,8%) seguido de amoxicilina/clavulánico (17,9%), ceftriaxona (15,3%) y azitromicina (7,1%). Aproximadamente el 73% de los pacientes tuvieron prescrito un solo antibiotico: 63,9% con levofloxacino, 23,4% con amoxicilina/clavulánico, 4,7% con ceftriaxona y 3,2% con moxifloxacino. Casi un 23% de los pacientes tuvo prescrito 2 antibioticos, siendo las combinaciones mas frecuentes: 44,5% ceftriaxona y levofloxacino, 14% amoxicilina/clavulánico y azitromicina, 11,4% ceftriaxona y azitromicina, 5,7% amoxicilina/clavulánico y levofloxacino, y 3,6% levofloxacino y azitromicina.

Conclusiones:

Según las guías las neumonías de forma empírica se tienen que tratar con quinolonas (levofloxacino o moxifloxacino), cefalosporinas (ceftriaxona o cefditoreno), amoxicilina/clavulánico y/o azitromicina, por lo cual se puede observar que el uso de los antibióticos para la neumonía en este Servicio de Urgencias se adapta bien a las guías.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-453

QUÉ CARACTERÍSTICAS PRESENTAN NUESTROS PACIENTES CON NEUMOTÓRAX

MD Medina Abellán (1), M García Palacios (2), L Bernabé Vera (2), C Hernández Martínez (2), AI Casas Torres (2), JM González González (2)

(1) Unidad Docente Medicina de Familia. Murcia, (2) Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras claves: pneumothorax, chest, dyspnea

Objetivos:

El neumotórax se trata de una enfermedad torácica frecuente en Urgencias, suponiendo un número importante de ingresos.

Material o pacientes y método:

Es un estudio descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo. Seleccionamos a los pacientes que acudieron a Urgencias en el período comprendido entre el 1 de Enero y 31 de Diciembre de 2014, fueron diagnosticados y registrados en nuestro sistema informático SELENE de Neumotórax, siendo en total 45 pacientes. Se midieron 20 variables: sexo, edad, procedencia del paciente, localización, tipo de neumotórax (primario o secundario), clase de neumotórax secundario, consulta previa en Urgencias, antecedentes de neumotórax, factores de riesgo, enfermedades previas, síntomas, signos clínicos, pruebas complementarias en Urgencias, Resultados analíticos gasométricos, presencia o ausencia de complicaciones, tipos de complicaciones, tratamiento, éxitos o no, destino, nacionalidad.

Resultados:

De los 45 pacientes, 91.1% eran hombres. La franja de edad más frecuente 20-30 años. El 66.7% habían acudido a Urgencias por decisión propia. La localización más frecuente fue hemitórax derecho con 55.6%. El tipo de neumotórax más frecuente fue espontáneo primario en 80%. El 88.8% de los neumotórax secundarios se produjeron en pacientes mayores de 55 años. De los neumotórax secundarios el producido por procedimiento quirúrgico es el más frecuente con un 44 %. El 42.2% eran fumadores. El 40% acudían a Urgencias por dolor en hemitórax del lado afecto. El signo clínico más frecuente disminución del murmullo vesicular con 35.6%. Las pruebas complementarias más frecuentes fueron con 35.6% analítica y radiografía de tórax. La complicación más frecuente fue la recidiva con 6.7%. En 88.9% el tratamiento fue quirúrgico. El 88.9% ingresaron. El 91.1% eran españoles. Solo el 2.2% fueron éxitos.

Conclusiones:

Ante todo varón joven que acuda a Urgencias presentando dolor en hemitórax, debemos realizar un correcto diagnóstico diferencial. Es fundamental una buena historia clínica, haciendo hincapié en antecedentes médicos y quirúrgicos, y en factores de riesgo. Una completa exploración física, atendiendo a los signos clínicos, y la correcta petición de pruebas, ayudará a realizar un diagnóstico precoz para evitar complicaciones.

P-454

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

L Pérez Ordoño, C Brunete Lorenzo, E Muro Fernández de Pinedo, A Lalueza Blanco, AP García Marín, M Cuadrado Fernández, L Castro Arias

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Palabras claves: neumonía, anciano de 80 o más años, comorbilidad

Objetivos:

Existe escasa información sobre la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en pacientes ancianos, por lo que es necesaria una revisión del perfil clínico para un obtener mejor conocimiento en esta población.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en el servicio de urgencias del Hospital 12 de Octubre de Madrid. Se incluyeron pacientes mayores de 80 años con neumonía de evolución aguda confirmada radiológicamente. Quedan excluidos los pacientes que pueden ser tratados de manera ambulatoria con un antimicrobiano oral y/o cuya neumonía esté asociada a ventilación mecánica y/o padezcan tuberculosis.

Resultados:

Se incluyeron 100 pacientes. Un 54% fueron varones. Un 11% estaban institucionalizados en un centro geriátrico, existiendo ambiente nosocomial en un 36%. El valor medio del índice de Barthel fue de 75.25 + 32.23. El índice de Charlson fue de 4.90, siendo las comorbilidades más frecuentes la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (37%), la insuficiencia cardíaca (32%), la diabetes mellitus (27%) y la cardiopatía isquémica (20%). Un 60% estaban correctamente vacunados frente al neumococo y sólo un 41% frente a la gripe. 22 pacientes habían presentado otra neumonía en los 12 meses previos, requiriendo ingreso el 19%. La puntuación media del PSI fue de 130.48 + 35.15 y un 57% presentaron un CURB-65 mayor de 1. 32 pacientes cumplían criterios de sepsis grave, shock séptico o fallo multiorgánico. El mecanismo fue aspirativo en 12 individuos. Hubo aislamiento microbiológico en 9 casos (3 *S. pneumoniae*, 2 *P. aeruginosa*, 2 *S. aureus*, un *Streptococo* sp y un *E. coli*). El intervalo de tiempo en la administración del primer antimicrobiano desde su llegada al servicio de urgencias fue de 6.41 horas, siendo el levofloxacino (36%) y la ceftriaxona (33%) los más utilizados. La mortalidad global fue del 19%.

Conclusiones:

El deterioro de la clase funcional y las comorbilidades confieren ciertas particularidades a estos pacientes que sufren una neumonía, los cuales cursan con puntuaciones altas en las escalas de gravedad y una mortalidad global nada despreciable.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-455

NUEVO PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON SOSPECHA DE TVP EN URGENCIAS

JJ Vives Hernández, S Ramos López, A Novoa Jurado, IM Reina Nicolás, J Alcaraz Martínez, J Abenza Campuzano
Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Palabras claves: enfermedad tromboembólica, ecodoppler, seguridad del paciente

Objetivos:

Publicaciones de los servicios de urgencias (EDS) han llamado la atención sobre el hacinamiento de pacientes y la escasez de camas. Pensamos que una importante causa subyacente podría ser un envejecimiento de la población en estos lugares. Por lo tanto, examinamos nuestra propia base de datos para ver si podemos podría distinguir tendencias que apoyarían la hipótesis que el hacinamiento podría estar relacionado con una población que envejece.

Material o pacientes y método:

Tras revisión de la bibliografía, se ha modificado el protocolo de manejo urgente de los pacientes con sospecha de TVP, utilizando un algoritmo de actuación con valoración de riesgo y el dímero D. Este árbol de decisión incluye revisión con ecografía programada de árbol supra e infrapoplíteo en casos con riesgo elevado con ecografía inicial negativa. Se evaluaron todos los pacientes a los que se realizó ecodoppler en 3 meses (abril a junio de 2013) antes de la puesta en marcha del nuevo protocolo y los pacientes de los mismos meses al año siguiente. Se realizó una hoja de recogida de datos y recordatorio del algoritmo de actuación.

Resultados:

En el periodo de estudio se realizaron 60 ecodoppler urgentes en 2013 y 67 en 2014, con diagnóstico de TVP en 18 y 15 casos respectivamente. El destino de estos pacientes fue ingreso en 7 casos (38.9%) en 2013 (4 suprapoplíteas y 3 infrapoplíteas) y 4 casos (26.6%) en 2014 (todos suprapoplíteas). En 2013 habría que haber repetido ecografía en 5 casos, pero no estaba aun establecido el mecanismo. Hubo de ellos 3 que se dieron de alta sin revisión. En 2014 se citaron para eco de control 9 pacientes, 5 de ellos sin clara indicación. En una de estas revisiones, un paciente con diagnóstico inicial ecografico negativo, se evidenció una TVP infrapoplíteo en la revisión. Ningún paciente con TVP se dejó sin revisión programada en 2014. En 2013 se realizaron 12 ecografías (20%) no claramente justificadas y en 2014, 11 (16,4%). En 2014 sólo se utilizó la hoja de ayuda diseñada en 14 casos (20,8%). No se han evidenciado complicaciones tras el alta en ningún caso en ambos grupos de pacientes.

Conclusiones:

Se aprecia una tendencia a una disminución de ingresos por TVP, mejora en indicación de ecodoppler y en la seguridad del manejo. La utilización de la hoja de ayuda ha sido escasa.

P-456

PACIENTES CON EPOC EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. ¿ES SEGURO SU INGRESO DESDE URGENCIAS?

M Mir Montero (1), R Fallos Martí (1), J Serrano Pérez (2), R Pinuaga Orrasco (1), C Bibiano Guillén (1)

(1) Hospital Infanta Leonor, (2) Centro de Salud la Poveda, Arganda del Rey, Madrid.

Palabras claves: EPOC, hospitalización a domicilio, reagudización

Objetivos:

Examinar los cambios existentes en la atención de pacientes entre 2008 y 2014 y valorar si la edad ha influido en los mismos.

Material o pacientes y método:

Análisis retrospectivo de 62 pacientes ingresados en HAD entre marzo 2014 y marzo 2015 con diagnóstico al alta de EPOC.

Resultados:

Durante el primer año de trabajo de la HAD se ingresaron un total de 273 pacientes de los que 23 (8.4%) cumplían criterios clínicos de EPOC confirmados mediante espirometría pero fueron 62 (22.71%) los que recogían en su historia clínica (HC) el antecedente de EPOC. El 82.60%(19) ingresaron desde el servicio de urgencias tras pasar en este una media de 2 días. El 75% fueron varones, la edad media fue de 68,75(±15,02) años. El 75% tenían una gran comorbilidad con un Charlson>=3. Todos recibieron cobertura antibiótica durante una media de 10,50 días principalmente con quinolonas (60%). Todos los pacientes fueron tratados con oxigenoterapia domiciliaria si bien, el 25% (5) de ellos recibían oxígeno previamente. Se proporcionó tratamiento con aerosolterapia al 90%(18). Todos los pacientes fueron dados de alta tras una hospitalización media de 15,65 (±7,38) días y reingresaron antes de 30 días el 5% (1). Se recibieron 4 llamadas urgentes siendo resueltas todas sin precisar ninguna hospitalización convencional.

Conclusiones:

La HAD constituye un arma terapéutica eficaz y segura para el tratamiento de los pacientes con EPOC precisando éstos una correcta clasificación con respecto a las nuevas guías. El tratamiento con aerosolterapia y oxigenoterapia no constituye un impedimento para el manejo de estos pacientes en su domicilio.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-457

PROGRAMA DE ALERTAS MICROBIOLÓGICAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

A Uribe Mathews, W Humaid, H Roiz Andino, C Briega Iglesia, G Jiménez Díaz

Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Palabras claves: urgencia, microbiología, alertas

Objetivos:

La resistencia microbiana es un problema mundial, latente en todos los hospitales y servicios de urgencias. Como consecuencia, los tratamientos antibióticos empíricos iniciados en urgencias pueden no ser adecuados y condicionar una evolución desfavorable para el paciente.

Material o pacientes y método:

El SM activa la alerta al comunicar por correo institucional al SU un resultado positivo relevante (hemocultivo positivo, microorganismo no sensible al antibiótico pautado al alta, multirresistencia). El SU evalúa cada resultado con los antecedentes, contacta con el paciente y modifica la actitud terapéutica si precisa. Esto se realiza mediante comunicación telefónica con el paciente, contacto con su médico, con su centro de referencia o reevaluación en el SU.

Resultados:

En el periodo 2013-2014 se valoraron 100 pacientes, con una edad media de 65 años. El tiempo medio entre recogida de muestra y aviso es de 3.8 días. El periodo entre la alerta y la comunicación con el paciente es de 0.93 días. Se contactó directamente con el paciente o familiar en el 56% de los casos. El 28% de los pacientes fue reevaluado en el SU, de los cuales el 48% requirió ingreso. El 60% de las muestras fueron hemocultivos y el 30% urocultivos. De los procesos infecciosos el 54% correspondió a infecciones urinarias. El germen más frecuentemente aislado fue Escherichia Coli (47%), de los cuales el 28% fueron BLEE, lo que le convierte en el germen multirresistente más frecuente. La antibioterapia empírica más usada fue ciprofloxacino y amoxicilina/clavulánico.

Conclusiones:

Es posible establecer una vía estructurada, desde el seguimiento microbiológico de pacientes al alta del SU, que permite un tratamiento temprano y eficaz de procesos infecciosos. La vía de comunicación trajo como consecuencia un cambio de actitud en más de la mitad de los pacientes, un 13% de los cuales requirió ingreso. Nuestros datos demuestran el peso de las infecciones urinarias y el aislamiento de gérmenes multirresistentes en estos procesos.

P-458

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE LA NAC EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: PROPUESTA DE UN MANEJO "NO TAN EMPÍRICO"

JL Palma Aguilar, C Lazcano González, R Hidalgo Gómez, R Valledano Domínguez, FJ Varela Ruiz, JL García Garmendia

Hospital San Juan de Dios Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

Palabras claves: community, acquired pneumonía, antimicrobial resistance, diagnostic decision, making

Objetivos:

El tratamiento antibiótico empírico de la neumonía comunitaria (NAC) en el servicio de urgencias (SU) debe basarse en los aislamientos microbiológicos del área y los niveles de resistencia a los antibióticos disponibles. En nuestra área sanitaria, el germen más frecuentemente aislado es el neumococo. La resistencia del mismo a las penicilinas es del 4%, del 14% para levofloxacino y del 49% para macrólidos. En 2013 constituimos un grupo de trabajo multidisciplinar con Medicina Interna, Neumología, Microbiología y Farmacia para unificar el manejo de las neumonías en urgencias y adaptar el tratamiento antimicrobiano a los Resultados de los aislamientos microbiológicos de nuestra área. Propusimos la solicitud de antigenuria a todos los pacientes diagnosticados de NAC y basar el tratamiento antibiótico empírico en el resultado de esta determinación, según la guía vigente. Este protocolo fue ampliamente difundido.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de incidencia del periodo entre el 01/01 y el 30/06 de 2014 de los pacientes diagnosticados de NAC en el SU. Revisamos las peticiones de antigenuria, el antibiótico prescrito y la adecuación del mismo a la Guía Antimicrobiana vigente.

Resultados:

Atendimos 218 casos de NAC en adultos. Solicitamos antigenuria al 55,5% de los pacientes. Al 44,2% de los pacientes de alta y al 61,85 de los pacientes ingresados. El tratamiento antibiótico se adecuó a la guía vigente en un 37,2% de los casos.

Conclusiones:

La adherencia al protocolo diagnóstico y terapéutico es baja y constituye un área de mejora de nuestra actividad.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-459

FACTORES PRONÓSTICOS PARA EL USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN EL FALLO RESPIRATORIO AGUDO

E Rodríguez Conesa, M Buforn Jiménez, A Camaño Mesa, C Yago Calderón, E Caro Vazquez, P González Jiménez

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: VMNI, gasometría, pronóstico

Objetivos:

El fallo respiratorio secundario a Enfermedad Pulmonar Obstru-
tiva Crónica Agudizada, es una importante causa de mortalidad
en los servicios de Urgencias, la ventilación mecánica no invasi-
va a proporcionado en las ultimas décadas un gran avance en el
tratamiento de estos pacientes, mejorando la función pulmonar
rápidamente así como disminuyendo la estancia hospitalaria.

Material o pacientes y método:

Se realizó mediante un estudio Retrospectivo en los que se han
recogido una serie de variables en 60 pacientes que acudieron a
nuestro servicio de urgencias durante el periodo de Septiembre
de 2013 y Marzo de 2014 que presentaban fallo respiratorio agudo
y precisaron de dispositivos de VMNI, Los pacientes han recibido
tratamiento con Dispositivos de VMNI Evita 4 ajustando los pará-
metros ventilatorios según las necesidades de cada uno. Se obtu-
vieron gasometrías al ingreso, a la hora y a las 2 horas.

Resultados:

Considerando factores pronósticos, las determinaciones gasomé-
tricas del pH y PCO₂, llegamos a la conclusión de que los pacien-
tes con cifras de pH mas bajo al cabo de unos 120 minutos tras
tratamiento con VMNI presentan un mal pronostico al igual que
cifras elevadas de pCO₂ a los 120 minutos. Pero que no son facto-
res pronósticos significativos cuando se determinan al ingreso. Tal
y como reza la bibliografía consultada.

Conclusiones:

Es importante la determinación seriada de los gases venosos en
los servicios de urgencias en los pacientes que presentan agudi-
zación de su Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Conclui-
mos que los niveles de pH mas bajos al cabo de los 120 minutos
de tratamiento con VMNI tienen mas riesgo de éxitos o precisan
de otro tipo de ventilación invasiva en los servicios de UCI.

P-460

**ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA Y CÁNCER:
¿PAUTAMOS ADECUADAMENTE LA PROFILAXIS EN
URGENCIAS?**

M Merlo Loranca (1), P Ruiz Artacho (2), A Antolín Santaliestra
(3), A Aguillo (4), S Jimenéz Hernández (4)

(1) Hospital Universitario de Getafe. Madrid, (2) Hospital Clínico
San Carlos. Madrid, (3) Hospital Clínic. Barcelona, (4) Hospital
Donostia.

Palabras claves: trombopprofilaxis, urgencias médicas, neoplasia

Objetivos:

La enfermedad tromboembolica venosa (ETV) es la segunda cau-
sa de muerte en el paciente oncológico. Además tiene un índice
de recurrencia alto y una elevada morbilidad. Por todo esto es
fundamental la administración adecuada de la profilaxis en los pa-
cientes que ingresan por causa médica en el hospital.

Material o pacientes y método:

Estudio multicentrico, observacional y prospectivo, realizado en
siete hospitales españoles. Se incluyeron los pacientes que ingre-
saron por patología médica de diciembre 2011 a julio 2012. Se
analizaron las características relacionadas con el paciente y se eva-
luó el desarrollo de ETV y mortalidad durante el ingreso. La ade-
cuación de la profilaxis se evaluó mediante la escala PRETEMED.
El análisis de datos se realizó con el programa SPSSv.19.

Resultados:

Se incluyeron 580 pacientes de los cuales el 15.7% eran oncológicos
(91). Predominaban los varones (70%) con edad media 68±13, una
mediana de 4 antecedentes, tomaban una media de 6 fármacos y
sin deterioro funcional. Los principales motivos de ingreso fueron
infección respiratoria (27,5%), patología digestiva (16,5%) y enfer-
medades hematológicas (11%). Según la escala PRETEMED el 75%
presentaban riesgo alto o moderado, de los cuales el 41% no reci-
bió profilaxis precisándola. De los 23 pacientes con bajo riesgo, el
26% recibió profilaxis no necesitándola. Los factores independien-
tes asociados a la no instauración del tratamientos fueron: depen-
dencia basal severa (p0,07), enfermedad respiratoria previa (p0,013),
la infección urinaria (p0,049) y la infección respiratoria como moti-
vo de ingreso y la presencia de plaquetopenia (p0,046). Durante el
ingreso sólo un paciente desarrolló ETV mortal habiendo recibido
trombopprofilaxis y a los 3 meses lo hicieron otros tres, sin resultado
fatal (1 no profilaxis). Tres pacientes presentaron episodios hemo-
rrágicos menores, sin relación con tratamiento.

Conclusiones:

Sólo recibieron profilaxis la mitad de los pacientes oncológicos, de
los cuales la mayoría presentaban riesgo moderado-alto (p 0,06). Un
tercio de los pacientes recibieron tratamiento de forma inadecuada.
Dada la elevada morbimortalidad de ETV en pacientes oncológicos,
los servicios de Urgencias son cruciales para la instauración correcta
de la profilaxis

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-461

PRESEPSIN: NUEVA PROMESA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA SEPSIS

M Solís López, P González-Quirós Fernández
Hospital de Cabueñes. La Fresneda, Siero.

Palabras claves: biomarker, sepsis, diagnoses

Objetivos:

La incidencia de la sepsis, su alta mortalidad y su consideración como patología tiempo-dependiente avala la importancia dada al uso de biomarcadores como apoyo al diagnóstico precoz de sepsis. Estos aspectos hacen a su vez que la búsqueda de nuevos biomarcadores para su diagnóstico, estratificación y pronóstico sea un tema de actualidad. Los últimos estudios destacan el presepsin como una nueva promesa para el diagnóstico precoz de la sepsis en la urgencia.

Material o pacientes y método:

Revisión no sistemática de estudios primarios y secundarios en relación al presepsin como biomarcador en la sepsis. Bases de datos empleadas para la búsqueda: pubmed, cochrane y scielo. Palabras claves utilizadas: "presepsin", "sepsis", "early diagnosis", "emergency department" y "biomarker". Se excluyeron todos los artículos no relacionados directamente con el diagnóstico de sepsis y aquellos centrados en patología pediátrica.

Resultados:

Los niveles de presepsin se elevan tempranamente en sangre ante una sepsis Comparando la utilidad para el diagnóstico precoz con otros biomarcadores (PCR, PCT, IL6...), el presepsin ha demostrado mayor sensibilidad solo en algunos estudios. Los niveles de presepsin son significativamente mayores en pacientes con sepsis y sepsis grave que en los controles, no correlacionándose con la severidad de la sepsis en las primeras horas. Existen artículos que concluyen que los niveles de presepsin son un buen parámetro para reflejar la severidad de la sepsis y evaluar el pronóstico. Los niveles de presepsin aumentan en pacientes con insuficiencia renal aguda grave, muy común en casos de sepsis severa, pudiendo producir falsos positivos. La edad es un criterio controvertido a la hora de concluir si influye en la elevación del presepsin. La diferencia entre hombres y mujeres no parece ser significativa.

Conclusiones:

La bibliografía revisada en este estudio apoya importancia del presepsin en el diagnóstico precoz aunque existe aún una gran controversia entre los diversos estudios. Son necesarios futuros estudios para concluir una diferencia que apoye el presepsin frente al resto de marcadores para su uso sistemático en el diagnóstico precoz y pronóstico de la sepsis.

P-462

PERFIL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEPENDIENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS Y SU ADHERENCIA A LA GUÍA ESPAÑOLA DE LA EPOC (GESEPOC): TODAVÍA QUEDA MUCHO CAMINO POR RECORRER

B Espinosa Fernández, R Noriega Leyva, A Noguera Zumbuhl, I Jiménez Ruiz, B Brouzet, JM Carratalá Perales, AJ Albert Giménez
Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Palabras claves: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, GesEPOC, unidad de corta estancia

Objetivos:

La publicación de la guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC) ha significado un paso adelante en su diagnóstico y tratamiento. El enfoque de la EPOC según fenotipos, índices de gravedad multitarea (BODE), Calidad de vida y comorbilidad asociada hacen más laborioso su correcto diagnóstico/tratamiento. Los servicios de urgencias (SU)/unidades de corta estancia (UCE) son básicas en el tratamiento agudo pero también crónico de la EPOC pues es una de las patologías que con mayor frecuencia consultan agudizadas e ingresan en las UCE.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo/observacional/prospectivo de 50 pacientes ingresados en una UCE con el diagnóstico de AEPOC en un periodo de 6 meses (Septiembre/2014-Febrero/2015), tratamiento en URG, UCE, al alta y grado de adherencia a las recomendaciones de la guía GesEPOC.

Resultados:

Su edad media fue 72 años, 87% varones, 46,7% Barthel < de 50, 47% Charlson > de 3, tabaquismo activo 23,3% (70,4% exfumadores), El 58/41% tenían un índice de gravedad III/IV de GesEPOC, el 82% tenían espirometría previa el último año. El 62% tenían fenotipo antes del ingreso, al alta un 97% (50% no agudizador, agudizador tipo BC 26,7%, tipo enfisema 10%, mixto agudizador 10%), 22% tenían índice BODE completo al alta. El 95% fueron tratados en URG según recomendaciones GesEPOC (53% requirió VNI). Un paciente falleció en el ingreso, 2 en el mes siguiente. Un 23% reingresaron al mes. Previo al ingreso 62,55% recibían tratamiento correcto según gravedad y fenotipo GesEPOC, al alta el 86,5%. Un 70% fueron dados de alta con O2 (57% previa), El 10% con VNI (6% previa).

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

Conclusiones:

El 95% de los pacientes recibieron tratamiento en URG según recomendaciones GesEPOC/GOLD (53% VNI). Llama la atención el porcentaje de pacientes fenotipados (62%) y con índice BODE (22%) previo y que sólo el 62,5% siguieran recomendaciones de tratamiento según GesEPOC. Al alta el 97/86,5 % fueron dados de alta con fenotipo y tratamiento acorde con la guía. La GesEPOC debería ser un catalizador multidisciplinar para el diagnóstico y tratamiento de la EPOC. El camino está hecho pero todavía no asfaltado.

P-463
EVOLUCIÓN TEMPORAL Y CARACTERÍSTICAS DE LAS NEUMONÍAS DIAGNOSTICADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M Sanz Almazán, B Tijero Rodríguez, G Feroso Álvarez, R López Izquierdo, J Álvarez Manzanare, I González Manzano, T Montero Carretero

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Palabras claves: pneumonia, hospital emergency services, community acquired infection

Objetivos:

La neumonía continúa siendo un problema sanitario importante, representa el 1.35% de las atenciones en los Servicios de Urgencias y su incidencia es 2-3 casos/1000 hab/año, cifras que varían en función de la época del año, la edad y los factores de riesgo de los pacientes. Son la causa más frecuente de sepsis y la sexta causa de muerte en general. Por todo ello es importante realizar un correcto abordaje de las neumonías desde los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH).

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo, observacional. Se analizan atenciones de pacientes diagnosticados de neumonía en SUH, años 2005-2014. Criterios de inclusión: mayor/igual de 14 años, diagnóstico: neumonía o condensación pulmonar. Variables: edad, grupo de edad(GE), sexo, año, mes, procedencia, pruebas diagnósticas, destino. Análisis temporal mediante descomposición temporal. Asociación variables cualitativas mediante Chi-cuadrado. Significación: $p < 0.05$. Análisis estadístico: SPSS 20.0.

Resultados:

N: 7.791. Atenciones totales 2005-2014: 782.043. Supone: 0.99%. 3,10/1.000 hab/año. Varones 58.3% Mujeres 41.7%. Edad mediana (rango): 72.57 (21.24) GE: 14-39: 15.5%, 40-64: 25%, >65: 59.4%. Distribución por años: 2005: 9.9%, 2006: 9.8%, 2007: 11.2%, 2008: 8.6%, 2009: 9.8%, 2010: 9.6%, 2011: 10%, 2012: 10.4%, 2013: 9.7%, 2014: 10.9%. Análisis temporal: Enero: 134.9%, Febrero: 109.0%, Marzo: 108.1%, Abril: 109.1%, Mayo: 98.6%, Junio: 92.6%, Julio: 74.7%, Agosto: 77.4%, Septiembre: 83.6%, Octubre: 108.7%, Noviembre: 93.0%, Diciembre: 110.3%. Procedencia: petición propia (PP): 46.7%, Atención Primaria (AP): 22.6%, 112: 30.6%. Pruebas diagnósticas: Analítica: 92.9%, Radiografía de tórax: 82.9%. Destino: ingreso: 57%. Por GE: Sexo (varones) ($p > 0.05$): 14-39: 56.6%, 40-64: 57.8%, >65: 59%. 14-39: AP: 23.8%, PP: 62.4%, 112: 12%, 40-64: AP: 27%, PP: 56.8%, 112: 16.2%, >65: AP: 20.5%, PP: 37.8%, 112: 41.7%. Ingresos ($p < 0.05$): 14-39: 22.6%, 40-64: 39.1%, >65: 73.8%. Analítica ($p < 0.05$): 14-39: 86.1%, 40-64: 89.2%, >65: 96.1%. Rx Tórax ($p < 0.05$): 14-39: 84.6%, 40-64: 83.6%, >65: 82.1%.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

Conclusiones:

El número de neumonías atendidas en SUH no es muy elevado, presentando unos niveles estables a lo largo de los años. Las consultas aumentan en los meses más fríos: enero y diciembre, aunque aparecen picos en febrero, abril y octubre. Más de la mitad de los pacientes son mayores de 65 años y predominan los varones en todos los GE. En la mayoría de los casos se realiza analítica y radiografía de tórax. Observamos que el grupo de mayor edad realiza mayor uso del 112 y presenta mayor porcentaje de ingresos y en general un mayor uso de recursos sanitarios.

P-464
GRADO DE ADECUACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON EPOC

R Fallos Martí, M Mir Montero, R Pinuaga Orrasco, C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: EPOC, adecuación de tratamiento, fenotipo

Objetivos:

La hospitalización domiciliaria (HAD) se ha consolidado en los últimos años como una buena alternativa a la hospitalización convencional en los pacientes EPOC que desde el Servicio de Urgencias ingresan por reagudización infecciosa. En el año 2012 se publicó la nueva guía de manejo de la EPOC que propone clasificar a los pacientes según fenotipo y gravedad para optimizar su tratamiento y pronóstico a largo plazo.

Material o pacientes y método:

Análisis retrospectivo de los 62 pacientes ingresados en HAD entre marzo 2014-15 con diagnóstico al alta de EPOC.

Resultados:

De los 62 pacientes analizados, únicamente 20 (32,25%) cumplían criterios clínicos de EPOC confirmados mediante espirometría. De éstos, el 75% fueron varones, la mayoría (80%) con gran comorbilidad (Charlson ≥ 3), que recibieron en el 100% de los casos cobertura antibiótica fundamentalmente con quinolonas (60%), durante una media de 10,50 días. Al ingreso el fenotipo de EPOC aparecía especificado en el 5% de los pacientes y su nivel de gravedad en un 65% (valorada ésta por escala GOLD y no por gesEPOC). Tras el análisis de datos, el fenotipo más frecuente, 65%, fue el D (agudizador tipo bronquitis crónica) con nivel de gravedad gesEPOC III. Principales Resultados: previo al ingreso ningún paciente con nivel de gravedad leve estaba recibiendo tratamiento adecuado según guías y sí el 75% de los moderados-grave, mejorando estos porcentajes al alta (tras cálculo de fenotipo y gravedad) en un 66% para los leves y un 73% en moderado-grave.

Conclusiones:

A pesar del pequeño tamaño muestral es evidente la falta de aplicación de las guías para la EPOC y la inercia en continuar clasificando a estos pacientes según guías precedentes. Así mismo, que una correcta clasificación facilita la adecuación al tratamiento, que en la mayoría de los casos no lo estaba por la utilización errónea de corticoides inhalados.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-465

DISNEA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE FRAGA

MI Elizalde Pérez de Ciriza (1), MP Rubio Martínez (1), M Sanz Armunia (1), J Callao Buatas (1), V Sánchez Rivas (1), SM Reyes Pardo (1), I Ezpeleta Ascaso (2)

(1) Hospital de Fraga, (2) Hospital Royo Villanova.

Palabras claves: disnea, etiopatogenia, urgencias

Objetivos:

La disnea se define como una sensación subjetiva de dificultad respiratoria. Es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias hospitalarias con una prevalencia del 2,7%. Es la manifestación de diversas enfermedades (66% de los casos de origen cardiopulmonar), algunas con situaciones potencialmente graves que requieren actuación inmediata y diagnóstico precoz.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal realizado mediante revisión de los informes realizados con el programa PCH (Puesto Clínico urgencias) desde 1 Enero-23 Marzo de 2015 con motivo clínico de consulta: disnea. Se realiza análisis estadístico valorándose medias y frecuencias.

Resultados:

Se valoran 316 paciente de los cuales 87 refieren motivo de consulta disnea (27,53%). La prevalencia en nuestro medio es de 0,27. La edad media es 78 años. Distribución por sexos: varones un 46 % y mujeres un 54 %. Categorías sintomáticas: disnea en paciente previamente sano 9,2%, con asma 4,6 %, con enfermedad cardiaca crónica 23%, con enfermedad respiratoria crónica 37,9%, disnea con fiebre 17,2 % y sin especificar 8%. Enfermedades crónicas asociadas más frecuentes son: hipertensión arterial (HTA) 63,2 %, diabetes 27,6%, bronquitis crónica (EPOC) 28,7%, asma 11,5%, insuficiencia cardiaca 18,4%, cardiopatía isquémica 13,8%, insuficiencia renal 9,2% y neoplasias 14,9%. Causas más frecuentes son patología respiratoria (79,3%) y cardiovascular (24,1%). La procedencia más frecuente fue domicilio 47,1% y consulta atención primaria 47,1%. El 77% requirió hospitalización.

Conclusiones:

En nuestra población la disnea es un motivo de consulta muy frecuente y el origen cardiopulmonar de la misma es claramente superior al esperado, posiblemente se deba a que el acceso a este servicio es restringido y la mayoría de los pacientes ingresan con un nivel de triaje 3 (categoría urgente), predominando la etiología respiratoria. Es preciso una buena anamnesis y una exploración física detallada que permita realizar un diagnóstico preciso y precoz ya que estas causas conllevan a menudo a situaciones potencialmente graves.

P-466

MÁS VALE UNA BUENA PREGUNTA QUE MIL RESPUESTAS MEDIOCRES E INCLUSO QUE UNA SOLA RESPUESTA INTELIGENTE

JA Sánchez Nicolás, MP Suárez Beke, MJ Martínez Valero, P Lázaro Aragüés, E Santamaría Hernández, P Piñera Salmerón

Hospital General Reina Sofía, Murcia.

Palabras claves: brote, parotiditis, vacunación

Objetivos:

La parotiditis: enfermedad vírica caracterizada por fiebre e inflamación de las glándulas salivares. En nuestro hospital hemos observado un aumento del número de casos, que obliga a plantearnos la pregunta ¿PORQUÉ?. La Incidencia de Parotiditis en España descendió tras la vacunación en los años 80, sin embargo, nuestra sospecha es que estamos ante un Brote en Murcia. Se usaron tres cepas para la vacunación: 1.Urabe o Japonesa: se desechó por aumento de complicaciones graves (Meningitis). 2.Rubini: usada en España entre 1993-2004, se desestimó por baja inmunidad. 3.Linch o Suiza: Utilizada actualmente.

Material o pacientes y método:

Iniciamos un estudio Descriptivo, observacional, retrospectivo, de revisión de Historias Clínicas con diagnóstico de Parotiditis al alta existiendo 160 casos entre Enero 2014 y 15 de Marzo 2015. Las Variables a estudio fueron edad, sexo, clínica, tiempo evolución, serología, amilasa, complicaciones, tratamiento, destino.

Resultados:

Edad media 25,5 años, 64,5% hombres, clínica: 33%presentaban dolor y edema, 21% acompañado de fiebre, 5%bilateral, tiempo medio:35 horas de evolución, a 154 pacientes no tienen serología, 79%no amilasemia, 96% sin complicación alguna, 3%orquitis, 1%meningitis. 74%recibieron tratamiento sintomático y el resto antibioticoterapia. 2%precisaron ingreso. 130 casos fueron en los 4 últimos meses (50 en Enero).

Conclusiones:

Aumento de la incidencia en Murcia en los últimos 4 meses, un brote de parotiditis, no reconocido oficialmente. La vacunación con la cepa Rubini entre 1993-2004 esta relacionada con este Brote. La revacunación es una indicación. Aumento de complicaciones secundarias al aumento de casos. Debido a la dificultad para tener acceso a los datos de vacunación en Murcia, es difícil determinar el porcentaje exacto de casos debidos a la cepa Rubini, aunque los datos nos permiten señalarla como causante del brote actual, aunque existan causas sobreañadidas.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-467

PATOLOGÍA INFECCIOSA COMO MOTIVO DE INGRESO Y DE REINGRESO HOSPITALARIO (RH) EN LA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA (UEC). ¿EXISTE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL? ESTUDIO DESCRIPTIVO Y CASOS-CONTROL

J Guardiola Tey, J Montiel Dacosta, M Petrisano, C Lázaro, E Viciano, J de la Iglesia Larrad, M Carrión

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Palabras claves: patología infecciosa, pseudomona aeruginosa, infección nosocomial

Objetivos:

La estancia hospitalaria puede generar la adquisición de infecciones nosocomiales que puedan justificar un reingreso hospitalario.

Material o pacientes y método:

Estudio de los pacientes dados de alta de la UEC durante 2014 con un RH <30 días. Se compara con una población control 2:1 (PC) sin reingreso. Se analiza específicamente la presencia de patología infecciosa.

Resultados:

293 pacientes: población RH 201 y PC 92. Un 63%(186/293) ingresan con infección: 62% RH vs 66% en PC (NS). Edad media 76,3(20-101) (RH 80,1 vs PC 68,4 p < 0,0001). Patología infecciosa al ingreso: 60% del global presenta IRVB (66% RH vs 47 % en PC, p < 0,0001), 14'5%ITU-pielonefritis (9 pielonefritis en PC, p<0,001) , 12% neumonía, 5,4% gastroenteritis aguda. 18% (32/186) cultivos positivos. E Coli (18/32) el más prevalente, 1 P. aeruginosa(3,12%). 201 pacientes con RH 100 (50%) con infección en el segundo ingreso (vs un 62% del primer ingreso (186/293) p< 0,02). 78/100 (78%) con infección en los dos ingresos. De los 125 pacientes con RH , 78 (62,4%) también presentan infección en el segundo ingreso. En 53/78 (67%) las dos infecciones coinciden. Un 18/100 de RH por infección presentan al menos un cultivo positivo. Se objetivan 5 cultivos positivos para P. aeruginosa. (27,7%). (P < 0,01 respecto germen primer ingreso). La estancia media del primer ingreso es de 5,63 vs 4,89 en los pacientes con infección vs no infección (NS). La estancia media del segundo ingreso es de 8,15 vs 9,95 días en los pacientes con infección vs no infección (p < 0,006).

Conclusiones:

La presencia de una infección no se asocia con un RH. Aunque los porcentajes de infección es similar en la población RH y la PC el tipo de infección difiere significativamente. En el reingreso se objetiva una significativa reducción del porcentaje de enfermedad infecciosa respecto al primer ingreso. Tanto en el primer y en el segundo ingreso un 18% de los pacientes presentan un cultivo positivo. La infección nosocomial se asocia a P aeruginosa significativamente relacionada con el RH. El reingreso por infección es más largo.

P-468

MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS NEUMONÍAS ENTRE LA POBLACIÓN ADULTA JOVEN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M Sanz Almazán, G Feroso Álvarez, B Tijero Rodríguez, J Álvarez Manzanares, R López Izquierdo, V Carbajosa, C Martín Monclús

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Palabras claves: pneumonia, hospital emergency services, community acquired infection

Objetivos:

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una entidad muy prevalente entre los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH).

Material o pacientes y método:

Estudio Descriptivo retrospectivo. Ámbito: Urgencias Hospitalarias. Criterios Inclusión: Pacientes entre 18-40 años que acuden al SUH y son diagnosticados de neumonía o posible neumonía. Se excluyeron casos que acudieron para control radiológico y aquellos que repitieron asistencia en menos de 7 días si no hubo variación del manejo. Variables: Edad, Género, Grupos edad(GE): 18-29 y 30-40. Hemocultivo (HC). Terapéutica: antibiótico(AB), suero, oxígeno. Criterios sepsis. Ingreso Hospitalario(IH). Comparación variables cualitativas: Chi-cuadrado. Significación p<0.05. Análisis estadístico: SPSS 20.0.

Resultados:

N=125. Edad mediana(rango):34(21). Varón: 51.2%, Mujer: 48.8%. GE: 18-29:29.6%, 30-40:70.4%. IH: 21.1%. HC: 16.1%. Antibiótico urgencias: levofloxacino:48%, moxifloxacino: 17.1%, amoxicilina/clavulánico: 13.8%, ceftriaxona: 3.3%, no AB: 9.8%. Sueroterapia: <500ml: 90.9%. Oxigenoterapia: 11.2%. Gravedad: No sepsis 88.8%, sepsis 10.4%, shock 0.8%. Ingresan 20.8% (planta 19.2%, UCI 1.6%). Análisis Univariante: IH/HC: alta 40%, ingresan 60% p<0.001. IH/AB: 22.5% p>0.05. IH/GrupoAB: alta: No AB: 11,3%, quinolona: 70,1%, macrólido: 2,1%, betalactámico: 16,5%. Ingreso: No AB: 3,8%, quinolona: 50%, betalactámico: 38.5% p=0.04. IH/ Suero:alta: <500ml: 84.6% ingreso 500-2000ml 40% p=0.01. IH/O2: 71.4% p<0.001.

Conclusiones:

Las neumonías en los pacientes jóvenes en general no precisan ingreso hospitalario y por tanto se pueden catalogar como no complicadas. En la gran mayoría de los pacientes se inició un tratamiento antibiótico, siendo el más usado el levofloxacino, seguido del moxifloxacino y el amoxi-clavulanico. Entre los pacientes ingresados el uso de antibioterapia se intensificó de forma significativa. Actualmente los SUH se han convertido en un lugar fundamental para iniciar un tratamiento antibiótico precoz en este tipo de pacientes.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-469

ADECUACIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS A SU GUÍA DE TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA INTRAHOSPITALARIA

R Bermúdez Jiménez, R García Mora, P Rabanera Gallego-Góngora, S Taboada Prieto, F González Márquez, MD Luna Guerrero

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla. .

Palabras claves: Guía de Práctica Clínica, cumplimiento, uso de antimicrobianos

Objetivos:

En 2004 se publicó la Guía de uso adecuado de antimicrobianos del Distrito Aljarafe (GTA), para proporcionar a los profesionales del Área Aljarafe recomendaciones basadas en la evidencia y en los patrones locales de resistencias para los procesos infecciosos más habituales. La guía pretende contribuir a mejorar la calidad de la prescripción y reducir la variabilidad existente entre facultativos. El proceso de revisión de esta guía es continuo, actualizándose en caso de presentar nuevas indicaciones.

Material o pacientes y método:

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo, de serie de casos, incluyendo todos los pacientes ingresados desde el SCCU con los diagnósticos de Neumonía, Colecistitis aguda, Infección del Tracto Urinario y Pielonefritis Aguda durante el periodo comprendido del 1 de Abril a 30 de Septiembre de 2014. En la evaluación de la adecuación a la GTA se tuvo en cuenta la elección del antibiótico como primera elección, considerando la segunda si existiera una contraindicación formal (alergia, intolerancia o incompatibilidad con otro medicamento, o recomendación expresa de la GTA) a la primera, si se había hecho uso de esta primera previamente, o si existía antibiograma que justificara el antibiótico elegido. En la evaluación completa se consideraron 3 categorías: Optimo ($\geq 90\%$), Adecuado (85-89,9%) y No Adecuado ($<84,9\%$).

Resultados:

La adecuación a la guía, de manera general, fue de un 66%, desglosado en: Neumonía: se adecua a la GTA el 44%, resultado NO ADECUADO, Tracto Urinario: se adecua a la GTA el 66%, resultado NO ADECUADO, Colecistitis: se adecua a la GTA el 88%, resultado ADECUADO. La mortalidad global no varía en ambos grupos. No se observan diferencias en la media de los días de ingreso hospitalario según la adecuación a la guía.

P-470

EVALUACIÓN DEL VALOR DE LOS BIOMARCADORES EN LA ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA DE LAS NAC

P Chacón Caso (1), L Mao Martín (1), JM del Rey Sánchez (2), O Fernández Codejón (2), J Morán de la Peña (2), R Sanz Lorente (1)

(1) Hospital Universitario del Henares, (2) Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Palabras claves: pneumonia, infection biomarkers, pneumonía severity index

Objetivos:

La Neumonía adquirida en la Comunidad (NAC) representa una de las principales causas de muerte de origen infeccioso en los países occidentales. La administración precoz del antibiótico repercute directamente en la supervivencia de dichos enfermos.

Material o pacientes y método:

Realizamos determinaciones de biomarcadores (PCT, PCR y Pro-ADM) a pacientes con sospecha clínica de infección respiratoria. Clasificamos a los pacientes según criterios de la escala PSI. Y los seguimos durante los 30 días.

Resultados:

De los 32 pacientes, el 59% son hombres, con una media de edad de 72,5 años. El 31,3% presentaron derrame pleural. El 62% se encontraba en situación de fracaso renal agudo. Ingresaron un 65,6% a planta, un 3,1% en UCI, otro 3,1% fallecieron y el 28,1% se fueron de alta. El 40,6% de los pacientes se clasificaron en un nivel 5 de la escala PSI, el 9,4% pertenecían al nivel 1, el 6,3% al nivel 2 y había un 21,9% de pacientes tanto en el nivel 3 como en el 4. A los 30 días el 75% de los pacientes seguían de alta hospitalaria, el 3,1% habían fallecido y 21,9% habían tenido que reingresar por este motivo. Respecto al estudio inferencial de la muestra, usamos test de Fisher, con el que solo con la PCR encontramos relación estadísticamente significativa entre valores >10 y mal pronóstico en pacientes con NAC ($p=0,047$) así como valores <10 y buen pronóstico.

Conclusiones:

Hay estudios en los que se postula que la ProADM es superior respecto a la Procalcitonina o la PCR en la capacidad predictiva de mortalidad en pacientes sépticos, sin embargo en nuestro estudio sólo la PCR tiene valor estadísticamente significativo. Si sólo valoramos los niveles de estratificación de las escalas pronósticas (PSI 4-5) el 50% de los pacientes se considerarían de alto riesgo, y si además valoramos el ingreso el 75% se considerarían de algo riesgo, por lo que parece que tenemos que valorar algo más además de las escalas.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-471

FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO PRECOZ EN URGENCIAS TRAS LA VALORACIÓN POR PIELONEFRITIS AGUDA

M Jordán Domingo (1), E Esteban Zubero (1), JA García Noain (2), AC Baquer Sahún (1), M Martínez Díez (3), FJ Ruiz Ruiz (3)

(1) C.S. Delicias Sur, (2) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza, (3) C.S Bombarda.

Palabras claves: pielonefritis, reingreso, antibiótico

Objetivos:

La pielonefritis aguda (PA) es un proceso infeccioso frecuente en los servicios de urgencias. Presenta un espectro variable de gravedad, existiendo un grupo de bajo riesgo de complicación que puede tratarse ambulatoriamente.

Material o pacientes y método:

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos durante el periodo 2012-2013 en el servicio de urgencias de un hospital terciario con diagnóstico de PA. Se seleccionaron una serie de variables clínicas y microbiológicas, recogidas en un formulario que se diseñó a tal efecto. Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial, considerándose estadísticamente significativo, valores de $p < 0,05$. Los datos se analizaron con el programa IBM SPSS Statics (v22).

Resultados:

423 pacientes fueron diagnosticados de PA. De ellos ingresaron en hospitalización 86 (20,3%), 139 (32,9%) en sala de observación (SOU) y 198 (46,8%) fueron dados de alta a domicilio (grupo 1) tras la valoración inicial. Entre los que pasaron a SOU, 92 (66,1%) fueron dados de alta a domicilio (grupo 2). De los pacientes del grupo 1 y 2, 26 (8,9%) reingresaron, 22 (11,1%) del grupo 1 y 4 (4,3%) del grupo 2. Entre los factores analizados solo se observaron diferencias estadísticamente significativas en la administración de antibiótico iv en urgencias. Mediante regresión logística se obtuvo una OR de 3,5 (IC 95% 1,5-8,4) para reingreso en las primeras 72 horas en aquellos casos en los que no se administró una primera dosis de antibiótico iv.

Conclusiones:

Los datos presentados no muestran diferencias en cuanto a comorbilidad o tipo de germen implicado y ello es debido principalmente a que ese grupo de pacientes fue ingresado al tratarse de pacientes con PA con riesgo de complicación. En pacientes sin criterios de riesgo para PA grave, la administración de una primera dosis de tratamiento antibiótico iv se ha mostrado útil en la prevención de reingresos precoces tras el alta del servicio de urgencias.

P-472

DÍMERO D AJUSTADO POR EDAD EN LA EXCLUSIÓN DE EMBOLIA PULMONAR. ANÁLISIS POR GRUPOS DE EDAD

R Salas Campos, A Pardo Pelegrín, R Coll Colell, C Saval Segura, R Rouco, MJ González Merodio, N Parra Macías

Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Palabras claves: D-dimer, pulmonary embolism, diagnosis

Objetivos:

Aumentar el punto de corte del Dímero D puede mejorar la exclusión de embolia pulmonar (EP) en ancianos.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo de casos /controles: 267 pacientes >60 años con sospecha de EP, atendidos en Urgencias (diciembre 2004/abril 2014). Casos: pacientes con diagnóstico confirmado. Clasificamos a los pacientes por edades: 61-70 / 71-80 / > 81 años. Estudiamos por grupos: sociodemografía, clínica, pruebas diagnósticas, PC (escala Wells) y DD (ELISA rápido VIDAS) con el punto de corte convencional (< 500 ng/ml) y el ajustado por edad (edad $\times 10$). Calculamos la curva ROC para las pruebas objeto de estudio y parámetros de validez interna. Con la intención de incrementar la seguridad en la exclusión de la sospecha diagnóstica de EP, se estableció un algoritmo basado en la escala de Wells y en el DD ajustado por edad. Se calcularon parámetros de validez interna para el algoritmo.

Resultados:

267 pacientes con sospecha EP. Edades: 24/61-70, 97/71-80, 146/>81 años. Edad media: 68,16/76,46/86,36 años. Mujeres >50%. Comorbilidades: HTA 61-70 (33,3%), 71-80 (34%), >81 (35,9%). Insuficiencia cardíaca 61-70 (15,4%), 71-80 (13,6%), >81 (18,7%). EPOC: 61-70 (7,7%), 71-80 (12,6%), >81 (11,3%). Factores de riesgo: 60-70/embolismo previo (ETE) (29%), 71-80/ETE (22,3%) y cáncer (12,3%), >81/inmovilización (30,8%), Cáncer (19,8%). Signos/síntomas TVP: 60-70/2 (8,3%), 71-80/13 (13,4%), >81/15 (10,3%). EP primer diagnóstico al ingreso: 60-70 (66,66%), 71-80 (58,42%), >81 (49,2%). PC baja: 60-70/8 (33,3%), 71-80/24 (24,7%), >81/47 (32,2%). DD negativo: 60-70/3 (13,6%), 71-80/0 (0%), >81/12 (12,5%). DD ajustado por edad: 60-70/4 (18,8%), 71-80/2 (3,1%), >81/13 (13,9%). Con EP 156 casos (58,4%): 61-70/18 (75%), 71-80/57 (58,8%), >81 años 8/ (55,5%). PC baja y DD negativo sin EP: 60-70/1 (50%), 71-80/0 (0%), >81/3 (100%). PC baja y DD ajustado por edad negativo sin EP: 61-70/1 (33,3%), 71-80/0 (0%), >81/6 (85,7%). La proporción de pacientes en los que se hubiese podido descartar EP con baja PC y valores negativos de DD no alcanzó el esperado 100% en los pacientes de <80 años. En >81 años se alcanzó un valor predictivo negativo >80%. El tamaño reducido de la muestra no permitió detectar diferencias significativas entre los dos puntos de corte de DD.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

Conclusiones:

La alta sospecha diagnóstica inicial, edad y comorbilidad, condicionan un número reducido de pacientes con PC baja y DD negativo. En nuestro estudio no observamos diferencias significativas en la exclusión de EP utilizando los dos puntos de corte para el DD en los tres grupos de edad.

P-473
PATOLOGÍA VASCULAR: MOTIVO DE CONSULTA FRECUENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

Al Condón Abanto, L Mateo Gallego, M Berned Sabater, I Fonoll Tassier, A Falcó Callau, M March Domingo, Al Baguer Bascuas

Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

Palabras claves: urgencia vascular, síndrome de isquemia crónica, edad avanzada

Objetivos:

Actualmente se ha observado un aumento creciente de la patología vascular visitada en urgencias. El aumento de esta incidencia, probablemente sea debido al envejecimiento progresivo de nuestra población, y a la mayor complejidad de los pacientes con factores de riesgo cardiovasculares asociados, en la mayoría de ellos de difícil control.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que acudieron a urgencias de un hospital universitario de tercer nivel, en un periodo comprendido entre el 1/10/2014 y el 1/12/2014, consultando por patología vascular (Arterial y/o venosa). Se realizó una hoja de recogida de datos con las variables clínicas y sociodemográficas a estudio definidas previamente. Los datos se extraen del programa informático SAP y se analizan mediante el paquete estadístico SPSS.

Resultados:

Durante el periodo descrito se atendieron un total de 180 pacientes por patología vascular, un 3% de los pacientes atendidos en urgencias durante dicho periodo. De total de pacientes atendidos 63% eran hombres con una media de edad de 64 años. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: Síndrome de isquemia crónica grado IV (25%), Sospecha TVP (20.5%) confirmada mediante eco-doppler en el 37.8% de los casos, Pie diabético (11.6%), Infección de herida quirúrgica (8.3%) y Úlcera Vascular (7%). Del total de pacientes atendidos 23% ingresaron y el 77% fueron dados de alta, de los cuales un 60% fue citado en consulta externa de vascular para control. De los pacientes dados de alta a domicilio un 12% reconsultaron dentro de los 30 días siguientes al alta, por el mismo motivo de consulta inicial.

Conclusiones:

Las urgencias vasculares constituyen un motivo de consulta frecuente entre el total de urgencias atendidas. El perfil de paciente atendido es un hombre de edad avanzada con síndrome de isquemia crónica grado IV, que habitualmente se derivan a ser atendidos y controlados en consultas externas pero a pesar de esto cabe destacar que, un porcentaje llamativo de ellos, reconsultan por el mismo motivo en los 30 días siguientes a su consulta inicial.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-474

PAUTAS ANTIBIÓTICAS EN INFECCIÓN COMPLICADA DE TRACTO URINARIO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

JR Oliva Ramos, J Álvarez Manzanares, V Carbajosa Rodríguez, I González Manzano, H Bergaz Díez, A García Viña
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Palabras claves: infección, antibiótico, urología

Objetivos:

La elección de antibiótico es uno de los factores más importantes en la evolución de las infecciones graves. Van en aumento las resistencias microbianas especialmente a cefalosporinas y quinolonas.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo. Ámbito: UUH. Criterios de inclusión: Consultas en pacientes >14 años por ITUC durante el primer semestre de 2014. Criterios de exclusión: Historia clínica no digitalizada o ilegible. Variables: Edad media, género, Criterios SRIS, gravedad, paso por uci en el ingreso, FRR, resultado de cultivo, antibiótico empleado. Variable dependiente: combinación de antibióticos en urgencias. Comparación variables: cuantitativas t-Student, cualitativas Chi-cuadrado. Software SPSS 20.0. $p < 0,05$.

Resultados:

N: 90. Edad media(dt): 53,92(18,18). Varón 63,6%. Antibioterapia inicial: Amoxicilina/clavulánico 13,3%, Cefalosporinas 35,6%, Carbapenemes 10,0%, Quinolonas 16,7%, Aminoglucósidos 1,1%. No antibioterapia en UUH: 23,3%. Asociación de antibióticos en UUH: 18,9%. Asociación más utilizada: cefalosporina + aminoglucósidos (30%). Activación código sepsis (CS) 14,4%. SRIS en triaje: 54,4%. Gravedad: sepsis 51,0%, sepsis grave/shock: 16,7%. Escala MEDS: <5 57,0%, >5 43,0%. Paso por UCI en el ingreso: 9%. FRR: Inmunosupresión 7,8%, Antibioterapia tres meses previos 46,7%, ingreso en los últimos tres meses: 25,3%, procedencia d residencia: 3,4%. Alteración de las vías urinarias 34,9%. Asociación: combinación de antibióticos con: activación CS (sí vs no): 30,8% vs 16,9%, $p > 0,05$. SRIS: 26,5% vs 9,8%, $p < 0,05$. MEDS >5 26,7% vs 15,6%, $p > 0,05$. SG/SS: 26,7%, $p > 0,05$. Paso por UCI 50%, $p = 0,51$. No asociación estadística con FRR.

Conclusiones:

La mitad de los pacientes cumplieron criterios de SRIS, de gravedad sólo un 16%. En 14,4% se activó CS. El antibiótico más usado fueron las cefalosporinas seguido de las quinolonas, pese a la posibilidad de resistencia. Se combinó antibiótico en 18,9%. Esta combinación se asoció con los criterios de SRIS, pero no hubo significación en cuanto a gravedad o FRR, por lo que creemos que se debería incidir más en la importancia de tener ambos en cuenta.

P-475

LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO UNA ALTERNATIVA ASISTENCIAL COSTO-EFECTIVA AL INGRESO HOSPITALARIO DESDE URGENCIAS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA INFECCIOSA

M Pajaron Guerrero (1), G Sgaramella (1), I Allende Mancisidor (2), Z Soneira Rodríguez (3), A Aguilera Zubizarreta (1), P Sanroma Mendizábal (1)

(1) Hospital Universitario Valdecilla, (2) Centro de Salud de Bezana, (3) Centro de Salud de Cazoña. Mompia.

Palabras claves: hospitalización domiciliaria, seguridad, eficacia

Objetivos:

Los servicios de urgencias hospitalarios (SU) están colapsados por la elevada presión asistencial y por la incapacidad del hospital de reducir los tiempos de espera para el traslado de pacientes ya ingresados desde la urgencia hacia las unidades de hospitalización. Una alternativa a la hospitalización convencional es la Hospitalización a Domicilio (HaD), en la cual pacientes con criterios de ingreso ingresarían en HaD evitando el ingreso hospitalario mitigando el colapso de las urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo 654 episodios que recibieron TADE (terapia antimicrobiana domiciliaria endovenosa) entre abril 2013 y abril 2014, procedentes del SU. Cada paciente fue evaluado en el servicio de Urgencias antes de ser incluido en el programa de HaD. Se registraron datos demográficos, comorbilidad, localización de la infección, microorganismos aislados y duración del TADE. La eficacia mediante la tasa de curación/mejoría, los fallecimientos y los reingresos (durante el TADE y a los 30 días). Se evaluó los costes de estancia en la HaD así como estancia media en nuestro.

Resultados:

La Media de edad: 66.39 años. Mujeres: 49 %. Índice de Charlson medio: 2.21 Tipos de infección más frecuentes: respiratoria (42%), urinaria (34%), piel y tejidos blandos (11%). Microorganismo causal conocido en el 30 % casos. Germen más frecuente: E. coli 35%. Duración media del TADE: 8,3 días. Tasa de curación/mejoría: 94%. Fallecimientos: 1%. Reingresos durante TADE: 5%. Reingresos a los 30 días: 7%. Los costes estimados por estancia en HaD 166€ y el coste medio en hospital fue 630 €.

Conclusiones:

La HaD permite el TADE de infecciones graves de pacientes directamente procedentes de urgencias, proporcionando un importante ahorro de costes sin menoscabo en la seguridad y la eficacia del tratamiento.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-476

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: ¿PATOLOGÍA INFRAVALORADA?

Al Condón Abanto, L Mateo Gallego, Al Baguer Bascuas,
R Gaya Tur, I Fonoll Tassier, M Berned Sabater

Hospital Joan XXIII. Tarragona.

Palabras claves: trombosis venosa profunda, factores de riesgo, complicaciones

Objetivos:

La trombosis venosa profunda(TVP)forma parte de la Enfermedad Tromboembólica Venosa(ETV)junto con el tromboembolismo pulmonar. Los TVP esta influenciada por la presencia de determinados factores de riesgo: congénitos y/o adquiridos. Su importancia radica en la elevada incidencia y las complicaciones que pueden aparecer de no ser tratada adecuadamente.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de TVP, que acudieron a urgencias de un hospital universitario de tercer nivel, en un periodo comprendido entre el 1/10/2014 y el 1/12/2014. Se realizó una hoja de recogida de datos con las variables clínicas y sociodemográficas a estudio definidas previamente. Los datos se extraen del programa informático SAP y se analizan mediante el paquete estadístico SPSS. Muestra resultante parcialmente incluida en el estudio ESPHERIA.

Resultados:

Durante el periodo descrito se atendieron un total de 37 pacientes con sospecha de TVP(20% del total de urgencias por patología vascular),de ella se confirmó el diagnóstico mediante eco-doppler en el 40% de los casos.De los pacientes seleccionados con diagnóstico de TVP,58% eran mujeres con edad media de 62 años.Entre los factores de riesgo recogidos,cabe destacar que: El 78.57% tenía factores de riesgo previos,de los cuales el 90% eran adquiridos(63%Inmovilización/Hospitalización/cirugía previa,27% Antecedentes de cáncer) y 10% congénitos.El 57% de los pacientes ingresaron en planta y el 100% de los pacientes al alta fueron derivados a consulta para control.El tratamiento instaurado en urgencias fue HBPM en el 100% y 71% de ellos continuaron una vez dados de alta. El 35% reconsultaron a la semana del alta y 14% de los pacientes presentaron complicaciones Tromboembólicas posteriores al diagnóstico.

Conclusiones:

La trombosis venosa profunda es una enfermedad prevalente en nuestro ámbito.La mayoría de los pacientes fueron ingresados en el hospital y dados de alta con HBPM. Destaca que la mayoría de los pacientes presentaban al menos un factor de riesgo, lo que deja patente la importancia de la detección de los factores de riesgo y por tanto de la profilaxis. Así mismo concluimos la importancia del manejo y control de estos pacientes debido a las posibles consecuencias del mismo.

P-477

ANÁLISIS DE LAS DETERMINACIONES DE COAGULACIÓN EN URGENCIAS

JM Ferreras Amez (1), M Sarrat Torres (1), B Arribas Entrala (1), I Andrés Bergareche (1), A Vicente Molinero (1), V Abadía Gallego (2), E Aldea Molina (1)

(1) Hospital Royo Villanova, (2) Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: coagulación, anticoagulantes, urgencias médicas

Objetivos:

Un grupo de profesionales liderados por Jeremiah D. Schuur, del Servicio de Urgencias del Hospital Brigham and Women's (Universidad de Harvard), ha detectado las cinco pruebas prescindibles que más gasto pueden evitar. El estudio, publicado en JAMA Internal Medicine, recoge en quinto lugar como responsable del gasto evitable la prescripción de estudios de coagulación en pacientes sin hemorragia ni sospecha de coagulopatía. Por otra parte se ha visto en diferentes estudios (Aguilera R, 2002) que casi en el 50 % de pacientes en tratamiento con acenocumarol, presentan INR fuera de rango al realizar controles seriados, con el riesgo que ello supone.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de todas las determinaciones de coagulación realizadas en febrero de 2015 solicitadas desde el servicio de urgencias. Criterios de exclusión: Población atendida en pediatría.

Resultados:

Durante el periodo del estudio se atendieron 5812 urgencias de las cuales 3883 fueron adultos (>15 años). En 1809 pacientes fueron determinados tiempos de coagulación (46,58%). La edad media de los pacientes a los que se les determinó la coagulación fue 53,59±21,78 [IC 95% (21,1-22,46)]. 47% hombres 53% mujeres. Pacientes anticoagulados rango mín-máx: 0,82-20,9. 49% fuera de rango. 45,9% alta, 12,7% observación+alta, 41,4% Motivo solicitud:Preoperatorio 5,1%,Infecciones graves 6,9%,Hemorragia 7,3%, Trombosis 9,7%,Politraumatismos 2,8%,Inestabilidad hemodinámica 9,2%,Enfermedad hepática 5,9%,Oncológicos 5,1%,Enfermedad hematológica 0,5%, Anticoagulados 19,5%, Fuera de indicación 28%.

Conclusiones:

Un 60% de los pacientes con determinación de coagulación reciben alta hospitalaria. En una tercera parte de las ocasiones no hay indicación de solicitar la determinación. Creemos necesario la implantación de un protocolo de determinación de coagulación urgente que reduzca el ratio de pacientes con alta a domicilio sin indicación de solicitud. Actualmente ha supuesto 506 pacientes/mes. El coste estimado son 30.000 euros anuales. Sólo la mitad de los pacientes anticoagulados están en rango. El riesgo hemorrá-

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

gico o embólico en estos pacientes es mayor. Se han encontrado valores extremos hasta INR 20 con el consiguiente riesgo de complicaciones y costes hospitalarios. El papel de los nuevos ACOs aportan beneficios que deberían ser evaluados con estudios en Urgencias, como una ACO más uniforme que evite que el paciente pueda encontrarse en riesgo.

P-478

UN NEUMOTÓRAX EXCLUSIVO FEMENINO

A Campanario León (1), MC Antón Sanz (2), YE Batista Batista (1), A Aymerich Sánchez (1), MI Uberhuaga Candia (1), C Lorenzo Coss (1), ML Derisio (1)

(1) Hospital El Escorial, (2) Centro de Salud Alpedrete. Madrid.

Palabras claves: pneumothorax, dysmenorrhea, menstruation

Objetivos:

Mujer de 35 años que acude por dolor súbito torácico en hemitórax derecho, tipo lancinante, que exacerba con la inspiración acompañado de disnea moderada, coincidente con el primer día de la menstruación. No infección respiratoria previa ni otro cuadro de interés. Entre sus antecedentes destaca dismenorrea y ciclos menstruales irregulares. No tratamiento habitual. No hábitos tóxicos.

Material o pacientes y método:

Pruebas complementarias: Radiografía simple de tórax: Índice cardio-torácico normal. Neumotórax derecho. Analítica: Hemograma, bioquímica, enzimas cardíacas y gasometría arteriales normales tratamiento: tubo cerrado de toracostomía.

Resultados:

Diagnóstico: neumotórax catamenial.

Conclusiones:

La presencia de neumotórax derecho coincidente con el primer día de la menstruación, junto a la ausencia de otros factores de riesgo predisponentes nos lleva a concluir el diagnóstico de neumotórax catamenial. El neumotórax catamenial es una entidad rara (2%-6% de los neumotórax espontáneos en la mujer). Se caracteriza por la aparición de aire en el espacio pleural durante la menstruación. Su presentación suele ser súbita, el 90% en hemitórax derecho. Su inicio, al igual que las recurrencias, coinciden con el primer día del ciclo menstrual. El diagnóstico diferencial con otro tipo de neumotórax es fundamentalmente clínico: aparición cíclica en relación con la menstruación. El tratamiento hormonal es controvertido y se asocia a altas tasas de recurrencias.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-479

SEPSIS GRAVE. CÓDIGO SEPSIS. LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

A Ramírez Castillo (1), J Borja Padilla (1), F Aranda Aguilar (1), JM Villadiego Sánchez (1), JA Perianes Granero (2), M López Aguilar (1), I Molina Delgado (1)

(1) Epes 061, (2) DCCU Huelva Costa.

Palabras claves: sepsis grave, código sepsis, limitación del esfuerzo terapéutico

Objetivos:

La sepsis grave es una patología prevalente en nuestro medio asociada con frecuencia a problemas de salud crónicos. La precocidad de su detección, categorización de la gravedad y medidas de resucitación ajustadas a la disfunción orgánica influyen directamente en la supervivencia.

Material o pacientes y método:

Paciente: Varón 61 años, fiebre de 24 horas de evolución en tratamiento con amoxicilina por cuadro de faringoamigdalitis, presenta dificultad respiratoria y bajo nivel de consciencia alertando al 061. A nuestra llegada estuporoso (Glasgow 8/15), respiración espontánea, taquipneico (30 rpm) saturación 82% con oxígeno ambiental, ritmo sinusal 138 spm, TA 160/80 mmHg, glucemia 150 mg/dl, temperatura 39,2°C. Antecedentes: Insuficiencia renal y hepática crónicas, Diabetes Mellitus I, Hipertensión arterial, EPOC, Neuropatía (que lo hace dependiente para actividades cotidianas), Ca de colon pendiente de valoración por oncología. El paciente presenta un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) atribuible a un proceso infeccioso ORL. Su estado de consciencia, frecuencia respiratoria y cardíaca y saturación nos hace valorar Nivel de Gravedad 1, estableciendo la Hora Cero y alertando el Código Sepsis. Se extraen hemocultivos aerobios y anaerobios (2 muestras). Explicamos a familiares que, aunque presente indicaciones para aislamiento de vía aérea y ventilación invasiva, dados sus antecedentes personales, es preferible manejo conservador del paciente, iniciando ventilación mecánica no invasiva (BIPAP), paracetamol iv y amoxicilina-clavulánico empírico. Dan su consentimiento (Limitación del Esfuerzo Terapéutico: LET). Si evolucionara desfavorablemente informaríamos y reevaluaríamos.

Resultados:

Evolución: El paciente evoluciona favorablemente y a la llegada al hospital de referencia presenta Glasgow 12/15, VMNI, 20 rpm, saturación 98%, TA 140/80, FC 98sxm, Temperatura 37,7°C. El personal de emergencias estaba informado de la situación basal y del manejo del enfermo por el centro coordinador. Tras transferir al paciente (técnica ISOBAR) informamos a familiares del estado crítico, aunque evolución favorable, valorando positivamente el consenso para la toma de decisiones. El paciente fue dado de alta tras 15 días de ingreso.

Conclusiones:

La LET debe tomarse de común acuerdo entre el equipo médico y familiares. Si existiera pluralidad de opiniones todas son respetables. Las medidas terapéuticas pueden ser reconsideradas según la evolución del caso.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-480

**TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES.
PISTAS PARA SU SOSPECHA EN URGENCIAS**

F Pérez Gómez (1), D Caldevilla Bernardo (2), J Martínez Pérez (1), G Maldonado Hermoso (2), AG Blanco Cabañero (2)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. (2) Hospital General de Almansa. Albacete.

Palabras claves: trombosis venosa cerebral, cefalea, urgencias

Objetivos:

La trombosis de senos venosos cerebrales es una entidad poco frecuente (3-4 casos por millón de habitantes en adultos), con una mortalidad en fase aguda 5,6%. Los factores de riesgo son: embarazo-puerperio, infecciones, tumores, enfermedades sistémicas, estados de hipercoagulabilidad, enfermedades hematológicas, fármacos. Hasta un 20% son idiopáticos. La clínica más frecuente es la cefalea (75-90%), focalidad neurológica (75%), convulsiones (40%) o coma. El diagnóstico se establece con Angio-TC (puede ser normal en 15-30% de casos) y angio-RM que es concluyente.

Material o pacientes y método:

Presentamos el caso de una paciente con trombosis venosa cerebral su diagnóstico y su manejo en el servicio de urgencias.

Resultados:

Varón de 34 años que consulta por tercera vez en urgencias por cuadro de cefalea de 2 meses de evolución, de inicio progresivo y localización hemicraneal derecha, opresiva, de intensidad fluctuante. Aumenta con Valsalva e interfiere el sueño. Afebril. El día que consulta presenta además adormecimiento de dedos de la mano derecha. Luego tuvo debilidad en MSD que recuperó en una hora. Exploración: TA:156/94, Tª:36,7°. Alerta, orientado, sin alteración del lenguaje. PICNR, MOES sin limitación. No déficit motor con reflejos levemente aumentados. Exploración cardiopulmonar y abdominal normal. No signos de TVP. Hemograma-coagulación normal. GOT 57, resto de bioquímica normal. TC craneal sin y con contraste que muestra hiperdensidad de rama venosa cortical a nivel de la convexidad frontal y defecto de repleción de seno longitudinal, completando estudio con contraste donde se confirma trombosis venosa en dicha localización así como en seno transversal izquierdo y sigmoide y yugular interna. Con el diagnóstico de trombosis de senos venosos cerebrales y crisis parciales simples secundarias ingresa en planta de neurología donde se completa el estudio con RM, que confirma el diagnóstico. Se inicia tratamiento con anticoagulación intravenosa. La evolución es favorable dándose el alta con acenocumarol y levetiracetam.

Conclusiones:

La trombosis de senos venosos es una entidad de difícil diagnóstico por el bajo índice de sospecha dada sus múltiples formas de presentación. El tratamiento debe realizarse con heparina intravenosa, estando contraindicada en situaciones de tromboflebitis séptica o de infarto hemorrágico extenso.

P-481

ROTURA INTRAPLEURAL DE PLEUROCATH

L Piedra Antón, J Pelayo Lastra, H Solino Díaz, J Gutiérrez Sainz, S Sánchez Ortiz, B Ceballos Pérez, MJ Rodríguez Lera
Hospital Sierrallana. Torrelavega.

Palabras claves: pleurocath, drenajes pleurales

Objetivos:

El tratamiento del neumotórax espontáneo suele ser en muchas ocasiones la colocación de un pleurocath. Esta técnica incluso bien llevada a cabo no está exenta de complicaciones. Una de ellas puede ser la rotura del pleurocath en el interior de la cavidad pleural. Lo habitual es que esta rotura se produzca durante la extracción del mismo, pero en nuestro caso la rotura se ha producido durante la colocación.

Material o pacientes y método:

Varón de 58 años exfumador severo desde hace 6 años, con enfisema y bullas en ambos lóbulos superiores, que acude a urgencias por dolor brusco en hemitórax izquierdo. En radiografía de tórax se objetiva neumotórax moderado en hemitórax izquierdo. Se coloca pleurocath, y en la radiografía de control aparece imagen que sugiere probable rotura del catéter. Se realiza TAC torácico, donde se objetiva fragmento de catéter en zona subpleural izquierda y persistencia de importante neumotórax.

Resultados:

El paciente es trasladado a Cirugía Torácica, donde se realiza videotoracoscopia con resección de bulla apical y extracción de pleurocath.

Conclusiones:

Los drenajes pleurales se conocen desde los tiempos de Hipócrates, quien describe su uso en empiemas pleurales. A mediados del S XIX, Hunter y Payfair describen el sello bajo el agua. Su uso no está exento de complicaciones. Durante la inserción puede producirse paro cardiorrespiratorio, lesiones de la pared o de órganos internos, fracturas costales, lesión de los vasos o nervios intercostales, lesión del parénquima pulmonar, lesión de órganos mediastínicos, vísceras infradiaphragmáticas o diafragma. Durante el uso del drenaje puede producirse salida accidental del tubo, infección del orificio de inserción, enfisema subcutáneo, irritación de estructuras como el nervio frénico. En el retirada puede romperse el tubo y quedar un cuerpo extraño intrapleural o presentar dificultad para extraerse. Aunque en nuestro caso, la rotura se produjo durante la colocación, esto se puede explicar por una incorrecta alineación de la punta del drenaje con el bisel y sección del mismo al chocar con una costilla durante la introducción. En general estas complicaciones son evitables con una buena técnica de inserción y con un adecuado control.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-482

CUIDADO CON LOS MEG

T Martín Quiles, JM Parra Ramírez

Hospital Fundación Alcorcón. Madrid

Palabras claves: aneurisma, aorta, hematoma**Objetivos:**

Varón de 75 años, institucionalizado, sin alergias conocidas, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y SCACEST (síndrome coronario agudo con elevación del ST) en el 2004. En tratamiento con pantoprazol, Adiro, atorvastatina, bisoprolol, enalapril y clopidogrel. Es traído a urgencias por presentar deterioro del estado general de varios días de evolución. Sus familiares refieren que en los últimos 3-4 días les han comentado en la residencia que lo encuentran más postrado, con astenia, anorexia y debilidad generalizada. La exploración física resulta anodina, a excepción de dolor difuso a la palpación de marco cólico e hipotensión con cifras de 90/62. En el último mes ha acudido en dos ocasiones a urgencias por episodios de dolor centro torácico sin repercusión en el electrocardiograma ni en las enzimas cardíacas. Se le realizan pruebas complementarias destacando, hemoglobina de 7.8, troponina de 6,12, en el ecocardiograma transtorácico se observa dilatación de la aorta ascendente y hematomas periaórtico y transpericárdico, con el TAC se confirma la sospecha de aneurisma de aorta ascendente con signos de rotura y hematoma de pared e intrapericárdico.

Material o pacientes y método:

En el diagnóstico diferencial del dolor torácico cabe incluir, el síndrome coronario agudo, el tromboembolismo pulmonar y el síndrome aórtico agudo. La triada clásica de hipotensión, dolor lumbar y masa pulsátil solo aparece en el 50% de los pacientes. Dentro de los diferentes cuadros clínicos de presentación de aneurisma podemos encontrar que se presente como asintomático, hasta un cuadro febril como los aneurismas micóticos, a la presencia de dolor que será signo de alarma por crecimiento o rotura.

Resultados:

En la literatura y casos publicados, existe gran diversidad de formas de presentación siendo frecuentes las manifestaciones atípicas.

Conclusiones:

Importancia de un buen diagnóstico diferencial, considerando los síntomas menos típicos de entidades como la rotura de aneurisma de aorta.

P-483

URGENCIAS. PREPÁRATE PARA EL ÉBOLA

JI Paredes Trigueros, C Morales Alcover

Hospital de Mendaro. Mendaro.

Palabras claves: Ébola virus, aislamiento de pacientes, ropa de protección**Objetivos:**

En Agosto 2014 se generó la necesidad de adecuar nuestra urgencia ante un posible caso de ebolavirus debido a su posible expansión a Europa. Necesitábamos crear una sala de aislamiento de pacientes y adecuarla con ropa de protección y material necesario y protocolizar la detección y atención de un posible caso y formar al personal sanitario.

Material o pacientes y método:

Formación de un gabinete de crisis ebolavirus formado por Gerente, Dirección médica y económica, Jefaturas de urgencias, Medicina preventiva, personal de obras, mantenimiento. En esta primera reunión se decide crear una sala de aislamiento con sala y ante-sala y adquisición del material necesario y ropa de aislamiento. Realización de protocolos y planificar formación. Se reúne una vez por semana analizando las acciones realizadas y las necesidades que surgen. Una vez adecuada la sala y realizados los protocolos de detección y atención de un posible caso de ebolavirus tanto el servicio de preventiva como el servicio de urgencias imparten formación de carácter obligatorio a todo el personal sanitario y administrativo que pudiera verse implicado. Posteriormente se va realizando formación continua para reforzar esa primera formación. Se graba video con la formación y se difunde entre todo el personal implicado. En Enero 2015 se disuelve el gabinete de crisis hasta nueva necesidad dado que la alerta ha disminuido y no hay ninguna novedad que no haya sido tratada.

Resultados:

Creación de sala de aislamiento de pacientes en el servicio de urgencias Realización y actualización de protocolos de detección y atención ante posible caso de ebolavirus Formación del 100% del personal implicado.

Conclusiones:

Se ha activado el protocolo 3 veces desactivándose a posteriori por no confirmar caso, confirmando que el protocolo de detección de posible caso ha funcionado. Se ha dotado al servicio de urgencias de una sala de aislamiento de la que no se disponía y que aparte de para uso de ebolavirus sirve para otras sospechas de enfermedades contagiosas. La implicación de todos los estamentos sanitarios ha sido excelente.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-484

TRATAMIENTO CON CORTICOIDES DE BASE Y TRATAMIENTO AL ALTA DE URGENCIAS EN PACIENTES CON EPOC GRAVE Y MUY GRAVE, ¿SEGUIMOS LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA?

B de la Villa Zamora, M Córcoles Vergara, MC Quesada Martínez, N Rodríguez García, P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras claves: pulmonary disease chronic obstructive, therapeutics, glucocorticoids

Objetivos:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un trastorno pulmonar que se caracteriza por la existencia de una obstrucción de las vías respiratorias generalmente progresiva e irreversible. Las guías de práctica clínica (GPC) sugieren una optimización del tratamiento del enfermo desde el Servicio de Urgencias tras su consulta.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, retrospectivo en un Hospital General con una población de 200.000 habitantes y 275 urg/día. Se clasifican los EPOC según la Guía GOLD y atendiendo a su FEV en: FEV >80% leve, 50-80% moderado, 30-50% grave y <30% muy grave. Se analiza el tratamiento con corticoides basal y al alta de todos los enfermos graves y muy graves que consultan con agudización de la EPOC de junio de 2013 a mayo de 2014.

Resultados:

Valorados 446 pacientes EPOC de los cuales 78 (17'5%) presentaban FEV 30-50% y 4 (0.9%) presentaba FEV <30%. De los pacientes con FEV 30-50%, 12 (15'4%) de ellos utilizaba tratamiento con corticoides en domicilio y 66 (84.65%) no utilizaba corticoides en casa. Al alta, a 33 (42.3%) de ellos se les pautó tratamiento con corticoides y a 45 (57%) no se les pautó. De los pacientes con FEV <30% (muy grave), 1 (25'0%) de ellos utilizaba tratamiento con corticoides en domicilio y 3 (75%) no los utilizaba. Al alta, a 2 (50%) de ellos se les pautó tratamiento corticoideo para domicilio y a 2 (50%) no se les pautó.

Conclusiones:

La optimización del tratamiento con corticoides al alta de urgencias parece adecuada en los enfermos graves y mejorable en los muy graves. La limitación de este estudio es, evidentemente, el escaso número de pacientes muy graves que se recogieron. Los médicos de urgencias debemos implicarnos más en la optimización del tratamiento al alta del enfermo con agudización de la EPOC siguiendo las recomendaciones de las GPC.

P-485

DE LA GUARDERÍA A LA UCI

ID Salguero Bodes (1), JL Martín Rodrigo (1), A Martín Pérez (1), M García Reina (2)

(1) Hospital Infanta Cristina de Badajoz, (2) Centro de Salud La Paz. Badajoz.

Palabras claves: pneumonia, Chickenpox virus, respiratory insufficiency

Objetivos:

La varicela es una entidad infecciosa benigna propia de la infancia. En adultos y en grupos poblacionales específicos como en embarazadas e inmunodeprimidos, la primoinfección por varicela puede originar complicaciones.

Material o pacientes y método:

Varón de 46 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 40 cigarrillos/día, con hipercolesterolemia y angioma cavernoso cerebral. Acude a Urgencias hospitalarias por cuadro de malestar general, febrícula, artralgias y lesiones vesiculosas generalizadas poco pruriginosas de un día de evolución. Durante las últimas horas se han exacerbado los síntomas presentando además dificultad respiratoria y tos no productiva. Durante la entrevista comenta que su hijo pequeño de 3 años padeció varicela hace quince días, y no recuerda haberla pasado en su infancia.

Resultados:

Se solicita ampliar el estudio con las pruebas complementarias que se enumeran a continuación: hemograma, donde destaca linfopenia, trombopenia y serie roja normal; bioquímica con parámetros normales. Coagulación: sin alteraciones significativas. Gasometría arterial basal, que muestra una insuficiencia respiratoria con hipoxemia moderada. Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 105 lpm, eje normal sin alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía de tórax en 2P: índice cardiotorácico normal, infiltrado en ambos campos pulmonares con patrón retículo-micronodular difuso en "grano de mijo" sin afectación pleural. A partir de la información obtenida podemos establecer el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad atípica con moderada repercusión respiratoria. El agente etiológico más probablemente implicado es el virus Varicela Zóster en el contexto de primoinfección en el adulto. Atendiendo a los hallazgos radiológicos descritos podría realizarse diagnóstico diferencial con tuberculosis miliar, sarcoidosis o carcinoma diseminado.

Conclusiones:

La neumonía varicelosa es la complicación más grave y más frecuente. Afecta a un 14-16% de los adultos infectados y tiene una incidencia máxima entre la segunda y quinta décadas de la vida. La disnea y la tos no productiva son los síntomas más frecuentes y no suelen preceder a las afectaciones cutáneas. Tan solo en un 3% de los casos afecta a adultos en donde es más frecuente la aparición de complicaciones. El ser humano es el único reservorio conocido del virus.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-486

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE PIELONEFRITIS AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

E Esteban Zubero (1), M Jordán Domingo (1), JA García Noaín (2), R Montoya Sáenz (3), MO Asín Corrochano (3), FJ Ruiz Ruiz (3)

(1) Centro de Salud Delicias Sur, (2) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, (3) Centro de Salud Bombarda. Zaragoza.

Palabras claves: pielonefritis, resistencias, antibióticos

Objetivos:

La pielonefritis aguda (PA) es un proceso infeccioso frecuente en los servicios de urgencias. Presenta un espectro variable de gravedad que depende de las características del paciente y la virulencia del germen.

Material o pacientes y método:

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes dados de alta con diagnóstico de PA en el periodo referido. Se seleccionaron una serie de variables recogidas en un formulario que se diseñó a tal efecto. Los datos se analizaron con el programa IBM SPSS Statics (v22).

Resultados:

Un total de 423 pacientes fueron diagnosticados de PA. La edad media fue de $44,3 \pm 19$ años. El 80% fueron mujeres. Un 20% de los casos había presentado episodios con anterioridad. En un 78% de los casos se solicitó urocultivo, siendo positivo el 65%. E. coli fue aislada en el 80% de los casos. Un 68% de los gérmenes mostraba resistencia a uno o varios antibióticos. En un 35% de casos se solicitó hemocultivo, siendo positivo en el 18%. El antibiótico más empleado fue amoxicilina-clavulánico (45% casos). En un 24% se añadió al tratamiento aminoglicósidos. En un 73,5% de casos se inició tratamiento antibiótico en urgencias. Tras la valoración inicial el 47% de los pacientes fueron dados de alta a domicilio.

Conclusiones:

En los datos presentados destaca la elevada frecuencia, coincidiendo con estudio previos, de E. coli, así como las altas tasas de resistencia a uno o varios antibióticos. Un dato a destacar es el margen de mejora en la obtención de muestras para microbiología, ya que en más de un 20% de casos no se solicitó urocultivo. Dado el alto número de resistencia a E. coli es necesario conocer el perfil de las mismas con vistas a optimizar el tratamiento. En nuestro estudio los antibióticos beta-lactámicos continúan siendo de primera elección en el tratamiento de las PA.

P-487

RENTABILIDAD DE LA ANTIGENURIA DE NEUMOCOCO Y LEGIONELLA PN

P Arcas Juan, M Rey Múgica, P Gargantilla Madera, R Vallejo Hernández, P Montalva, C Sanz-Aranjuez, E Mora Bastante

Hospital de El Escorial. Alpedrete. Madrid.

Palabras claves: antigenuria, neumonía, neumococo

Objetivos:

A lo largo de los últimos años se ha introducido de forma rutinaria la determinación del antígeno de neumococo y Legionella pn en los servicios de Urgencia. Diversos estudios han demostrado su elevada sensibilidad y especificidad.

Material o pacientes y método:

Se analizaron de forma retrospectiva las solicitudes de antigenuria de neumococo y Legionella pn desde el 1 de enero de 2014 hasta el 31 de octubre de 2014 en el Servicio de Urgencias del Hospital de El Escorial. En los pacientes que tenían antígeno positivo se analizó la existencia de tos, expectoración, fiebre en el momento de la llegada a urgencias y la existencia de infiltrado en la radiografía de tórax.

Resultados:

En total se registraron 276 peticiones de antígeno de neumococo en orina y 166 de Legionella pn. En todos los casos que se solicitó antígeno de neumococo se solicitó antígeno de Legionella pn y no hubo ningún caso en el que se solicitara antígeno de Legionella pn pero no de neumococo. No hubo ningún caso de antígeno de Legionella pn positiva. En cuanto al antígeno del neumococo fue positivo en 23 (8%) pacientes. El 69,6% de los pacientes tenían infiltrado en la radiografía de tórax, 86,9% tenían tos, 78% tenían expectoración, 34% tenían fiebre y el 100% tenían al menos dos datos analizados. Cuando se analizó los pacientes que no tenían infiltrado en la radiografía de tórax (30,4%) el 71,4% de los pacientes tenían tos y expectoración.

Conclusiones:

1. Debemos ser más selectivos al solicitar antígeno de neumococo y Legionella pn de urgencias. 2. Se debería solicitar antígeno de neumococo en orina en pacientes con sintomatología respiratoria e infiltrado en la radiografía de tórax. En el supuesto de no objetivarse infiltrado radiológico al menos debería constatar en la anamnesis la presencia de tos y expectoración.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-488

**NO SIENTO MI PARTE DERECHA.
¿ESPERO A RECUPERARME?**

R Santos Medina, M Ruiz Avila, I Bueno Pozo
DCCU Nerja

Palabras claves: accidente cerebrovascular, educación en salud, enfermedades vasculares

Objetivos:

Los accidentes cerebro vasculares (AVC) constituyen hoy en día uno de los principales problemas de salud aumentando su incidencia entre la gente joven y siendo el mayor motivo de incapacidad. Esto repercute no solo en la calidad de vida del paciente sino en el coste sanitario que genera. Tener un mínimo conocimiento de los signos de alarma supone la diferencia entre la vida y la muerte o secuelas incapacitantes.

- Comprobar el grado de conocimiento que posee la población sobre el AVC, sobre todo con el reconocimiento precoz de los síntomas y actuación ante un posible caso. Educación sanitaria para la mejora de dichos conocimientos.

Material o pacientes y método:

Se pasaron unas encuestas anónimas durante un periodo de seis meses comprendido entre septiembre de 2014 y febrero del 2015 a un total de 638 personas (pacientes y/o acompañantes) que acudían al servicio de urgencias del centro de salud de Nerja. En la encuesta se valoran ítems tales como definición de AVC, factores de riesgo, reconocimiento de los síntomas y actuación ante una sospecha.

Resultados:

- Los resultados variaron entre los grupos de edad, donde cabe resaltar que la población menor de 45 años relaciona el AVC con el consumo de tóxicos, mientras que las edades superiores los relacionan con los factores de riesgo cardiovasculares. - La mayoría no saben identificar los síntomas principales y esperan a la aparición de nuevos síntomas antes de avisar a los servicios de emergencias, aunque los mayores de 60 años suelen llamar precozmente.

Conclusiones:

- Todo el mundo conoce la palabra "ictus" pero no está asociado a un conocimiento en profundidad del mismo. - Lo principal es hacer una educación sanitaria para reconocer los síntomas de alarma y saber cómo actuar ante un posible caso. - Concienciar a la población de la gravedad de esta patología y que una actuación dentro de las primeras horas es vital para mejorar el pronóstico.

P-489

SÍNDROME DE LEMIERRE

L Piedra Antón, J Pelayo Lastra, B Ceballos Pérez, H Solino Díaz, S Sánchez Ortiz, J Gutiérrez Sainz, E Vázquez González
Hospital Sierrallana. Santander.

Palabras claves: síndrome de Lemierre, sepsis postanginosa, fusobacterium

Objetivos:

El Síndrome de Lemierre, sepsis postanginosa, o "enfermedad olvidada", es una entidad cada vez menos frecuente pero grave si no se trata y diagnostica precozmente. Se caracteriza por una tromboflebitis séptica de la vena yugular interna y embolismos sépticos secundarios que tienen lugar después de una infección orofaríngea, generalmente en adolescentes o jóvenes sanos. El agente causal más frecuente es el *Fusobacterium necrophorum*.

Material o pacientes y método:

El caso que presentamos es el de un joven de 23 años que tras cuatro días de iniciar con malestar general, fiebre y odinofagia y tras haber estado con tratamiento ambulatorio con amoxicilina clavulánico, ante la persistencia de fiebre y aparición de dolor torácico acude al servicio de urgencias, donde presenta datos de sepsis con alteración de la función renal y trombopenia.

Resultados:

Se realiza TAC cérvico-torácico donde se objetiva trombosis parcial de la vena yugular interna junto con múltiples imágenes nodulares compatibles con émbolos sépticos pleurales y pulmonares. Ingresa en URCE donde se inicia tratamiento empírico con Meropenem, Linezolid y anticoagulación (Fondaparinux 7,5 mg/al día). Con buena evolución por lo que pasa a los 4 días a planta. El cultivo de esputo es positivo para *Stomacoccus mucilaginosus*, y el cultivo de hongos para *Cándida albicans*.

Conclusiones:

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, se inicia como una faringitis aguda o infección odontológica, posteriormente se produce invasión del espacio faríngeo vía linfática o perivascular con la aparición de una tromboflebitis de la vena yugular interna y en un tercer estadio aparece la extensión hematógena al pulmón, articulaciones, abscesos hepáticos o renales. El diagnóstico deberá apoyarse con el aislamiento del germen *Fusobacterium necrophorum*, aunque también pueden estar implicados *Streptococcus* del grupo B y C, *Enterococcus*, *Proteus* y *Candida*, y realizar un TAC cérvico torácico. El tratamiento deberá hacerse con antibioterapia parenteral con penicilina, metronidazol o clindamicina en caso de alergia, durante 3-6 semanas. La anticoagulación sistémica es controvertida, y en casos de mala respuesta al tratamiento farmacológico, se puede recurrir a la escisión o ligadura quirúrgica de la vena yugular.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-490

USO PRECOZ DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA CON BIPAP EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

JM Villadiego Sánchez (1), JR la Calle Remigio (2), M.ª Paz Rodríguez (3), J Borja Padilla (3), A Sánchez Alcalá (3), FJ Ávila Rodríguez (3), S Cruz García (3)

(1) Empresa Pública de Emergencias de Andalucía, (2) Universidad de Sevilla, (3) Epes-061. Sevilla.

Palabras claves: ventilacion no invasiva, BIPAP, emergencias

Objetivos:

La reagudización de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un problema de salud frecuente que genera muchas solicitudes de atención sanitaria de urgencias y/o emergencias en el sistema público de salud de Andalucía. La ventilación mecánica no invasiva se ha convertido en una herramienta de primer nivel en el tratamiento a nivel hospitalario. Disponemos de evidencias que establecen que los pacientes tratados con BIPAP en área hospitalaria (UCI y unidades específicas de VMNI) obtienen esos beneficios, pero solo un artículo de su uso en el medio extrahospitalario evidenciando que puede producir beneficios similares o incluso mayores.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo con una cohorte de casos y controles (1/2). Se incluyeron todos los adultos mayores de 18 años que presentaron reagudización de su EPOC en el ámbito extrahospitalario, atendidos por equipos de emergencias. Se agruparon en casos (pacientes que recibieron VMNI con BIPAP y controles (pacientes atendidos con tratamiento convencional).

Resultados:

El total de demandas fue de 5850 pacientes de los que 1068 (18.5%) fueron atendidos por equipos de emergencias. Después de eliminar los registros duplicados (5 casos) o aquellos en los que la edad era inferior a 40 años (2 casos), finalmente incluimos 1061 episodios, que corresponden a 918 personas.

Conclusiones:

El uso de esta técnica de VNI de forma precoz desde el inicio del contacto con el equipo de SVA mejora la sensación de disnea del paciente con respecto al grupo control, reduce los días de estancias hospitalarias y la necesidad de intubación.

P-491

PERFIL DEL PACIENTE CON PERICARDITIS AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

LJ López Torres, A Marco Berna, MJ Martínez Valero, MP Suárez Beke, JA Sánchez Nicolás, P Lázaro Aragüés

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras claves: pericarditis, dolor en el pecho, cardiología

Objetivos:

El Hospital General Universitario (HGU) Reina Sofía de Murcia es referencia de 200.000 habitantes. El Servicio de Urgencias (SU) atiende unas 90.000 urgencias al año con una media de 300 al día.

Material o pacientes y método:

Estudio epidemiológico descriptivo de carácter retrospectivo mediante revisión de Historias Clínicas. Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de Pericarditis Aguda desde el 1 de Enero de 2010 al 31 de Diciembre de 2014. Se recogió la edad, sexo, clínica, exploración física, exploraciones complementarias, destino y tratamiento.

Resultados:

Se incluyeron 65 pacientes: 49 varones y 16 mujeres. El rango de edad mayoritario fue menores de 30 años (43.07%), con una media de 28.9 años, teniendo 11 años el paciente más joven y 86 el más anciano. Con respecto a la clínica, el síntoma predominante fue el dolor torácico (93.84%) acompañado en el 43.07% de síntomas catarrales previos. Otros síntomas: Fiebre (9.23%), Disnea (9.23%), Epigastralgia (4.61%) y Palpitaciones (1.53%). Se auscultaba Roce Pericárdico en 6 pacientes. En cuanto al diagnóstico presentaban un electrocardiograma con alteraciones típicas el 30.76%, alteraciones atípicas el 36.92% y en el 32.32% era normal, apareció leucocitosis en 11 pacientes, se realizó Ecocardiografía al 23.07% (en urgencias al 6.15% y en planta al 16.92%) y en 3 casos se objetivó cardiomegalia en radiografía de tórax. Destino desde el SU: Alta a domicilio 78.45% (pasando por camas de observación 3.07%, y remitidos a consultas de Cardiología el 9.23%), siendo ingresados en Cardiología el 21.55%. El tratamiento mayoritario pautado fue Aspirina (73.84%) y otros AINES (23.07%), y únicamente en 1 caso Colchicina, no siendo necesario en ninguno realizar pericardiocentesis.

Conclusiones:

En la cohorte estudiada prevalece el sexo masculino y menores de 30 años. El síntoma predominante es el dolor torácico acompañado de síntomas catarrales previos. No siempre el ECG es diagnóstico, ya que en un porcentaje elevado era normal o con alteraciones atípicas. El destino principal ha sido alta a domicilio y tratamiento con aspirina u otros AINE.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-492

PELIGRO ÉBOLA EN URGENCIA

JM Parra Ramírez, C Martín Sierra, M Flores Hernán,
M Lázaro Salvador, I Zafar Iqbal, M Lopes Nogueiras
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Palabras claves: Ébola, contacto secundario, urgencias

Objetivos:

El Ébola es un virus del género Ebolavirus miembro de la familia Filoviridae compuesto de cinco especies diferentes identificadas en brotes en primates humanos y no humanos asociados algunos con una elevada mortalidad. En España el riesgo de aparición de EVE, está fundamentalmente asociado a la importación de la enfermedad por viajeros internacionales, aunque el primer caso fue en relación por contacto secundario con paciente afectado por Ébola.

Material o pacientes y método:

Paciente que acude a servicio de urgencia con sospecha de contagio por virus Ébola por contacto secundario precediéndose activación de protocolo de actuación con extracción de muestras grupo A para determinación de PCR. Durante su estancia en urgencias ante la presencia de agravamiento sintomático se procede a cambio en el traje de protección con activación de medidas de soporte terapéutico valorando la introducción de antibioterapia ante posible sepsis en el contexto.

Resultados:

Tras mantenimiento de Soporte de constantes vitales evitando medidas invasivas del paciente se procede a su traslado reglado en cámara de vacío para continuación de tratamiento de soporte y específico en centro de referencia.

Conclusiones:

La importancia de una correcta sala de aislamiento para el control y el monitoreo del paciente, el empleo de traje de protección personal en el proceso y la importancia del tratamiento de soporte vital.

P-493

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO BASE AL ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ENFERMO CON AGUDIZACIÓN DE LA EPOC

M Córcoles Vergara (1), B de la Villa Zamora (1), N Rodríguez García (2), MC Quesada Martínez (1), P Piñera Salmerón (1)
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. Elche.

Palabras claves: EPOC, therapy, improvement

Objetivos:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se define como obstrucción de las vías respiratorias generalmente progresiva e irreversible. En las últimas guías de práctica clínica (GPC) se recomienda una optimización del tratamiento en cada consulta.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, retrospectivo en un Hospital General con área de 200.000 habitantes y 275 urg/día. Se incluyeron todos los enfermos con diagnóstico previo EPOC acudieron al SU entre Junio-2013 a Mayo-2014 por agudización de su enfermedad. Se analizó el tratamiento base y el tratamiento prescrito al alta valorando si existía optimización de su tratamiento base. Se tomó como base el estadio basal de su enfermedad según GOLD.

Resultados:

Consultaron por AEPOC 446 pacientes. Según GOLD, 82 (18,4%) pacientes presentaban estadio grave/muy grave. En 82 (100%) su tratamiento base era con beta2, 50 (60,97%) con anticolinérgicos y 54 (65,85%) corticoides. Al alta, el tratamiento en los 82 graves/muy graves fue: 82 (100%) se les trató con beta2, 45 (54,88%) anticolinérgicos, 82 (100%) con corticoides. 364 (81,7%) pacientes presentaban estadio moderado/leve. 205 (56,32%) estaban tratados con beta2, 132 (36,26%) anticolinérgicos y 130 (35,71%) corticoides. Los pacientes moderados/leves al alta el tratamiento alta fue en 216 (59,4%) con beta 2, 147 (40,38%) anticolinérgicos y 237 (65,11%) corticoides.

Conclusiones:

En el grupo grave/muy grave se objetiva una optimización del tratamiento al alta del SU fundamentalmente en base al aumento de corticoides. En el uso de broncodilatadores tenemos una franca área de mejora. En los pacientes moderados/leves hay una optimización general del tratamiento. Llama la atención el incremento del uso de corticoides. Tendríamos que analizar el fenotipo de estos pacientes a ver si corresponde con agudizadores y/o mixtos en los que si tiene indicación los corticoides inhalados al alta. En general comprobamos que optimizamos más los enfermos con estadio leve/moderado que los enfermos graves/muy graves. Pensamos que la implicación del SU en la optimización del tratamiento al alta puede resultar decisivo. Para ello es recomendable una formación continuada y una correcta difusión de las GPC.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-494

ANISAKIASIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

D Idoipe Rubio, G García Rayado, C Pérez-Arados Hernández,
C Canet Fajas, A Cantín Golet, C Gonzalvo Liarte
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: anisakiasis, abdominal pain, Spain

Objetivos:

La anisakiasis es una parasitosis emergente en nuestro medio, históricamente la mayoría de casos descritos se han registrado en Japón, debido a la alta frecuencia de ingesta de pescado crudo. El incremento de consumo de este tipo de cocina en Occidente está aumentando la presentación de esta patología en Europa y Estados Unidos. Se presenta un caso clínico de un varón de 46 años que acude a Urgencias por dolor abdominal epigástrico de 24 horas de evolución, sin otra sintomatología. Como antecedente destaca ingesta la noche anterior de boquerones en vinagre.

Material o pacientes y método:

Paciente atendido íntegramente en el servicio de Urgencias. A su llegada se realiza analítica de sangre, sedimento de orina, electrocardiograma y radiografía de abdomen, sin encontrar alteraciones significativas. Inicialmente mejora con analgesia y antieméticos. En Sala de Observación reaparece epigastralgia de mayor intensidad con irradiación a hipocondrio derecho, sin fiebre ni coluria. Se solicita ecografía abdominal, visualizándose líquido libre perihepático sin etiología clara. Se decide realizar tomografía computarizada de abdomen, observándose proceso inflamatorio que afecta a todo el estómago. Se añade inhibidor de la bomba de protones y ante sospecha de Anisakiasis digestiva, se solicita valoración por Cirugía que no indica intervención quirúrgica urgente, y por Endoscopista, realizándose endoscopia urgente con extracción de parásito vivo de 1 cm localizado en cara posterior de estómago con lesiones puntiformes.

Resultados:

Se trata de un caso de Anisakiasis digestiva con epigastralgia como única manifestación y completa resolución del mismo. Se aportan pruebas complementarias con imágenes de extracción gástrica de la larva de *Anisakis simplex*.

Conclusiones:

Considerarla como diagnóstico diferencial ante cuadro de epigastralgia aguda con antecedente de ingesta reciente de pescado crudo. Se trata de una verdadera urgencia, pudiendo provocar graves complicaciones que incluyen perforación gastrointestinal y neumoperitoneo, requiriendo tratamiento quirúrgico urgente. La fibrogastroscoopia permite visualizar el parásito, siendo un método diagnóstico muy útil, versus pruebas de imagen más inespecíficas (ecografía, tomografía computarizada) o más agresivas (laparotomía exploradora) que no siempre permiten un diagnóstico definitivo, y a su vez ofrece capacidad terapéutica mediante extracción del parásito.

P-495

TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL, ¿ES REALMENTE UNA PATOLOGÍA TAN BANAL COMO PARECE?

A Rodríguez Urgel, R Rico Delgado, V Lozano Araujo,
I Guillén Sánchez, M Villa Escamilla, F Fernández Salgado,
J Félix Hoyo

Hospital Universitario de Móstoles. Torreloaños.

Palabras claves: tromboflebitis, superficial, tratamiento

Objetivos:

El tratamiento óptimo de la tromboflebitis superficial (TS) continúa siendo un enigma. La finalidad del mismo, además de tratar los síntomas locales debería ser prevenir la evolución a enfermedad tromboembólica (ETV)

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con TS en un hospital docente de Madrid durante los años 2013 y 2014.

Resultados:

Obtuvimos una muestra de 70 pacientes, un 12,8% eran tromboflebitis de miembros superiores, de las que un 88% fueron secundarias a manipulación de vía periférica 61 pacientes presentaban tromboflebitis en extremidades inferiores. Se palpaba cordón venoso en un 67,2% y en un 70,5 % afectación de la vena safena interna. En el 74,2% se realizó hemograma, objetivándose alteración del mismo (leucocitosis) sólo en un 3,8%. El DD se solicitó en el 71,4 % siendo este elevado en el 60%. El ECO Doppler se solicitó en 50%. Se pautó AINEs en el 78,5% y tratamiento con HBPM en el 61,4%, de estos en el 62,4% a dosis profilácticas y un 37,2% a dosis de anticoagulación. En un 2,8% se evolucionó a ETV.

Conclusiones:

La controversia actual existente en cuanto al tratamiento de la TS conlleva a una actitud muy dispar en cuanto al manejo y tratamiento por parte de los médicos. Se requieren estudios más detallados que evalúen y confirmen la necesidad y dosis de anticoagulación de las TS, así como la necesidad de realizar pruebas diagnósticas en urgencias.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-496

IMPLEMENTACIÓN DEL USO DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR (HBPM) PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE) MÉDICA

JA Montiel Dacosta (1), M Úbeda Pastor (2), E Pallarés Sanz (2), MA Casanova Gil (2), M Martínez Mena (2), E Fernández Escobar (2)

(1) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, (2) Cap Horta 7D. Barcelona.

Palabras claves: deep venous thrombosis, short stay unit, prophylaxis

Objetivos:

La aparición de fenómenos tromboembólicos, tanto arteriales como venosos es un hecho frecuente en la práctica clínica diaria. Las dos principales manifestaciones son la trombosis de las venas profundas (TVP), sobretudo de extremidades inferiores, y el embolismo pulmonar. Entre los factores de riesgo destacan la cirugía y traumatismo, la inmovilización prolongada, el embarazo, la administración de anticonceptivos orales, la trombofilia, la edad superior a 40 años, neoplasia asociada, antecedentes de enfermedad tromboembólica, obesidad, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), infarto agudo de miocardio, accidente vascular cerebral, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedades hematológicas.

Material o pacientes y método:

Se recogieron los pacientes que ingresaban en la UCE de forma consecutiva durante un período de 15 días en enero de 2015. Se analizaron los factores de riesgo definidos según el protocolo para la prevención de TVP en pacientes médicos y quirúrgicos del Servicio de Urgencias y la implementación del tratamiento con HBPM.

Resultados:

Se analizaron 106 registros. La edad media de los pacientes fue de 75 años con una edad máxima de 102 años y una mínima de 23 años. Por género, 72 fueron mujeres y 44 varones. De los pacientes analizados 74 (78%) recibían HBPM, no era así en 34 (21.5%) enfermos: 4 por sangrado activo digestivo, 23 tomaban acenocumarol o warfarina. 7 pacientes con indicación (7.5%) no recibían profilaxis alguna para TVP.

Conclusiones:

Los criterios analizados en relación al uso de HBPM para la prevención de la enfermedad tromboembólica venosa eran seguidos en el 92,5% de los registros de nuestra UCE. Dado que el estándar aconsejado es del 100% de los pacientes se proponen medidas correctoras como sesiones clínicas en los que se explique la importancia de la profilaxis de TVP y nueva auditoría en 3 meses.

P-497

INFECCIONES INVASIVAS DE TEJIDOS BLANDOS EN UN HOSPITAL COMARCAL DE BARCELONA

Z Salinas Morón, A Coloma, C Cortés

Hospital Moises Broggi. Barcelona.

Palabras claves: invasiva, infección, fascitis

Objetivos:

Describir características de pacientes con infección invasiva de tejidos blandos (IITB) que ingresan en un servicio de urgencias y describir su microbiología y antibioterapia empírica.

Material o pacientes y método:

Análisis observacional-retrospectivo en hospital comarcal entre 2010- 2013. El diagnóstico de IITB se realizó conjuntamente mediante un diagnóstico clínico y microbiológico. Análisis estadístico SPSS.20.00.

Resultados:

Se identificaron 29 pacientes con edad media 63 años, la mayoría (79%) fueron varones. Como factores de riesgo destacaron la diabetes (62%) y la vasculopatía periférica (83%). En 48% hubo puerta de entrada y manipulación o cirugía previa solo en 10%. La infección se localizó principalmente en extremidades (52%) y periné (34%), y menos frecuentemente en abdomen (7%), cara-cuello y mama (3.4% respectivamente. El tiempo desde la aparición del síntoma-signo inicial hasta el procedimiento quirúrgico fue 47,67+58, 72 horas. A su llegada a urgencias el síntoma principal fue el dolor (38%), que se describió como desproporcionado a la lesión en 55%. El signo fue principalmente edema- eritema (72%). Cumplieron criterios de SRIS el 62%. Destaco a su llegada una PAM de 83.6+19.9 mmHg y T°37'2+1. El índice LRINEC fue 7+2'8p untos, < 6 puntos en 42% y APACHE II 11+5.7 puntos. Fueron infecciones monomicrobianas el 67%. Destaco S. pyogenes en 42% , y solo 8% S. aureus. En las polimicrobianas otros gérmenes aislados fueron E. coli, Bacteroides, Proteus, S. agalactiae, Stenotrophomonas sp, Bacteroides sp y E. faecalis. Se extrajeron hemocultivos en 69%, 45% fueron positivos. Se aislaron Bacteroides sp., S. pyogenes, S.aureus y E.coli. El tratamiento empírico fue adecuado en la mayoría (90%), pero se modificó en un 82%, debido a mala evolución en un 58% y a una adecuación microbiológica el 33%. Como primera antibioterapia se eligieron betalactámicos, amoxicilina-clavulanico (34%) y ceftriaxona (28%). La clindamicina se administró en 64%. La mayoría precisó cirugía(86%), amputación un10%, reintervención 67%y se uso cámara hiperbárica 14%. Se describió una mortalidad relacionada en 21%. Los pacientes fallecidos presentaron una PAM 72,1+14.9mmHg, LRINEC 5'8+2'9 y < 6 en 60% (p 0,061), con un tiempo hasta el desbridamiento 30,0 + 24,36 horas.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

Conclusiones:

En esta serie se describe que los pacientes afectos de IITB refieren dolor como síntoma de alarma junto con otros criterios clínicos-analíticos de gravedad. Empíricamente se utilizaron principalmente los betalactámicos y en más de la mitad de los casos asociados a clindamicina. Los pacientes con un diagnóstico precoz y un desbridaje precoz presentaron un menor pronóstico con menor mortalidad.

P-498
PERFIL DE RIESGO DE LOS PACIENTES CON EMBOLISMO PULMONAR: INCIDENTAL, AMBULATORIO CON O SIN INGRESO PREVIO Y HOSPITALARIO

P Ruiz Artacho, I Rodríguez López, J González del Castillo, EJ García Lamberechts, C Fernández Alonso, D Chaparro Pardo, FJ Martín Sánchez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: tromboembolismo, embolismo pulmonar, incidental

Objetivos:

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es la tercera patología cardiovascular aguda más frecuente tras el infarto de miocardio y el ictus.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de cohorte retrospectivo que incluyó a todos los pacientes adultos ingresado con el diagnóstico de EP agudo en un hospital terciario universitario durante 6 años. Se recogieron variables demográficas, antecedentes personales, relativos a la posible hospitalización en los 3 meses previos, del episodio agudo, el tiempo de estancia hospitalaria y la mortalidad global a los 30 días. Se estratificó a los pacientes en función de si se trataba de un EP incidental, hospitalaria o sintomática ambulatoria, y dentro de ésta, en función de si existía el antecedente de un ingreso médico o quirúrgico en los tres meses previos al evento tromboembólico.

Resultados:

Se incluyeron un total de 1093 pacientes con una edad media de 72,5 (DE 14,8) años, con 57,3% mujeres. Setenta y un (6,5%) casos eran incidentales, 153 (14,9%) hospitalarios y 870 (85,1%) EP sintomático ambulatorio. De estos últimos, 135 (15,5%) tuvieron una hospitalización en los 3 meses previos, 92 (10,6%) por IM y 43 (4,9%) por IQ. Ciento doce (12,9%) pacientes fallecieron en los primeros 30 días. En el grupo de EP hospitalaria y ambulatoria con IM se documentó una mayor frecuencia de PESI simplificada de alto riesgo (≥ 1) (hospitalaria: 71,1% y ambulatoria con IM: 90,2% vs incidental: 69% vs IQ: 65,1% vs sin ingreso previo: 67,0%, $p < 0,001$) y de mortalidad a 30 días (hospitalaria: 23,7% y ambulatoria con IM: 20,7% vs incidental: 1,4% vs IQ: 7,0% vs sin ingreso previo: 12,9%, $p = 0,038$).

Conclusiones:

La ETV hospitalaria y la sintomática ambulatoria con antecedentes de un ingreso previo médico tienen un riesgo incrementado de mortalidad a 30 días frente a la ETV incidental y ambulatoria sin ingreso previo o ingreso previo quirúrgico, siendo esta asociación explicada por la mayor gravedad del episodio agudo.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-499

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR SEPSIS EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Z Issa-Masad Khouzou, E Puga Montalvo, A Porras Pérez, F Sabio Reyes, JM Martín Mora, F Santamarina Carvajal
Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Palabras claves: sepsis, urgencias, hospital

Objetivos:

• La sepsis es una reacción inflamatoria sistémica frente a un proceso infeccioso -generalmente grave- que sufre el organismo huésped. Puede empezar como una situación leve, pero no es raro que progrese rápidamente hacia un Shock Séptico con fallo multiorgánico que conlleva la muerte. • Cada año se diagnostican en España unos 140.000 casos, de los que 17.000 mueren. • El tiempo es clave a la hora del tratamiento.

Material o pacientes y método:

Pacientes atendidos en área de SCCU de un Hospital durante los meses de Octubre y Noviembre de 2014. Se seleccionaron a aquellos pacientes que ingresaron en el área de Observación (10 camas) con diagnóstico de sepsis. Estudio: observacional, descriptivo y retrospectivo. Variables estudiadas: Sexo, edad, AP, medicación (ATB), foco infeccioso inicial, PCR y lactato inicial, APACHE II, destino de ingreso hospitalario, etc. Atención en Servicio de Urgencias los 15 días previos al Ingreso y diagnóstico al alta. Criterios exclusión: pacientes oncológicos y/ o paliativos. Consulta previa por motivo no relacionado. *Análisis estadístico con SPSS.

Resultados:

Durante los meses analizados se ingresaron 211 pacientes en el área de Observación con diagnóstico de Sepsis. De éstos más de la mitad fueron mujeres (55,45%). Más del 70% del total eran mayores de 70 años. El foco infeccioso más frecuente fue el Respiratorio (36,96%) seguido del Urinario (26,54%), Abdominal (21,80%), Tejido blando (6,16%), Neurológico (5,68%), Otros (Hematológico, etc. (2,84%). Un 22,74% acudió en los 15 días previos y un 17,53% estaba tomando antibiótico. El principal destino de Ingreso: M. Interna.

Conclusiones:

Podemos afirmar que la sepsis es una patología a tener en cuenta en los Servicios de Urgencias. Mantener alta sospecha en cualquier tipo de consulta llevará a diagnóstico prematuro y a la progresión a estadio de mayor gravedad.

P-500

HIPOMAGNESEMIA ASOCIADA A TRATAMIENTO CRÓNICO CON IBP

P Ortega Vega, JF Madrigal, N Castro, P Gargantilla, N Arroyo, E Klar, E Mora
Hospital de El Escorial. Alpedrete. Madrid

Palabras claves: omeprazol, inhibidores de la bomba de protones, magnesio

Objetivos:

Los inhibidores de la bomba de protones son fármacos utilizados ampliamente en el tratamiento y prevención de la patología péptica. Su gran eficacia, junto con su favorable perfil de seguridad, hacen que su uso sea en muchas ocasiones inapropiado y excesivamente prolongado, sin que existan razones clínicas que lo justifiquen. En los últimos años se han descrito varios casos de hipomagnesemia asociada al uso prolongado de IBP.

Material o pacientes y método:

Se recogieron 75 pacientes mayores de 18 años que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital de El Escorial entre octubre del 2014 y febrero del 2015 que llevaban en tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones durante más de 6 meses y se analizó la concentración de magnesio, potasio y función renal.

Resultados:

La edad media de los pacientes fue 71.2 años. 43 pacientes (57.3%) tenían hipopotasemia ($K < 4.5$ mEq/L), de los cuales el 37.2% tenían potasio inferior a 4 mEq/L. El 100% de los pacientes analizados tenían función renal, y de los pacientes con hipopotasemia el 9.1% tuvieron hipomagnesemia.

Conclusiones:

La incidencia de hipomagnesemia en nuestra experiencia fue muy baja, por lo que no se recomienda ampliar la analítica con determinación de magnesio en pacientes en tratamiento con inhibidores de omeprazol durante los últimos 6 meses.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-501

PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. ¿REALIZAMOS TROMBOLISIS?

O González Alemán, L Benítez Muñoz, A Fernández Cuervo, S Pedraza López, R Díaz Sesé, J Benítez Macías

Hospital Universitario Puerta del Mar. Jerez de la Frontera. Cádiz

Palabras claves: cardiorrespiratoria, tromboembolismo, trombolisis

Objetivos:

El tromboembolismo pulmonar masivo es una patología cuyo diagnóstico supone un reto en el servicio de urgencias. Una correcta aproximación diagnóstica resulta crucial para plantear tratamiento trombolítico

Material o pacientes y método:

Mujer 67 años, con antecedentes de riesgo trombótico, que es trasladada al servicio de urgencias por cuadro de disnea e inestabilidad hemodinámica. A su llegada, presenta bradicardia extrema y parada cardiorrespiratoria. Se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar y simultáneamente se realiza ecocardiografía a pie de cama, donde se objetiva importante dilatación del ventrículo derecho, hipertensión pulmonar e insuficiencia tricuspídea severa. Ante la elevada sospecha de TEP se decide realizar trombolisis con pauta de alteplasa.

Resultados:

Recuperación clínica completa. Normalización electrocardiográfica. Angiotac de tórax realizado ocho horas después, sin signos de tromboembolismo. En nueva ecocardiografía se comprueba mejoría de la dilatación del ventrículo derecho. En ecografía doppler de miembros inferiores realizado posteriormente se objetivó trombosis de la vena poplítea derecha.

Conclusiones:

Destacamos la importancia del manejo la de la ecocardiografía en el punto de atención inicial al paciente, ya que puede proporcionar un diagnóstico más eficiente a tiempo real y suplementar otras técnicas de imagen avanzadas en determinados contextos clínicos. En este caso, además de la elevada sospecha clínica, la ecocardiografía resultó crucial para la decisión de realizar tratamiento trombolítico, tras valorar riesgos y beneficios, dada la situación crítica inicial descrita.

P-502

LEGIONELOSIS EN SABADELL DURANTE EL AÑO 2014

S Alforcea Alcaraz, A Rodríguez Lancha, G Navarro Rubio, B Alforcea Alcaraz, F Zapata Barrero, A López Petchame

CSHUPT. Barcelona.

Palabras claves: Legionelosis, brote, neumonía

Objetivos:

Legionelosis es una infección de origen ambiental que se transmite a las personas vía aérea por inhalación de aerosoles de agua contaminada con Legionella. La Legionella pneumophila (LP) serogrupo 1 es la más frecuente y segundo patógeno de neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Afecta más a hombres mayores de 60 años. En los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) se trabaja la Legionelosis. Se atienden los casos (diagnóstico, inicio antibiótico, recogida muestras diagnóstico etiológico). Y, se vigila activamente utilizando la detección antigenuria como técnica de rutina diagnóstica en las NAC atendidas. Es una enfermedad de declaración obligatoria. El Departamento de Salud posee actuaciones de prevención y control de instalaciones con riesgo de dispersión de Legionella. Durante el 2014, se registraron múltiples casos esporádicos y un total de tres brotes comunitarios. Su peculiaridad consistió en que dos fueron simultáneos, considerado uno de ellos el más letal de Cataluña. Los medios de comunicación cubrieron el brote y generó gran alarma social.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de las características epidemiológicas y clínicas, así como de la evolución de los casos de neumonía por LP durante el 2014, atendidos en el SUH.

Resultados:

Brote comunitario más significativo: 38 casos confirmados. De los cuales 24 son hombres y 14 son mujeres, con una edad media de 71 años (45-94). Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, tos, disnea y afectación del estado general. El 96% (36 casos) fueron tratados con levofloxacino 500 miligramos. El tiempo de estancia en el hospital presentó una mediana de 9 días (mín. 1 y máx. 133). El destino al alta de SUH fue a domicilio 21% (8 casos), hospitalización 50% (19 casos), UCI 2% (1 caso), traslado a otro centro hospitalario 13% (5 casos) y exitus 13% (5 casos).

Conclusiones:

El brote cumple la incidencia epidemiológica habitual en sexo y edad. Más de la mitad de los casos requirieron ingreso, en nuestro hospital con una mediana de 9 días. La letalidad fue elevada, con un ingreso en UCI.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-503

PACIENTES QUE PRESENTAN USO DE LA MUSCULATURA ACCESORIA A SU LLEGADA AL SERVICIO DE URGENCIAS Y SU POSTERIOR HOSPITALIZACIÓN

B de la Villa Zamora, M Córcoles Vergara, N Rodríguez García, MC Quesada Martínez, P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras claves: pulmonary disease chronic obstructive, symptoms, hospitalization

Objetivos:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un trastorno pulmonar que se caracteriza por la existencia de una obstrucción de las vías respiratorias generalmente progresiva e irreversible. El uso de musculatura accesoria se ha postulado como único parámetro clínico independiente que marca la gravedad de una agudización y su posible mala evolución (Emergencias 2014;26:251-258).

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, retrospectivo en un Hospital General con una población de 200.000 habitantes y 275 urg/día. Se recogió el UMA en la primera exploración del enfermo que consultan con agudización de la EPOC (AEPOC) de junio de 2013 a mayo de 2014.

Resultados:

Valorados 442 pacientes AEPOC de los cuales el 26 (5'9%) presentaron UMA y 416 (94'1%) no la presentó. De los pacientes que presentaron UMA, 17 (65'45%) requirió hospitalización mientras que 9 (34'6%) fueron alta a domicilio. De los pacientes que no presentaron UMA, 136 (32.7%) requirió hospitalización, mientras que 280 (67.3%) no la requirió. Siendo la diferencia en ambos casos significativa.

Conclusiones:

El paciente que presenta el su exploración inicial UMA tiene una posibilidad mayor de ingresar que aquel que no presenta este signo. El UMA lo podemos considerar una variable clínica independiente que nos indicaría el aumento de la probabilidad de ingreso hospitalario.

P-504

CARACTERÍSTICAS DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

O Mora Atorrasagasti, MJ Martínez Bengoechea, M Sánchez Fernández, O Ibarra Barrueta, M Ortega Marcos, M Bustos Martínez, ML Hernáez Ventades

Hospital Galdakao. Galdakao.

Palabras claves: antibióticos, infecciones, urgencias

Objetivos:

Las enfermedades infecciosas son una de las causas de visitas realizadas a los Servicios de Urgencias (aproximadamente 15% de las visitas), y con todo ello es muy importante el uso adecuado de los antibióticos.

Material o pacientes y método:

Desde el programa de prescripción electrónica se extrajeron todas las prescripciones de los fármacos clasificados en el grupo "J" según la clasificación ATC: terapia antiinfecciosa de uso sistémico (se excluyeron las vacunas, inmunoglobulinas y los fármacos utilizados para el tratamiento de VIH, VHC y VHB) realizadas en el Servicio de Urgencias a lo largo del año 2014.

Resultados:

Durante el año 2014, hubo 74.969 ingresos en el Servicio de Urgencias, en 11.526 episodios se prescribió algún antibiótico (15,4%). En el 82,2% de los pacientes se pauto un solo antibiótico, en el 14,5% dos antibióticos, y en el 3,3% de los pacientes mas de dos antibióticos. Se prescribieron un total de 14.045 antibióticos, los antibióticos mas usados fueron amoxicilina/clavulanico (40,3%) y levofloxacino (18,8%). Si analizamos el uso de antibióticos según al grupo al que pertenecen obtuvimos los siguientes Resultados: 62,5% fueron betalactámicos (64,5% amoxicilina/clavulanico, y 15,7% ceftriaxona) y 25,6% quinolonas (73,5% levofloxacino y 18,7% ciprofloxacino).

Conclusiones:

Comparando con estudios previos en los que el uso de betalactámicos es de alrededor de 45% y de quinolonas 24%, se puede decir que el uso de antibióticos en este servicio sigue la línea de los otros hospitales. La limitación de este trabajo es que no tenemos la relación del uso de antibiótico según el tipo de infección y características del paciente.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-505

PACIENTES CON ASMA DE RIESGO VITAL ATENDIDOS EN URGENCIAS

MD Lopera Arroyo, MA Gracia Romero, A Estella García
SCCU Hospital SAS de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz

Palabras claves: asma, riesgo, urgencias

Objetivos:

El asma es una enfermedad cuya incidencia ha ido en aumento en los últimos años, sin embargo, la situación de riesgo vital afortunadamente no ha seguido el mismo patrón.

Material o pacientes y método:

Se incluyeron enfermos consecutivos atendidos en Urgencias con uno o más criterios de riesgo vital: confusión o coma, saturación de O₂ < 90%, taquipnea de más de 25 respiraciones/minuto, bradicardia < 50 lpm, uso de musculatura accesoria. Periodo de estudio: entre enero de 2007 y Diciembre de 2014. Las variables analizadas fueron edad, sexo, antecedentes médicos, uso de VMNI modo BIPAP, necesidad de ventilación mecánica, días en ventilación mecánica, estancia hospitalaria, RCP, secuelas y mortalidad y los siguientes parámetros de laboratorio: recuento leucocitario, pH y presión parcial de CO₂.

Resultados:

26 enfermos ingresaron en UCI con asma de riesgo vital durante el tiempo de estudio. 19 procedentes del servicio de urgencias y 7 procedentes de las urgencias extrahospitalarias. La mayoría de los pacientes no tenían antecedentes médicos diferentes al asma. La edad media 35 ± 14, 38% hombres y 62% mujeres. 18 requirieron VM (69%) y 8 (31%) VMNI. Los días en VM tuvieron una media de 2 salvo en dos pacientes que fue prolongada precisando traqueotomía percutánea, 30 y 24 días. La estancia media en UCI fue de 6 ± 7 días. El lactato 3,2 ± 3,3. El pH 7,17 ± 0,17, pCo₂ 79 ± 40, leucocitos 15550 ± 5826. Un 15% presentaron parada cardiorespiratoria precisando maniobras de RCP, un 11% desarrollaron secuelas neurológicas y un paciente falleció. En el tratamiento inicial un 46% recibió adrenalina i.v y en un 23% se utilizó VMNI.

Conclusiones:

El perfil clínico del enfermo ingresado en UCI con asma grave es el de paciente joven con corta estancia en UCI y requerimientos de ventilación mecánica al ingreso. A pesar de la baja mortalidad observada, más de la mitad de los pacientes precisaron ventilación mecánica y adrenalina i.v.

P-506

REVISIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON MENINGITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET: TIEMPO DE ESPERA A LA ADMINISTRACIÓN EMPÍRICA DE ANTIBIOTERAPIA Y RELACIÓN CON LA MORTALIDAD Y DISMINUCIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA

D Rubio Castro, A Vicente Altabas, MP Vicente Martínez, S Loscos Aranda, S Galarreta Aperte
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: meningitis bacteriana, antibioterapia empírica, tiempo de administración

Objetivos:

Las meningitis infecciosas representan una emergencia médica y la precocidad con que se haga el diagnóstico y se inicie el tratamiento adecuado guarda una relación directa con el pronóstico del paciente, tanto en lo referente a mortalidad como morbilidad.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo tras la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de Meningitis bacteriana vistos en el servicio de urgencias de nuestro Hospital durante los años 2012 y 2014.

Resultados:

De los 38 pacientes recogidos un 47,4 % eran mujeres y un 52,6 % hombres. La edad media fue de 49,21 años. El tiempo de espera máximo hasta la primera administración de antibioterapia empírica fue de 11 horas y 57 minutos y el tiempo mínimo de 57 minutos. El tiempo medio de espera fue de 5 horas y 38 minutos. El servicio donde suelen ingresar con mayor frecuencia es el servicio de Infecciosos con un 57,9 % seguido del servicio de Neurología con un 13,2 %. El tiempo de estancia media hospitalaria es de 23,76 días con una mortalidad del 13,16 %. El porcentaje de los casos en el que el antibiótico administrado coincide con las recomendaciones de las Guías es del 55,26 %.

Conclusiones:

Acorde con los hallazgos en nuestra población, el perfil clínico de los pacientes con meningitis aguda son, en su mayoría, varones con una edad media de 49 años. El tiempo medio de espera hasta la administración de antibioterapia empírica fue de 5 horas y 38 minutos. La mortalidad fue del 13,16 % con una estancia media hospitalaria de 23 días más frecuentemente en el servicio de Infecciosos en el 57,9 % de los casos. En el 55,26% de los casos se administra la antibioterapia empírica recomendada por las Guías de Actuación ante Meningitis aguda.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-507

COMPRESIÓN DEL NERVO RECURRENTE COMO CAUSA DE DISNEA SÚBITA EN LA PUERTA DE URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

LI Novella Navarro, MJ Durán Gallego

Hospital Universitario Morales Meseguer y C.S. Murcia-Centro, Murcia.

Palabras claves: disnea súbita, estridor laríngeo, bocio multinodular

Objetivos:

La disnea súbita es un motivo de consulta frecuente en la puerta de urgencias que engloba patologías de diferente índole, por ello es fundamental establecer un diagnóstico diferencial.

Material o pacientes y método:

Se describe el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 80 años de edad con antecedentes de HTA, DM II, insuficiencia cardiaca, insuficiencia venosa crónica, accidente cerebrovascular en A. cerebral media derecha y fractura de fémur derecho, que acude a urgencias de madrugada remitida por el 061 tras presentar en el domicilio, estando en reposo, episodio de disnea súbita durante el cual se objetiva una saturación de O₂ del 82% y una tensión arterial de 218/103. Se realiza análisis del que cabe destacar un dímero D de 1170, una troponina de 0,054 (normal hasta 0,04) con ECG normal. Se realiza TC arterias pulmonares sin signos concluyentes de TEP, con hallazgos que sugieren edema pulmonar agudo, quedando ingresada en medicina Interna.

Resultados:

Durante su estancia en planta presenta en las siguientes 24 horas hasta 4 episodios bruscos de estridor laríngeo que coinciden con desaturaciones, taquipnea y taquicardia. Es valorada por otorrinolaringología que objetiva disminución de la movilidad de las cuerdas vocales, por ello se realiza TAC laríngeo en el que se aprecia un bocio multinodular sobre todo a expensas del lóbulo izquierdo, sin compromiso de la tráquea.

Conclusiones:

En la puerta de urgencias son diversas las patologías que cursan con disnea súbita, entre las que destaca por su gravedad el tromboembolismo pulmonar. Es fundamental realizar una minuciosa anamnesis y exploración física para establecer un diagnóstico diferencial con otras patologías menos frecuentes y peligrosas como el estridor laríngeo paroxístico en el contexto de un bocio multinodular compresivo.

P-508

PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DEL VINALOPÓ

S Diéguez Zaragoza, M Ayo González, R Esteve Solano, E Sillero López, B Giménez Fernández

Hospital Universitario del Vinalopó. Elx.

Palabras claves: tromboembolismo pulmonar, perfil clínico, hospital secundario

Objetivos:

El Tromboembolismo Pulmonar (TEP) es una entidad clínica relativamente frecuente en nuestro medio. Su aparición está relacionada con factores de riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE). Se hace necesario estudiar el perfil clínico de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo. Variable principal: Diagnóstico principal en el informe de alta de TEP en los años 2011 a 2014. Se recopilan datos sobre edad, sexo, constantes a la llegada al servicio, factores de riesgo de ETE, síntoma cardinal de consulta, parámetros analíticos (gasometría arterial inicial, Dímero D (DD)...), pruebas complementarias en urgencias (electrocardiograma, AngioTAC) y en hospitalización (gammagrafía, ecografía miembros inferiores, ecocardiografía), destino al alta desde urgencias y diagnóstico definitivo del área de hospitalización. Se recopilan los datos procedente del historial clínico informatizado Florence, procesados en el programa de análisis estadístico SPSS.

Resultados:

Se incluyeron un total de 108 pacientes con diagnóstico de TEP en el informe de urgencias, de los cuales 95 tuvieron diagnóstico final al alta de hospitalización, lo cual supone una media de 23,75 casos anuales (DE $\pm 9,74$). Un 55,7% fueron mujeres y todos tenían una media de 67,4 años (DE $\pm 17,9$). Presentaron disnea brusca (72 pacientes, un 75,7%). La Presión arterial media estuvo por debajo de 60 en 8 pacientes (8,4%). El 43,1% de los pacientes llegaron con alcalosis respiratoria. El 87,3% de los pacientes tuvieron un DD por encima de 500 mcg/L y solo el 1,05% fue normal. A 66 de los 95 pacientes se les realizó ecocardiografía en el área de hospitalización, siendo la dilatación de cavidades derechas el hallazgo más frecuentemente descrito (23 pacientes). Un 71,5% de los pacientes ingresaron en planta, de los cuales un 11,6% fueron exitus intrahospitalario. Solo 2 pacientes fallecieron en el área de urgencias.

Conclusiones:

En el perfil clínico de los pacientes con TEP predomina aquellos con antecedentes de neoplasia y en mujeres. Los pacientes presentan una edad media baja y el síntoma más frecuente cardinal en nuestro medio fue la disnea brusca.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

P-509

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS INGRESOS POR PATOLOGÍA INFECCIOSA DESDE URGENCIAS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

AM Sánchez González, JM Alises Moraleda, J Serrano Castañeda

Hospital Mancha Centro. Alcázar de San Juan.

Palabras claves: epidemiología, infecciones, sepsis

Objetivos:

La patología infecciosa representa 10% de urgencias. Más frecuentes infecciones respiratorias, urinarias, piel y tejidos blandos. La morbilidad sobre el 20%. Más habituales en hombres que en mujeres.

Material o pacientes y método:

Son pacientes que acuden a urgencias y diagnosticados de sepsis, con posterior ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Dependen de los enfermos: diagnóstico, género, edad, momento de llegada (mañana, 8-15 horas, tarde, 15-22, noche, 22-2, madrugada, 2-8), día festivo o no festivo. Dependen de recursos, medios propios o públicos de transporte. Analizados con Word 2010 y Excel. Variables cualitativas y cuantitativas, con SPSS.

Resultados:

Son 24 mujeres y 49 hombres. Diagnóstico: sepsis urinaria 5 mujeres y 8 hombres, respiratoria, 10 mujeres, 25 hombres, piel y tejidos blandos, 1 hombre, digestivo, 5 mujeres, 6 hombres, neurológica, 1 mujer, 4 hombres, origen desconocido 3 mujeres, 5 hombres. Llegaron 6 mujeres de día, 8 de tarde, 1 de noche y 9 de madrugada. Hombres: 14 de día, 18 de tarde, 5 de noche y 12 de madrugada. En primavera 3 mujeres, 3 en verano, en otoño 11 y 7 en invierno. Hombres, 11 en primavera, 13 en verano, en otoño 10, 15 en invierno. Edad: 11 mujeres mayores de 71 años, 13 menores de 70. 36 hombres menores de 70 y 13 mayores de 71 años. Día festivo 17 hombres, y 11 mujeres. Día no festivo 13 mujeres, 32 hombres. Acceso a urgencias, 16 mujeres en ambulancia y por medios propios 8. 32 hombres en ambulancia, y 17 por medios propios. La permanencia en urgencias, inferior a 3 horas: 20 mujeres y 39 hombres. Mayor: 4 mujeres y 10 hombres.

Conclusiones:

La sepsis es una patología tiempo-dependiente. El comienzo del tratamiento en las tres primeras horas es mucho más efectivo. Más frecuente y estadísticamente significativo ($p < 0.05$), en nuestro estudio. Las sepsis respiratorias más frecuentes, como en la bibliografía. Es estadísticamente significativo ($p < 0.05$) el acceso a urgencias en ambulancia de mujeres, respecto a hombres, también es más frecuente al acceso hombres en día no festivo, y durante la mañana.

P-511

UNA HERRAMIENTA DESDE EL TRIAGE: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE SOSPECHA DE SEPSIS

S Ascunce Guerrero, I Iturrioz Núñez

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Palabras claves: sepsis, emergency department, guidelines

Objetivos:

Se conoce la sepsis como una afección generalizada producida por la presencia en la sangre de microorganismos patógenos o de sus toxinas. Se ha convertido en una enfermedad con la elevada incidencia y mortalidad. Es una patología tiempo dependiente, por lo que es fundamental asegurar un buen protocolo, para lograr medidas diagnóstico-terapéuticas que mejoren la supervivencia del paciente. En el centro donde se realiza el estudio, disponemos de un protocolo que nos ayuda desde el triage para la detección de estos casos. Y así promocionar una atención precoz, ante la sospecha de paciente séptico.

Material o pacientes y método:

Para ello se hecho una revisión bibliográfica extensa en diferentes publicaciones como Pubmed, Cochrane y Cinalh.

Resultados:

La bibliografía consultada hace gran hincapié en tres puntos, la detección precoz, teniendo en cuenta los criterios clínicos ante la sospecha de sepsis. La aplicación de medidas de resucitación de acción inmediata en la primera hora, con la administración de antibioterapia y restauración hemodinámica. Y tras esos dos puntos, evaluar y tratar se forma continuada en un unidad de cuidados intensivos. Estos tres puntos se garantizan con el entrenamiento del personal, tanto médicos como enfermeras, que les ayudaran a detectar y tratar al paciente séptico que requiere una atención inmediata.

Conclusiones:

El protocolo de detección de sepsis que utilizamos en el servicio de urgencias se encuentra dentro de las últimas actualizaciones. La bibliografía confirma que el rol enfermero es fundamental desde el triage y en el inicio de las medidas de resucitación.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

A-512

GRYPE A: ¿ALARMA O REALIDAD?

F Santaulària Font, R Arcega, M Chordà, S Arcega, V González
Hospital Dr. Josep Trueta de Girona.

Palabras claves: gripe A, carga asistencial, servicio de urgencias, patología respiratoria

Objetivos:

Carga asistencial del Servicio de urgencias del H. J. Trueta de Girona y los ingresos de determinadas patologías en el periodo comprendido desde el 2005 hasta 2015. La Gripe, dentro de las patologías que se atienden en el Servicio de urgencias, supone una carga asistencial importante en determinada épocas del año. En muchas ocasiones complica la situación basal de pacientes pluripatológicos. Cuántas veces hemos tenido la sensación que en determinadas épocas se ha relacionado todo esto a la gripe estacional y últimamente con la Gripe A.

Material o pacientes y método:

Se han consultado y utilizado los datos facilitados por la secretaría técnica de nuestro centro, basados en el registro informático que desde hace años se realiza de los pacientes atendidos en Urgencias y de los que finalmente ingresan.

Resultados:

Se ha realizado comparativa de los datos recogidos por año y mes dentro del período de estudio.

Conclusiones:

No se puede determinar una mayor carga asistencial al servicio de urgencia de manera general ni de ingresos de determinadas patologías respecto al período previo a la aparición del primer caso del Gripe A y los años anteriores.

A-513

YA LE DIJE QUE NO ERA TORTÍCOLIS

M Chacón González (1), MJ Morales Acedo (2), RG Mesa Ramos (2), M Nogués Herrero (2), MC Ruiz Ciudad (1), M Zaheri Beryanaki (2)

(1) *Hospital de Antequera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. Residente de Familia. Área Sanitaria Norte de Málaga,*
(2) *Hospital de Antequera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. Alhaurin de la Torre.*

Palabras claves: dolor cervical, trombosis, yugular, idiopático

Objetivos:

La trombosis yugular interna es una patología poco frecuente pero de gran relevancia clínica.

Material o pacientes y método:

Varón de 77 años sin antecedentes personales de neoplasia (hermana con cáncer de mama y pulmón, muy fumadora) o enfermedad tromboembólica ni trombótica (hermano intervenido de revascularización periférica), no FRCV ni ECV ni factor desencadenante. Consulta por tumoración dolorosa en región cervical izquierda sin signos inflamatorios, fiebre, escalofríos, sudoración, cuadro ORL, traumatismos, disnea ni dolor torácico. Refiere cansancio desde hace 2 días sin cuadro constitucional. Buen estado general, ocupación a nivel de Vena Yugular izquierda, resto sin alteraciones.

Resultados:

Exploraciones Complementarias. Analítica: hemograma, bioquímica con perfil hepático, renal y lipídico normal. Ferritina 323, PCR 0.7. Radiografía de cuello y tórax sin alteraciones. EcoDoppler de cuello: trombosis venosa circunferencial de yugular interna izquierda, desde inicio de tronco venoso braquiocefálico. Tras valoración en Urgencias de nuestro Hospital, el paciente ingresa en planta para continuar estudio. TAC C/C de cuello, tórax, abdomen y pelvis (en conclusión): Asimetría de faringe derecha. Aumento de diámetro con hipodensidad central de la vena yugular interna izquierda. Patrón enfisematoso. Nódulos subcentimétricos inespecíficos en segmento III y VI derecho, en lóbulo pulmonar inferior izquierdo y en lingula. Engrosamiento pleural en hemitórax superior posterior derecho. LOE inespecífica sugestiva de hemangioma o quiste biliar simple de 7.6 mm en segmento III hepático. Quistes renales corticales simples. Adenopatías mesentéricas subcentimétricas. Valoración ORL normal. Diagnóstico al alta: Trombosis Venosa Yugular Interna de Etiología Incierta en Estudio. Evolución y tratamiento: se procede al alta del paciente con Hibor 10.000 UI/día y se continua estudio ambulatorio con Estudio de Trombofilia negativo, Tac de orofaringe y senos paranasales y Tac C/C cervico-toraco-abdominal de control persistiendo el diagnóstico: Trombosis venosa yugular interna de etiología incierta a estudio, Estenosis de Carótida interna izquierda, Nódulos pulmonares subcentimétricos autolimitados (embolismos de trombosis yugular). Se deriva a Cirugía Vascular.

URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

Conclusiones:

La TVP en miembros superiores y región cervical supone menos del 5% de las enfermedades tromboembólicas venosas, más aún si resulta ser idiopática finalmente.

A-514
HEMORRAGIA ALVEOLAR EN PACIENTE EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

V Piña Martín (1), M Tejón Ruiz (2), MC Mateos Madrid (2), J Valdellós Cabello (2), MR Durán Chiappero (3), EN Gallego Castillo (4)

(1) Hospital Torrecárdenas, (2) HGB Antequera, (3) Centro Salud Vélez-Rubio, (4) Centro Salud Coín. Málaga.

Palabras claves: hemorragia alveolar, anticoagulante oral, hemoptisis

Objetivos:

Paciente varón de 85 años. Independiente ABVD. NAMC, intolerancia a SINTROM. HTA. Fibrilación auricular permanente e insuficiencia aórtica y mitral moderadas, en tratamiento con aldocumar 1mg. Exfumador hace 40 años. Insuficiencia renal leve. Intervenciones quirúrgicas: hernia inguino-escrotal, hernia laparotómica y prostatectomía. Tratamiento: aldocumar 1 mg, pantoprazol, candesartán 8 mg, lorazepam 1 mg, furosemida 1-0-0.

Material o pacientes y método:

Acude a urgencias por cuadro de 48 horas evolución de tos con mucosidad blanquecina sin fiebre. Desde hace 12 horas comienza con sensación disneica, tos persistente y hemoptisis de 100 ml aproximadamente en domicilio. Es trasladado por DCCU, a la llegada a domicilio presenta trabajo respiratorio y saturación basal 88%. A la exploración en SCCU TA 115/54, FC 55, saturación 100% con ventimask 50%, Temperatura 35,6°C. COC, BEG, BHP, eupneico, tolera decúbito. ACR tonos arrítmicos sin soplos. Hipovenilación global, mayor hemitórax derecho, con roncus en ambas bases. Miembros inferiores edemas fovea + maleolares.

Resultados:

Destaca en las pruebas complementarias: analítica, leucos 5700, hb 7,2 (previa 9,6), plaquetas 80000, INR 11. RX TÓRAX. Infiltrado alveolar bilateral difuso en alas de mariposa. ECG: Fibrilación auricular a 55 lpm, amputación de R en precordiales. JUICIO CLÍNICO. Hemorragia alveolar difusa en probable relación con sobredosificación de anticoagulante oral. Insuficiencia respiratoria aguda.

Conclusiones:

Ante un paciente con hemoptisis/expectoración hemoptóica en el Servicio de Urgencias, es importante hacer diagnóstico diferencial de las causas graves que puedan producirlas. Como lo es en este caso la hemorragia alveolar.



URGENCIAS MÉDICAS II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

A-515

¿CUÁNDO LLEGA LA GRIPE?

F Santaulària Font, R Arcega, M Chordà, S Arcega, V González
Hospital Dr. Josep Trueta de Girona.

Palabras claves: gripe, carga asistencial, servicio urgencias, patrón estacional

Objetivos:

Cada año más tarde o temprano nos asalta esta cuestión: ¿Cuándo llega la gripe? Cuando llegará y cómo se comportará este año? A pesar de no poder saber el comportamiento cierto de la gripe antes de que nos afecte, intentaremos acercarnos a la realidad vivida en nuestro centro durante los últimos años.

Material o pacientes y método:

se han consultado y utilizado los datos facilitados por la secretaría técnica de nuestro centro, basados en el registro informático que desde hace años se realiza de los pacientes atendidos en Urgencias. Nos basamos en la carga asistencial de urgencias en los años definidos del estudio. Valorando las variaciones que se objetivas en los diferentes meses. Complementando todo esto y aprovechando la realización de test diagnósticos de la Gripe A en nuestro centro, como centro de referencia de la provincia, intentaremos contrastar el aumento de urgencias y determinados ingresos hospitalarios, con la obtención de Resultados positivos en el test.

Resultados:

Valorado la diversidad de datos ha permitido realizar un aproximación a las épocas y al perfil de afectación de la Gripe en nuestro medio concreto.

Conclusiones:

Todos estos datos nos ha permitido perfil lo más real posible del comportamiento de la gripe en nuestro medio, en cuanto a meses, y carga asistencial y ingresos de determinadas patologías en nuestro centro.

A-516

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETEV) DIAGNOSTICADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS (FRCV) Y LOCALIZACIÓN DEL EVENTO TROMBÓTICO

Z Issa-Masad Khozouz, E Puga Montalvo, F Alonso Morales, P Gómez del Castillo, MJ Sierra Cerdán, JM Muñoz de la Fuente
Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Palabras claves: trombosis, cardiovascular, prevalencia

Objetivos:

Desde que se identificó la ETEV como una enfermedad compleja han sido muchos los esfuerzos por conocer los FR responsables de su desarrollo, así como las características clínicas de los pacientes.

Material o pacientes y método:

Pacientes atendidos en área de SCCU de un Hospital durante los meses de Octubre y Noviembre de 2014. Se entre todos los pacientes que acudieron al SUE se seleccionaron a aquellos que fueron diagnosticados de ETEV. Estudio: observacional, descriptivo y retrospectivo. Variables estudiadas: Sexo, edad. De cada paciente se recogieron la localización del evento trombótico y los FR cardiovascular clásicos: HTA, Dislipemia, DM, Tabaquismo y Obesidad. Como criterios de exclusión: pacientes oncológicos y/o paliativos. *Datos en media y porcentaje. Análisis estadístico con SPSS. Se ha respetado la confidencialidad de los datos.

Resultados:

Se diagnosticaron un total de 98 pacientes con ETEV. El 53% eran mujeres y 47% hombres, con una edad media de 65 años. La distribución según la localización de la trombosis fue: 63,2% TVP MMII, 10,2% TEP, 11,22% TVP+TEP, 5,10% TVP MMSS, 7,14% TVS, 3,06% otras zonas. El Tabaco, la Dislipemia y la Obesidad fueron los FR más relevantes en el desarrollo de ETEV, siendo la Dislipemia el cardinal. La HTA se asocio a un mayor riesgo trombótico en los hombres. La Dislipemia y la Obesidad eran FR en todos los subtipos de trombosis excepto en las TVP-MMSS. El consumo de Tabaco resulto relevante en los casos de TVP-MMII y TEP. La DM no se asocio significativamente al desarrollo de eventos tromboticos en ningún caso. La HTA solo se asocio de forma significativa al TEP.

Conclusiones:

La obesidad, la dislipemia y el tabaco son factores de riesgo en el desarrollo de eventos tromboticos venosos mientras que la HTA se asocia en mayor medida a la TV sobre todo en los hombres y en pacientes con TEP, y la DM no muestra asociación con la ETEV.



URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

O-517

ORGASMOS INESPERADOS

C García García (1) , A Crespo Giménez (2), MR Sanz de Barros (2), G Hernández Martínez (3)

(1) Hospital Universitario Infanta Sofía / Centro de Salud La Chopera, (2) Hospital Universitario Infanta Sofía, (3) Complejo Hospitalario de Toledo.

Palabras claves: encefalopatía, gadolinio, intratecal

Objetivos:

Presentamos el caso de una mujer de 50 años que acude Urgencias refiriendo haber comenzado 3 horas antes con episodios de excitación sexual mantenida, movimientos anormales y lenguaje posterior incoherente.

Material o pacientes y método:

Como antecedente de interés, esa misma tarde se le había realizado una epidurolysis, con inyección en espacio epidural de triamcinolona 80 mg bajo control radiológico -administración de contraste (gadolinio 10 ml)-, sin incidencias ni complicaciones posteriores hasta comienzo de este cuadro. La paciente era alérgica al contraste yodado y presentaba una lumbociatalgia derecha por hernia discal L3-L4, le habían realizado laminectomía y tenía un síndrome post-laminectomía que requirió artrodesis en L3-L4 y epidurolysis previa.

Resultados:

En la exploración destacaba el cuadro de encefalopatía con crisis tónico-clónicas de MSD, secundariamente generalizadas, rigidez en región oromandibular y bruxismo, y un período post-crítico con un estado de confusión leve, con capacidad para obedecer órdenes, movilizar las cuatro extremidades y emitir frases sencillas. En la analítica presentaba acidosis metabólica, hipopotasemia, leve insuficiencia renal e hiperlactacidemia. Los tóxicos en orina fueron negativos y en el ECG, taquicardia sinusal. Tras constatar crisis convulsiva en la urgencia y administrar tratamiento anticonvulsivante, se realiza TC urgente en la que se observa una extensa ocupación por material denso del espacio subaracnoideo y subdural que llega hasta la médula proximal y presencia de burbujas de gas en espacio subdural y subaracnoideo. Son estas burbujas en el TAC la que nos hacen sospechar que ha habido un paso iatrogénico de gadolinio en el espacio subaracnoideo, así como la extensión del material en el mismo. Con la sospecha clínica de estatus convulsivo por posible meningoencefalitis tóxica (en probable relación con inyección de gadolinio en espacio subaracnoideo) la paciente ingresó en UCI de Hospital con capacidad para tratamiento de neurocríticos.

Conclusiones:

Este caso es un ejemplo de encefalopatía por gadolinio, producida por inyección de este contraste en el espacio subaracnoideo (no epidural, como estaba previsto) en una dosis mucho mayor de la que se administra en técnicas como la mielografía o cisternografía (10 ml de gadolinio frente a 0,5-1 ml).

O-518

ANÁLISIS DESGLOSADO DE LAS DEMANDAS TIPIFICADAS COMO PSIQUIÁTRICAS DESDE LOS CENTROS DE COORDINACIÓN DE EMERGENCIAS SANITARIAS 061 EN ANDALUCÍA

F Aranda Aguilar, J Borja Padilla, I Molina Delgado, M López Aguilar, A Ramírez Castillo, JM Álvarez Rueda

Empresa Pública de Emergencias Andalucía 061. Córdoba.

Palabras claves: demandas psiquiátricas, centros de coordinación, gestión asistencial

Objetivos:

El Mapa de Procesos EPES define como Proceso Clave la "Atención Sanitaria", y su Fase 2 "Gestión de la demanda" la gestión y coordinación de las demandas asistenciales. El Centro Coordinador tiene como misión principal la gestión eficiente de las demandas ofreciendo el mejor trato e información al ciudadano y la mejor colaboración a los profesionales implicados en el Proceso Asistencial. Un gestor telefónico confirma número de teléfono y dirección, nombre, apellidos, edad del paciente y motivo de la demanda para clasificarla con un TD (tipo demanda) e iniciar el protocolo de preguntas correspondiente (nuestro caso TD-A10* "Psiquiátricas"). El médico coordinador discrimina la gravedad e indica el recurso responsable de la asistencia según criterios de calidad del Proceso Asistencial.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo, a partir de datos obtenidos del Sistema Informático SIEPES_061_Andalucía, desde 2012 hasta 2014, para analizar las demandas tipificadas TD A10*.

Resultados:

1. Se tipificaron como A10* "Psiquiátricas un total de 208.219 demandas. 2. Desglose: A1000: 46.598. A1001: 19.511. A1002: 10.345. A1003: 111.719. A1004: 501. A1005: 2.863. A1006: 6.545. A1007: 10.123. 3. TD más usado: A1003. TD menos empleado: A1004. 4. Analizando A1003: la más aplicada A1004a "¿?" con 100.564 casos y la menos A1004b "Enfermedad neurológica, endocrino-metabólica, cardiológica" con 406.

Conclusiones:

1. La tipificación por los teleoperadores de las demandas psiquiátricas como A1000 "¿?" nos informa sobre la dificultad para clasificarlas. Su tipificación y su desglose, desde los centros coordinadores, resulta complicado debido a la dificultad que presenta valorar vía telefónica a este tipo de pacientes. 2. Si bien el incremento de las encuadradas como "violencia" es de menor cuantía, las tipificadas como "amenaza suicida" han experimentado un incremento significativo. 3. Debemos de realizar un análisis por provincias para determinar si los cambios producidos en nuestra comunidad tiene significado como se puede derivar de los datos obtenidos.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

O-519

IMPLANTACIÓN DE UNA RUTA ASISTENCIAL DE HEPATOPATÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE VILADECANS

M Arranz Betegón, M Llusà Martín, A Sierra Moreno, V Andreu Solsona, J Villaverde Haro, M Barenys de Lacha

Hospital de Viladecans. Viladecans.

Palabras claves: cirrosis hepática, ruta asistencial hospitalaria, asistencia en el servicio de urgencias

Objetivos:

La cirrosis hepática (CH) es una enfermedad grave. El paciente acude a Urgencias descompensación. Los costes generados por su asistencia (Urgencias, Hospitalización, Hospital de Día) son muy elevados. Para identificar y seguir estos pacientes, se desarrolló una ruta asistencial hospitalaria de hepatopatía entre Urgencias y Digestivo, que se implantó en enero de 2013. Presentamos resultados iniciales.

Material o pacientes y método:

Se diseñó protocolo de actuación entre Urgencias y Hospital de Día según motivo de consulta. Se preconfiguraron peticiones de analíticas de seguimiento e interconsulta directa a Digestivo en menos de 7 días. Se difundió la información al equipo de Urgencias. Se han registrado de forma prospectiva los pacientes con criterios clínicos, analíticos y ecográficos de cirrosis hepática atendidos en el SUH por cualquier motivo relacionado con la hepatopatía entre Enero y Octubre de los años 2012 y 2013.

Resultados:

98 pacientes han generado 248 episodios de asistencia en el Servicio de Urgencias. La media de edad es de 65 años, 75% son hombres y la etiología de la cirrosis hepática fue con un 60% el alcohol, un 21% hepatitis C un 7% alcohol y hepatitis C. Respecto a la gravedad, el 34% eran Child A, el 44% Child B y el 15% Child C. De enero a octubre de 2012 se generaron 139 episodios, de los cuales, 93 fueron ingresos hospitalarios. En el mismo periodo del año 2013, se generaron 109 episodios, con un total de 69 ingresos. El número de episodios de asistencia en urgencias disminuyó un 22%, siendo esta disminución significativa ($p:0,041$), igualmente significativa fue la disminución de ingresos (26%). No hubo diferencias en los días de estancia hospitalaria entre los dos periodos de estudio (media de 7,2 días en ambos periodos).

Conclusiones:

Crear una ruta asistencial hospitalaria de hepatopatía ha demostrado mejor control de los pacientes con menos episodios de asistencia en el Servicio de Urgencias y disminución de los ingresos hospitalarios.

O-520

¿EL CUESTIONARIO STONE ES VÁLIDO PARA PREDECIR LA PRESENCIA DE LITIASIS URETERAL?

C Hernández Martínez (1), M García Palacios (1), Al Casas Torres (1), L Bernabé Vera (1), MD Medina Abellán (2), JM González González (1)

(1) Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, (2) Unidad Docente Medicina de Familia Murcia.

Palabras claves: nephrolithiasis, pain, kidney

Objetivos:

El cólico nefrítico en Urgencias tiene una alta prevalencia. No existe ningún test para predecir su diagnóstico en Urgencias, pero se ha creado el cuestionario STONE que nos puede orientar sobre la presencia de litiasis renal ureteral no complicada en pacientes candidatos a tomografía computarizada (TAC).

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, observacional y longitudinal. Se aplicó el cuestionario STONE a todos los pacientes con sospecha de cólico renal que acudieron a urgencias durante 2 meses. Variables recogidas: sexo, edad, localización, raza negra, duración de la clínica (menos de 6 horas, entre 6-24h y más de 24 horas), si presento náuseas o vómitos, presencia de hematuria, si tenía litiasis, y pruebas complementarias realizadas.

Resultados:

Se incluyeron 219 pacientes. La edad media fue 44 años. El 48,1% eran mujeres, el 51,9% hombres. El 54,2% fueron de localización izquierda. El 38% acudió a urgencias en las primeras 6 horas de evolución. El 3,2% era de raza negra. Había hematuria en 81,5%. El 33,8% presentó náuseas. Según el cuestionario STONE la probabilidad de cólico ureterorenal era baja en 11,1%, moderada en 57,4% y alta en 31,5%. Se realizó analítica sanguínea en 98,1% y radiografía de abdomen en 82,9%. En el 13,9% se realizó ecografía. En 19,4% se confirmó la presencia de litiasis. Se hospitalizaron el 6%. Al 46,15% de los pacientes hospitalizados se les realizó TAC abdomen que confirmaba la presencia de litiasis, no se realizó a los casos dados de alta.

Conclusiones:

El cuestionario STONE predice de manera clínica fiable la presencia de litiasis renal ureteral no complicada y puede mejorar el uso de exploraciones complementarias en los servicios de urgencias. A pesar de que el TAC es la mejor prueba de imagen para confirmar el diagnóstico de litiasis, su utilización es costosa e ionizante y no parece mejorar los resultados en cuanto a diagnóstico o ingresos. Para evitar estos efectos adversos, se puede utilizar este cuestionario que es rápido e identifica a aquellos pacientes con una alta probabilidad de cólico renal ureteral no complicado.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

O-521

¿SON LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ASOCIADAS A VARICES ESOFÁGICAS DISTINTAS A LAS DEMÁS?

C Martín Durán, J Moreno Díaz, M Povar Echeverría
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: varices esofágicas, gastroscopia, repercusión hemodinámica

Objetivos:

La hemorragia digestiva alta (HDA) es un diagnóstico muy frecuente en los servicios de urgencias. Aquellas producidas por varices esofágicas entrañan un mayor número de complicaciones y mortalidad.

Material o pacientes y método:

Se recogieron datos acerca de: caída del valor de hemoglobina (Hb) >1mg/dl en las primeras 24 horas, inestabilidad hemodinámica (definida como una frecuencia cardíaca >100 latidos por minuto o una tensión arterial sistólica <100mmHg), demora en la realización de la gastroscopia, necesidad de transfusión, toma de fármacos gastrolesivos, toma de antiagregantes y/o anticoagulantes y éxitos de todos los pacientes con diagnóstico en urgencias de HDA desde el 1 de Enero 2014 hasta el 31 de Diciembre 2014 en el Servicio de Urgencias. Se definieron los grupos según etiología: hemorragias varicosas o por otros motivos.

Resultados:

Obtuvimos un total de 348 pacientes: 42 en el grupo de las varicosas y 306 en el de no varicosas. Se encontró que el grupo de etiología varicosa presentaba mayor inestabilidad hemodinámica ($p=0.01$), caída Hb >1mg/dl en las primeras 24 horas con mayor frecuencia ($p=0.01$), necesitaba en más ocasiones transfusión ($p<0.001$), tomaban con más frecuencia Acenocumarol y Ácido Acetil Salicílico (AAS) ($p=0.008$ y $p=0.004$ respectivamente) y se realizaba la gastroscopia dentro de las primeras 6 horas ($p=0.02$). Se encontró mayor mortalidad en el grupo de varices ($p=0.008$). No se encontró diferencia en la toma de Clopidogrel o Gastrolesivos (AINEs).

Conclusiones:

Los pacientes con hemorragia digestiva alta por varices esofágicas presentan mayor repercusión hemodinámica y analítica, lo que se traduce en una mayor necesidad de transfusión, lo cual implica la necesidad de una endoscopia temprana. Además, la mortalidad es más elevada, así como la toma de AAS y Acenocumarol se asocia con mayor riesgo de sangrado.

O-522

HEMORRAGIA DIGESTIVA: DEL CONSENSO A LA REALIDAD

B Rojano Martín (1), E Aznar Andrés (2), M Gómez Lozano (3), R González González (4), P Piñeira Salmerón (4)

(1) Hospital Universitario Clínico San Carlos, (2) Hospital Universitario Getafe, (3) Hospital General Universitario Reina Sofía Murcia, (4) Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Palabras claves: hemorragia gastrointestinal, endoscopia, esomeprazol

Objetivos:

Desde el año 2008 se han publicado diversos trabajos (primer consenso español en tratamiento de HDANV, protocolo de HD de SEMES...) en un intento de unificar estrategias de tratamiento. Sin embargo no sabemos cual es su aplicación real en los Servicios de Urgencias (SU).

Material o pacientes y método:

Análisis de resultados de la encuesta realizada en el congreso de Urgencias de Hospitales Comarcales en 2013. Las preguntas fueron diseñadas bien con respuestas dicotómicas o con respuestas múltiples cerradas.

Resultados:

De los 75 hospitales encuestados, solo el 8% tenía digestivo de presencia, predominando que esté localizado en el hospital de referencia. En el 92% la HD es manejada por el SU. Se usan escalas pronósticas en un pequeño porcentaje. Se pone sonda nasogástrica en el 77%. En la mitad de los hospitales se administran lavados con suero frío. De forma preendoscópica se usan IBP (Inhibidor de bomba de protones) en el 58% en forma de bolo+perfusión, y en el 30% solo bolo. Siendo el fármaco más usado el omeprazol (55%) seguido de pantoprazol (34%). Solo el 7% usa esomeprazol. En el 62% se transfunde con Hb entre 7 y 8. En el 43% a la hora de revertir anticoagulación, se individualiza. En el 40% se realiza endoscopia en las primeras 24 h en función de la gravedad. En caso de ingreso en el 40% ingresan en Medicina Interna o en Digestivo en el 30%. En el 53% de los hospitales no se sigue un protocolo multidisciplinar.

Conclusiones:

La hemorragia digestiva es una patología manejada en la mayoría de los hospitales por el SU.

Se realizan técnicas (SNG y lavados con suero frío) que no son recomendadas en los últimos consensos.

Llama la atención que el único IBP (esomeprazol) con indicación en su ficha técnica, se use en tan pocos hospitales.

Deberíamos optimizar el manejo de la Hemorragia digestiva, intentando aplicar en la medida de lo posible las últimas recomendaciones.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

O-523

ADECUACIÓN DE LAS TRANSFUSIONES DE HEMATÍES A LAS GUÍAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

P Javaloyes Victoria, I Baño Alba, B Espinosa Fernández, S Guzmán Martínez, J Gómez del Canto, L Segovia Calero
Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Palabras claves: servicios de urgencias hospitalarios, transfusión de Hematíes, cumplimiento de guías

Objetivos:

Un problema en los servicios de urgencias (SU) es la elevada proporción de transfusiones que son catalogadas como innecesarias. La dificultad para que los clínicos sigan dichas guías ya ha sido descrito y se han realizado diferentes tipos de intervenciones para optimizar la utilización de este recurso. Realizamos un análisis de las transfusiones de hematíes realizadas durante 1 año en el SU de dos hospitales si fueron adecuadas o no, en base a los criterios de las guías actuales y marcados por los comités de transfusiones y los consensos y guías actuales.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico donde se seleccionaron 504 pacientes atendidos en los SU. Se incluyeron pacientes mayores de 14 años que recibieron alguna transfusión sanguínea en los meses de Enero a Diciembre del 2014 ,se excluyeron aquellos pacientes con anemias hemolíticas congénita o adquirida.

Resultados:

Se estudiaron 504 pacientes, que recibieron transfusión de hematíes durante el año 2014 ,con un 48,4% de varones, con una media de edad de 72 (+/- 16) años. El 30,5% de las transfusiones no se adecuaron a las guías actuales. Tras realizar el estudio multivariante se objetivan cuatro variables cualitativas que favorecen la adecuación de la transfusión , tratamiento quimioterápico ($p<0,001$ OR 1,4 IC 1,2-1,5) , ingreso/exitus ($p<0,001$ OR 1,5 IC 1,3-1,8) , sintomática ($p<0,001$ OR 2 IC 1,3-1,6) y una instauración rápida ($p<0,001$ OR 1,4 IC 1,3-1,6).

Conclusiones:

En nuestro estudio un tercio de las transfusiones realizadas en los SU fueron inadecuadas, por lo que se precisa de medidas que mejoren la adecuación de la indicación de las transfusiones en los servicios de urgencias.

O-524

A TRAVÉS DE UNA UNIDAD DE DIABETES: INGRESOS POR CETOACIDOSIS

A Marco Berná, MC Sánchez Cañizares, MJ Martínez Valero, MP Suárez Beke, JA Sánchez Nicolás, P Lázaro Aragüés, LJ López Torres

Hospital General Universitario Reina Sofía. Callosa de Segura.

Palabras claves: diabetes complications, diabetes mellitus, diabetes mellitus, type 2

Objetivos:

La diabetes mellitus supone una importante carga por su morbi-mortalidad y costes financieros asociados a sus complicaciones. Su incidencia ha ido variando gracias al diagnóstico precoz y ha mejorado el manejo de la misma a través de las nuevas terapias. Es una enfermedad con alta morbilidad y que puede tener complicaciones graves en caso de descompensación. A través de la Unidad de Diabetes del Área VII de Salud, se está realizando de forma periódica una revisión de los protocolos de actuación y cómo estos influyen en los ingresos hospitalarios.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, retrospectivo. Revisión de historias clínicas de pacientes que acuden por descompensación diabética y recuento del número total de ingresos, tras el diseño de un protocolo de actuación y derivación dirigido a distintos niveles asistenciales de nuestra área de salud, incluyendo la elaboración de un póster con el protocolo de actuación. Además se viene desarrollando una labor educativa dirigida a los pacientes a través de charlas y folletos informativos.

Resultados:

Se observa que desde 2007 hay un descenso progresivo del número de ingresos hasta 2014. En 2008, encontramos 107 urgencias diabéticas, de las que 46 ingresan (0.55%). En 2010, de las 85 descompensaciones diabéticas, ingresan 40 (0.48%). En 2012, de las 79 urgencias diabéticas, ingresan 22 (0.28%). En 2014, 82 urgencias diabéticas, ingresando 29 pacientes (0.36%).

Conclusiones:

Desde 2007, se observa variación en la asistencia urgente de la diabetes y su ingreso hospitalario con tendencia a la disminución. El trabajo coordinado entre los distintos niveles asistenciales del área VII de salud, promovido por la Unidad de Diabetes creada en 2007, ha logrado una reducción de ingresos hospitalarios, siendo este hecho más acusado en 2012, donde hay una reducción de casi un 50% respecto a 2007.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

O-525

SÍNDROME INADECUADO DE HORMONA ANTIDIURÉTICA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

A Berlango Jiménez (1), A Agustín Varas (1), JA Castro Giménez (1), L Jiménez Murillo, E Baena Delgado (1), M Berlango Navajas (2)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Córdoba, (2) Control de Calidad. Soil Association. Bristol. UK.

Palabras claves: urgencias metabólicas, hiponatremia, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH)

Objetivos:

La hiponatremia es el trastorno iónico más frecuente. Se trata de un desequilibrio electrolítico grave que a menudo no es valorado adecuadamente. Entre sus causas el Síndrome inadecuado de secreción de hormona antidiurética (SIADH), es la más frecuente. Su aumento lleva a un aumento en la reabsorción de agua libre en el tubo colector de la nefrona. Sus causas son múltiples cursando con hiponatremia, hipoosmolaridad plasmática, osmolaridad urinaria y natriuresis elevadas. El tratamiento en general se basa en restricción hídrica. Estando indicado para incrementar la eliminación del exceso de agua el uso de furosemida (natriurético) o tolvaptan (acuarético).

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo, de los pacientes con hiponatremia (sodio sanguíneo < 135 meq/L) debido a SIADH asistidos en nuestro Servicio de Urgencias. Periodo del 1/06/2014 al 31/12/2014. Hemos estudiado los siguientes aspectos: 1. Pacientes atendidos y relación con el total. 2. Distribución por sexo, edad. 3. Tratamiento instaurado. 4. Destino del paciente. 5. Días de estancia media hospitalaria.

Resultados:

En el periodo fueron atendidos 42506 pacientes. 1908(4,49%) presentaban hiponatremia. De ellos 549 (28,77%) presentaban SIADH. 289(52,64%) hombres, 260(47,35%) mujeres. Por edades <25(3), 26-50 (60), 51-75 (223), >75(263). Tratamiento: furosemida (169), suero fisiológico (109), restricción hídrica (118), tolvaptan (13), salino 3% (12). 233 fueron alta desde Urgencias, 171 pasaron a Observación y el resto a distintas especialidades que comentaremos. Tiempo medio de estancia, tres días.

Conclusiones:

1. La corrección de sodio mejora de los síntomas clínicos de los pacientes con SIADH. 2. Normalizar la natremia ayuda a mejorar el pronóstico de estos pacientes. 3. Corregir la hiponatremia puede minimizar las consultas con Urgencias. 4. El tratamiento con tolvaptán es una opción de tratamiento recomendable y seguro para los pacientes con SIADH.

O-526

PREVALENCIA Y PAPEL PRONÓSTICO DE LA DIABETES EN PACIENTES CON INFECCIÓN DE LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE)

N Aguirre Juaristi, R Cuervo Pinto, S Hernández López, FJ Martín Sánchez, D Chaparro Pardo, J González del Castillo, M Martínez Agüero

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: infección, diabetes, unidad de corta estancia

Objetivos:

La diabetes e hiperglucemia influyen en la gravedad y curso evolutivo de procesos infecciosos severos. La prevalencia de diabetes e hiperglucemia de estrés en los pacientes ingresados en unidades vinculadas a urgencias por un proceso infeccioso es desconocida, así como si en dichos pacientes la diabetes y la hiperglucemia pueden constituir un factor de mal pronóstico

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de una serie de casos retrospectivos de todos los pacientes infecciosos ingresados en la UCE en el mes de Junio de 2011. Se recogieron datos clínicos, demográficos, de tratamiento y de resultados a tres meses a partir de la Historia Clínica electrónica. Se usó un paquete estadístico SPSS18.0.

Resultados:

Se incluyeron 226 pacientes, 113(50%) varones, con una edad media de 66.7 años (DE 20,8), Comorbilidad de 2,45 (SD 2,29) y una estancia media de 4,4 días (DE 5,24). Las infecciones que originaron el ingreso fueron infección respiratoria (33,7%), ITU (29,6%), gastrointestinal (19,5% y otras (16,9%). 54(23,8%) pacientes eran diabéticos, del resto 14(6,1%) presentaron al menos un episodio de hiperglucemia (glucemia basal >126mg/dl o aleatoria >180mg/dl) habiendo sido identificados al alta 3(21,4%). Los pacientes con diabetes y aquellos con hiperglucemia representaron un 30,1% de la muestra. Se inicio tratamiento para la hiperglucemia en 45(66,1%), ajustado a protocolo en 19(27,9%). Se consiguieron objetivos de glucemia en 36(52%) y el tratamiento al alta fue congruente en 33(48,5%). Existieron diferencias significativas en cuanto al porcentaje de reconsulta entre diabéticos, nuevas hiperglucemias y no diabéticos (46,3 Vs 50% Vs 28,5%, P=0,027).

Conclusiones:

La diabetes y la hiperglucemia son patologías prevalentes en pacientes con infección en UCEs. La presencia de diabetes e hiperglucemia condicionan mayor porcentaje de reconsulta en dichos pacientes, que puede estar condicionado por un tratamiento de la diabetes inadecuado durante el ingreso y al alta en un elevado porcentaje.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

O-527

DESCRIPCIÓN DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, Y SU APLICACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA

F Oltra Hostalet, MM Portillo Cano, M García Sánchez,
C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Palabras claves: diabetes mellitus, Hb1Ac, hipoglucemia

Objetivos:

La hipoglucemia es la complicación aguda más frecuente de la diabetes mellitus (DM), constituyendo el factor limitante básico para lograr los objetivos glucémicos en los pacientes diabéticos. Ésta puede deberse a múltiples factores, entre los cuales destacan las terapias hipoglucemiantes y el control estricto de las cifras de HbA1c. El aumento del número de hipoglucemias conlleva un aumento de la morbilidad, por lo que debemos hacernos conscientes de la importancia de las hipoglucemias, tanto para el paciente, como para el facultativo.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Población atendida en el área de urgencias médicas, a los que se le realizó el diagnóstico de hipoglucemia. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, sexo, tipo de diabetes) y variables resultado (destino al alta, cifras de HbA1c, tratamientos que presentaban en el momento del episodio). Se recogieron los datos de forma retrospectiva durante el año 2013 a través de Historia Salud de Andalucía, Diraya/ Urgencias.

Resultados:

La prevalencia de la DM en nuestro ámbito de Urgencias es del 13,30 %. Se obtuvieron 266 episodios con diagnóstico de hipoglucemia. La mediana de edad fue de 69.5 años (43-80 años). Un 46.2% fueron hombres. El 77.4% de los episodios eran pacientes diabéticos, siendo un 63.1% tipo 2. Se obtuvo el dato de la HbA1c en el 70% de la pacientes, siendo ésta $\geq 04,6.5\%$ en el 40.1%. Para los mayores de 70 años, el 66.7% presentaba una cifra $\geq 4,7.5\%$. Del número de episodios, 31 tomaban sulfonilureas, 73 Metformina y 16 IDPP4, y 138 utilizaban insulinas lentas.

Conclusiones:

Las hipoglucemias constituyen una urgencia vital. El estricto control de cifras de HbA1c aumenta el número de hipoglucemias y la morbilidad, sin una reducción del riesgo cardiovascular, por lo que el objetivo debe ser una HbA1c tan próxima a la normalidad como sea posible sin hipoglucemia significativa, y sin un aumento del peso.

O-528

CÓDIGO ICTUS EN EL HOSPITAL DE MATARÓ

H Peláez Román, M Daza López, J Bigas Farreres,
P Silvestre Aparicio, F Casarramona Lobera,
E Palomeras Soler, V Casado Ruiz

Hospital de Mataró. Mataró.

Palabras claves: codi ictus, fibrinólisis, teleictus

Objetivos:

El Código Ictus (CI) se implementó en el Hospital de Mataró en 2008. En marzo de 2013 se introdujo el sistema Teleictus 2.0, manteniendo activación del neurólogo propio en jornada laboral y del sistema Teleictus en jornada continuada.

Material o pacientes y método:

Análisis del registro PROSPECTIVO de las activaciones de CI en 2014 y comparativa con años anteriores. Se analizan: N° activaciones, datos epidemiológicos de los pacientes, activaciones propias y por Teleictus 2.0, tiempo de actuación (síntomas-llegada-activación), fibrinólisis (FBL), y evolución.

Resultados:

2014 se han producido 144 activaciones de CI (incremento del 33% respecto al 2013), 81 hombres, edad media 69.3 años. Demora inicio de síntomas-llegada: mediana 103 minutos (48-279). Demora llegada-activación CI: mediana 23 minutos (7-43). Tratamiento fibrinolítico 2014: 23 pacientes (16%) -FBL por neurólogo propio: 13 (56,5%). Mediana tiempo puerta-aguja: 41 min. Mediana tiempo de activación: 9 min (pre-TAC). -FBL por Teleictus: 10 (43,5%). Mediana tiempo puerta-aguja: 59 min. Mediana tiempo de activación 38 min. (Post-TAC). -Tratamientos FBL con preaviso SEM (6 pacientes: 3 con NRL propio y 3 Teleictus: Mediana tiempo puerta-aguja: 38 min. Mediana tiempo síntomas-aguja: 116'. Tiempo puerta-aguja $<60'$: 19 pacientes (83%) Mediana puerta-aguja: 50' (67' en el 2013) Traslados a Centro Terciario de Ictus: 45 (31%). Motivos principales de no FBL (121 pacientes, 84%): Cronología incierta 38, rápida mejoría 35, déficit leve 21, ictus hemorrágicos 13, edad / Rankin previo 11, no ictus 15. Evolución FBL: 1 exitus por sangrado post-fibrinólisis. Rankin entre 0-2 de los supervivientes a los 3 meses (68,2%).

Conclusiones:

1. Desde 2013 se ha producido un aumento significativo del número de activaciones. 2. Mantenemos estabilizadas el número de FBL tras el importante incremento de 2013. 3 Los resultados de tiempo de activación y puerta-aguja son significativamente más favorables en las activaciones valoradas por neurólogo propio y con preaviso SEM. 4. Traslamos al CTI menos de un tercio de los pacientes activados como Código Ictus. 5. La evolución de los pacientes con fibrinólisis ha sido muy buena, a corto y medio plazo (Escala Rankin).

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-529

SÍNDROME DE WUNDERLICH

B Ceballos Pérez, J Pelayo Lastra, H Solino Díaz, L Piedra Antón, E Vázquez González, S Sánchez Ortiz, MJ Rodríguez Lera

Hospital Sierrallana. Torrelavega.

Palabras claves: síndrome de Wunderlich, rotura espontánea riñón, shock hipovolémico

Objetivos:

El Síndrome de Wunderlich o hematoma perirrenal espontáneo es una patología infrecuente, se han descrito en los últimos 30 años 165 casos en 47 publicaciones mundiales. Es fácil su diagnóstico pero difícil determinar su etiología. La más común es la neoplásica y en segundo lugar las vasculares siendo la panarteritis nodosa causante del 71% de las vasculares.

Material o pacientes y método:

Se trata de un hombre de 34 años HTA, consumidor de cocaína y hachís. Último consumo antes de acudir a urgencias, que comienza estando sentado con dolor brusco intenso en flanco derecho, palidez, sudoración, náuseas, orina coloración normal. Acude con inestabilidad hemodinámica y en TAC abdomen se objetiva hematoma perirrenal con signos de sangrado activo.

Resultados:

Se realiza embolización de polo superior renal derecho. En estudios posteriores se objetiva gammagrafía con múltiples infartos renales bilaterales con función riñón derecho 43% e izquierdo 57%.

Conclusiones:

La mayoría de los pacientes se presentan como dolor lumbar (83%), hematuria (19%) y shock hipovolémico. Para el diagnóstico la prueba de elección es el TAC abdominal con una eficacia del 92%, en algunas ocasiones se precisa angiografía que tiene utilidad terapéutica al poder realizar embolizaciones. El tratamiento quirúrgico es el más frecuente, aunque en nuestro caso se pudo hacer tratamiento conservador.

P-530

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR COMPLICACIONES METABÓLICAS DE LA DIABETES (DM). ¿QUÉ ATENCIÓN RECIBEN POSTERIORMENTE LOS PACIENTES POR SU DIABETES DE FORMA AMBULATORIA?

M Rubio Gómez (1), R Montoya Saenz (2), B Sierra Bergua (3), A Hernández Marcos (4), M Ruiz Felipe (5), M Trivez Valiente (6), S Trueba Insa (6)

(1) C.S. Delicias Norte, (2) C.S. Bombarda, (3) HCU Lozano Blesa, (4) C.S. Delicias Norte, (5) C.S. Valdefierro, (6) C.S. Delicias Sur. Zaragoza.

Palabras claves: diabetes, hemoglobina A glucosilada, Atención Primaria

Objetivos:

Como enfermedad crónica, la DM suele requerir controles por el médico y gran autoconocimiento por parte del paciente. Las complicaciones metabólicas forman parte de la evolución de la enfermedad.

Material o pacientes y método:

estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico principal en el informe de alta de hiperhipoglucemia y DM descompensada atendidos en Urgencias del Hospital Clínico Zaragoza en 2014. Realización de encuesta telefónica al paciente de 15 preguntas sobre el control de su enfermedad ambulatoriamente. Análisis SPSS.

Resultados:

N: 221. Mujeres 48,9%. Edad media 65,6 ($\pm 17,8$). DM-1 15,8%, DM-2 72,4% y 11,8% sin diagnóstico. Tratamiento ambulatorio: insulina 42,1% (bolo-basal 30,8% y mezclas 15,4%), antidiabéticos orales 25,3%, sin tratamiento 13,6%. Los síntomas de urgencia más frecuentes: neurovegetativos (29%) e hipo-hiperglucemia en glucómetro 15,4% y 19,5% respectivamente. Se realiza glucemia capilar 90,5%. Se consulta HbA1c 13,6%. Destino: 76,5% domicilio, ingresan 22,2%. Al alta destacan diagnóstico de DM descompensada 55,7% e hipoglucemias por insulina 17,6%. Encuestados N 168. El tiempo medio del diagnóstico DM 14,6 años. El MAP es médico de referencia en 48,8%, endocrino 14,9% y ningún médico 7,1%. Control glucémico por MAP 141 días de media (± 121), BMtest diario 22%, más de uno 48,8%. Desconocen que es la HbA1c (glicada) 73,8% y el 78% desconocen la suya. Refieren conocer su enfermedad: nada 11,9%, poco 13,1%, algo 22%, bastante 29,8%, mucho 11,9% y todo 11,3%. Controlan y modifican la dieta 64,3%. Saben reconocer hipoglucemia 58,9% y tratarla 64,3%. El 45,8% sabe modificar su insulina y 54,8% inyectarse correctamente. Han acudido a urgencias hospitalarias por su DM en el último año una media 1,64 ($\pm 1,8$) y a MAP 2,9 ($\pm 5,7$). Están satisfechos y no desearían mayor control por MAP o especialista 70,2%.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

Conclusiones:

Los pacientes creen conocer y tener un adecuado control de su enfermedad y están conformes con el control del MAP en el manejo ambulatorio. A pesar de que reconocen las complicaciones no saben qué es la HbA1c.

P-531
LA HIPOGLUCEMIA: ¿SON TODAS CONSECUENCIA DE YATROGENIA?

JC Montalva Barra, EL Nicastró, M Valiente Bayarri,
Y Juan García, R Abu Raiya, AM Pérez Sánchez,
S Cubedo Capella

Hospital Universitario Lluís Alcanyis. Xàtiva.

Palabras claves: diabetes mellitus, hipoglucemia, tratamiento

Objetivos:

Las complicaciones de la diabetes mellitus que acuden a nuestro hospital son frecuentes y sobre todo prevalentes y no tenemos una valoración pormenorizada de causa-efecto completa por lo que tomamos de referencia los datos de nuestro hospital.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en el ámbito de urgencias hospitalarias de nuestro hospital comarcal recogiendo la muestra de todo paciente que acudió por hipoglucemia durante 2014 y obteniendo los datos mediante sistema informático Mizar y análisis estadístico mediante SPSS versión 22.0.

Resultados:

De las 191 complicaciones de diabetes vistas en nuestro servicio con 51.83% masculinas y resto femeninas el 23.03% fueron hipoglucemias y de ellas sólo el 10% consideradas graves (<30 mg/dl de glucemia) De ellas el 53.92 % de los pacientes eran hipertensos conocidos y tratados y en un 28.79 % eran portadores de enfermedad Macrovascular y el 13.61% a enfermedad microvascular En el 42% de los paciente la causa se relacionó con uso de sulfonilureas y en 35% por insulinas , solo 12% por otras causas (ayuno voluntario) y en 11% se debió a otras causas (variables).

Conclusiones:

Las complicaciones de diabetes en nuestro hospital suponen un 3-4% no desdeñable y los resultados del estudio de hipoglucemia puede indicar que un control de tratamiento desde primaria y un buen ajuste desde nuestro servicio puede evitar esta complicación con consecuencias evitables.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-532

ANTICOAGULACIÓN, ANTIAGREGACIÓN Y HEMORRAGIAS EN URGENCIAS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

D Fernández de Velasco Pérez, C Fuentes, N León, D Delgado, J López de Haro, E Renilla

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Palabras claves: acenocumarol, inhibidores de la agregación plaquetaria, anemia

Objetivos:

Estudio descriptivo retrospectivo en las Urgencias de un hospital secundario.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo, en el cual se seleccionaron aquellos pacientes valorados en Urgencias que recibían acenocumarol, analizando: función renal, tratamiento concomitante antiagregante, existencia de anemia aguda, la gravedad de la misma, existencia o no de sangrado activo, necesidad de tratamiento con transfusión de concentrados de hemáties, ingreso hospitalario y duración del mismo.

Resultados:

Entre el 1 y el 14 de Enero de 2013, 5843 pacientes acudieron a Urgencias, 164 (2,8 %) tomaban acenocumarol (edad media: 77 años). El motivo de la anticoagulación era: 84,7% arritmia embolígena, 18,3% enfermedad tromboembólica, 11,6% prótesis valvular, 4,9% hipercoagulabilidad y 12,8% otras causas. El 10,4% se encontraba además antiagregado y sólo un paciente (0,6%) se hallaba doblemente antiagregado. De los 164 pacientes anticoagulados, 26 pacientes (16,1%) presentan hemorragia a su llegada y un 11,5% recibían además tratamiento antiagregante. 42 pacientes (26,2%) precisaron ingreso posterior, en 8 (19 %) por causa hemorrágica. Estos 8 pacientes tenían una edad media de 75,8, un INR de 2,98 y necesitaron una hospitalización media de 14 días. Un 62,5% presentaba una anemia de entre 2 y 4 puntos y en la mitad de casos (4) se trató de un sangrado grave (>4 puntos de hemoglobina) requiriendo además transfusión. Sólo un paciente (12,5%) de los 8 se encontraba además antiagregado (doblemente).

Conclusiones:

Se observa que un 16,1% de los pacientes valorados en Urgencias anticoagulados presentaban un sangrado activo. Un 11,5% de ellos estaban además antiagregados y un 4,8% precisaron ingreso de los cuales sólo un 12,5% recibían antiagregación añadida, por lo que sería interesante confirmar en futuros estudios una posible ausencia de mayor riesgo de ingreso por hemorragia en pacientes que además de anticoagulados se encuentran antiagregados.

P-533

¿HACEMOS UN BUEN USO DE LA ANTIBIOTERAPIA EN LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN URGENCIAS?

C Munuera Barahona, R Martínez Herraiz, AC Cabistany Esque, D Lahoz Rodríguez, F López Lopez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: infección del tracto urinario, antibiótico, urgencias

Objetivos:

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son un problema frecuente en los servicios de urgencias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que El uso abusivo de los antibióticos es una de las principales causas del incremento de la resistencia bacteriana, uno de los mayores problemas de salud pública.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo con muestra de 70 historias elegidas aleatoriamente entre todos los ingresos con diagnóstico de ITU en el servicio de urgencias durante el primer semestre de 2014. Se han analizado los antibiogramas anotando las resistencias y sensibilidades antibióticas.

Resultados:

Distribución porcentual de la ITU en mujeres: 71,4% frente a un 28,5% en hombres. Los microorganismos más frecuentes aislados desde junio de 2013 a junio de 2014 fueron: E. coli 59,25%, E. faecalis 10,16%, K. Pneumoniae 9,58%, P. mirabilis 3,42%. Las mayores tasas de sensibilidad antibiótica de E. coli fue: nitrofurantoina y fosfomicina con escasa diferencia. Se realiza una comparativa con los ATB usados.

Conclusiones:

La ITU se presenta con más frecuencia en mujeres. La mayoría de las ITU son causadas por Escherichia coli. Ha habido un aumento de resistencia al ciprofloxacino debido a su mayor uso en los últimos años.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-534

MODELO DE FACTORES PREDICTORES DEL TIPO DE ICTUS Y EVOLUCIÓN NEUROLÓGICA POSTERIOR DEL PACIENTE ATENDIDO POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS

MC Barneto Valero, JM García de Buen, P del Brío Ibáñez,
MJ García-Ochoa Blanco

Samur-Pc. Madrid.

Palabras claves: ictus, evolución neurológica, servicio de emergencias

Objetivos:

El ictus agudo se ha convertido en una patología de emergencias debido a su alta incidencia, prevalencia, mortalidad y discapacidad permanente.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de cohortes retrospectivo de pacientes atendidos en SAMUR-PC con cuadro clínico de ictus agudo. Se analizaron, como variables independientes predictoras del tipo de ictus (isquémico- hemorrágico) y evolución neurológica (favorable-desfavorable-estable) a las 6 h-24 h-7 días de seguimiento hospitalario, las siguientes variables: demográficas, variables clínicas-análíticas-terapéuticas recogidas de la historia clínica prehospitalaria y variables diagnósticas por prueba de imagen –escáner cerebral- diagnóstico de tipo de ictus y registro de seguimiento hospitalario.

Resultados:

Se incluyeron 276 pacientes. Las variables, edema cerebral a las 6h [OR 12,6, IC95% (1,43 – 111,81)], antecedentes de fibrilación auricular [OR 4,4, IC95% (1,28 – 15,07)] y disartria [OR 2,1, IC95% (1,25 – 3,81)] se relacionan de forma independiente con padecer un ictus isquémico. La evolución neurológica del ictus a las 6h se relaciona con la variable tipo de ictus [F= 101,43 p= 0,000, IC95% (1,10 – 1,62), R 0,52 R² 0,27], la evolución neurológica del ictus a las 24h está relacionado con las variables, tipo de ictus [p= 0,000, IC95% (0,43 – 1,05)], fibrinólisis [p= 0,001, IC95% (0,20 – 0,77)], edema cerebral 24h [p= 0,003, IC95% (-1,87 – -0,37)], nuevo ictus 24h [p= 0,000, IC95% (-2,10 – -0,79)] con [F= 28,7 R 0,55 R² 0,29], la evolución neurológica del ictus a los 7 días se relaciona de forma independiente con tipo de ictus [p= 0,000, IC95% (1,00 – 2,17)] y escala de Rankin a los 7 días [p= 0,000, IC95% (0,76 – 1,00)] con [F= 132,4 R 0,82 R² 0,67], mostrando mala evolución neurológica a las 6h-24h-7días cuando el ictus es hemorrágico.

Conclusiones:

La fibrilación auricular previa y la disartria permiten predecir el ictus isquémico, complicado con edema cerebral a las 6 h. El ictus hemorrágico se relaciona con una mala evolución neurológica a las 6 h-24 h-7 días y el isquémico se complica con edema cerebral durante las primeras 24 h.

P-535

HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

AM Amezcua Fernández, L López Pérez, A García Morón,
B Amini Shervan, E Lapresa Acosta, J Hinojal Jiménez

Hospital de Alta Resolución de Guadix. Granada.

Palabras claves: hospitalización, urgencias, altas

Objetivos:

Los profesionales médicos que trabajan en un Hospital de Primer Nivel, como es un Hospital de Alta Resolución (HARE), a partir de las tres de la tarde no tienen el apoyo del resto de especialidades como Cirugía, Cardiología, UCI o Radiología entre otras. Esto exige que el Facultativo de Urgencias de los HARE deba de estar “casi” perfectamente formado en el dominio de los contenidos de las diferentes especialidades, porque de él depende el alta, ingreso o derivación Urgente al Hospital de Referencia.

Material o pacientes y método:

Estudio trasversal. Se incluyeron aquellos pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias de un HARE que atiende una población de 50.000 habitantes. De los pacientes atendidos, estudiamos aquellas urgencias que requieren hospitalización en la Unidad Polivalente.

Resultados:

Atendidas unas 58.000 urgencias aproximadamente, la tasa de ingresos fue del 7,2% (4176 pacientes), 56% mujeres, 44% varones, la media de edad era de 61 años, >80% de los pacientes ingresados tenían edades superiores a 50 años, la patología más frecuente en orden decreciente fue: Respiratoria, cardiología, digestivo, urología, resto de especialidades, altas a domicilio 3424 (82 %), altas voluntarias 12 (0,3%), exitus 54 (1,3%), traslado a otro hospital 609 (14,6 %), traslado a Residencia Social 77 (1,8%), interconsultas realizadas a pacientes dados de alta 23,3%. La estancia en nuestra unidad de Hospitalización Polivalente fue de 28,2% menos 24 horas, 27,4 % pacientes 1 día, 19,23 % 2 días, 10,2 % 3 días, 7,8 % 4 días, 5,3% % 5 días, 1,87 % 6 días o más.

Conclusiones:

El mayor porcentaje de los pacientes ingresados en la Unidad de Polivalente son dados de alta a domicilio (82 %). Un bajo porcentaje, el 14,6 % de los pacientes ingresados, requieren traslado a otro hospital, para continuar ingreso prolongado. La estancia media de ingreso es menor de 72 h (85,03%), tan sólo el 15 % requieren un ingreso más prolongado.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-536

FIBRINOLISIS EN EL ÁREA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL CON UNIDAD DE ICTUS

V Parent Mathias, A Rando Jiménez, JM García López
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

Palabras claves: ictus, fibrinólisis, calidad

Objetivos:

Durante los últimos años hemos asistido a importantes avances en el conocimiento de las enfermedades neurovasculares, que están modificando nuestra pauta de actuación con los pacientes: atención neurológica especializada, manejo en Unidades de Ictus y tratamiento trombolítico o fibrinólisis.

Material o pacientes y método:

Se incluyeron aquellos pacientes que acudieron al área de Urgencias y/o derivados desde AP, 061 u otros hospitales con diagnóstico de Código Ictus y fueron fibrinolizados en 2014.

Resultados:

27 pacientes, media de edad 67,55 años (DE 10,48), 60,1% varones. Dentro de las escalas de valoración previa recomendadas (modificada de Randskin, Barthel, Charlson y NIHSS) solo la escala de NIHSS es recogida sistemáticamente en la historia de urgencias. NIHSS medio de 12,36 (DE 4,94), rango de 6-23. 64% tomaban medicación previa relevante para el Ictus: 39% HTA, 32% DM, 28% DLP, 28% ACO o AAG, ACHO 1 paciente y Tóxicos 1 paciente. De los 27 casos, 12 fueron activados por el 061, 4 casos por DCCU, 1 caso remitido de otro hospital y 10 casos diagnosticados de CI nuestra área de Urgencias. La media de tiempo Ingreso urgencias-TAC es de 23,42 minutos, rango de 6-56 minutos. Ingresaron 25 en UI y 2 pasaron a UCI. 2 realizaron tratamiento endovascular urgente. NIHSS medio al alta a domicilio 4,08, siendo en 4 casos de 0. La estancia media de los pacientes en el hospital (urgencias, UCI y Unidad de Ictus) fue de 9,54 días.

Conclusiones:

Los hospitales que atienden ictus en su fase aguda han de estar preparados y coordinados con el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias, en nuestro caso AP, DCCU y 061. Los objetivos del ingreso en la Urgencia de un hospital con UI son: optimizar las estrategias diagnósticas urgentes para reducir el tiempo desde el inicio del ictus hasta la acción médica terapéutica, dar tratamiento específico y coordinarse con el servicio de Neurología e iniciar la prevención secundaria.

P-537

MANEJO DE LAS MIGRAÑAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

P Lázaro Aragüés, JA Sánchez Nicolás, MP Suárez Beke, MJ Martínez Valero, A Marco Berna, LJ López Torres, R Quintanilla López

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras claves: migraine disorders, treatment, management

Objetivos:

La migraña es un tipo de cefalea vascular que posee un carácter agudo, cursa en forma de crisis, y recurrente. Constituye la cefalea primaria más frecuente en los SU. Su prevalencia es mayor en la mujer que en el hombre. Los primeros síntomas suelen aparecer antes de los 30 años de edad.

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo de revisión de historias clínicas en el que se analizaron todas las migrañas que consultaron en el SU durante el año 2014. Variables analizadas fueron: Edad, sexo, episodios previos de migraña, desencadenantes, pródromos, síntomas, pruebas complementarias realizadas, tratamiento en Urgencias, tratamiento al alta y si se le derivó a la consulta de Neurología o no.

Resultados:

Se analizaron 256 pacientes con diagnóstico al alta de migraña, edad media de 32 años, mujeres en el 80% de los casos. En el 70% de los casos la migraña fue precedida de pródromos (fotofobia o sonofobia), en el 65% el paciente reconoció un episodio desencadenante (45%estrés, 25%alteración del sueño, 10%menstruación y 20%otros). Los síntomas más frecuentes por los que consultaron fueron fotofobia(20%), la asociación de fotofobia y vómitos(12,8%) y vómitos con cambios conductuales (irritabilidad, cambios humor) en un 12,8%. El 70% había tenido episodios previos de migrañas y en el caso de ser el primer episodio, se realizó analítica al 77% y TC al 9%, en el 14% de los casos no se realizaron pruebas complementarias. El tratamiento recibido en urgencias: AINES (34%), AINES y antieméticos (20%), AINES y ansiolíticos (11%), Triptanes (12%), otros (10%) y no recibieron tratamiento (10%). Al 20% se le pautó tratamiento con triptanes al alta(36,4% sumatriptán, 27,3% zolmitriptán y otros3 6,3%), el 18% recibió tratamiento preventivo (40% amitriptilina y 60% antidepressivos). A prácticamente la totalidad de los primeros episodios de migraña se les derivó para estudio a la consulta de neurología.

Conclusiones:

Importancia de llevar a cabo una historia detallada que incluya los factores desencadenantes y el tratamiento previo. Al alta pautar tratamiento intensivo pues la mayoría recurren en los días sucesivos. Ante nuevos episodios importancia de realizar exploraciones complementarias y derivar a neurología. En el caso de existir síntomas de alarma, descartar patología subyacente.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-538

MANEJO ANTIBIÓTICO DE LA PANCREATITIS AGUDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

E Prado Mel, M Gil López, F Moreno Calatrava

Hospital Nuestra Señora de la Merced. Osuna, Sevilla.

Palabras claves: pancreatitis acute, necrotizing pancreatitis, imipenem, pancreatitis

Objetivos:

La pancreatitis es una enfermedad de alta prevalencia en los servicios de urgencias, por lo que determinar cuales son los puntos críticos en su manejo es fundamental para el curso clínico.

Material o pacientes y método:

Se seleccionaron los pacientes que ingresaron por pancreatitis entre junio y diciembre de 2013. Se recogieron los datos, del sistema informático de historia digital Diraya®, de sexo, edad, etiología, estratificación por Ranson y Balthazar, así como las pautas antibióticas prescritas. Se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar las recomendaciones actuales del tratamiento de la pancreatitis aguda. Se realizó un estudio descriptivo de las variables descritas anteriormente mediante Microsoft Excel® 2010.

Resultados:

Se reclutaron un total de 90 historias, el 53% eran hombres. Las edades estaban comprendidas entre los 27 y 91 años, estando la mediana de edad en los 66,5 años. El origen litiasico fue el responsable del 60% de los casos, el 19% fue por etiología alcohólica. La estratificación al ingreso de las pancreatitis fue de 56 leves y 34 graves según los criterios de Ranson. Según el score de Balthazar a las 48 h del ingreso, 28 casos fueron clasificados como leves, 47 graves y 15 como necróticas. Se instauró tratamiento antibiótico al ingreso en el 16% de los pacientes. Todos ellos fueron tratados con Imipenem 1 g cada 8 h. De estos, 7 fueron clasificados según Balthazar como pancreatitis grave y el resto como necróticas.

Conclusiones:

Las pautas antibióticas prescritas fueron las correctas ya que las recomendaciones establecen el uso de carbapenemes a altas dosis. Sin embargo, se trataron 7 pacientes sin necrosis y de 8 pacientes tratados con necrosis no hubo constancia que fueran necrosis sépticas. Según la guía de práctica clínica del colegio americano de gastroenterología publicada en 2013 no se recomienda el uso de antibióticos de manera rutinaria en las pancreatitis agudas como profilaxis, sólo están justificados en las pancreatitis necróticas, a menos que se confirme sepsis pancreática. Sería necesario la implantación de un protocolo de manejo antibiótico en las pancreatitis agudas con el fin de disminuir la variabilidad de la práctica clínica y optimizar el uso racional de los antibióticos de amplio espectro.

P-539

IMPACTO Y EVOLUCIÓN DE LAS DEMANDAS ASISTENCIALES PSIQUIÁTRICAS EN LOS CENTROS COORDINADORES DEL 061 ANDALUCÍA

A Ramírez Castillo, F Aranda Aguilar, J Borja Padilla, MM López Aguilar, I Molina Delgado, JM Álvarez Rueda

Empresa Pública de Emergencias de Andalucía 061. Granada.

Palabras claves: demandas psiquiátricas, centros de coordinación, gestión asistencial

Objetivos:

El Mapa de Procesos EPES define como Proceso Clave la "Atención Sanitaria", y su Fase 2 "Gestión de la demanda" la gestión y coordinación de las demandas asistenciales. El Centro Coordinador tiene como misión principal la gestión eficiente de las demandas ofreciendo el mejor trato e información al ciudadano y la mejor colaboración a los profesionales implicados en el Proceso Asistencial. Un gestor telefónico confirma número de teléfono y dirección, nombre, apellidos, edad del paciente y motivo de la demanda para clasificarla con un TD (tipo demanda) e iniciar el protocolo de preguntas correspondiente (nuestro caso TD-A10* "Psiquiátricas"). El médico coordinador discrimina la gravedad e indica el recurso responsable de la asistencia según criterios de calidad del Proceso Asistencial.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo, a partir de datos obtenidos del Sistema Informático SIEPES_061_Andalucía, desde 2012 hasta 2014, para analizar las demandas tipificadas TD A10*.

Resultados:

1. Observamos un incremento en 8416 demandas A10* Psiquiátricas desde 2012 hasta 2014. 2. En 2013 aumentan estas demandas en todas las provincias excepto en Almería y Córdoba donde descienden. 3. En 2014 se produce un crecimiento en todas las provincias muy superior al 2013: en 2013 el incremento es de 1324 demandas, en 2014 es de 6998 demandas.

Conclusiones:

1. La tipificación de las Demandas Psiquiátricas y su desglose desde los centros de comunicaciones resulta complicado debido a la dificultad para valorar, vía telefónica, este tipo de pacientes. 2. El incremento en 8416 demandas psiquiátricas desde 2012 hasta 2014 nos hace pensar en algún factor determinante ¿Crisis económica? 3. El número de demandas generadas durante este periodo, 208.219, hacen necesario un estudio con más profundidad de la incidencia y prevalencia de las distintas tipificaciones que sobre la patología psiquiátrica realizamos desde los centros de coordinación de emergencia.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-540

INFLUENCIA DE LA HIPOGLUCEMIA SOBRE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

CA Baquer Sahun, C Lahoza Pérez, I Murillo Díaz de Cerio, M Jordán Domingo, M Martínez Díez, D Sáenz Abad, V Blanco Alvarado

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Castejón del Puente.

Palabras claves: hipoglucemia, mortalidad, pronóstico

Objetivos:

El control glucémico de los pacientes hospitalizados ha sido motivo de preocupación durante años. Si bien en décadas pasadas se proponía un control intensivo de la glucemia en el ingreso, en el año 2009 el estudio NICE-SUGAR supone un giro sustancial a este planteamiento al constatarse en él que la aparición de hipoglucemias se relaciona directamente con una mayor mortalidad. Ésta es además directamente proporcional al número de hipoglucemias y a la gravedad de las mismas.

Material o pacientes y método:

Estudio caso-control. Se seleccionaron como casos todos los pacientes fallecidos en el hospital entre el 1 de Julio y el 31 de Diciembre de 2014. Se eligieron como controles pacientes dados de alta durante el mismo periodo emparejados por edad. El punto final clínico fue la mortalidad intrahospitalaria. Se consideró hipoglucemia un valor de glucemia plasmática < 70 mg/dl. Se evaluó su influencia sobre la mortalidad con regresión logística multivariante. Se calcularon las fracciones atribuibles de riesgo en expuestos y en la población global.

Resultados:

Se incluyeron 1297 pacientes (650 casos y 647 controles). Presentaron hipoglucemia 19 pacientes (1,6%). Los pacientes con hipoglucemia tenían mayor índice de Charlson (4,3 vs 2,2, $p<0,0001$), menor PAS (106 vs 129 mmHg, $p=0,001$), menor cifra de hemoglobina (10,8 vs 12,1 g/dl, $p=0,022$) y recuento plaquetario (135631 vs 209753, $p=0,003$), menor pH (7,31 vs 7,38, $p<0,0001$) y mayor valor de lactato (7,7 vs 2,7 mmol/L, $p=0,01$). En análisis ajustado para edad, sexo y presencia de diabetes, la hipoglucemia incrementó el riesgo de mortalidad (OR=3,06, IC 95% 1,01-9,3, $p=0,048$) con fracción atribuible en expuestos de 68,4% y en la población total de 1,6%. Tras ajuste multivariante perdió la significación (OR=0,25, IC 95% 0,025-2,5, $p=0,23$).

Conclusiones:

La presencia de hipoglucemia identifica sujetos con elevado riesgo de mortalidad intrahospitalario. Este hecho se debe a la coexistencia de otros parámetros de mal pronóstico.

P-541

ÚLCERAS DUODENALES VS GÁSTRICAS, ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN SU MANEJO EN URGENCIAS?

J Moreno Díaz, M Povar Echeverría, C Martín Durán
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: hemorragia digestiva alta, úlcera duodenal, úlcera gástrica

Objetivos:

Las hemorragias digestivas altas no varicosas suponen una importante causa de atención en Urgencias en cualquier Hospital. En este estudio analizamos las diferencias en cuanto a su manejo en la atención precoz.

Material o pacientes y método:

Se recogieron los pacientes atendidos por Hemorragia Digestiva alta en el Servicio de Urgencias entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2014. De todos ellos, se identificó a los pacientes diagnosticados por gastroscopia de patología ulcerosa, estableciendo los grupos de patología gástrica y duodenal. Se registró la edad, el sexo, la presencia al ingreso de inestabilidad hemodinámica (TAS < 100 mmHg, Frecuencia Cardíaca >100 lpm), los valores de hemoglobina, caída de ésta en más de 1 mg/dL en las primeras 24 horas y la necesidad de transfusión.

Resultados:

Se obtuvieron 407 registros de pacientes con Hemorragias Digestivas Altas atendidos en nuestro Servicio de Urgencias, de los cuales 105 fueron identificados como patología ulcerosa. De éstos, 47 fueron diagnosticados de úlcera gástrica y 54 de úlcera duodenal. Ambos grupos eran similares en cuanto a edad y sexo. Se encontraron diferencias en la mayor caída de Hemoglobina en las primeras 24 horas en el grupo de úlcera gástrica ($p=0,025$), pero no en las necesidades de trasfusión o en el momento de realización de gastroscopia. Además, tampoco se encontró diferencias en cuanto a la estabilidad hemodinámica entre estos grupos ni en el porcentaje de éxitos. En cuanto al uso de fármacos, se objetivó un mayor uso de acenocumarol en aquellos pacientes con úlcera gástrica ($p=0,031$) pero, sin embargo, no hubo diferencias entre los grupos de AAS, Clopidogrel o fármacos gastrolesivos.

Conclusiones:

Según nuestra serie creemos que hay que ser más cautelosos con los controles analíticos de los pacientes con úlcera gástrica puesto que sus valores de hemoglobina disminuyen más, así como identificar aquellos que están en tratamiento con acenocumarol.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-542

MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERPOTASEMIA GRAVE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

R López Izquierdo, F Moussa Abdi, V Carbajosa Rodríguez,
N Martínez Tejada, R Velasco Pilar, R Lobo Valentín,
S Calvo Sardón

Servicio Urgencias. Hospital Río Hortega. Zaratán.

Palabras claves: hyperkalemia, emergency, mortality

Objetivos:

La hiperpotasemia (HK) grave constituye una entidad que provoca una elevada mortalidad desconocemos que factores se asocian a la misma en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH).

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo. Ámbito: Urgencias Hospitalarias. Criterios inclusión: >18 años que acudieron al SUH durante 2013 y presentaban cifras de $K \geq 6,5 \text{ mEq}$. Variable independiente: MH. Variables dependientes: edad, género, antecedentes personales: enfermedad renal (ER), DM, cardiopatía, hepatopatía, neoplasia, tratamientos previos: furosemida, espironolactona, constantes en SUH: PAS (<90), SatO₂ (<92), Fc (>100), variables analíticas: nivel K, urea (>150), Cr (>2), lactato (>4), Ph (<7,20), HCO₃ (<17), glucosa (>200), alteración ECG, interconsulta nefrología y diálisis en ingreso. Estudio univariante y multivariante mediante regresión logística. Software: SPSS 20. $p < 0,05$.

Resultados:

N: 98. Edad Media (dt): 78,2 (11,75). Varón: 59,2%. Ingreso: (80)81,6%. MH: (19)23,8%. MH/edad media (DT): 77,1(14,8) vs No MH: 77,9(11,8), $p > 0,05$. MH/género: varón 25,0% vs mujer: 21,9% $p > 0,05$. Factores asociados a mayor MH: no ser diabético (33,3% vs 13,5%, $p < 0,05$), Lactato >4 mm/L (57,1% vs 19%, $p < 0,05$) y no IC a nefrología (31,4% vs 10,3%, $p < 0,05$). MH del resto de factores: antecedentes: ER (18,6%), hepatopatía (45,5%), cardiopatía (24,2%), neoplasia (33,3%), tratamiento previos: furosemida (23,7%), espironolactona (25,0%), alteraciones bioquímicas: $K > 7,5$: (38,5%), urea >150 (23,8%), Cr > 2 (23,5%), ph <7,20 (18,2%), glucosa > 200 mg/dl (27,3%) o HCO₃ < 17 (22,0%), alteraciones ECG (22,3%), constantes a su llegada: PAS < 90: 50%, SatO₂ < 92: 20%, FC > 100: 30,8% no tuvieron significación estadísticas en el análisis univariante ($p > 0,05$). Análisis multivariante: lactato >4 $p = 0,026$. No DM, NO IC nefrología $p > 0,05$.

Conclusiones:

La MH de los pacientes con $K \geq 6,5 \text{ mEq}$ que precisan ingreso es elevada. No se han observado diferencias significativas en cuanto al género y la edad. La mortalidad de estos pacientes se asoció a no ser diabético, no realizar IC a nefrología y tener un lactato en urgencias mayor de 4 mm/L. Sólo un ácido láctico mayor de 4 mm/L fue un factor independiente asociado a mayor MH. Se debería intensificar el tratamiento en estos pacientes desde su llegada al SUH.

P-543

ESTUDIO POSEUR I (POLIFARMACIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS)

R Vallejo Hernández, FJ Alvarado, P Gargantilla, N Arroyo,
E Klar, E Gómez, E Mora

Hospital de El Escorial. Alpedrete. Madrid

Palabras claves: polifarmacia, fármacos, antihipertensivos

Objetivos:

Los adultos mayores constituyen un grupo poblacional que cada día va en aumento, y son ellos los que mayor medicación y atención médica requieren. Se denomina polifarmacia a la ingesta de más de 5 fármacos diferentes al día.

Material o pacientes y método:

Se analizó la polifarmacia en 154 pacientes consecutivos, mayores de 18 años que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital de El Escorial.

Resultados:

De los 154 pacientes 83 (53.9%) eran mujeres y la edad de los pacientes fue 54.1 años. El 73% de los pacientes tenía más de 60 años. 45 pacientes (29.2%) no tomaban ningún fármaco, mientras que el 31.8% (49 pacientes) recibían 5 o más fármacos. Al analizar por subgrupos, el 91% de los pacientes que no tomaban ningún fármaco tenían menos de 60 años, mientras que el 87.7% de los pacientes que tomaban más de 5 fármacos tenían más de 60 años. Cuando se analizan los grupos farmacológicos más consumidos el primero son los antihipertensivos (26%), seguido de las estatinas (10.9%) y de los inhibidores de la bomba de protones (5.7%).

Conclusiones:

1. La incidencia de polifarmacia es elevada en personas mayores de 60 años 2. El grupo más prescrito en pacientes que toman más de 5 fármacos son los antihipertensivos seguidos de las estatinas.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-544

NEURORRETINITIS BILATERAL EN PACIENTE DE 29 AÑOS CON CEFALEA SIN SIGNOS DE ALARMA Y VISIÓN BORROSA DE 2 SEMANAS DE EVOLUCIÓN

CA Yago Calderón, E Caro Vázquez, A Camaño Mesa, E Rodríguez Conesa

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Rincón de la Victoria.

Palabras claves: aseptíc meningitis, papilledema, Headache

Objetivos:

MC: Paciente mujer de 29 años sin antecedentes personales de interés ni tratamiento domiciliario, que acude por cuadro de 2 semanas de evolución de visión borrosa bilateral que se acompaña de cefalea holocraneal leve opresiva, sin signos de alarma, ni fiebre acompañante y que cede parcialmente con analgésicos de primer escalón que ha tomado de forma puntual. EXPLORACIÓN: No focalidad neurológica ni signos meníngeos. Agudeza visual: OD: 1, OI 2/3. FO: edema de papila bilateral con hemorragias en astillas y borramiento de 4 cuadrantes.

Material o pacientes y método:

Durante su estancia en observación la paciente presenta buen control del dolor con analgésicos de primer escalón, persistiendo la visión borrosa. Se realiza INTERCONSULTA con Neurología, ingresando a su cargo con Diagnóstico de Papiledema bilateral a estudio.

Resultados:

Durante su estancia en planta de Neurología se realizaron RMN, serologías para virus hepatotropos, VIH, Rickettsia, Borrelia y Treponema paludum, potenciales evocados, PCR para meningitis virales, serología de Bartonella henselae, Anticuerpos onconeuronales y anticuerpos antiNMO, resultados todos estos estudios normales. La paciente durante el ingreso presentó buen control del dolor, sin llegar a precisar en los últimos días tratamiento analgésico. Desde p.v. visual persistían las alteraciones visuales.

Conclusiones:

La neurorretinitis es una enfermedad que pone de manifiesto la íntima relación que existe entre la retina y el sistema nervioso central y que se caracteriza por la inflamación de la retina y del nervio óptico. En muchos casos los hallazgos oftalmológicos son sólo extensión de una patología del SNC más grave por tanto el diagnóstico diferencial de este cuadro incluye la retinopatía hipertensiva, la neuropatía óptica diabética, y otros cuadros que causan neuritis óptica. Dos terceras partes de los pacientes presentan un pródromo similar a una infección viral. No hay predilección por ningún sexo y la edad de estos pacientes suele oscilar entre los 9 y 55 años. Aunque se han publicado numerosos agentes infecciosos capaces de producirla, siendo el más frecuente *Bartonella henselae*, aproximadamente la mitad, siguen siendo idiopáticos, como es el caso de nuestra paciente.

P-545

ENFERMEDAD PULMONAR BENIGNA ASOCIADA A HIPONATREMIA EN UN SERVICIO DE URGENCIA HOSPITALARIO

A Agustín Varas, A Berlango Jiménez, JA Castro Giménez, JM Calderón de la Barca Gázquez, C Reyes Aguilar, M Berlango Navajas

Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Córdoba. Control de Calidad. Soil Association. Bristol. UK.

Palabras claves: urgencias metabólicas, hiponatremia, enfermedades pulmonares benignas

Objetivos:

La homeostasis de líquidos en el organismo depende de la ingesta adecuada de líquidos y la excreción urinaria de agua, mediada por una apropiada secreción de hormona antidiurética (ADH) que tiene efecto antidiurético. La elevación de ADH por secreción inadecuada, que se manifiesta por la dificultad para excretar agua. Es el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH), causa frecuente de hiponatremia. Se ha descrito asociado a desórdenes en el sistema nervioso central, hipotiroidismo, insuficiencia adrenal, neoplasias, enfermedades pulmonares y varios fármacos psicoactivos que estimulan la secreción de ADH.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo en el que seleccionamos los pacientes con enfermedades pulmonares benignas e hiponatremia (sodio sanguíneo < 135 meq/L) asistidos en nuestro Servicio de Urgencias. Periodo del 1/06/2014 al 31/12/2014. Hemos estudiado los siguientes aspectos: 1. Pacientes atendidos y relación con el total. 2. Distribución por sexo, edad y enfermedad pulmonar benigna. 3. Tratamiento instaurado. 4. Destino del paciente. 5. Días de estancia media hospitalaria.

Resultados:

En el periodo fueron atendidos 42506 pacientes. 1908 tenían hiponatremia. 483 (25, 31%) presentaban enfermedad pulmonar benigna. 279 (57,76%) hombres, 204 (42,23%) mujeres. Por edades <25 (9), 26-50 (37), 51-75 (177), >75 (260). Tipo de enfermedad pulmonar benigna se expondrá, destacando la EPOC (298, 61,69%), seguida del asma (80, 16,56%). Tratamiento: furosemida (115), s.fisiológico (90), restricción hídrica (85), tolvaptan (4), salino 3% (11). 233 (48,24%) pacientes fueron alta desde Urgencias, 146 (30,22%) pasaron a Observación y el resto a distintas especialidades que comentaremos. Tiempo medio de estancia, dos días.

Conclusiones:

1. La detección de hiponatremia en los pacientes con enfermedad pulmonar benigna, permite un adecuado tratamiento. 2. Normalizar la natremia ayuda a mejorar el pronóstico de estos pacientes. 3. Corregir la hiponatremia puede minimizar las consultas con Ur-

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

gencias. 4. El tratamiento con tolvaptán es una opción de tratamiento recomendable y seguro para los pacientes con enfermedad pulmonar benigna e hiponatremia.

P-546

REVISIÓN DE INDICACIÓN TRANSFUSIONAL EN URGENCIAS

AM Lizcano Lizcano, C Navarro Osuna, M Rodríguez Cola, I Jiménez Velasco, A Piqueras Martínez, J Flores Valderas, R Rubio Díaz

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Palabras claves: transfusión, urgencias, anemia

Objetivos:

El acto transfusional en la Urgencia es una práctica frecuente en la que se siguen indicaciones variadas según el criterio del clínico prescriptor y que precisa de un consenso para racionalizar su utilización.

Material o pacientes y método:

Se incluyen todos los pacientes transfundidos en la sección de Medicina Interna de Urgencias del Hospital Virgen de la Salud de Toledo durante Diciembre de 2014, realizándose un estudio descriptivo mediante recogida de datos por historia clínica y posterior análisis estadístico con SPSS v 19.0.

Resultados:

Se registraron un total de 78 transfusiones alogénicas, 43,6% realizadas a varones y 56,4 % a mujeres, con una media de edad de 75.8 años. Las patologías de base más prevalentes que se asociaron con indicación de transfusión fueron la patología digestiva en un 34,2%, las enfermedades cardiovasculares 34,2% y neoplasias del tracto gastrointestinal (6,2%), genitourinario (4.5%) y enfermedades hematológicas (11,7%). Del total de pacientes transfundidos el 19,5% tomaba un antiagregante plaquetario, 2,6% doble antiagregación y un 23,6% terapia anticoagulante. El 41% de los pacientes presentaba síndrome anémico en el momento de indicarse la transfusión, el 29,4% consultaba con manifestación externa de sangrado en forma de hematemesis, melena, rectorragia y hematuria, y en un 7,7 % predominaba la clínica constitucional. Un 10,5% de los casos se encontraba asintomático. En un 71,79% de casos, la transfusión se indicó con cifras de hemoglobina comprendidas entre 4 g/dL y 8 g/dL y en un 29,98% las cifras de hemoglobina se situaban en un rango de 8 a 10 g/dL. El 48,7% quedó ingresado para proseguir cuidados y el 51,3% fue dado de alta para estudio ambulatorio. No se notificaron reacciones adversas.

Conclusiones:

No debemos basar la transfusión en una cifra de hemoglobina, sino en una valoración global de la situación clínica del paciente, datos de hipoperfusión tisular y patologías de base que predispongan a una adaptación inadecuada a la anemia. Es fundamental un uso óptimo mediante guías y consenso de expertos para racionalizar el uso de transfusiones.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-547

PAPEL DEL VALOR SÉRICO DE LA PROLACTINA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA CONVULSIÓN EPILEPTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

R García Mora, S Taboada Prieto, R Bermúdez Jiménez, FJ Varela Ruiz, JL Palma Aguilar, P Rabanera Gallego-Góngora
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

Palabras claves: prolactina, epilepsia, urgencias

Objetivos:

Las crisis epilépticas son un problema frecuente en el servicio de urgencias, del 1-2% de las consultas en urgencias. La prolactina ha jugado en los últimos años un papel en el diagnóstico diferencial entre crisis y pseudocrisis. Se ha propuesto, también, como posible marcador diagnóstico entre convulsión epiléptica y aquella en el contexto de síncope.

Material o pacientes y método:

Búsqueda bibliográfica usando los recursos UptoDate, Best Practice de British Medical Journal, PubMed, The Cochrane Library y OvidSP. Se utilizó "prolactin", "epilepsy", "seizure" y "syncope", como palabras clave. Desde año 2000 hasta actualidad.

Resultados:

Se encontraron 3 artículos de valoración crítica y revisiones basadas en la evidencia del uso de la prolactina en el diagnóstico del episodio convulsivo de 2003 y 2004, así como una decena de artículos de revisión y meta análisis, posteriores, pero ningún ensayo clínico sobre la prolactina. Sí en 2009, Eur J Emerg Med estudiando la relación entre CPK y Mioglobina en el diagnóstico diferencial entre el Síncope y la crisis comicial. BMJ, con última actualización Agosto de 2013, UptoDate actualizado Septiembre 2014.

Conclusiones:

Realizar en toda primera crisis convulsiva: Electroencefalograma, RMN, Prolactina sérica basal, Mesa basculante asociado a EEG simultáneo, Holter EKG. Gold standard: RMN y valoración por especialista en menos de 2 semanas tras un primer episodio. Realizar diagnóstico diferencial con pseudocrisis, narcolepsia, AIT, Hipoglucemia y convulsión secundaria a síncope. Creatinfosfokinasa elevada, medidos a la hora y mantenidos 4 horas después posee una especificidad del 89% y una sensibilidad del 34% a favor de la crisis epiléptica. Prolactina sérica 20 minutos tras el episodio es de ayuda como test confirmatorio, pero no como screening en el Servicio de Urgencias. La prolactinemia con lleva un acortamiento de los tiempos diagnósticos lo que implica un inicio precoz del tratamiento. El riesgo potencial de un "falso positivo" que etiqueta a pacientes de "epilépticos" hay que tenerlo en cuenta. Por esta razón es importante recalcar que el resultado positivo del test indica un "riesgo" y no un diagnóstico de certeza.

P-548

¿POR QUÉ SE MUEREN LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS? FACTORES PREDISPONENTES EN UNA SERIE DE CASOS

J Moreno Díaz, C Martín Durán, M Povar Echeverría
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: hemorragia digestiva alta, éxitus, estabilidad hemodinámica

Objetivos:

Las hemorragias digestivas altas suponen una causa importante de mortalidad en los Servicios de Urgencias según la estabilidad hemodinámica. No obstante, existen otros factores que predisponen a unas tasas de mayor mortalidad.

Material o pacientes y método:

Se recogieron los pacientes atendidos por Hemorragia Digestiva alta en el Servicio de Urgencias entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2014. Se obtuvieron edad y sexo, estabilidad hemodinámica (Tensión arterial sistólica <100 mmHg, Frecuencia Cardíaca >100 lpm), valoración en triaje, el valor de hemoglobina al ingreso en Urgencias y la necesidad de transfusiones, así como el diagnóstico endoscópico y la causa final de éxitus. Se valoró también la toma de antiagregantes, anticoagulantes y gastrolesivos.

Resultados:

Se obtuvieron 407 registros de pacientes con Hemorragias Digestivas Altas atendidos en nuestro Servicio de Urgencias, de los cuales 29 fallecieron. Los pacientes que fallecieron fueron catalogados como hemodinámicamente Inestables con diferencias significativas ($p > 0,001$) y tuvieron una mayor necesidad de transfusiones ($p = 0,046$) ya que la media de Hemoglobina a su llegada para los pacientes fallecidos fue de $8,12 \pm 1,14$ frente a $10,18 \pm 2,77$ de los no fallecidos ($p < 0,001$). Fallecieron más pacientes con Hemorragias por Varices (24,1%) frente a hemorragias altas por otras causas (9,3%), con diferencias significativas ($p = 0,008$). No se asoció mayor mortalidad con la necesidad de gastroscopia en las primeras 6 horas ($p > 0,05$). No hubo diferencias significativas en cuanto a prioridad en Triage, sexo de los pacientes o la edad de éstos. No se asoció con la mayor toma de antiagregantes, anticoagulantes o gastrolesivos ($p > 0,05$).

Conclusiones:

Las hemorragias digestivas altas causadas por varices esofágicas, los valores más bajos de hemoglobina y además la inestabilidad hemodinámica suponen un mayor riesgo para fallecer por este motivo.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-549

**ACTUACIÓN ANTE CRISIS EPILÉPTICA EN URGENCIAS
¿LO HACEMOS BIEN?**

MJ Martínez Valero, A Marco Berna, LJ López Torres,
P Lázaro Aragüés, JA Sánchez Nicolás, MP Suárez Beke,
FA Sarabia Marco

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras claves: crisis epiléptica, convulsión, servicio de urgencias

Objetivos:

Surge de la necesidad de un grupo de compañeros de revisar el manejo de las crisis epilépticas(CE) en el Servicio de Urgencias(SU) para actualizarnos. Inspeccionar perfil de pacientes que acuden al SU con diagnóstico de CE, los aspectos a valorar ante una CE en Urgencias, y si los procedimientos realizados son adecuados o no.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo longitudinal: revisión de Historias Clínicas. Todos los pacientes que acudieron al SU del Hospital Reina Sofía de Murcia con diagnóstico al alta de CE durante 2014, total 127. Programa para procesar datos SPSS 18 edición.

Resultados:

La media de edad recogida es de 36.4 años. 59.8% hombres y 40.15% mujeres. AP: 84.25%si tenían AP de CE. Clínica: 58.26% tónico-clónicas, seguido 12.59% parciales secundariamente generalizadas. Etiología: 71.65% idiopáticas, 13.38% sintomáticas agudas y 14.

Conclusiones:

Un alto porcentaje tenían algún FF evitable (60.63%), trabajando en estos pacientes, la incidencia de CE sería notablemente más baja. Muchos (57.14%) llegan al SU asintomáticos.

P-550

**DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL
EN EL SUMMA 112**

C Cardós Alonso (1), JA Sáez Crespo (2), RM Conty Serrano (3), S Apilluelo Gutiérrez (4), JL del Pino Patón (5), A Mateos Rodríguez (5), M Redondo Lozano (5)

(1) Summa 112, (2) Universidad Complutense, (3) Universidad de Castilla-La Mancha (Toledo), (4) Hospital Puerta de Hierro, (5) Summa 112. San Lorenzo de El Escorial,

Palabras claves: child abuse, emergency medical services, child abuse/diagnosis

Objetivos:

El maltrato infantil es un importante problema de Salud Pública, por sus graves repercusiones sobre el menor, el entorno y en la sociedad. Sus consecuencias son muy variadas y los efectos pueden permanecer durante toda la vida de la víctima. También es sabida su importante repercusión a nivel económico y social y el gran impacto emocional que produce en el entorno.

Material o pacientes y método:

Para la realización de este estudio se han utilizado 2 metodologías: - En una primera fase se ha realizado una revisión panorámica o scoping review, cuyo propósito general es resumir la evidencia y conocer el estado actual del tema (detección del MTI en servicios de urgencias intra y extrahospitalarios). - En la segunda fase se llevó a cabo un estudio observacional transversal o de corte, en el cual se analizaron las historias clínicas correspondientes al período 2008-2011 cuya codificación diagnóstica estuviera relacionada con un posible caso de MTI.

Resultados:

Respecto a la primera fase, la detección del MTI en todos los estudios reflejó una prevalencia similar. Mejoró ésta detección con la formación de los profesionales y con la utilización de instrumentos estandarizados como son los cuestionarios de detección. Las cifras oscilan entre un 1,87% obtenido en un estudio de Canadá (2003) y un 0,084% en otro realizado en España (2008). En la segunda fase de nuestro estudio encontramos que la prevalencia del MTI en el SUMMA 112 está en torno al 0,01 % durante los años 2008-2011. PREVALENCIA : $107 / 12.883 = 0'0083055189$ Del total de casos de MTI, el 38,3% (n = 41) corresponden a sexo masculino y el 61,7% (n = 66) a sexo femenino. La prevalencia más alta corresponde al tramo de 15 a 18 años.

Conclusiones:

La detección del MTI sigue siendo insuficiente y significativamente inferior al resto de países con similar nivel económico y socio-cultural.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-551

HIPONATREMIA Y CÁNCER EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

A Agustín Varas (1), A Berlango Jiménez (1), JA Castro Jiménez (1), J Montero Pérez (1), V Palomar Alguacil (1), M Berlango Navajas (2)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Córdoba, (2) Control de Calidad. Soil Association. Bristol. UK.

Palabras claves: urgencias metabólicas, hiponatremia, cáncer

Objetivos:

Entre las principales alteraciones metabólicas que pueden precisar atención urgente en el paciente oncológico se encuentra la hiponatremia. Puede cursar con volumen extracelular elevado (insuficiencia cardíaca, cirrosis, síndrome nefrótico e insuficiencia renal), disminuido (pérdidas renales y extrarrenales de sodio) y normal (Síndrome inadecuado de hormona antidiurética-SIADH). Varios tipos de cancer y diversos fármacos quimioterápicos pueden producir este SIADH. El tratamiento en general se basa en restricción hídrica y reposición del sodio bien a través de suero fisiológico o de sueros salinos hipertónicos, según el caso. Para incrementar la eliminación del exceso de agua está indicado el uso de furosemida (natriurético) o tolvaptan (acuarético).

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo en el que seleccionamos los pacientes con cáncer e hiponatremia (sodio sanguíneo < 135 meq/L) asistidos en nuestro Servicio de Urgencias. Periodo del 1/06/2014 al 31/12/2014. Hemos estudiado los siguientes aspectos: 1. Pacientes atendidos y relación con el total. 2. Distribución por sexo, edad y tipo de cáncer. 3. Tratamiento instaurado. 4. Destino del paciente. 5. Días de estancia media hospitalaria.

Resultados:

En el periodo fueron atendidos 42.506 pacientes. 1.908 tenían hiponatremia. 424 presentaban cancer. 246 hombres, 178 mujeres. Por edades <25(8), 26- 50(33), 51-75(200), >75(183). Tipo de cáncer se expondrá, destacando el de pulmón(68) y colon(60). Tratamiento furosemida(95), s. fisiológico(82), restricción hídrica(77), tolvaptan(7), salino3%(5). 198 pacientes fueron alta desde Urgencias, 115 pasaron a observación y el resto a distintas especialidades que comentaremos. Tiempo medio de estancia, tres días.

Conclusiones:

1. La corrección de sodio mejora de los síntomas clínicos de los pacientes con cáncer. 2. Normalizar la natremia ayuda a mejorar el pronóstico de estos pacientes. 3. Corregir la hiponatremia puede minimizar las consultas con Urgencias. 4. El tratamiento con tolvaptán es una opción de tratamiento recomendable y seguro para los pacientes con cáncer e hiponatremia.

P-552

PREVALENCIA Y PAPEL PRONÓSTICO DE LA DIABETES EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

S Hernández López, R Cuervo Pinto, N Aguirre Juaristi, FJ Martín Sánchez, D Chaparro Pardo, J González del Castillo, P Villarroel González-Elise

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: unidad de corta estancia, hiperglucemia, diabetes

Objetivos:

La prevalencia intrahospitalaria de la diabetes es del 22-26% mientras que en pacientes de urgencias se estima en un 30-40%. Se desconoce la prevalencia en pacientes ingresados en UCE dependientes del servicio de Urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de una serie de casos retrospectivos de todos los pacientes ingresados en la UCE en el periodo del mes de Junio de 2011. Se recogieron datos clínicos, demográficos, de tratamiento y resultados a medio plazo a partir de la Historia Clínica electrónica. Se utilizó un paquete estadístico SPSS18.0.

Resultados:

Se incluyeron 750 pacientes, 357(47,6%) varones, de edad media 68,15 años (SD 19,5), Comorbilidad media de 2,71(SD 2,5) y una estancia media de 4,61 días (SD 5,7). 188 (25,1%) pacientes eran diabéticos, del resto 52(6,9%) presentaron al menos un episodio de hiperglucemia (glucemia basal >126mg/dl o aleatoria >180mg/dl) durante el ingreso habiendo sido identificados al alta 10 (19,2%) de ellos. Agrupando los pacientes con diabetes y aquellos con hiperglucemia representaron un 32% de la muestra, en estos durante el ingreso se inicio tratamiento para la hiperglucemia en 156(65%), ajustado a protocolo en 68 (28,3%). Se consiguieron objetivos de glucemia en 117(48,7%) y un tratamiento al alta congruente en 111(46%). La tasa global de reconsultas fue de un 34,3%, existiendo diferencias significativas entre diabéticos, nuevas hiperglucemias y no diabéticos (40,6% Vs 51,9% Vs 30,3%, P<0,001). El Riesgo no ajustado de reconsulta a 3 meses para pacientes diabéticos frente a no diabéticos fue 1,62 (1,14-2,31) y el Riesgo no ajustado para nuevas hiperglucemias respecto a no diabéticos fue 2,69 (1,49-4,84).

Conclusiones:

La diabetes y los episodios de hiperglucemia en no diabéticos son un condicionante de mayor probabilidad de reconsulta a tres meses en pacientes de UCE. Este hecho parece estar condicionado por un tratamiento inadecuado de la diabetes y una falta de identificación de nuevas hiperglucemias. Sería preciso optimizar protocolos de actuación y dar una formación adecuada al personal de Urgencias para mejorar dichos aspectos.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-553

¿SE REALIZAN CON CRITERIO LOS TAC CRANEALES EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS?

B García Fontenla, E Alcántara Álvarez, L Basagoiti Salazar,
FD Fuentes Felipe
Clínica IMQ Zorrotzaure. Bilbao.

Palabras claves: traumatismo craneoencefálico, TAC craneal, neurológico

Objetivos:

El traumatismo craneoencefálico mantiene una incidencia de unos 220 casos por cada 100.000 habitantes por año, y en un 90% requiere atención médica urgente. En un 80% se trata de casos leves, pero se considera la principal causa de muerte en menores de 45 años

- Discriminar entre TCE Leve, moderado y grave. - Determinar la utilidad de realización del TAC craneal como método diagnóstico y predictivo. - Evitar daño cerebral secundario, estabilidad y dar cobertura multidisciplinar al TCE moderado y grave.

Material o pacientes y método:

- Criterios de inclusión: Pacientes atendidos durante Octubre 2013 a Octubre de 2014 en el servicio de urgencias de Clínica IMQ Zorrotzaure diagnosticados con el código TCE. - Criterios de exclusión: Pacientes con incorrecta codificación al alta- La muestra (n: 213) se estratificó por sexo, grupos de edad, factores de riesgo, tiempo de evolución y si se realiza TAC craneal- Las diferencias por sexo se analizaron a través del test de homogeneidad de porcentajes y la tendencia de la edad a través de una regresión lineal simple, para nivel de confianza del 95% ($p < 0.05$)- Valorar cumplimiento de las Reglas canadienses y Nueva Orleans en cuanto a la indicación de TAC craneal en el TCE

Resultados:

- Mayor incidencia del género femenino, mayores de 65 años y en pacientes sin factores de riesgo. - 187 casos presentaban exploración neurológica normal. - El 70% de los casos se mantuvieron en observación entre 1-3 horas. - Se realizó TAC craneal al 41% de los pacientes con TCE, de los cuales un 60% presentaba factores de riesgo.

Conclusiones:

- En pacientes con TCE con factores de riesgo, hay indicación absoluta de realización de TAC craneal. - Es obligatorio determinar la exploración neurológica, escala de Glasgow tanto a la entrada como al alta del servicio de urgencias y dejar constancia de las horas de evolución en el servicio de urgencias. - Sólo un 25% de los TAC realizados en el servicio de urgencias no presentaban criterios clínicos estrictos y solo en uno de esos casos se objetivó resultado positivo en el TAC.

P-554

TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS INGRESADOS EN DOS UNIDADES DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

MN López Laguna (1), MN López Laguna (2), O Oger (2),
M Fortún Moral (3), I Alonso Segurado (4), AC Tejero Luna (4),
A Hernández Hernández (5)

(1) Hospital García Orcoyen, (2) Residente Mfyc. Hospital García Orcoyen, (3) Adjunto de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Tudela, (4) Adjunto de Urgencias. Hospital García Orcoyen. Estella, (5) Residente Cardiología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Palabras claves: traumatismo craneoencefálico, anticoagulantes, antiagregantes

Objetivos:

Los Hospitales García Orcoyen de Estella y Reina Sofía de Tudela, de la Comunidad Foral Navarra, son Hospitales comarcales de características similares con el Servicio de Neurocirugía de referencia a 45 y 95 kms respectivamente. En sus Unidades de observación, se ingresan Traumatismos Craneoencefálicos (TCE) leves o aquellos que, por su gravedad o las características previas del paciente, no van a necesitar tratamiento neuroquirúrgico.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo, descriptivo, en el que se revisan las historias clínicas de todos los TCE ingresados durante el periodo 01-01-2012 a 31-12-2014 en las unidades de Observación de urgencias de los Hospitales Reina Sofía y García Orcoyen y que presentaron criterios de alarma o factores de riesgo. Se dividieron en 4 grupos de pacientes: 1º sin medicación anticoagulante/antiagregante, 2º Anticoagulados, 3º Antiagregados, 4º anticoagulados y antiagregados.

Resultados:

Se recogen 596 pacientes, con una media de edad de 67 años, de los cuales, el 54% eran varones Las causas de TCE: Tráfico 9%, atropello 1%, caída 78%, agresión 2% El 13% de los que presentaban glasgow 14-15 al inicio tenían sangrado, el 71 % de los que tenían glasgow menor de 14 desarrollaron lesiones Se realizaron TAC inicial a 588 pacientes (98,8%). En el primer grupo (sin medicación anticoagulante/antiagregante) presentaron sangrado 13,95%. En el grupo de anticoagulados 10,86% En el grupo antiagregado 30,86% y en el grupo antioagulado antiagregados, 21,43%.

Conclusiones:

Un Glasgow normal no descarta lesiones intracraneales, ya que pacientes con Glasgow 14-15, factores de riesgo y criterios de alarma presentaban hemorragia en el TAC inicial en un 13%. Los pacientes con mayor probabilidad de sangrado se encuentra en el grupo antiagregado (30,86%) y el menor en el grupo anticoagulado (10,26%) Los datos concuerdan con la literatura que aconsejan realización de TAC en todos los pacientes a pesar de Glasgow 15.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-555

MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y REALIZACIÓN DE GASTROSCOPIA URGENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

M Povar Echeverría, J Moreno Díaz, C Martín Durán

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: hemorragia gastrointestinal, gastroscopia, hemodinámica

Objetivos:

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una patología muy prevalente en los Servicios de Urgencias (SU) y asocia elevada morbi-mortalidad. Las guías recomiendan realización de gastroscopia urgente en HDA graves.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de las HDA atendidas en el SU de un hospital terciario en el año 2014. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de hematemesis, melenas o HDA en el informe de urgencias. Se consideraron graves las HDA con tensión arterial sistólica <100 mmHg y/o frecuencia cardíaca >100 por minuto. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, nivel de Triage, concentración de hemoglobina (Hb), caída de Hb > 1mg/dL en las primeras 24 horas, tiempo hasta realización de endoscopia (<6, 6-24, >24 horas), necesidad de transfusión sanguínea, diagnóstico final, destino y mortalidad.

Resultados:

Se revisaron un total de 407 episodios de HDA. La media de edad era 70 años, 60,4% eran de sexo masculino. El 75,4% eran HDA no varicosa y 10,1% HDA varicosa. En el 14,5% el diagnóstico final no fue de HDA. El 82% precisó ingreso hospitalario, un 18% fueron dados de alta desde el SU. Encontramos un 7,1% de mortalidad. La distribución en Triage fue: I (6%), II (65%), III (29%), en ningún caso se asignó a nivel IV ni V. Se clasifica en: HDA leve 66% (272 pacientes) y HDA grave 34% (135). En las HDA graves se observa mayor asignación a prioridad I ($p=0,012$) y II ($p=0,014$) en Triage, valores de Hb menores ($p<0,001$), mayor caída de Hb ($p<0,001$) y mayor necesidad de transfusión ($p<0,001$). Se realizó gastroscopia en el 79,6% de los pacientes (29,5% <6 horas, 41% 6-24 horas, 9,1% >24 horas). En las HDA graves se realizó gastroscopia en <6 horas con mayor frecuencia que en las HDA leves ($p<0,001$).

Conclusiones:

En nuestro centro se realiza un adecuado manejo de la HDA de acuerdo a las guías clínicas, efectuando gastroscopia en <6 horas a los pacientes inestables hemodinámicamente.

P-556

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CEFALEA SECUNDARIA DEPENDIENTES DE SÍNTOMAS DE ALARMA

JM González González (1), M García Palacios(1),

AI Casas Torres (1), L Bernabé Vera (1),

C Hernández Martínez(1), MD Medina Abellán (2)

(1) Hospital General Reina Sofía, (2) Unidad Docente Medicina de Familia Murcia.

Palabras claves: headache, symptoms, risk

Objetivos:

La cefalea supone un 4.5% de las consultas en Urgencias. Un pequeño número de ellas debidas a causa subyacente, suponiendo una vital importancia conocer las características de riesgo para ello.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, transversal observacional. Seleccionamos 249 pacientes registrados en el sistema SELENE y que se les diagnosticó de algún tipo de cefalea. Variables medidas: sexo, edad (mayor o menor de 50 años), características de la cefalea: comienzo fue brusco o no, asociaba o no signos de infección, tenía las mismas características que cefaleas anteriores, localización, tratamiento anticoagulante, focalidad neurológica, realización de analítica,(P.L.) o TAC (definiendo si hubo hallazgos patológicos) y el destino del paciente.

Resultados:

De los 249 pacientes, 32.9% eran hombres y 67.1% mujeres, mayores de 50 años 20.9% del total. Síntomas de alarma: Comienzo brusco: 7.2% (donde se especificaba), signos de infección concomitante: 10%, focalidad neurológica: 2.4%, tratamiento anticoagulante: 2.4%, características diferentes a cefaleas anteriores: 12.4%. Localización: holocraneal: 42%, frontal: 24.5%, hemicraneal izquierda: 9.6% y derecha: 9.2%, biparietal: 2.8%, ocular: 6%, bitemporal: 6.4%, occipito-parietal: 0.4%, y no específica: 11.2%. Realización de analítica: 59%, PL: 0% y TAC: 12.4% (hallazgos patológicos: 0.4%). El destino de los pacientes: alta a domicilio: 96.8%, hospitalización: 0.8%, alta voluntaria: 1.2% y fuga: 0.4%. Diagnósticos al alta: Cefalea tensional: 33.7%, migraña: 28.9%, cefalea inespecífica: 28.9%, cefalea-ocular: 1.2%, por tóxicos: 0.85%, mixta: 1.6%, jaqueca: 0.4%, Post-PL: 0.4%, no complicada: 1.2%, en racimos: 0.8%, neuralgia del trigémino: 0.4%, asociada a hipertensión arterial: 0.8%, post-Traumatismo craneal: 0.4%, por cervicoartrosis: 0.4%.

Conclusiones:

Se analizó la frecuencia de los síntomas que pueden indicar cefalea secundaria, siendo mayor que la frecuencia de realizar TAC o P.L. La importancia de una historia clínica exhaustiva así como exploración neurológica completa, puede ahorrar la petición de pruebas complementarias con los efectos secundarios que supone para el paciente, aunque nunca olvidar que la presencia de una o más características de alto riesgo aumenta la probabilidad de enfermedad subyacente.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-557

CRITERIOS DE CENTOR-MCLSSAC, ¿SE UTILIZAN EN URGENCIAS?

ML López Pérez, I Aguilar Cruz, J Hortal Carmona, B Amini Shervin, A Amezcua Fernández, A García Morón
Hospital de Alta Resolución de Guadix. Granada.

Palabras claves: faringitis, amigdalitis, antibióticos

Objetivos:

La faringoamigdalitis (FA) es uno de los procesos por los que más se sobreescribe antibióticos en España, lo que incrementa al coste del tratamiento y eleva la aparición de efectos adversos y resistencias. Sólo un 15-25% de los episodios son de etiología bacteriana y un 85% de los casos remiten espontáneamente.

Material o pacientes y método:

Se realizó estudio descriptivo transversal, en el área de urgencias de un HAR durante el año 2014. Se realizó una revisión de la historia clínica digital mediante muestreo consecutivo hasta un total de 400. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de FA. Para el diagnóstico de FA bacteriana se utilizaron los criterios de Centor-McLSSAC.

Resultados:

De los resultados analizados el 52% eran varones y 48% mujeres, la edad media fueron 38 años, los síntomas predominantes fueron odinofagia (98%) y fiebre (85%). Un 15% cumplían los criterios de Centor-McLSSAC para recibir tratamiento antibiótico empírico (>4 puntos). En el 85% de los casos se prescribió antibiótico: amoxicilina-clavulánico (46%), azitromicina 16%, amoxicilina 10%, cefuroxima 9%, penicilina V 6% y otros un 13%.

Conclusiones:

La mayoría de los casos diagnosticados de FA fueron tratados con antibiótico (85%), una cifra muy elevada si la comparamos con el % de pacientes que cumplían con los criterios de Centor-McLSSAC, que eran sólo un 15%. El antibiótico más utilizado fue la amoxicilina asociada a ácido clavulánico, sólo en un 6% de los casos se utilizó la penicilina V, a pesar de su indicación como primera elección en la mayoría de las guías de práctica clínica. Sería razonable buscar medidas de mejora para el tratamiento de las FA como sesiones clínicas, puesta en común de resultados de estudios.

P-558

TRIAJE AVANZADO PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

S Ríos Pérez (1), S Garcés Horna (1), V Garcés Horna (2), S Abad Tomas (1), C García Serrano(1), JM Vela Díez (3)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet, (2) Hospital General, Valencia, (3) Estudiante de Enfermería, Universidad de San Jorge. Zaragoza.

Palabras claves: triaje, hiperglucemia, urgencias

Objetivos:

La Diabetes Mellitus es una enfermedad con gran morbimortalidad (20%). Según la OMS, es el tercer problema de Salud Pública del mundo. Actualmente existen 5.300.000 diabéticos. En 2014, el servicio de urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) atendió 123.046 pacientes. Un 0,43% fueron diagnosticados de cetoacidosis diabética (CAD).

Material o pacientes y método:

Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía existente relacionada con el tratamiento de CAD y el triaje avanzado en urgencias. Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, mediante una revisión informatizada del programa PCH utilizado en los Servicios de Urgencias de Zaragoza durante 12 meses (2014).

Resultados:

En la bibliografía revisada, se aconseja la determinación de glucemia, glucosuria y cetonuria en tiras reactivas, una analítica completa: bioquímica, con osmolaridad y anión GAP, hemograma y coagulación. Otras pruebas serían: análisis de orina con sedimento, sodio y cetonas séricas, gasometría venosa, electrocardiograma, radiografía de tórax y, si infección, cultivos de sangre, orina y esputo. Es prioritaria la canalización de un acceso venoso periférico y la corrección de las alteraciones metabólicas, con una buena rehidratación (grado IA), ya que sin ella la insulinoterapia no es efectiva. Se administraría suero salino al 0,9% hasta valoración médica. Se completará el tratamiento, añadiendo potasio y bicarbonato (grado IIB), insulina (grado IB) y antibióticos si infección. De los datos analizados, en nuestro hospital, el 51,7% fueron hombres y el 48,1% fueron mujeres, con una edad media respectivamente de $61,97 \pm 19,82$ y $68,09 \pm 18,12$, objetivando diferencias significativas ($p=0,001$). En cuanto a los niveles de prioridad es el nivel II el más frecuente, con el 52,3%.

Conclusiones:

La creación de un protocolo para atención desde triaje de complicaciones hiperglucémicas agilizaría notablemente los resultados de las pruebas y el tiempo de respuesta del paciente al tratamiento. Los datos analizados nos demuestran que la CAD es una patología frecuente y el tiempo es crucial para su buen pronóstico.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-559

DOCTOR, NO TENGO FUERZA

MM Reina Martín (1), M Rodríguez Ordóñez (2), M Luna Valero (3), M Morales del Águila (4), R Jiménez López (5)

(1) C.S Portada Alta, Málaga, (2) C.S Tiro Pichón, (3) C.S Coín, (4) C.S Delicias, (5) C.S Puerta Blanca. Málaga.

Palabras claves: brain mass, meningioma, focal neurological

Objetivos:

Motivo de consulta: Pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho.

Material o pacientes y método:

Varón de 30 años sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes personales de interés. Fumador de 10 cigarros/día. No otros tóxicos. Acude a Urgencias por cuadro progresivo de un año de evolución con empeoramiento en los últimos meses de pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho, parestesias y espasmos ocasionales. No fiebre. No cefalea. Exploración física y pruebas complementarias: Paciente consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. TA: 120/80. FC: 75 lpm. SatO₂: 99%. Auscultación cardiopulmonar: Rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales conservados. Disminución de fuerza en hemicuerpo derecho, más marcada en miembro inferior derecho. Cojera a la deambulación. Reflejos osteotendinosos vivos de forma generalizada de predominio derecho. Torpeza al contar dedos de mano derecha y paresia de extensión de musculatura de pie derecho. Fondo de ojo: Papiledema bilateral. Análisis sanguíneo: Hemograma, coagulación y bioquímica general normales. Rx Tórax: Sin hallazgos. TAC Craneal: Lesión ocupante de espacio intracraneal, que se extiende craneocaudalmente desde la convexidad izquierda de 4,7(l)x6.6 (ap)x6.2(t) cms. Dicha lesión provoca desplazamiento de línea media a la derecha de 1 cm, asocia edema vasogénico y colapsa parcialmente el ventrículo izquierdo. Tamaño, densidad y localización de la lesión sugiere posible meningioma. Tras contraste la lesión muestra intenso realce, comportamiento altamente sugestivo de meningioma.

Resultados:

Focalidad hemisférica izquierda subaguda secundaria a lesión ocupante de espacio intracraneal hemisférica izquierda, sugestiva de meningioma. Diagnóstico diferencial: Hipertensión Intracraneal, masa intracraneal, alteraciones arteriovenosas. Evolución: Se inicia tratamiento con Dexametasoa 8 mg IV. Se ingresa al paciente a cargo de Neurocirugía para valoración de cirugía.

Conclusiones:

Ante focalidad neurológica es fundamental tener una amplia visión de todos los procesos que pudieran producirla, siendo vital la realización temprana de pruebas complementarias que nos permitan un diagnóstico. En Urgencias es relativamente frecuente el diagnóstico de masa intracraneal debido al curso subagudo de las lesiones que van aumentando la clínica progresivamente hasta que el paciente es realmente consciente.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-560

SERVICIO DE URGENCIAS. SIEMPRE ALERTA

A García Arellano, E Medina Turienzo, B Sánchez Hernandez, AC Tejero Luna, AC Sánchez Martínez, O Martorell Almu
Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra.

Palabras claves: cólico, pseudoaneurisma, peripancreático

Objetivos:

Presentamos el caso de una mujer de edad media que acude a urgencias por dolor en fosa renal. Refiere presentar, desde hace 24 horas, dolor en fosa renal derecha, tipo cólico, irradiado hacia línea media abdominal. El dolor se acompaña de cortejo vegetativo y disuria.

Material o pacientes y método:

La paciente responde bien inicialmente a la analgesia, pero presenta nuevo episodio de dolor intenso con cortejo vegetativo. Ante la ausencia de diagnóstico definitivo y persistencia de la clínica se solicita ecografía abdominal. Al hallar un proceso retroperitoneal de causa indeterminada se realiza TAC, objetivando, "pseudoaneurisma de la arcada duodenopancreática – mesentérica superior con hematoma secundario a rotura".

Resultados:

La paciente es trasladada al hospital terciario de referencia para control por parte de Cirugía Vascular. Inicialmente se intentó un abordaje mediante radiología intervencionista decantándose posteriormente por cirugía abierta para control del sangrado. Fue dada de alta aproximadamente quince días después sin complicaciones. El cólico renal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los Servicios de Urgencia, afectando a aproximadamente un 12% población. . Al evaluar un dolor en fosa renal, sobre todo izquierdo, debemos siempre recordar los aneurismas de aorta, especialmente en pacientes añosos con factores de riesgo cardiovascular. Los aneurismas de la arteria pancreático-duodenal son muy poco frecuentes, 2% de los aneurismas viscerales. Los pseudoaneurismas son más comunes y aparecen en el contexto de una pancreatitis o tras iatrogenia.

Conclusiones:

Ni las estadísticas ni la práctica clínica deben hacernos olvidar que, a veces, tras un motivo de consulta habitual y con consultas sucesivas a urgencias, se esconden verdaderos retos diagnóstico-terapéuticos.

P-561

CEFALEA Y ESTRÉS EMOCIONAL

I Corbacho Cambero, A Muñoz Galindo, R Herrero Antón, J García Criado, C Crespo Martínez, V Sánchez Moro, P García Herrero

Centro Hospitalario de Salamanca. Salamanca.

Palabras claves: cefalea, trombosis cerebral

Objetivos:

La trombosis venosa cerebral (TVC) es una entidad de presentación clínica variable (según edad, tiempo de presentación de síntomas y localización de lesión), inespecífica y subaguda en contexto de urgencias, hecho que dificulta su diagnóstico. Es infrecuente pero de repercusión clínica neurológica importante. La cefalea es el síntoma más común y primero en aparecer, generalmente difusa y subaguda, de intensidad variable y asociado, o no, a síntomas de focalidad neurológica.

Material o pacientes y método:

Varon de 50 años, alérgico a betalactámicos, Dislipémico y fumador activo. Refiere cefalea holocraneal, frontal, pulsátil, de inicio brusco hace dos días, sin impedir descanso nocturno y que aumenta con maniobras de valsalva. Posteriormente presenta disminución de agudeza visual bilateral de predominio izquierdo. Dos episodios similares previos hace 15 años y hace cuatro días que es diagnosticado como cefalea por estrés emocional (trámites de divorcio). Oftalmología descarta patología. Exploración física: constantes vitales normales. Hemianopsia homónima izquierda que respeta visión macular. Babinski izquierdo. Resto de exploración neurológica y por aparatos sin alteraciones. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación con valores en rango de normalidad, TAC craneal: Lesión hipodensa en sustancia blanca occipital derecha, no produce efecto masa sobre estructuras adyacentes ni obliteración de surcos. Tras administración de contraste no se observa realce de la lesión. Se objetiva falta de realce en seno venoso longitudinal superior con signo "delta" sugerente de trombosis venosa. Hallazgos sugerentes de infarto venoso occipital derecho como primera posibilidad. Aumento del grosor del segmento M1 de ACM izquierda de dudosa significación patológica. Paciente rechaza ingreso en neurología . Dos días después , persisten síntomas y acepta hospitalización.

Resultados:

Tras completar estudio: Infarto cerebral occipital derecho en territorio de ACP de origen indeterminado. Posible TVC del SLS. Tratamiento: Anticoagulación.

Conclusiones:

El diagnóstico precoz de La TVC es fundamental, ya que las alteraciones parenquimatosas y la progresión del trombo son potencialmente reversibles. Diagnóstico diferencial en pacientes que presentan cefalea, alteración del estado mental, convulsiones, síntomas neurológicos que no concuerdan con territorios arteriales.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-562

TUMORACIÓN CERVICAL

E Pérez García, S Sánchez Martínez, J Rodríguez Fernández,
M Sánchez Moreno

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras claves: tumoración, aneurisma, cervical

Objetivos:

En adultos la enfermedad del cuello generalmente es secundaria, extendida desde otro sitio, siendo el más importante el tracto aerodigestivo superior. Debe pensarse primero en patología neoplásica y luego benigna.

Material o pacientes y método:

Antecedentes: - Familiares: sin interés. - Personales: Trombosis de seno cavernoso a los 6 años. Mutación heterocigótica del gen de la protrombina y del gen de la homocisteína. - Tratamiento: acenocumarol. Enfermedad Actual y Exploración: Paciente de 17 años que acude a URG el 09/01/14 por presentar hace 48h tras golpe de tos tumoración latero-cervical que aumenta de forma progresiva. Niega traumatismo, fiebre o cuadro catarral en los días previos. Buen estado general, consciente, orientado, hemodinámicamente estable, TA 140/90, eupneico, sat 99% sin O2 suplementario, afebril. ORL: masa de consistencia firme a nivel de laterocervical izquierda. No adenopatías. ACR, Abdomen y MMII: sin hallazgos. Pruebas Complementarias: 1.- Analítica: Bioquímica: iones y función renal normales. Hemograma: leucocitos 18370, Hb y plaquetas normales. Coagulación: INR 2.31, TP 2.35, Dímeros D 3390, fibrinógeno 4.7. GSV: pH 7.42, pCO2 44.4, HCO3 28.7, láctico 1.9. 2.- EKG: ritmo sinusal a 100 lpm. 3.- Rx de tórax: sin hallazgos. 4.- Ecografía cervical: a nivel cervical izquierdo, se observa una masa ovoidea con evidente flujo arterial, la masa comprime y desplaza las estructuras adyacentes. 5.- Angio-TAC: imagen concordante con pseudoaneurisma de la pared anterior del trayecto medio de la ACI, con cuello estrecho de 8 mm y saco de 3 mm de eje máximo, unos 4 cm caudal a la bifurcación carotidea. Trombo mural concéntrico. 6.- Arteriografía Arteria Carótida: se observa la presencia de un pseudoaneurisma gigante en 1/3 medio de ACCI, naciendo en su cara anterior, con un cuello estrecho y midiendo entre 7-8 cm de longitud. Se observa estenosis grave de la ACCI en relación con disección espontánea sin afectar a la bifurcación carotidea.

Resultados:

Pseudoaneurisma gigante post-disección espontánea de arteria carotídea común izquierda.

Conclusiones:

A raíz de este caso cobra especial relevancia la valoración inicial en URG de las masas cervicales. Una anamnesis dirigida, haciendo hincapié en antecedentes y tratamientos, un examen físico detallado, la descripción y la localización de la masa ayudarán a planear los diagnósticos diferenciales.

P-563

IMPLEMENTACIÓN DEL USO DE INSULINA BASAL-BOLO-CORRECCIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA MÉDICA (UCE)

JA Montiel Dacosta (1), M Úbeda Pastor (2), S Bazaga (1), A Mauri Plana (1), A Grané (1), JM Guardiola Tey

(1) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, (2) Cap Horta 7D. Barcelona.

Palabras claves: insulin therapy, short stay unit, diabetes

Objetivos:

La hiperglucemia se asocia a peor pronóstico en diferentes patologías, desde el infarto agudo de miocardio hasta la enfermedad cerebrovascular, llegando a incrementar casi 10 veces el riesgo de muerte durante el ingreso en individuos no diagnosticados de diabetes previamente. Además, mejorar la hiperglucemia implica reducir la tasa de mortalidad, mejorar el pronóstico y el riesgo de complicaciones en los pacientes ingresados en hospitalización convencional.

Material o pacientes y método:

Se recogieron los pacientes que ingresaron en la UCE de forma consecutiva durante un período de 15 días en enero de 2015. Se analizaron los factores de riesgo cardiovascular, la existencia de diabetes y su tratamiento así como el uso de insulina basal-bolo-corrección en los pacientes diabéticos ingresados en la UCE.

Resultados:

Se analizaron 106 registros. La edad media de los pacientes fue de 75 años con una edad máxima de 102 años y una mínima de 23 años. Por género, 72 fueron mujeres y 44 varones. El 75% de los pacientes eran hipertensos y el 47% dislipémicos. De los pacientes analizados 33 (31,1%) eran diabéticos de los cuales sólo 23 recibían pauta de insulina en forma basal-bolo-corrección (63% de los pacientes con indicación de la misma).

Conclusiones:

El 37% de los pacientes diabéticos ingresados en nuestra UCE no recibía tratamiento de la hiperglucemia con insulina en forma basal-bolo-corrección. Estos resultados indican la necesidad de mejorar la formación del personal sanitario que atiende a estos pacientes con el fin de mejorar el pronóstico asociado a la hiperglucemia y realizar una nueva auditoría en 3 meses.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-564

HIPOTIROIDISMO SEVERO AUTOINMUNE

E Cañada Cañamra (1), N Martínez Navarro (1), JM Berrospi (2), L Marín Martínez (2)

(1) C.S. Cartagena-San Antón. Cartagena, (2) Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia.

Palabras claves: hypothyroidism, myxedema, thyroxine

Objetivos:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Material o pacientes y método:

Varón de 65 años que acude a urgencias por cuadro de astenia, debilidad, artromialgias y estreñimiento crónico de 2 meses de evolución. En los últimos días presentaba tendencia al sueño y dificultad para la articulación del lenguaje progresiva. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas, Hepatopatía alcohólica (sin informes confirmatorios). Niega tratamiento crónico. Temperatura:36.5°C, TA:100/55mmHg, FC:84, SatO2 (FiO2 21%):97%. Regular estado general. Eupneico en reposo. Piel pálida y fría. Deshidratación intensa y descamación mucocutánea. Voz ronca. Macroglosia, rasgos faciales toscos, aumento de partes blandas, edema palpebral. No bocio ni adenopatías. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos. Roncus bibasales de predominio derecho. Abdomen: Sin hallazgos patológicos. Neurológico: Destacaba lenguaje conservado, aunque bradilálico. Reflejos con disminución de la fase de relajación. Resto normal. Analítica urgente: Creatin-quinasa: 1061, glucosa:35, urea:68, creatinina:1.46, Ca:9.9, P:6.1, K:4.5, Na:145, GOT:14, GPT:35, GGT:14, Orina y sedimento: negativos. Hemograma: anemia normocítica, normocrómica. ECG urgente: Bigeminismo con extrasístoles ventriculares a 80 lpm, hemibloqueo de rama derecha, eje QRS desviado a la derecha, sin alteraciones de la repolarización. GAR: normal. Rx. Tórax: normal. Analítica planta: TSH:88.98, T4L<0.19, Colesterol:206, TG:372. Anticuerpos antiperoxidasa 40. ECG planta:Bigeminismo a 50lpm, hemibloqueo de rama derecha, eje QRS desviado a la derecha, sin alteraciones de la repolarización. Juicio clínico: hipotiroidismo severo autoinmune. Diagnóstico diferencial: crisis mixedematosa, feocromocitoma, síndrome neuroléptico maligno, toxicidad por anticolinérgicos, síndrome eutiroideo enfermo, hipotermia, etc.

Conclusiones:

Ante la sospecha clínica de crisis mixedematosa, evaluaremos siempre el nivel de consciencia, temperatura corporal, posibilidad de insuficiencia respiratoria global, alteración iónica por hiponatremia, así como posibilidad de alteraciones en el electrocardiograma. Es muy importante realizar cultivos e iniciar antibioterapia empírica, ante la posibilidad de infección como desencadenante del cuadro. El paciente permanecerá monitorizado en una UCI. Se instaurará tratamiento hormonal sustitutivo, sin esperar a la confirmación del déficit hormonal, con levotiroxina sódica iv., previa administración de hidrocortisona iv. ante la posibilidad de una insuficiencia suprarrenal asociada.

P-565

HEMORRAGIAS CEREBRALES MÚLTIPLES

B Ceballos Pérez, J Pelayo Lastra, H Solino Díaz, E Vázquez González, J Gutiérrez Sáinz, L Piedra Antón, S Sánchez Ortiz

Hospital Sierrallana. Torrelavega.

Palabras claves: hemorragias intracraneales, cavernomas, cefalea

Objetivos:

Los cavernomas son hamartomas vasculares benignos formados por espacios vasculares sinusoidales sin parénquima cerebral entre ellos. Su frecuencia real no es bien conocida debido a que en la mayoría de los casos cursan asintomáticos. Las crisis comiciales pueden ser la presentación clínica más habitual. La mayoría son de localización supratentorial y pueden ser únicos o múltiples.

Material o pacientes y método:

Se trata de una mujer de 78 años con antecedentes de HTA y DM tipo 2 que acude a urgencias por un primer episodio de crisis comicial con caída al suelo y TCE leve. Se realiza TAC craneal en el servicio de urgencias objetivándose hemorragias cerebrales múltiples. Posteriormente la paciente fue ingresada y se le realizó RMN confirmando la presencia de cavernomas cerebrales múltiples.

Resultados:

Dado que nuestra paciente clínicamente se encontraba estable, se decidió tratamiento conservador de las lesiones pudiendo ser dada de alta al cabo de 10 días de hospitalización.

Conclusiones:

La cavernomatosis cerebral es una entidad poco frecuente y en muchas ocasiones es infradiagnosticada ya que habitualmente cursa de forma asintomática. Ocasionalmente son las crisis comiciales que puede producir las que nos llevan a su diagnóstico. En nuestro caso la paciente tras sufrir un TCE leve tras una crisis comicial, tuvo múltiples pequeñas hemorragias cerebrales secundarias a rotura de los hamartomas.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-566

INCIDENCIA DE PATOLOGÍA BILIAR EN UN HOSPITAL COMARCAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DE 2014 A DICIEMBRE DE 2014

CA Sesam Méndez, KA Contreras Delgado, M Alonso,
E Gonzalo Aranda, C Jilaveanu, JL Andreu Berzosa,
A Racareanu

Hospital Ernest Lluch, Calatayud, Zaragoza.

Palabras claves: incidencia, vías biliares, patología biliar

Objetivos:

El estudio de la patología biliar, abarca una variedad de entidades, la litiasis biliar es una de las patologías más frecuentes del aparato digestivo. En España se han publicado estudios que la sitúan en un 9,7%. Es más frecuente en las mujeres (11,5%) que en los varones (7,8%). Los pacientes sintomáticos con litiasis biliar sin tratamiento tienen una mayor probabilidad de recurrencia de síntomas, así como de complicaciones como la colecistitis, pancreatitis o coledocolitiasis. Estudios recientes han demostrado un posible aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular en estos pacientes, que se observa con mayor frecuencia en jóvenes.

Material o pacientes y método:

92 pacientes constituyen el universo y es un estudio de tipo descriptivo.

Resultados:

La patología biliar de mayor incidencia es la colecistitis aguda con el 45.1%, seguido del colicólico biliar simple con 31.4%. En este caso la recurrencia de síntomas y complicaciones es de un 7.6%. Con una incidencia del 54.3% en mujeres, una media de 68,2 años en mujeres y 73,2 años en hombres.

Conclusiones:

En nuestra población se ha evidenciado una alta prevalencia de Colecistitis aguda mayor de la que plantean estudios nacionales, esto nos lleva a orientar la diferencia en datos por variación etaria, diagnóstico no temprano de la presencia de litiasis biliar y atención médica tardía, esto motiva a ampliar el estudio en función de las patologías prevalentes, diversidad por sexo y rango de edades.

P-567

**CRISIS RENOURTERALES.
NO SON TODOS LITIASIS RENALES**

L González Camacho, CI Alvarado Springer
Hospital del Henares. Coslada, Madrid.

Palabras claves: anticoagulación, hematoma, litiasis renal

Objetivos:

Presentamos un caso de crisis renourteral en relación con hematoma perirrenal

Material o pacientes y método:

Varón de 61 años que acude en el servicio de urgencia con dolor en fosa renal derecha de tipo cólico, irradiado a flanco abdominal derecho acompañado de náuseas sin vómitos y polaquiuria. Entre sus patologías crónicas destacan HTA, diabetes mellitus tipo II, hipercolesterolemia, hiperuricemia y cardiopatía isquémica crónica con IAM infero-posterior lateral en año 1994 donde se realizó fibrinólisis, además de Fibrilación auricular permanente y SAOS en tratamiento con CPAP. Seguía tratamiento antidiabético, antiolesteroléptico, antihipertensivo y anticoagulante. A su llegada a urgencia el paciente localizaba el dolor en flanco derecho, cuantificándolo con EVA 8/10, destacando a la exploración física: puñopercusión positiva, con palpación en dicha zona de una masa a la sólida. TA 155/100. En analítica de urgencias: hemoglobina de 10 coagulación, inr 3.45, creatinina 1.4, con resto de los parámetros en valores normales.

Resultados:

Ante la sospecha de patología aórtica aguda, se realizó TAC con el resultado: hematoma en la región posterior del riñón izquierdo, que se extiende por la grasa perirrenal anterior y posterior, a través de esta última distalmente hacia FID, observándose en la fase tardía alguna zona de mayor densidad en el espesor del mismo, sugestivo de sangrado activo. El paciente es derivado a centro de referencia de radiología intervencionista, con fines terapéuticos. Finalmente dada la estabilidad del paciente se opta por revertir anticoagulación y seguimiento. El hematoma cedió de forma espontánea sin necesidad de tratamiento invasivo.

Conclusiones:

Las complicaciones por tratamiento anticoagulante más importante son sangrado. El hematoma perirrenal es una complicación rara y no siempre indica patología renal subyacente. La presentación a veces simula un cólico renal. El tratamiento de elección en paciente con shock o con masa sólida es la nefrectomía. En caso de que el paciente se encuentra estable se puede optar por la reversión del tratamiento anticoagulante, el soporte transfusional y continuar con el seguimiento clínico y control de imágenes hasta su resolución que a veces puede necesitar hasta más de un año.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-568

**MANEJO DEL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS.
REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA**

V Morell Jiménez, I Peñuelas Calvo, J Sevilla Llewellyn-Jones
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: agitación psicomotora, urgencias médicas, diagnóstico diferencial

Objetivos:

Es frecuente la atención de un paciente agitado en urgencias, se trata de un cuadro potencialmente grave de consecuencias incluso fatales. La valoración del paciente agitado puede ser complicada, debido a la ausencia de una historia clínica completa y a la falta de cooperación del paciente haciendo que la labor médica sea difícil y en ocasiones se vea entorpecida a la hora de su atención. (Correas Laufer, 2009).

Material o pacientes y método:

Es necesario distinguir agitación de agresividad o violencia y a su vez de delirium. El delirium es un síndrome caracterizado por una alteración del nivel de conciencia y de la atención, así como de diversas funciones cognitivas, como la memoria, orientación, pensamiento, lenguaje o percepción. Tiene un comienzo agudo y un curso fluctuante debido a una disfunción cerebral global, resultantes de enfermedad neurológica, médica o de intoxicación o retirada de tóxicos. (Antón Jiménez, 2010). En los pacientes con enfermedad psiquiátrica, el riesgo de presentar una conducta violenta se incrementa significativamente por el consumo abusivo de sustancias tóxicas. (Citrome 1999).

Resultados:

La agitación psicomotriz puede obedecer a tres grupos fundamentales de causas que, jerárquicamente, por sus posibles repercusiones vitales, han de descartarse siempre en el siguiente orden: Delirium, trastornos psicóticos no asociados a delirium y Otros trastornos. (Menchón Magriñá, 1997).

Conclusiones:

La agitación es una urgencia hospitalaria frecuente, importante por sus posibles repercusiones orgánicas y de difícil manejo por las características de estos pacientes. Una buena evaluación del paciente (historia clínica, examen del estado mental, examen físico y neurológico, pruebas de laboratorio y otras pruebas diagnósticas) permite realizar un correcto enfoque causal, en el siguiente orden: delirium, trastornos psicóticos no asociados a delirium y otros trastornos.

P-569

GRANULOMATOSIS DE WEGENER

B Casado Ramón, AC Cabistany Esque, J Martínez,
D Lahoz Rodríguez, A Herrer Castejón
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: vasculitis, granulomatosis de Wegener, ANCA-c

Objetivos:

La granulomatosis de Wegener (GW) es una vasculitis granulomatosa sistémica que afecta primariamente al tracto respiratorio y riñones.

Material o pacientes y método:

Paciente con clínica inicial de polipos nasales, otitis.

Resultados:

Varón de 47 años que acude en una primera visita por pólipos nasales remitiéndose al otorrino de área. Al mes acude por otitis aguda de oído izdo. y otitis media serosa aguda de oído derecho remitiéndolo a su otorrino con tratamiento antibiótico. A las 3 semanas es visto por otitis media bilateral con parálisis facial izquierda grado IV realizándose miringocentesis de dicho oído, pautando tratamiento corticoideo y antibiótico para domicilio. 15 días después acude por cefalea, nalgia y parálisis facial periférica izquierda grado IV-V y derecha grado III, parálisis de cuerda vocal izquierda y disfagia, quedando ingresado. Tras un estudio exhaustivo, se descartan otras patologías (infecciosas, neoplásicas...) sugiriendo que el cuadro tiene una etiología autoinmune. Cumpliendo criterios de GW (el título elevado de c-ANCA junto con la existencia de marcadores subrogados de GW), en ausencia de biopsia positiva se consulta con unidad de enfermedades autoinmunes decidiendo iniciar tratamiento con metilprednisona y ciclofosfamida, mejorando el cuadro clínico y disminución de los niveles de c-ANCA.

Conclusiones:

El cuadro inicial de esta patología, poco específico, abre una amplia gama de diagnósticos diferenciales, sin embargo, la evolución y hallazgos de laboratorio nos llevan al cumplimiento de los criterios para el diagnóstico de GW. GW es una vasculitis necrosante de causa desconocida, que afecta a vasos de mediano y pequeño calibre. Se asocia a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA). Afecta más frecuentemente a los aparatos respiratorio y renal, y la característica anatomopatológica más relevante es la presencia de granulomas necrosantes. Su diagnóstico se establece con base a las manifestaciones clínicas, radiológicas, histopatológicas y marcadores bioquímicos. El tratamiento tiene dos fases: inducción a la remisión y mantenimiento. En la actualidad se cuenta con varias terapias efectivas: ciclofosfamida oral o intravenosa, glucocorticoides y otros inmunosupresores. El pronóstico es reservado y depende de la manifestación y tiempo de diagnóstico.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-570

¿UNA SIMPLE LUMBALGIA MÁS?

K Contreras Delgado, M Alonso Alcañiz, P Muñoz Cifuentes,
M Tejeiro Rico, C Sesam Mendez, L Rosado Mena,
J Andreu Berzosa

Hospital Ernest Lluch. Zaragoza.

Palabras claves: lumbalgia, páncreas, neoplasia

Objetivos:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Material o pacientes y método:

Paciente fememina de 37 años, acude a urgencias por cuadro de dolor lumbar, irradiado a ambos flancos, fijo, no modificable con movimientos y/o reposo, sin de clínica miccional ni digestiva. Previamente estudiada por dicho cuadro, con pruebas analíticas y de imagen (TAC abdominal normal, RM columna con leves cambios degenerativos L5-S1), refiere mejoría muy leve del dolor pese a analgesia habitual. Se realiza durante su estancia Rx lumbar, Ecografía abdominal y analítica general sin hallazgos de interés y se procede a alta domiciliaria con reajuste analgésico. A los 2 meses acude nuevamente por persistencia de dolor, encontrándose en dicho momento en seguimiento por servicio de Rehabilitación y traumatología, y en tto ocasional con opiáceos con mejoría parcial de clínica, es tratada con perfusión de dolor y posterior a mejoría, se procede a nueva alta. Retorna al día siguiente por referir que dolor se ha intensificado, ahora irradiándose a ambas fosas ilíacas, glúteos y zona de genitales. A la exploración física se evidencia aparición de hematomas en región de ambos glúteos y muslos, espontáneos, no objetivados en valoraciones previas. Dada persistencia de clínica pese a tto y nuevos hallazgos en exploración se decide ingreso en planta de medicina interna para continuar estudio. A los 5 días de ingreso, se realiza nuevo TAC toraco-abdomino-pélvico, evidenciándose masa tumoral de 48x42mm dependiente de cola pancreática, que engloba arteria esplénica y ángulo esplénico de colon, en adición se hallan nódulos hipodensos en hígado y bazo, sugiriendo origen de enfermedad a distancia.ID: Ca de Páncreas T4N1M1.

Conclusiones:

La incidencia mundial del cáncer de páncreas es de unos 110,000 con una mortalidad >90%. La cirugía es responsable de un 20% de la sobrevida a los 5 años, siendo solo de un 10-20% de estos resecables. Más de la mitad de casos se diagnostican habiendo ya existencia de metástasis a distancia. En la actualidad, una de las metas terapéuticas más importantes es el alivio sintomático para ofrecer mejor calidad de vida en los pacientes más avanzados, y gracias a la biología celular/molecular, cada día tenemos más alternativas para extender aún más el promedio de sobrevida de los pacientes afectados.

P-571

LA EPILEPSIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE

A Fournier Bedoya, MA Ochoa Rojas, C Cuartero Casín,
D Mejía Escolano, A Targoni Saleta, L Abad Polo,
E Blesa Clavero

Hospital San Jorge. Huesca.

Palabras claves: epilepsia, epidemiología, urgencias

Objetivos:

La epilepsia es uno de los trastornos neurológicos más frecuentes. Las crisis comiciales suponen entre el 0,3 y el 1,2 % de las consultas médicas en los Servicio de urgencias Hospitalarias. Es una patología potencialmente grave que requiere muchas veces atención urgente.

Material o pacientes y método:

Se revisan los pacientes atendidos en urgencias del Hospital San Jorge de Huesca durante el periodo comprendido entre 1 de enero 2014 y 31 de diciembre del 2014 y que fueron diagnosticados de epilepsia, crisis epiléptica, crisis convulsiva y estatus epiléptico en mayores de 14 años.

Resultados:

Se atendieron 32.978 pacientes en urgencias, 84 correspondían a crisis epilépticas (3,9%). No hay clara diferencia en la afluencia por meses o días de la semana pero sí es mas frecuente la afluencia en el turno de mañana. Tampoco hay diferencias según sexo pero si hay mayor frecuencia de presentación de crisis de 30 a 65 años. La causa mas frecuente de aparición de crisis fue en epilépticos conocidos. Un tercio de pacientes presenta algún factor de riesgo cardiovascular. En casi un 70 % de los pacientes no se encuentra factores predisponentes. Se realizó TAC en el 87 % de las crisis de novo. El tratamiento usado con mas frecuencia fue el Levetiracetam y un 25% de los pacientes requirieron ingreso.

Conclusiones:

La afluencia de pacientes con crisis es mayor en el turno de mañana. La edad de presentación más frecuente es de 30 a 65 años. Un tercio de los pacientes atendidos presentan factores de riesgo cardiovascular. En la mayoría de crisis de novo se realiza prueba de imagen. El tratamiento más utilizado en urgencias es el Levetiracetam. Una cuarta parte de los pacientes vistos por este cuadro precisaron ingreso.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-572

MIGRAÑA HEMIPLÉJICA NO FAMILIAR

MJ Rodríguez Lera, J Pelayo Lastra, H Solino Díaz,
E Vázquez González, S Sánchez Ortiz, L Piedra Antón,
B Ceballos Pérez

Hospital Sierrallana. Torrelavega.

Palabras claves: migraña hemipléjica, hemiplejía, cefalea

Objetivos:

La migraña hemipléjica es una entidad poco frecuente (1 entre 10.000) y que puede tener una presentación familiar o esporádica. Se caracteriza por un déficit motor asociado a otros síntomas del aura, siendo los más frecuentes los síntomas de la basilar (70%), trastornos sensitivos, visuales y del lenguaje. Las crisis graves pueden conllevar hemiplejía prolongada, confusión, coma, fiebre y convulsiones, y puede incluir síntomas y signos cerebelosos permanentes, y menos frecuentemente, epilepsia y déficit neurológico.

Material o pacientes y método:

Se trata de una mujer de 32 años con antecedentes de un episodio al año de migraña hemipléjica no familiar desde la infancia, embarazada de 38 semanas, que acude por episodios repetidos de hemiplejía izquierda asociada a lenguaje incoherente y cefalea de 24-48hr de duración que progresa con cefalea hem craneal derecha pulsátil, fotofobia, vómitos, hemiplejía izquierda y fiebre de 38° sin focalidad, que termina ingresando en UCI por crisis tónico clónicas generalizadas con periodo postcrítico con Glasgow <8 que requiere IOT+VM. En el TAC craneal se observa edema cerebral derecho.

Resultados:

Se realiza cesárea programada sin complicaciones, se inicia tratamiento con bolos de corticoides y antibioterapia de amplio espectro con buena evolución y desaparición de los síntomas total en control ambulatorio tras alta.

Conclusiones:

En este caso la sospecha diagnóstica se facilita por los antecedentes de la paciente. Se dificulta el tratamiento por el estado de gestación de la paciente. En los casos de MHF la transmisión es AD. Los tratamientos utilizados son los usados para otras variedades de migraña con aura excepto los triptanes que están contraindicados. El tratamiento preventivo se basa en el uso de antiepilépticos y en pronóstico en general es bueno.

P-573

TRATAMIENTO EXTRAHOSPITALARIO DE LAS CONVULSIONES CON BUCCOLAM

I Feliu Pérez, A Pau Massoni, D Denia Samper, O Marquina
Peralta, C Regordosa García, JP Fabregat Sanjuan

Institut Català de la Salut. Lleida.

Palabras claves: epilepsy, emergency treatment, pediatrics

Objetivos:

Las convulsiones son la urgencia neurológica más frecuente en pediatría. Aunque la mayoría de las veces cuando llegamos al domicilio los niños se encuentran en la fase poscrítica, en ocasiones puede tratarse de una urgencia vital, especialmente en las crisis prolongadas que conducen al status convulsivo. Existe una serie de cuadros clínicos que pueden ser confundidos con una crisis convulsiva, los más importantes son: síncope vasovagal, síncope febril, espasmos del sollozo, crisis de hiperventilación, vértigo paroxístico benigno, crisis histéricas, narcolepsia-cataplejía, trastornos del sueño, ataques de pánico, migraña, tics, disquinesias paroxísticas, distonías, mioclonías fisiológicas.

Material o pacientes y método:

A partir de revisión bibliográfica en distintas bases tipo MEDLINE, y con el protocolo de actuación de nuestras unidades realizaremos un algoritmo de actuación frente a las convulsiones en pacientes pediátricos. Mediante una serie de tablas se facilitará el método de control de las convulsiones más adecuado.

Resultados:

Buccolam actúa relajando la actividad eléctrica de las neuronas del cerebro que están provocando la crisis epiléptica y de esta manera consigue que ceda. Desde la mucosa de la cara interior de las mejillas, donde hay muchos vasos sanguíneos, Buccolam pasa directamente y de una forma rápida y uniforme a la sangre y de ahí al cerebro atravesando la barrera hematoencefálica y ejerciendo su función.

Conclusiones:

Stesolid y Buccolam tienen una serie de características en común y otras diferenciales que es importante que conozcas a la hora de elegir cual es el más recomendable usar.

- Stesolid: administración rectal (poco accesible en una convulsión) Dosis de 5 mg y 10 mg (poca variedad). Modo enema (difícil administración). Inicio de efecto variable (en minutos)
- Buccolam: administración en mucosa bucal (muy accesible). Dosis de 2,5 a 10 mg (amplia variedad). Modo jeringa sin aguja (fácil administración). Inicio de efecto rápido (en segundos).

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-574

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LAS HIPOGLUCEMIAS ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

E Rodríguez Adrada, C Domínguez Bernal, R Cuervo Pinto, FJ Martín Sánchez, D Chaparro Pardo, P Ruiz Artacho, JM González del Castillo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: hipoglucemia, urgencias, hipoglucemiantes

Objetivos:

Las hipoglucemias son un fenómeno poco estudiado en los servicios de Urgencias. Mayoritariamente son atendidas ambulatoriamente siendo escasas las que llegan, como motivo principal de consulta, a urgencias de un hospital terciario. Existen escasos datos epidemiológicos y protocolos de actuación diagnóstico-terapéutica a seguir.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de una serie de casos retrospectivo que incluye a todos los pacientes atendidos en los años 2012 y 2013 cuyo diagnóstico principal o secundario fue 'Hipoglucemia'. Se recogieron datos demográficos, clínicos, de tratamiento y resultado a corto plazo a través de un formulario estandarizado a partir de la Historia Clínica electrónica.

Resultados:

Se incluyeron 153 pacientes de los cuales 87(56,8%) fueron varones. La edad media fue 65,86 años (SD 23,6), y la comorbilidad 4,02 (SD 2,855). 122 pacientes (82,35%) eran diabéticos, mayoritariamente (77%) tipo 2. El 80,1% de los diabéticos tenían tratamiento previo con insulina (26,7% basal, 70,2% Basal-Bolo, 3,2% Insulina rápida), de ellos 35% tenían asociado algún tipo de ADO a la insulina. El 18,25% de los pacientes diabéticos estaban en tratamiento antidiabético oral exclusivamente. El 1,65% de los diabéticos carecía de tratamiento previo. De los ADOs los más frecuentes fueron Secretagogos (26,4%) y Metformina (23,5%). El 29,4% de los pacientes con antidiabéticos estaban tratados con la combinación de varios de ellos. El diagnóstico de Hipoglucemia fue primario en el 84,3% de la muestra. Preciso ingreso el 37,3%, con estancia media de 2,23 días (SD 5,79). La causa de hipoglucemia no se identificó en el 30,1%, siendo yatrogénico en el 19%, Déficit de ingesta en el 26,1% y otras causas en 24,8%. La mortalidad intrahospitalaria fue del 3,9% y al año del 17,6%.

Conclusiones:

La hipoglucemia es una entidad que se presenta en población mayoritariamente masculina, con una edad media avanzada, con comorbilidad elevada y en pacientes mayoritariamente diabéticos conocidos y en tratamiento previo con insulina como lo más frecuente. Los pacientes precisaron ingreso en un porcentaje muy elevado y la mortalidad al año fue importante falleciendo en dicho periodo el 17,6%.

P-575

DOLOR ABDOMINAL Y TROMBOSIS AGUDA DE ARTERIAL RENAL. CASO CLÍNICO

E del Hoyo Peláez, P Guallar Sola, L Lapuerta Irigoyen, A García Gil, A Martínez Gutiérrez

Gerencia Integrada de Soria. Soria.

Palabras claves: abdominal pain, thrombosis, infarction

Objetivos:

La trombosis de la arteria renal es una entidad relativamente poco frecuente que conviene tener en cuenta en el paciente con dolor abdominal de comienzo brusco.

Material o pacientes y método:

Paciente varón que acude a urgencias por dolor abdominal de 24h de evolución irradiado a flanco izquierdo, intenso y continuo, sin cortejo vegetativo, sin fiebre, constantes TA 135/75, Temperatura 37,4. Exploración física: a nivel abdominal dolor a la palpación en hemiabdomen izquierdo, sin signos de irritación peritoneal, PPRI-/+, Blumberg-.

Resultados:

Análisis de sangre: leucocitos 11.91, seg 88.4%, glucosa 136, urea 50 mg/dl, creatinina 1.53 mg/dl, GOT 58 U/l, GPT 44U/l. PCR: 29 mg/l. Sedimento de orina: Anodino. RX abdomen: gas en colon, asas de delgado. Se plantea diagnóstico diferencial de patología intestinal, renal o vascular, realizándose ecografía abdominal que muestra un riñón derecho atrófico con algún quiste, izquierdo hipotrófico con quistes sinusales, no líquido libre. Resto sin hallazgos. TAC abdominopélvico con contraste evidenciando un área hipodensa en riñón izquierdo sin efecto masa sugestiva de infarto renal con cambios de densidad en arteria renal sugestivos de trombosis distal de la misma. Riñón derecho atrófico con quistes corticales y sinusales.

Conclusiones:

La trombosis arterial renal aguda es una obstrucción súbita y grave en donde se ve afectado el flujo sanguíneo a nivel renal que se manifiesta con hipertensión arterial mantenida y con insuficiencia renal aguda en el caso de no tener un segundo riñón funcional. La embolia de arteria renal cursa con dolor abdominal o en flanco o dorsolumbar con o sin hematuria. Puede originarse por traumatismos, cirugía, cateterismos, patología cardíaca (estenosis de válvula mitral, arritmias) o trastornos de la coagulación. Su diagnóstico exige pruebas de imagen, ecografía y/o TAC abdominal, RMN de arteria renal, arteriografía renal y gammagrafía renal. El tratamiento se basa en el de la causa, así como, de la insuficiencia renal aguda pudiendo optar inicialmente por medidas conservadoras permitiendo la reabsorción espontánea según el grado de obstrucción o comenzando con tratamiento fibrinolítico y/o anticoagulantes. En algunos casos es posible la reparación quirúrgica por inserción de catéter en arteria renal.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-576

CEFALEA ORGÁSMICA

E García Noeda, R Rodríguez Alonso, A Díez Bermúdez,
JR Casal Codesido, M Fernández Rivas, L Bendek Quevedo
Hospital del Bierzo. Villafranca del Bierzo, León.

Palabras claves: sexual headache, orgasmic headache, coital headache

Objetivos:

La cefalea sexual verdadera está en relación con el orgasmo y es el tipo más frecuente de cefalea que tiene que ver con la actividad sexual. Se produce en el momento o inmediatamente antes del orgasmo (como consecuencia del coito o de la masturbación). Es más frecuente en hombres (80%), siendo la edad media de comienzo alrededor de los 40 años (límites 19-58 años), coincidiendo con la época de mayor actividad sexual de los individuos. Es un dolor de localización bilateral en 3 de cada 4 pacientes y hemi-craneal en el restante. Su duración oscila entre 1 min y 6 días. Es frecuente que se acompañe de síntomas de corte migrañoso, tales como náuseas y fono y fotofobia, y es descrita como un dolor intenso y habitualmente pulsátil.

Material o pacientes y método:

Varón 39 años, sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de urgencias por presentar segundo episodio de cefalea posterior intensa gravativa-punzante, lateralizada a la derecha, de horas de duración, en relación con actividad sexual (preorgasmo). No presenta sintomatología migrañosa acompañante, ni mareos ni inestabilidad postural funcional. La exploración física es anodina y el TC craneal de urgencias es normal.

Resultados:

El paciente es dado de alta asintomático tras analgesia iv y derivado al servicio de neurología de forma preferente para completar estudio.

Conclusiones:

Al igual que ocurre con otras cefaleas primarias relacionadas con tos o ejercicio físico, es necesario realizar estudios de neuroimagen para descartar patología intracraneal, principalmente cefalea centinela de la hemorragia subaracnoidea y proceso expansivo intracraneal. El tratamiento preventivo de elección para la cefalea sexual son los fármacos betabloqueantes, que son eficaces en torno al 80% de los pacientes. Para casos resistentes, efectos secundarios (disfunción eréctil) o con contraindicaciones al tratamiento con betabloqueantes, podemos emplear la indometacina en dosis de entre 50- 150 mg/día inmediatamente antes del acto sexual. Dado que el riesgo de recurrencia de esta cefalea es elevado los días inmediatamente posteriores a uno de los ataques de dolor, parece razonable aconsejar abstinencia sexual a ser posible durante varias semanas. En caso de coito, se aconseja desempeñar un papel lo más pasivo posible.

P-577

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR COMPLICACIONES AGUDAS METABÓLICAS DE LA DIABETES. ¿QUÉ ENTIENDEN LOS PACIENTES SOBRE LOS EPISODIOS DE ATENCIÓN EN URGENCIAS?

A Hernández Marcos (1), M Ruiz Felipe (2), B Sierra Bergua (3),
M Trivez Valiente (4), M Rubio Gómez (5), R Montoya Sáenz (6),
S Trueba Insa (6)

(1) C.S. Delicias Norte, (2) C.S. Valdefierro, (3) HCU Lozano Blesa,
(4) C.S. Delicias Sur, (5) C.S. Delicias Norte, (6) C.S. Bombarda.
Zaragoza.

Palabras claves: diabetes, hiperglucemia, urgencias

Objetivos:

Las complicaciones de la diabetes son motivo frecuente de consulta en Urgencias. Se relacionan con mayor morbimortalidad, costes y estancia hospitalaria. El análisis de dichas complicaciones se realiza, de forma habitual desde el punto de vista del clínico, dejando en un segundo plano la percepción del paciente que a nuestro juicio, tiene importante peso específico.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico principal al alta de hiper-hipoglucemia y diabetes descompensada atendidos en Urgencias Hospital Clínico Zaragoza en 2014. Realización de una encuesta telefónica al paciente de 13 preguntas sobre el episodio de asistencia a Urgencias. Análisis SPSS.

Resultados:

N: 221. Varones 51,1%. Edad media 65,6 ($\pm 17,8$). DM-1 15,8%, DM-2 72,4% y 11,8% sin diagnóstico. Tratamiento previo: insulina 42,1% (bolo-basal 30,8% y mezclas 15,4%), antidiabéticos orales 25,3%, sin tratamiento 13,6%. Los síntomas de urgencia más frecuentes: neurovegetativos (29%) e hipo- hiperglucemia en glucómetro (15,4% y 19,5% respectivamente). Se realiza glucemia capilar al 90,5%. Se consulta HbA1c 13,6%. Destino: 76,5% domicilio, ingresan 22,2%. Al alta destacan los diagnósticos de DM descompensada 55,7% e hipoglucemias por insulina 17,6%. Encuesta telefónica: 169 pacientes. Al preguntar el motivo de asistencia Urgente predomina el hallazgo de hiper-hipoglucemia en glucómetro 36,7% y síntomas neurovegetativos 32,5%. El 42% fueron remitidos por MAP y recuerdan la realización de BMtest al 89,3%, analítica 89,9% y tratamiento con fluidoterapia 82,8%. El 49,7% entendieron los cambios desde Urgencias. No se modificó tratamiento al 52,7%. A un 53,8% no les indicaron medidas higiénico-dietéticas. Los pacientes tratados previamente con insulina no se modificó la pauta en un 63,9%, tampoco a los que tomaban antidiabéticos (68,2%). Destaca la introducción de antidiabéticos 5,4% e insulina 4,8%. Derivados al alta a MAP 50,3%.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

Conclusiones:

El mal control glucémico preocupa al paciente diabético y al médico. En la mayoría de los casos estas complicaciones se suelen resolver desde Urgencias. Los pacientes entienden los cambios realizados aunque existe una inercia de no modificar el tratamiento inicial. El médico de primaria suele ser el que maneja la derivación a Urgencias y el posterior seguimiento.

P-578
LESIONES CUTÁNEAS COMO SIGNO DE ALARMA NEOPLÁSICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M Soler Pérez (1), ZJ Adón (1), D Ferreras Gascó (2), M España Arita (1), S Nuggerud Galeas (1), P Valdrés Carroquino

(1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, (2) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: lesiones cutáneas, neoplasia

Material o pacientes y método:

INTRODUCCIÓN: Las metástasis cutáneas procedentes de neoplasias viscerales son infrecuentes. Es la primera manifestación de una neoplasia en un 0,8% y se asocian a un pronóstico infausto. Se presenta un caso donde el motivo de consulta fue endurecimiento con lesión descamativa, eritematosa, dolorosa y caliente en cuello desde hacía 15 días que requirió múltiples visitas a la urgencia de un hospital terciario asociado a clínica de astenia y malestar general, diagnosticando contractura muscular en varias ocasiones. **DESCRIPCIÓN:** Varón de 35 años, sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas. Antecedentes: Hidrocefalia, Meningoencefalitis, LLA aguda infantil. En tratamiento con Depakine y Diazepam 2.5 mg. Acude a urgencias por astenia progresiva, dolor abdominal cólico de predominio postprandial, náuseas, hiporexia, fiebre de 38 grados y sensación de masa dolorosa en zona laterocervical izquierda. Exploración física y prueba complementarias: Se palpa lesión dolorosa en zona laterocervical posterior izquierda adherido a planos profundos. Ecografía de cuello: Sin interés diagnóstico. TC cervico-torácico: Adenopatías de hasta 12 mm en triángulo posterior izquierdo por densidad de partes blandas que infiltra planos grasos y musculares, englobando estructuras vasculares que se extiende desde C3 hasta hueco supraclavicular. **EVOLUTIVO:** Analíticas: dentro de valores de referencia. Ingresó en medicina interna para estudio. RMN: Masa infiltrativa inflamatoria del plano profundo de tejidos blandos. Afectación muscular. TAC toraco-abdominal: Tumoración epigástrica que se extiende a eje mesentérico desplazando curvatura menor gástrica y fundus gástrico. Mala definición del páncreas que igualmente se encuentra infiltrado. Infiltración retroperitoneal de tronco celiaco, arteria mesentérica superior y pedículo renal. Biopsia de lesión clavicular: Metástasis probable origen gástrico. Ingresó en la planta de oncología para control sintomático, presentó fallo multiorgánico y falleció.

Conclusiones:

La metástasis cutáneas en una determinada región anatómica depende de la vía de diseminación, adherencia al tejido diana y cantidad de células neoplásicas circulantes. Suelen localizarse en pared abdominal anterior con una supervivencia entre 3 y 6 meses. La incidencia de metástasis cutáneas en los carcinomas de tracto digestivo superior se consideran < 1%, aunque en ocasiones pueden ser el signo de presentación. El cáncer gástrico es el tercero en presentar lesiones cutáneas, después del cáncer de mama y pulmón.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-579

HEMOSUCCUS PANCREATICUS: CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA INTERMITENTE

F Oltra Hostalet, M Portillo Cano, M García Sánchez,
C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Palabras claves: HDA, hemosuccus pancreaticus, pancreatitis crónica

Objetivos:

Con el término *hemosuccus pancreaticus* se denomina genéricamente la pérdida de sangre por el conducto de Wirsung y su exteriorización a través de la ampolla de Vater. Constituye, por tanto, una causa rara de hemorragia digestiva alta (HDA) intermitente. Esta forma de sangrado digestivo se presenta con una prevalencia de 1/1.500 hemorragias del tracto digestivo superior de cualquier etiología.

Material o pacientes y método:

Se presenta el caso un paciente de 54 años, con antecedentes personales de enolismo crónico, pseudoquistes en cola pancreática en seguimiento por digestivo, y hepatopatía crónica enólica, que consulta en urgencias por cuadro de dolor epigástrico opresivo, irradiado en cinturón hacia espalda, junto con náuseas y un episodio de vómito, y episodios intermitentes de rectorragia. Se le realiza TAC de abdomen cuyos hallazgos plantean la posibilidad de un sangrado activo, aparentemente en relación con la arteria esplénica sobre el pseudoquiste.

Resultados:

Un 75–90% de los casos de *hemosuccus pancreaticus* se presentan como complicación de una pancreatitis crónica, y en más del 95% la causa determinante es un pseudoaneurisma de la arteria esplénica (60–70%), seguida por la arteria hepática común y la mesentérica. Para diagnosticar la causa se practica tomografía computarizada con contraste intravenoso, que informa de las características anatómicas del páncreas y de la arteria. La prueba más específica para la valoración de la causa del *hemosuccus pancreaticus* es la arteriografía del tronco celíaco y de la esplénica que documenta la lesión y su topografía. En nuestro caso, tras la realización de ésta se selló la extravasación a través del implante de stent recubierto, sobre segmento medio de arteria esplénica.

Conclusiones:

En un paciente con cuadro de pancreatitis crónica, con presencia de pseudoquiste pancreático y cuadros de hemorragia digestiva alta intermitente y gastroscopia sin incidencia, deberíamos considerar la realización de TAC de abdomen con contraste, para valorar otras posibles causas de HDA.

P-580

ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE UN AÑO

M Bastarós Bretos, J Navarro Calzada,
A Hernández Marcos, R Estelles Fernández,
R Montoya Saenz, I de los Mártires Almingol

Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Palabras claves: encefalopatía, hipertensión, intravenoso

Objetivos:

La EH se define como un aumento considerable y repentino de la presión arterial (PA) acompañado de clínica neurológica y que se resuelve tras la reducción progresiva de las cifras de PA. El diagnóstico se realiza por exclusión de otros procesos neurológicos. A su vez, deben descartarse otras causas como la encefalopatía hepática, renal y las alteraciones hidroelectrolíticas. En cuanto al tratamiento, los fármacos más recomendados son: labetalol, urapidilo y nitroprusiato por vía intravenosa inicialmente. Esta emergencia hipertensiva requiere de un diagnóstico y tratamiento precoz y efectivo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en Urgencias con EH desde el 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2014.

Resultados:

11 pacientes fueron atendidos por una EH siendo la media de edad de 82 años. 2 fueron hombres (18,18%) y 9 mujeres (81,8%). 11(100%) presentaron clínica neurológica siendo la media de las cifras de TA a su llegada de 221/106. Se administró captopril vía oral a 3 pacientes (27,27%), captopril vía oral y furosemida intravenosa a 3 (27,27%), furosemida intravenosa a 1 (9,09%), lorazepam sublingual a 1(9,09%), labetalol intravenoso a 1 (9,09%) y urapidilo intravenoso a 2 pacientes(18,18%). El TC cerebral se realizó en los 11 pacientes (100%). En todos ellos las analíticas realizadas no mostraron alteraciones. 9 pacientes (81,81%) presentaron mejoría tras el tratamiento administrado, 1 paciente (9,09%) no presentó mejoría y en un sólo caso (9,09%) se desconoce si se obtuvo ó no mejoría. La media de las cifras de TA que presentaron los pacientes a su salida de Urgencias fue de 150/73.

Conclusiones:

Tras el análisis de los resultados obtenidos podemos concluir que todos los pacientes que presentaron cifras altas de tensión arterial acompañado de clínica neurológica fueron diagnosticados correctamente en Urgencias. Sin embargo, el principal problema se identificó en relación a la vía de administración del tratamiento y la elección del mismo, no siendo identificable (en una minoría de casos) la mejoría de la sintomatología en el momento del alta hospitalaria.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-581

LA TENSIÓN EN LA URGENCIA

C Rivilla Duce, J Sánchez Lopez, IM Fernández Guerrero,
AL Mora Gómez, E Barbero Rodríguez, EM Jiménez González,
JA Herrador Lindes

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Palabras claves: hipertensión, tratamiento, urgencias médicas

Objetivos:

La hipertensión arterial (HTA) representa un FRCV en un alto porcentaje de pacientes atendidos en urgencias (SUH), pero a su vez, puede ser motivo de consulta por sí misma.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo prospectivo de población general atendida en un SUH (n=10.904 pacientes) –PGr- y su comparación con dos grupos específicos: dolor torácico (n=586) –PDT- y FA (n=1644) –PFA-.

Resultados:

La prevalencia de HTA: PGr 20,2%, PDT 68% vs PFA 75% ($p<0,001$), con edades respectivas de 68, 71 y 78 años y claro predominio femenino ($p<0,001$). Análisis las cifras de TA registradas: TA normal 53,23%, HTA-ligera 25,33%, HTA-moderada 13,12%, HTA-grave 8,32%. El 1,4% refieren –área de clasificación- anomalías de la TA o sospecha. Este motivo era más frecuente en mujeres (60%), edad media 69 años (vs 50 años de la población total), se conocían hipertensos 86,7%. Diagnósticos al alta CIE9-m: Crisis hipertensiva 437.2 (1,2% -130 pacientes-), Hipertensión arterial 401.9 (0,4% -42 pacientes-). Cuando el diagnóstico al alta era crisis hipertensiva el 87,7% tenían el antecedente de HTA vs 95% para "HTA no controlada". Los demás diagnósticos estaban representados mayoritariamente por el "EAP caliente". El 32% venían derivados de otro nivel asistencial. En su abordaje diagnóstico / terapéutico se realizó: ECG (87%), analítica (30%) y Rx tórax (26%), tratamiento farmacológico: ninguno (20%), oral (68%), im/sc (16%) y otro 16% iv (Furosemda, NTG y labetalol). El 28 % se resolvió en un solo acto médico, un 5,3% requirió interconsulta especializada y solo el 2% ingreso hospitalario.

Conclusiones:

Una gran proporción de pacientes que acuden (SUH) con/por elevación de las cifras TA, son pacientes ya diagnosticados y con regular control, la mayoría podrían haber sido abordados en el medio extrahospitalario. Es crucial reconocer la urgencia y emergencia hipertensiva, abordar la afectación de los órganos diana, copatología y situación clínica general, con planificación de un seguimiento ambulatorio (AP, unidades de HTA u otras consultas especializadas).

P-582

ÍNDICE DE CHARLSON EN LOS PACIENTES EPOC

C Aubertt, F Dotel, P Gargantilla, N Arroyo, P Montalva, E Klar,
E Mora

Hospital de El Escorial. Alpedrete. Madrid

Palabras claves: EPOC, índice Charlson, comorbilidad

Objetivos:

El índice de Charlson relaciona la mortalidad a largo plazo con la comorbilidad del paciente. En general, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 punto, baja 2 y alta 3.

Material o pacientes y método:

Se han analizado el índice de Charlson en 100 pacientes EPOC que acudieron a Urgencias.

Resultados:

La edad media de los pacientes fue de 77.2 años, el 71% de los pacientes tenía más de 70 años, el 52.6% eran varones y el 47.4% mujeres. El índice de Charlson fue de 3.1, siendo de 3.6 en el grupo de pacientes mayores de 70 años. En este subgrupo etario el índice de Charlson más frecuente fue la demencia, mientras que en el grupo de menos de 70 años fue la insuficiencia cardiaca.

Conclusiones:

1. Debemos de usar el índice de Charlson en los pacientes EPOC para calibrar la comorbilidad. 2. El índice de Charlson aumenta con la edad y la comorbilidad es diferente en este grupo.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-583

DEBUT DIABÉTICO EN VARÓN DE 35 AÑOS TRAS LA TOMA DE ESTEROIDES ANABOLIZANTES

J Andreu Méndez, P Ruano García, M González Tejera
Hospital General Universitario de Elche. Elche.

Palabras claves: diabetes mellitus, methandrostenolone, polyuria

Objetivos:

Hombre de 35 años de edad que refiere poliuria, polidipsia, nicturia y pérdida de 9 kilos de peso desde hace 2 semanas aproximadamente, relacionándolo con la toma de metandrostenolona y compuestos derivados de la testosterona.

Material o pacientes y método:

Hombre de 35 años de edad que refiere poliuria (70-80 veces al día), polidipsia, nicturia y pérdida de 9 kilos de peso desde hace 2 semanas aproximadamente, relacionándolo con la toma de Metandrostenolona y otros compuestos derivados de la testosterona. Se realiza dextros en box de urgencias que muestra un HI. A la exploración física no se encuentran hallazgos significativos. Se solicita electrocardiograma, analítica sanguínea con determinación de coagulación, sedimento y bioquímica urinarias, gasometría venosa, tóxicos en orina y radiografía de tórax.

Resultados:

En la analítica sanguínea se objetiva una Glucemia de 500 mg/dl, con resto de parámetros en rango de normalidad, sin presencia de cuerpos cetónicos en la orina. La gasometría venosa se encuentra en rango de normalidad, así como el estudio de coagulación, el electrocardiograma y la radiografía de tórax. No se detectan tóxicos en orina.

Conclusiones:

Se inicia fluidoterapia e insulinoterapia en perfusión intravenosa con muy buena respuesta y descenso de las cifras de glucemia hasta 150 mg/dL. Se ingresa en servicio de Endocrinología para ajuste de tratamiento insulínico, control glucémico e inicio de educación diabetológica básica. A los 3 días es dado de alta con diagnóstico de hiperglucemia simple no cetósica no acidótica y debut diabético pendiente de filiación.

P-584

NO TODAS LAS DISARTRIAS SON ICTUS

E García Noeda, R Rodríguez Alonso, A Díez Bermúdez, JR Casal Codesido, M Fernández Rivas, L Bendek Quevedo
Hospital del Bierzo. Villafranca del Bierzo. León

Palabras claves: dysphasia, dysarthria, post stroke epilepsy

Objetivos:

La alteración aguda del lenguaje es un signo altamente sugerente de patología cerebrovascular, sobretodo en pacientes ancianos, pero también puede ser consecuencia de una descarga paroxística neuronal. Las manifestaciones clínicas de las crisis comiciales son más sutiles en ancianos, lo que hace que sean infradiagnosticadas o confundidas con síncope o fenómenos isquémicos cerebrales.

Material o pacientes y método:

Mujer de 78 que acude a urgencias por episodio de dificultad del habla y atenuación del nivel de conciencia de menos de una hora de evolución. Antecedentes personales: DM2, HTA, AIT carotideo izquierdo hace menos de un año (con fibrinólisis), Ateromatosis moderada TSA. La exploración física resulta anodina y el TC craneal no presenta patología aguda. La paciente es trasladada al servicio de Neurología y presenta, durante las primeras 48 horas, varios episodios fluctuantes de bloqueo del habla con alteración del nivel de conciencia breve y cuadro confusional posterior, de pocos minutos de duración. Se repite Tc craneal y angio- RM intracraneal, con hallazgos de patología crónica. Se realiza EEG donde se objetiva una lentificación difusa leve. Tras iniciarse tratamiento anticomitial con Levetiracetam, no vuelve a presentar ningún nuevo episodio en relación con crisis comicial.

Resultados:

Los cuadros confusionales y los episodios de disfasia de repetición estaban relacionados con crisis focales, controladas actualmente con dosis de levetiracetam 2500 mg diarios.

Conclusiones:

La causa de una primera crisis epiléptica en una persona mayor de 60 años es un ictus en más de un 30% de los casos. En general, un 10% de los pacientes que ha sufrido un ictus presentará una crisis epiléptica. Las crisis precoces (o provocadas) son las que ocurren en las dos primeras semanas del ictus. Aquellas que aparecen después de este período se denominan tardías, y ocurren entre los 6 a 12 meses post-ictus, con un riesgo de recurrencia muy alto, de hasta un 90%. Ante un trastorno agudo del lenguaje en anciano, siempre debemos plantearnos en el diagnóstico diferencial la etiología epileptógena.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-585

ANGIOEDEMA GRAVE DE VÍA AÉREA POR IECA/IDPP-4 TRATADO CON ICATIBANT: SERIE DE CASOS

M Garmendia Zallo, A Collado Prada, B Sáinz Berrio,
G Moreno Basarrate, A García de Vicuña Meléndez,
L Cortón Corral, L López Roldán

Servicio de Urgencias Generales.

Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo.

Palabras claves: angioedema, ieca, Icatibant

Objetivos:

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) y los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (IDPP-4) pueden producir como efecto adverso angioedema mediado por bradicinina. Por lo general afecta a cabeza, cuello, cara, labios, y hasta en un 10% de los casos hay afectación laríngea.

Material o pacientes y método:

Se trata de pacientes tomadores de IECA y/o IDPP-4, que acuden a Urgencias de junio 2012 a marzo 2015 por angioedema de vía aérea superior (disfonía, disnea, disfonía y/o sensación de cuerpo extraño faríngeo), objetivado por una exploración realizada por médico especialista en otorrinolaringología, incluida laringoscopia indirecta, y son tratados con Icatibant. Se mantienen posteriormente ingresados o en observación durante un mínimo de 24 horas.

Resultados:

Diez pacientes han presentado angioedema de vía aérea superior en contexto de tratamiento por IECAs y/o IDPP-4 y han sido tratados con Icatibant. Ocho varones y dos mujeres, de 53 a 83 años, seis recibían enalapril, dos quinacril, uno ramipril y otro vidagliptina (asociado a candesartán). Todos los casos fueron inicialmente tratados con corticoterapia sistémica y antihistamínico, y cuatro con adrenalina. Ninguno de ellos mejoró tras dichos tratamientos. Dos pacientes precisaron intubación orotraqueal, uno de forma profiláctica para evitar obstrucción de vía aérea, y otro en el contexto de parada cardiorrespiratoria por hipoxemia secundaria al edema. Todos los pacientes presentaron mejoría en las primeras 4h tras tratamiento con Icatibant subcutáneo, y estaban asintomáticos tras 24 horas del mismo, sin efectos adversos reseñables. Los Diez pacientes han sido posteriormente estudiados por Alergología, y etiquetados de angioedema mediado por bradicinina secundario a toma de IECAs/IDPP-4.

Conclusiones:

El acetato de Icatibant ha resultado eficaz y bien tolerado en los casos descritos de angioedema de vía aérea superior por IECAs/IDPP-4.

P-586

INFLUENCIA DE LA HIPERGLUCEMIA SOBRE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

MC Lahoza Pérez), I Murillo Díaz de Cerio,
M Jordán Domingo, M Martínez Díez, C Baquer Sahún,
JA Gimeno Orna, D Sáenz Abad

Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: hiperglucemia, mortalidad, pronóstico

Objetivos:

Numerosos estudios apuntan que la hiperglucemia es un determinante pronóstico de la enfermedad aguda. Se asocia a mayor tasa de reingresos, infecciones, estancias en UCI y finalmente mayor mortalidad. La asociación es significativa tanto en pacientes diabéticos como en pacientes con hiperglucemia sin diabetes conocida. Es esencial prestar atención a la hiperglucemia del paciente hospitalizado dado que alcanzar los objetivos de control glucémico recomendados mejora el pronóstico del paciente.

Material o pacientes y método:

Estudio caso-control. Se seleccionaron como casos todos los pacientes fallecidos en el hospital entre el 1 de Julio y el 31 de Diciembre de 2014. Se eligieron como controles pacientes dados de alta durante el mismo periodo emparejados por edad. El punto final clínico fue la mortalidad intrahospitalaria. Se consideró hiperglucemia un valor de glucemia plasmática >200 mg/dl. Se evaluó su influencia sobre la mortalidad con regresión logística multivariante. Se calcularon las fracciones atribuibles de riesgo en expuestos y en la población global.

Resultados:

Se incluyeron 1297 pacientes (650 casos y 647 controles). Presentaron hiperglucemia 171 pacientes (13,2%). Los pacientes con hiperglucemia tenían mayor frecuencia cardíaca (93 vs 88, $p=0,015$), mayor cifra de hemoglobina (12,6 vs 12,1 g/dl, $p=0,008$) y leucocitos (13418 vs 11643, $p=0,018$), peor filtrado glomerular (50 vs 58,6 ml/min/1,73 m², $p<0,0001$) y menores saturación de O₂ (91,8 vs 93,5, $p=0,002$) y pH (7,34 vs 7,39, $p<0,0001$). En análisis ajustado para edad, sexo y presencia de diabetes, la hiperglucemia incrementó el riesgo de mortalidad (OR=1,71, IC 95% 1,19- 2,45, $p=0,004$) con fracción atribuible en expuestos de 35,7% y en la población total de 6,2%. Tras ajuste multivariante hubo atenuación del riesgo (OR=1,26, IC 95% 0,73-2,2, $p=ns$). En análisis multivariante considerando la glucemia como variable cuantitativa el incremento de riesgo quedó en el límite de la significación (OR(1mg/dl)=1,003, IC 95% 1-1,006, $p=0,08$).

Conclusiones:

La presencia de hiperglucemia sirve como marcador de incremento de mortalidad intrahospitalaria.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-587

**COMPLICACIONES DIABÉTICAS AGUDAS:
¿QUÉ HIPERGLUCEMIA TRATAMOS?**

JC Montalva Barra, J Millán Soria, A Torregrosa Sanchis,
J González Carbonell, JJ Soler Ibernón, A Beltrán Sánchez,
C Tormo Martí

Hospital Universitario Lluís Alcanyis. Xàtiva.

Palabras claves: diabetes mellitus, hiperglucemia, tratamiento

Objetivos:

La prevalencia de complicaciones diabéticas en nuestro hospital supone un 4 % de todas las urgencias por lo que dado que no sabemos realmente estadiaje de dichas hiperglucemia nos proponemos valorar si precisa tratamiento y que tipo de hiperglucemia nos encontramos.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en el ámbito de urgencias hospitalarias recogiendo la muestra mediante acceso a historia informatizada Mizar y análisis estadístico mediante SPSS 22.0.

Resultados:

De las 191 urgencias atendidas en nuestro servicio de las que 12 fueron atendidas en 2 ocasiones el 51.83% fueron hombres con resto mujeres con una edad media de 61.57 años de edad y en el 39.79% de los casos atendidos lo fueron por descompensación hiperglucémica NO cetósica, 10.47% cetoacidosis metabólica y en un 4.72% se trató de debuts diabéticos. 21.98 % se asociaron a cuadros agudos del tipo de la diarrea o los vómitos Comorbilidades encontradas : enfermedad macrovascular en 28.79% y microvascular en 13.61% , 53.92% eran hipertensos conocidos y tratados con al menos 2 fármacos y en el 23.78 % dislipémicos con estatinas El 50.78% de los paciente requirieron ajuste de tratamiento al alta de los que 35 % fueron de insulinización mal seguida Destino de los pacientes tras atención en Urgencias : 40.83% se remitieron a primaria, 20.41% se ingresaron en Unidad Corta Estancia o Medicina Interna y sólo el 7.32% se derivó a Endocrinología posteriormente.

Conclusiones:

La alta prevalencia de complicaciones metabólicas por descompensación diabéticas y la peligrosidad de sus consecuencias en nuestro hospital son extrapolables a cualquiera de nuestros hospitales y permiten establecer protocolos de actuación para minimizar las consecuencias.

P-588

**PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL AIT EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL**

M^oD Luna Guerrero, R Bermúdez Jiménez, R García Mora,
L de la Hera Salvador, A López Tárrida, R García Rubio,
FJ Varela Ruiz

Hospital San Juan de Dios de Aljarafe, Sevilla.

Palabras claves: AIT, prevención secundaria, antiagregación

Objetivos:

La enfermedad cerebro vascular constituye un problema sanitario de gran magnitud, siendo la primera causa de secuelas neurológicas permanentes. Sufrir un Accidente Isquémico Transitorio (AIT) no sólo presupone un riesgo elevado de nuevos episodios isquémicos cerebrales, sino que incrementa el riesgo de sufrir un episodio vascular grave. Las Directrices de la American Stroke Association American Heart Association y el American College of Chest Physicians recomiendan dosis de 75 a 100 mg / día de AAS , en prevención secundaria, para los pacientes que hayan sufrido un AIT. Clopidogrel sería una alternativa cuando no se puede administrar aspirina o en aquellos pacientes en los que la aspirina no resulta eficaz .Tras los resultados del estudio CAPRIE, algunos autores proponen el uso en monoterapia de clopidogrel para la prevención secundaria del AIT en lugar de AAS. La asociación clopidogrel + AAS no ofrece beneficios y aumenta riesgo complicaciones.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio descriptivo observacional sobre una serie de 248 casos de pacientes que son valorados en el servicio de urgencias con diagnóstico al alta o al ingreso de AIT durante un periodo de tiempo de un año. En la evaluación se revisaron el porcentaje de pacientes al alta se les prescribió tratamiento con AAS, clopidogrel o la combinación de ambos.

Resultados:

El 59% fueron dados de alta sin tratamiento. Sólo un 29% se inició o aumento su tratamiento previo con AAS, 4% de los pacientes se prescribió tratamiento con clopidogrel y el 6% no se revisó el tratamiento al alta ya que fueron ingresados.

Conclusiones:

Ante los resultados del estudio queda de manifiesto la necesidad de insistir en la prevención secundaria del AIT en aquellos pacientes que reciben una atención urgente por sospecha de AIT en un servicio de urgencias , con la finalidad de intentar evitar recurrencias de nuevos episodios isquémicos cerebrales o otros eventos vasculares graves siendo la antiagregación el tratamiento inicial recomendado.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-589

MIASTENIA VS. CONTRACTURA CERVICAL

J Pelayo Lastra, L Piedra Antón, E Vázquez González,
H Solino Díaz, J Gutiérrez Sainz, S Sánchez Ortiz,
B Ceballos Pérez

Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria.

Palabras claves: miastenia gravis, contractura cervical, ptosis palpebral

Objetivos:

La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune de la unión neuromuscular que se caracteriza por debilidad fluctuante de la musculatura esquelética que raramente se diagnostica en los servicios de urgencias debido a que su clínica suele ser paulatina.

Material o pacientes y método:

Paciente varón de 62 años que consulta en urgencias por llevar más de una semana con afonía en tratamiento con Ibuprofeno y molestias en columna cervical. Además en las últimas 24 horas dificultad para abrir el ojo derecho. Antecedentes personales: Hipertenso en tratamiento con Enalapril. Resto sin interés. En la exploración neurológica destaca: Ptosis palpebral derecha, disartria fatigable, tono normal salvo debilidad llamativa de los músculos de la columna cervical que llevan al paciente a aguantarse la cabeza con la mano continuamente. Sensibilidad y resto de la exploración sistémica dentro de la normalidad. Se realizó en nuestro servicio analítica y radiografía de tórax que fueron normales. Ante la sospecha de miastenia gravis se procedió a realizar el test del hielo consistente en colocar hielo sobre párpado superior durante un minuto aproximadamente y a continuación observar si disminuye la ptosis. En nuestro paciente se produjo clara mejoría clínica en dicha musculatura, por lo que ingresó en el servicio de neurología confirmándose posteriormente el diagnóstico.

Resultados:

El paciente fue tratado con corticoides y piridostigmina con buena tolerancia del tratamiento y clara mejoría clínica, por lo que se continuó su tratamiento y seguimiento ambulatorio.

Conclusiones:

Aunque existen varios test farmacológicos para realizar el diagnóstico de la miastenia gravis, siendo el más conocido el test de Tensilon, es importante recordar que el Test del hielo puede ser muy útil para el diagnóstico en pacientes con afectación palpebral siendo una prueba totalmente inocua que sirve para evaluar la ptosis y está basada en el principio de que el frío mejora la transmisión neuromuscular.

P-590

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES DIABÉTICOS QUE INGRESAN EN OBSERVACIÓN POR CETOACIDOSIS

M Gil López, E Prado Mel, F Moreno Calatrava

Hospital Nuestra Señora de la Merced. Osuna.

Palabras claves: diabetic ketoacidosis, etiology, diabetes mellitus, insulin dependent

Objetivos:

La cetoacidosis es una afección típica del diabético insulino-dependiente cuya prevalencia puede estar relacionada con un mal control crónico de la enfermedad.

Material o pacientes y método:

Se seleccionaron aquellos pacientes ingresados en observación con diagnóstico de Cetoacidosis diabética desde Enero a Diciembre de 2014. Se recogieron los datos a través de la historia clínica digital de Diraya®, se seleccionaron las siguientes variables: -Sexo -Edad -Años de evolución -Causas de descompensación -Terapia Insulínica crónica: pauta de insulina lenta+insulina rápida. A su vez se estableció otra variable: ➢, Proporción insulínica correcta: proporción de insulina lenta/insulina rápida es de 50%+/-5% ➢, Proporción insulínica incorrecta: insulina lenta/insulina rápida diferente a 50%+/-5% -Valor de Hemoglobina glucosilada (HbA1c) anterior más próximo al ingreso considerándose valor óptimo menor o igual de 6.1% Se realizó un análisis de datos descriptivo a través de Microsoft Excel 2010.

Resultados:

Se reclutaron un total de 20 ingresos, de ellos 12 eran mujeres. La media de edad fue de 28,5 años (SD 7,6). Las causas infecciosas (gastroenteritis aguda, bronquitis, pielonefritis, absceso pie) se agruparon en un único grupo, suponiendo este la mitad de los ingresos. 4 ingresos presentaron cetoacidosis por ingesta incontrolada de alcohol y otros 4 por mal control dietético. Los 2 ingresos restantes fueron una pancreatitis y una reacción adversa a fármacos (tramadol). La mediana de años de evolución de la diabetes fue de 14,5 [28,7(SD5,9)]. Todos los pacientes, estaban en tratamiento con insulina lenta (glargina o detemir) e insulina rápida, excepto 1 que tenía prescrito insulina intermedia mas insulina rápida. Solo 7 de los 20, presentaban una proporción de insulinas correcta. Todos los ingresos de cetoacidosis por causa alcohólica presentaban una proporción insulínica diferente de 50%(+/-5%) , así como la mitad de los casos de infecciones. La mediana de las hemoglobinas glucosiladas estuvo en 9,65 [13,4,7,2(SD 1,97)], objetivándose en todos los casos un valor por encima del recomendado(6,1%).

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

Conclusiones:

Las infecciones y el alcohol son las principales causas desencadenantes de la cetoacidosis en los pacientes con diabetes que requieren ingreso en observación. El mal control ambulatorio de la enfermedad parece ser un factor de riesgo para el desarrollo de cetoacidosis en situaciones de críticas.

P-591
HEMORRAGIAS EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL EN URGENCIAS

C Fuentes Santos (1), R Delgado Puebla (2), D Fernández de Velasco Pérez (3), N León Miranda (1), J López de Haro (1), ME Renilla Sánchez (1)

(1) Hospital Universitario Fundación Alcorcón, (2) Residente Hospital Universitario Fundación Alcorcón, (3) Residente Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Palabras claves: hemorragias, acenocumarol, INR

Objetivos:

Revisamos los pacientes anticoagulados con acenocumarol

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo, revisando pacientes mayores de 16 años que acuden a urgencias del 1 al 14 de enero de 2013 y están en tratamiento con acenocumarol. Analizamos: edad, sexo, causa de la indicación de anticoagulación (prótesis valvular, arritmias, ETEV, IAM, Hipercoagulabilidad), antiagregados o doblemente antiagregados, revisando si tienen o han tenido un inadecuado control en los últimos dos meses del INR, de acuerdo a los criterios definidos (INR inadecuado >3.5 en prótesis valvulares y >3 en resto de patologías), motivo de consulta, seleccionado aquellos que lo hacen por causa hemorrágica.

Resultados:

De 5.843 pacientes, 164 (2,81 %) tomaban acenocumarol, edad media 77 años, Mujeres 51%, Hombres 49%, motivo de anticoagulación: Arritmias 84,76, ETVE 18,3%, IAM 12,8%, Protésia valvular: 11,6%, Hipercoagulabilidad 4,9%, Antiagregados 10,43, y doblemente antiagregado 0,61%, Consultan por causa hemorrágica: 26 pacientes, (16,15 %): siendo por Hematuria 4,3%, Hematoma partes blandas 3,73%, Epistaxis 3,11%, HDB 2,48%, HDA 1,24%, Hemoptisis 1,24%, Hemorragia ocular 1,20. Habían consultado por hemorragia en los últimos dos meses: 6,9%. Al estratificar el INR como control adecuado o inadecuado, 105 pacientes (80,2%) presentaban adecuado control del INR, y 26 pacientes (19,8%) con mal control. De los pacientes con adecuado control de INR consultaron por hemorragia 14 (13,3%), mientras que aquellos con mal control consultaron 8 (30,8%). Los pacientes con mala adecuación consultan hasta 2,31 veces más por hemorragias (IC95%: 1,09-4,91) que aquellos con buen control siendo las diferencias significativas ($p=0,043<0,05$).

Conclusiones:

Las complicaciones hemorrágicas de pacientes anticoagulados con acenocumarol cursan con más frecuencia en aquellos que tienen o han tenido un mal control del INR en los últimos dos meses. Demostramos como un buen control del INR va ligado a disminución de complicaciones hemorrágicas. En estos casos habría que replantearse otros anticoagulantes orales.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-592

ANÁLISIS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN URGENCIAS

G Pérez Clavijo, B Cuartero Cuenca, AB Sánchez Puértolas,
MR Elbaile Sarasa, JL Domínguez Gabas
Servicio de Urgencias. Hospital San Jorge. Huesca.

Palabras claves: hemorragia digestiva alta, melenas, gastroscopia

Objetivos:

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una de las situaciones clínicas más prevalentes en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH), con una incidencia que varía entre 48-160 casos/100.000 habitantes/año.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, incluyendo los pacientes atendidos por HDA en el SUH durante el año 2014. Se analizaron: variables sociodemográficas, antecedentes digestivos y cardiovasculares, forma de presentación, magnitud del sangrado, hallazgos endoscópicos y tratamiento aplicado.

Resultados:

Se incluyeron 126 pacientes. La edad media fue de 69,95 años. Mujeres 46 (36,51%), hombres 80 (63,49%). Antecedentes digestivos: úlcera péptica 19,04%, hepatopatía crónica 16,67%, HDA 8,63%. Antecedentes cardiovasculares: cardiopatía isquémica 4,76%, insuficiencia cardiaca 7,94%, arritmias 18,25%, enfermedad tromboembólica 2,38%. Fármacos: ácido acetilsalicílico 12,70%, antiinflamatorios no esteroideos 24,60%, clopidogrel 5,55%, tratamiento anticoagulante 22,22%. Formas de presentación: hematemesis 44,44%, melenas 70,63%, hematoquecia 3,97%. Magnitud del sangrado: leve 70,63%, grave 29,36%. Hallazgos endoscópicos: Forrest IA 0%, Forrest IB 6,35%, Forrest IIA 3,97%, Forrest IIB 11,11%, Forrest IIC 3,97%, Forrest III 19,05%, varices esofágicas 9,52%, otros 57,94%. Tratamiento: sueroterapia 86,51%, inhibidores de la bomba de protones 95,24%, somatostatina 11,11%, transfusión sanguínea 26,19%, concentrados de factores de coagulación 5,55%, vitamina K 7,94%, tratamiento endoscópico 42,06%, cirugía 0%. El 25,40% eran mayores de 80 años, siendo las melenas la forma de presentación más frecuente en éstos (53,12%). Un 22,22% de los paciente recibían tratamiento anticoagulante, exteriorizándose como melenas en el 86,14%, y en el 25% había signos de gravedad. El 50% de los paciente anticoagulados presentaban un INR > 3,5, y de éstos, el 7,14% mostraron signos de gravedad.

Conclusiones:

La cuarta parte de los paciente eran mayores de 80 años. La HDA fue más frecuentes en hombres. Casi la mitad de los pacientes tomaba medicación gastrolesiva. La forma más habitual de presentación fueron las melenas. El hallazgo endoscópico más frecuentemente encontrado fue Forrest III. Una cuarta parte de los pacientes en tratamiento anticoagulante presentaban signos de HDA grave.

P-593

LA HIPOGLUCEMIA COMO DETERMINANTE PRONÓSTICO EN LA ENFERMEDAD AGUDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

R Cuervo Pinto, C Domínguez Bernal, E Rodríguez Adrada,
FJ Martín Sánchez, D Chaparro Pardo, P Ruiz Artacho,
JJ González Armengol

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: diabetes, hipoglucemia, urgencias

Objetivos:

Está ampliamente mostrado el papel de la hiperglucemia como factor pronóstico de la enfermedad aguda. Sin embargo, poco se sabe sobre el papel que la hipoglucemia puede jugar a este nivel en los servicios de urgencias, más allá del propio efecto pernicioso de la hipoglucemia en sí, y de como debemos enfocar su tratamiento al alta.

Material o pacientes y método:

Estudio observaciones de cohorte retrospectivo que incluyó a todos aquellos pacientes diabéticos que consultaron en urgencias de nuestro centro durante los años 2012 y 2013 cuyo diagnóstico principal o secundario al alta fue 'Hipoglucemia'. La variable resultado fue la reconsulta a lo treinta días del evento índice. Las variables independientes fueron la edad, comorbilidad, diagnóstico principal o secundario y ajuste o no del tratamiento.

Resultados:

Se incluyeron 122 pacientes de edad media 70(DE20) con una mediana de comorbilidad de 5 (RIC 2-6). 108(88,5%) tuvieron un diagnóstico principal de hipoglucemia. El tratamiento al alta fue modificado en 58(47,5%). Reconsultaron en treinta días 22 pacientes (18%), 3(13,6%) de ellos relacionado con la diabetes. Se objetivó una diferencia estadísticamente significativa en el porcentaje de reconsulta entre pacientes a los que se ajustó el tratamiento al alta y los que no a favor de los primeros (10,3% Vs 25%, $p=0,035$). Se objetivaron diferencias significativas en el porcentaje de reingreso entre aquellos con diagnóstico primario y secundario (13,9%Vs50%, $p=0,001$). El tratamiento fue modificado en un 51,8% de los diagnósticos primarios y un 14,2% de los diagnósticos secundarios ($P=0,023$).

Conclusiones:

La hipoglucemia se asocia a reconsulta a corto plazo lo que puede optimizarse con un adecuado enfoque terapéutico al alta. Hay una mayor tendencia al ajuste terapéutico al alta de aquellos casos con diagnóstico principal con respecto al secundario, lo que confiere a los primeros una menor probabilidad de reconsulta a corto plazo.



URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-594

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LA CRISIS COMICIAL EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

R Alonso Avilés, C Benito Romeral, B Espinosa Fernández,
J Pérez San Roque

Urgencias Hospitalarias. Hospital Clínico Universitario
de Valladolid.

Palabras claves: levetiracetam, lacosamida, urgencias

Objetivos:

Actualmente, la práctica médica rutinaria no va paralela a la información recogida en las guías clínicas oficiales. Uno de tantos ejemplos es la actuación terapéutica en el manejo agudo de la crisis comicial en un servicio de Urgencias Hospitalarias. La existencia de fármacos antiepilépticos como levetiracetam y lacosamida, cuya rapidez de acción, baja probabilidad de efectos adversos y pocas o nulas interacciones con otros medicamentos, provee al médico de Urgencias de fármacos seguros, rápidos y eficaces en el tratamiento endovenoso. Tener claro la definición y diagnóstico de status y demás formas de crisis comicial nos dará la oportunidad de una elección terapéutica segura y eficaz, principalmente en beneficio del paciente, en la independencia que otorga al médico de Urgencias para poder seguir realizando su labor con otros pacientes y en una mejor evaluación post-comicial para los servicios de Neurología.

Material o pacientes y método:

La muestra está formada por 87 pacientes con crisis comicial que han acudido al servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Valladolid durante el año 2014. Se observan y comparan los diferentes tratamientos realizados por médicos de Urgencias, uso de benzodiacepinas y fármacos antiepilépticos en monoterapia o asociados entre sí, resolución y decisión final (alta hospitalaria vs ingreso).

Resultados:

Existen diferencias significativas entre aquellos pacientes donde se usa levetiracetam y lacosamida (en monoterapia o asociado con otros fármacos antiepilépticos) frente a aquellos donde no se usa (benzodiacepinas u otros fármacos antiepilépticos).

Conclusiones:

Los llamados fármacos de última generación como Levetiracetam y Lacosamida usados por vía endovenosa en Urgencias Hospitalarias son eficaces, seguros y más rápidos en su acción, incluso frente al status, disminuyendo la probabilidad de ingreso por el éxito terapéutico, minimizando daños (interacciones, efectos adversos de medicamentos o perversos de la propia crisis comicial no controlada) en beneficio del propio paciente y del sistema sanitario (uso optimizado de recursos y posible ahorro de costes).

P-595

FÍSTULA AORTOENTÉRICA COMO CAUSA ATÍPICA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

M Jimena García, S Morales Sánchez, D Santamaría Amat,
JM Krivocheya Montero, C Martínez AguDíez), MJ Morales
Sánchez, JV Palomo Carvajal

Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: aortoenteric fistula, gastrointestinal bleeding, gastroscopy

Objetivos:

La fístula aorto-entérica (FAE) es una comunicación entre la aorta y cualquier segmento del tubo digestivo. Se clasifican en primarias y secundarias según la existencia o no de cirugía previa de la aorta. Su frecuencia es menor del 1%, siendo más infrecuente la FAE primaria. El signo clínico principal es la hemorragia digestiva.

Material o pacientes y método:

Varón de 71 años que acudió a Urgencias por cuadro de vómitos hemáticos y una deposición rectorrágica de pocas horas de evolución. Como antecedentes personales presentaba hipertensión arterial e hiperlipemia. No antecedentes quirúrgicos previos. A su llegada a nuestro servicio se encontraba hemodinámicamente estable, con tensión arterial de 147/89 sin taquicardia. La exploración física reveló dolor a la palpación epigástrica y abundantes restos hemáticos en ampolla rectal. En Urgencias se colocó sonda nasogástrica donde se objetivó sangre roja. Ante la sospecha de hemorragia digestiva alta se realiza gastroscopia que evidenció sangrado en tercera porción duodenal. Ante la sospecha de FAE se solicita tomografía (TC) abdominal que demostró la presencia de aneurisma infrarrenal con calcificación de su pared, en contacto íntimo con el duodeno y extravasación de contraste a la luz duodenal. El paciente fue intervenido de forma urgente, se reparó la fístula con revascularización in situ. Falleció un mes más tarde debido a múltiples complicaciones postquirúrgicas.

Resultados:

Dada la baja incidencia de las FAE se trata de una patología infradiagnosticada. La mayoría de las FAE primeras se originan en aneurismas orto-abdominales que erosiona el tracto gastro-intestinal. El sangrado digestivo puede aparecer en cualquiera de sus formas. La gastroscopia es el método diagnóstico de primera elección que ayuda a descartar otras causas de sangrado, seguido de la TC.

Conclusiones:

La FAE primaria es una patología infrecuente con una alta morbi-mortalidad. Es una patología de difícil diagnóstico, dada su baja incidencia, lo que obliga al urgenciólogo a mantener un alto nivel de sospecha para su atención inmediata, ya que el retraso diagnóstico y/o terapéutico empeora gravemente el pronóstico.



URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

P-596

SI SUBE LA CREATININA, AJUSTA LA HEPARINA

S Ramos López, CL Gómez García, M Comesaña López,
L Sánchez Andújar, J Alcaraz Martínez, S Sánchez Soler
Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Palabras claves: insuficiencia renal, heparina, seguridad del paciente

Objetivos:

Mejorar la adecuación de dosis de heparina en el tratamiento inicial de urgencias, en pacientes con insuficiencia renal (IR).

Material o pacientes y método:

En 2011 se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados desde Urgencias en los servicios de Medicina Interna y Cardiología. En ellos se tuvo en cuenta el tratamiento pautado en el Servicio de Urgencias en los pacientes con un valor de Creatinina (Cr) superior al de la normalidad en Urgencias. Como acciones de mejora, además de charlas informativas, se ha introducido el programa de cálculo del Aclaramiento de Creatinina en los ordenadores de Urgencias y además se cuenta con una farmacéutica de presencia en horario de mañana, que revisa los tratamientos pautados. Tras esto, en enero de 2013 se volvió a evaluar el tratamiento. En este año, se ha vuelto de nuevo a medir con la misma metodología y para intentar mejorar los resultados anteriores se ha realizado un video informativo de corta duración, para difundirlo entre los profesionales tras la aprobación en la Comisión de Seguridad. Para valorar las diferencias entre los resultados se ha utilizado el test de la Chi cuadrado.

Resultados:

En el primer muestreo, de los 162 casos evaluados, 46 presentaban en el momento del estudio cifras altas de Cr. En 25 casos (54,3%) se pautó heparina de bajo peso molecular. En la muestra de 2013, de los 124 casos evaluados, 28 presentaban IR, y en 19 de estos se pauto heparina. En 2014, 88 casos se revisaron, con 23 de ellos con cifras altas de creatinina, llevando tratamiento en 16 de ellos con heparina. En 2011, en 8 de los 25 pacientes con IR, un 32% (intervalo de confianza: 13,7-50,3%) se les pautó una dosis incorrecta de heparina. En 2013, bajó a 3 de los 19 casos 15,8% (i.c. 1,8-28,8%) y en este año han sido 2 de los 16, un 12,5% (i.c.0-28,2%) no tenían pautada una dosis ajustada de heparina. La mejora observada no alcanza significación estadística.

Conclusiones:

El ajuste de dosis en el tratamiento con heparina de pacientes con IR continua siendo un problema.

P-597

¿DÉFICIT DE FÓLICO SECUNDARIO A ANTIDIABÉTICOS?

P Montalva García, E Gómez Gómez-Mascareque, P Gargantilla Madera, C Aubert, F Dotel, FJ Alvarado Lavado, E Mora Bastante

Hospital de El Escorial. Alpedrete, Madrid

Palabras claves: diabetes, fólico, antidiabéticos

Objetivos:

La metformina es el tratamiento de primera línea en la diabetes mellitus tipo 2. Algunos estudios sugieren que este antidiabético induce una malabsorción de vitamina B12 y un descenso de ácido fólico.

Material o pacientes y método:

Se ha incluido en la muestra a todo paciente diabético con tratamiento farmacológico ingresado a cargo del servicio de Medicina Interna entre los meses de diciembre de 2014 y febrero de 2015, excluyéndose a aquellos pacientes que tomaran suplementos de ácido fólico y/o vitamina B12. Los datos recogidos de cada paciente son: número de historia clínica, edad, sexo, tratamiento (antidiabéticos orales, insulina o ambos) y valores de ácido fólico, vitamina B12 y volumen corpuscular medio (VCM).

Resultados:

Se incluyeron un total de 63 pacientes, en el grupo tratado con metformina el 27% tenían ácido fólico bajo, frente al 24% de los que tomaban otros antidiabéticos orales y frente al 24% de los tratados con insulina. En relación al déficit de B12 hemos encontrado un déficit en 4%, 6% y 0% en relación con el tratamiento con metformina, otros antidiabéticos orales e insulina, respectivamente. Al analizar el volumen corpuscular medio (VCM) el 9.5% de los pacientes lo tenían elevado, de los cuales un 33.3% tenían déficit de ácido fólico.

Conclusiones:

1. El tratamiento farmacológico para la diabetes puede producir déficit de ácido fólico 2. Debemos tener presente que puede existir este déficit ante un paciente con VCM elevado en tratamiento con antidiabéticos.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

A-598

AGRANULOCITOSIS POR METAMIZOL

ML Nieto de Haro, MB Mora Ordóñez, J Amores Fernández, E Rosell Vergara, JA Rivero Guerrero, A Boscá Crespo
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: agranulocitosis, metamizol, fiebre

Objetivos:

ANTECEDENTES PERSONALES: Alergia a frutos rojos. HTA. Insuficiencia venosa. Artrosis. Tratamiento domiciliario: Ramipril/Hidroclorotiazida, Omeprazol, Tramadol/Paracetamol.

Material o pacientes y método:

EXPLORACIÓN: TA 102/55. Fc 140lpm. SatO2 98%. Buen estado general. Consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. Glasgow 15. ACR: tonos arrítmicos, no soplos. MVC. ABD: blando, depresible, no masas ni megalias. No doloroso a la palpación. EELL: edemas con fovea hasta rodilla.

Resultados:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: *Analítica: Leu 800 (230 neutrófilos), Hb 8.50, Pla 366, ALY% 2.60, LIC% 1.3, PTactiv 67%, Gluc 127, creat 0.7, Na 132, K 2.4, PCR 407, PCT 1.99 *Rx tórax: infiltrado alveolo-intersticial bilateral *ECG: FA 140 lpm (novo). No alteración repolarización. EVOLUCIÓN: Se extraen hemocultivos y se inicia tratamiento con antibiótico amplio espectro (Imipenem). Se transfunden 2 c. hematíes sin incidencias y se ingresa en planta de Hematología. Tras 24 horas de tratamiento antibiótico la paciente queda afebril. En análisis de médula ósea no se objetiva serie mieloide. Ante la sospecha de agranulocitosis por metamizol, se pauta G-CSF, con recuperación hemoperiférica al 7º día. En médula ósea se observan algunas células plasmáticas patológicas y en frotis de sangre periférica células monocucleadas no filadas, que pueden estar en el contexto de tratamiento actual con G-CSF, pero sin poder descartarse otros diagnósticos. Al alta se solicitó nuevo frotis de sangre periférica tras 10 días sin G-CSF. JUICIO CLÍNICO: *Probable agranulocitosis por metamizol. *Neutropenia febril

Conclusiones:

La agranulocitosis es una complicación de riesgo vital (mortalidad de 3- 25%), puede presentarse por el uso de múltiples medicamentos (dipirone, tiamazol, cloramfenicol) es una complicación conocida y debe tenerse precaución en su uso por no más de una semana.

A-599

DERRAME PERICÁRDICO. HIPOTIROIDISMO.

MB Mora Ordóñez, J Amores Fernández, ML Nieto de Haro, CA Yago Calderón, E Rosell Vergara, P Arribas Sánchez
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: derrame pericárdico, hipotiroidismo, linfoma

Objetivos:

Antecedentes personales: NAMC. No hábitos tóxicos, ni enfermedades prevalentes.

Material o pacientes y método:

Exploración física: TA 140/70. Fc 100lpm. Sat O2 97%. BEG. Consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. ACR: taquicárdica, sin soplo. Hipoventilación bibasal. ABD: blando, depresible, no masas ni megalias. No doloroso. MMII: edemas sin fovea.

Resultados:

Pruebas complementarias: *Analítica: Hb 11.4, Leu 4600, Coagulación normal, Gluc 100, Urea 29, creat 0.6. TSH 9.35, FT3 2.91, FT4 1.66 *Rx tórax: ICT aumentado, pinzamiento del seno costofrénico derecho y signos de redistribución vascular. *ECG: Taquicardia sinusal 100lpm, q aislada en III, sin alteraciones repolarización. *Eco-cardiograma: VI dimensiones, grosor de paredes y contractilidad global y segmentaria sin alteraciones. FSGC. Válvulas con apertura y flujos normales. Derrame pericárdico de consistencia homogénea de localización anterior (5 mm) y posterior (14 mm) con ligeros signos de repercusión hemodinámica (colapso parcial de AD), flujo de llenado mitral y aórtico sin variaciones respirofásicas. Evolución: valorada por cardiología ingresa en planta. Evolución favorable con desaparición de la disnea y los edemas. En control ecocardiográfico se evidenció aumento del derrame pericárdico que precisó de colocación de tubo de drenaje pericárdico. Se realizó Eco-doppler tiroides, TAC tórax y biopsia de ganglio axilar que confirmó Linfoma no Hodgkin de células grandes con Linfoma folicular grado 3b, iniciándose ciclo de inmunoterapia.

Conclusiones:

Juicio clínico: *LNH difuso de células grandes estadio IV *Tiroiditis con hipotiroidismo Conclusión: Se ha descrito el hipotiroidismo como causa del 3-6% de los casos de derrame pericárdico. Suele desaparecer de forma paulatina con la introducción del tratamiento sustitutivo y al normalizarse la función tiroidea. En conclusión, en los pacientes con presencia de derrame pericárdico de causa inexplicable debe descartarse la existencia de un hipotiroidismo (ayudaría a descartar complicaciones de la enfermedad y evitaría pericardiocentesis innecesarias). Del mismo modo, ante derrames pericárdicos masivos, debería iniciarse el tratamiento sustitutivo estándar.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

A-600

METÁSTASIS CUTÁNEAS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE CARCINOMA BRONCOGÉNICO. DIAGNÓSTICO MEDIANTE PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA AL SERVICIO DE URGENCIAS

V Belda Jornet, M Daza López, J Bigas Farreres, H Peláez Román, F Casarramona Lobera, JM Alonso Camps, M Zidane Bukaei

Hospital de Mataró. Mataró.

Palabras claves: metástasis cutáneas, PAAF, urgencias

Objetivos:

Las metástasis cutáneas son una manifestación poco frecuente de neoplasias internas. Suelen indicar un estadio tumoral avanzado. Apareciendo como primera manifestación de la neoplasias en el 0.8% de los casos.

Material o pacientes y método:

Presentamos dos casos de pacientes que consultaron por nódulos subcutáneos dolorosos, en que se practicó una Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) y Rx. de tórax, siendo diagnosticados de neoplasia pulmonar con metástasis cutáneas.

Resultados:

CASO 1: Paciente de 55 años fumador de 84 paquetes / año. Consultó por tumoraciones en el tórax de 4 meses de evolución, dolorosas, y pérdida de 8 Kg. Destacaba la presencia de lesiones cutáneas y hepatomegalia. PAAF de un nódulo. con citología positiva para carcinoma de célula pequeña. Rx de tórax: imagen nodular parahiliar izquierda. TAC toraco-abdominal: lesión en llingula sugestiva de T. Primario Pulmonar, múltiples adenopatías en tórax y abdomen. CASO 2: Paciente de 74años, ex fumador. Consultó por tumoración submamaria derecha dolorosa de 15 días de evolución. Destacaban lesiones induradas, en tórax y parietal izquierda. PAAF de tumoración con citología positiva para adenocarcinoma sugestiva de origen pulmonar. Rx de tórax: imagen parahiliar derecha con pérdida de volumen. TAC toraco-abdominal: aumento heterogéneo de partes blandas hiliares y parahiliares, sugestiva de N. Pulmonar, lesiones sugestivas de metástasis óseas.

Conclusiones:

- La forma más frecuente de presentación de las metástasis cutáneas son los nódulos de consistencia pétreas. Ocasionalmente presentan aspecto abscesiforme que puede llevar a practicar un intento de drenaje en la primera visita a Urgencias.
- El diagnóstico de las metástasis cutáneas se realiza normalmente por clínica e histología. En los casos presentados el primer diagnóstico se realizó mediante PAAF ya que el motivo de consulta era la tumoración cutánea dolorosa.
- Queremos destacar el método diagnóstico de la PAAF en el Servicio de Urgencias, un método sencillo, rápido, con escasas complicaciones y con una orientación muy fiable sobre el posible origen de la neoplasia primaria.

A-601

EXPERIENCIA DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA

C Alfaro Gómez, AB Perona Moratalla, G Gálvez Hernández

Hospital General de Almansa. Albacete.

Palabras claves: accidente cerebrovascular, fibrilación auricular, hipertensión

Objetivos:

La enfermedad cerebrovascular es la principal causa de mortalidad por etiología específica y la primera causa de discapacidad en el adulto. En el manejo del ictus en fase aguda, además del tratamiento revascularizador, la atención protocolizada del mismo ha demostrado disminuir tanto la mortalidad como la dependencia tras un evento vascular. En el Hospital de Almansa se ha comenzado a desarrollar un protocolo de atención a estos pacientes en el Área de observación, al igual que las Unidades de Atención al Ictus disponibles en Hospitales de mayor nivel como el nuestro de referencia, el complejo Hospitalario de Albacete.

Material o pacientes y método:

Se incluyeron 52 pacientes mayo-diciembre 2014, 21 hombres (40,4%) y 31 mujeres (59,6%), con una edad media de 83,5 años (rango 61-93). Ninguno era fumador, presentaban HTA (73,1%), DM (34,6%), dislipemia (42,3%), FA conocida (30,8%) e ictus previo (38,5%). Se incluyeron 44 ictus isquémicos (84,6%). 1 ictus hemorrágico (1,9%), 7 pacientes sin patología vascular (13,4%), La NIHSS media inicial fue de 8 (rango 0-29) y el 78,9% de los pacientes incluidos presentaban una clase funcional medida por Escala Modificada de Rankin ≤ 2. Se registró una mortalidad hospitalaria de 4,9%. A los 3 meses el 45,2% de los pacientes presentaba un Rankin ≤ 2.

Resultados:

La NIHSS media inicial fue de 8 (rango 0-29) y el 78,9% de los pacientes incluidos presentaban una clase funcional medida por Escala Modificada de Rankin ≤ 2. Se registró una mortalidad hospitalaria de 4,9%. A los 3 meses el 45,2% de los pacientes presentaba un Rankin ≤ 2.

Conclusiones:

Tras la puesta en marcha de esta actividad protocolizada por los médicos de urgencias se registró una mortalidad hospitalaria de 4,9%. A los 3 meses el 45,2% de los pacientes presentaba un Rankin ≤ 2, mejorando los resultados que se aprecian en otras series.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

A-602

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS

E Moriel Santaella (1), MJ Morales Acedo (2), RG Mesa Ramos (2), M Nogues Herrero (2), P del Pino Valverde, M Zaheri Beryanaki (2)

(1) Hospital de Antequera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. Área Sanitaria Norte de Málaga, (2) Hospital de Antequera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. Antequera.

Palabras claves: dolor abdominal, niño, leucemia

Objetivos:

La LLA es una patología con alta probabilidad de curación, pero esto depende de que el diagnóstico sea precoz y el tratamiento adecuado.

Material o pacientes y método:

Varón 8 años. Vacunación correcta. Antecedentes sin interés. Acude urgencias por dolor abdominal de dos días de evolución, estreñimiento, y febrícula. TA 100/60. FC 70 lpm. Tª 35.8°C. Buen Estado General. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. CyC: PINRL.faringe y oídos normales. ACR con buena ventilación bilateral, tonos rítmicos sin soplos. Abdomen blando y depresible. Distensión abdominal. Esplenomegalia que cruza la línea media y llega a fosa iliaca izquierda. Dolor a la palpación en dicha zona. No signos de irritación peritoneal. No adenopatías periféricas palpables. Piel: no exantemas.

Resultados:

Exploraciones complementarias: Analítica de sangre. 85000 leucocitos/mm³ (N 5.6%, L 90.6%), Hb 11.3 g/dl, Hto. 33.6%. Plaquetas 122000/mm³. Glucosa 64 mg/dl. Creatinina 0.88 mg/dl, Iones normales, Bilirrubina total 0.76 MG/DL, got 32 u/l, Idh 518 u/l, ggt 104 u/l, gpt 38 u/l, pcr 2.5 MG/DL. Frotis de sangre periférica. Leve anemia normocítica normocrómica. Leve trombopenia con presencia de macrotrombocitosis. Hiperleucocitosis con linfocitosis y presencia de células blásticas de mediano y pequeño tamaño con alta relación nucleocitoplasmática con núcleo agranular. Abundantes sombras de Gumprecht. Compatible con leucemia aguda linfoblástica. Analítica de orina. Normal. Radiografía simple de abdomen. Desplazamiento de marco cólico sin signos de obstrucción. Ecografía abdominal. Esplenomegalia homogénea de 18 x 0.6 cm. Resto normal. Diagnóstico final: Leucemia aguda linfoblástica (LLA) Evolución y tratamiento: Tras valoración en el servicio de urgencias, el paciente es ingresado en planta de pediatría de nuestro hospital y posteriormente se traslada a Hospital Materno de referencia, para ingreso, completar estudio y establecer el tratamiento definitivo.

Conclusiones:

La LLA se puede presentar como cuadro agudo o insidioso. Los síntomas y signos pueden ser secundarios al fallo medular y/o a la invasión de tejidos. El dolor abdominal puede ser secundario a la distensión de la cápsula hepática o esplénica y también por infiltración de adenopatías mesentéricas. La LLA aparece con más frecuencia en varones (62%). El 60% presentan una edad entre 1 y 6 años.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

A-603

CARIÑO, ME HA ENCANTADO PERO AHORA ME DUELE MUCHÍSIMO LA CABEZA...

J Fuentes Cruzado, R Baró Álvarez, MA Escalera Suberviola,
ME Renilla Sánchez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Palabras claves: cefalea, relaciones sexuales, hemorragia subaracnoidea

Objetivos:

La cefalea coital es una entidad infrecuente en Urgencias (2,8%) dentro de las consultas por cefalea. Por su potencial gravedad, es fundamental realizar una anamnesis correctamente dirigida para su sospecha y posterior detección.

Material o pacientes y método:

Mujer de 53 años sin alergias medicamentosas, con antecedentes de HTA en tratamiento con IECAs/diuréticos. Consulta en Urgencias por cefalea brusca fronto-occipital no irradiada, iniciada durante el coito, "en estallido" y continua, hace 4 horas. Fotofobia, fonofobia y vómitos. No hipoacusia, ni pérdida de fuerza en miembros ni ninguna otra focalidad neurológica. Niega clínica respiratoria, digestiva, cardíaca ni miccional. No fiebre. En la exploración física se presenta normotensa, eupneica, afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración neurológica: Consciente y orientada. Lenguaje fluido y coherente. Presenta nistagmo horizontal agotable en mirada extrema a la izquierda. La exploración del resto de pares craneales es normal. Como pruebas complementarias, se solicita una analítica, sin alteraciones relevantes. Dado que el dolor es refractario a la analgesia pautada, se pide TAC craneal.

Resultados:

Las pruebas de imagen (TAC craneal y angiografía cerebral) evidencian hemorragia subaracnoidea perimesencefálica sin aneurisma asociado. Se remite al Servicio de Neurocirugía de referencia, donde recibe tratamiento con calcio-antagonistas para prevención del vasoespismo, con resolución completa del sangrado, sin secuelas.

Conclusiones:

Ante una cefalea coital brusca en paciente con factores de riesgo cardiovascular, en Urgencias debemos plantearnos los siguientes diagnósticos diferenciales en base a la etiología: Benigna (tensional, sexual benigna), y maligna (hemorragia subaracnoidea, rotura de malformaciones arteriovenosas, accidente cerebrovascular agudo, tumor cerebral y crisis hipertensiva). El 14% de las cefaleas sexuales tienen un sustrato maligno, siendo la hemorragia subaracnoidea aneurismática la más habitual. Para el diagnóstico precoz, son esenciales la sospecha clínica y las pruebas de imagen (TAC con contraste y angiografía cerebral). La hemorragia subaracnoidea perimesencefálica no aneurismática es infrecuente (10%), con mayor incidencia en la mediana edad y sin diferencias por sexo. Su manejo debe realizarse en la Unidad de Cuidados Intensivos y se basa en monitorización cardiorrespiratoria continua, analgesia, sedación intravenosa y calcio-antagonistas como nimodipino.

URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

A-604

TAQUICARDIA VENTRICULAR NO SOSTENIDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ABSCESO PERIPROTÉSICO AÓRTICO

FJ Miralbes Casterá (1), J Ichart Tomás (2), S Carvalho Brugger (2), MF Ramírez Hidalgo (2), M Miralbés Torner (2), I Ortega Castrillo (3), S Iglesias Moles (3)

(1) Hospital de Barbastro. Huesca, (2) Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida, (3) Hospital de Barbastro. Huesca.

Palabras claves: absceso, taquicardia ventricular, postquirúrgico

Objetivos:

La endocarditis infecciosa es una complicación postquirúrgica grave que se puede presentar tras el reemplazo valvular. Tiene además una expresión clínica muy variada que va desde complicaciones sistémicas hasta alteraciones del ritmo cardíaco si ésta se complica con un absceso periprotésico.

Material o pacientes y método:

Varón de 73 años con antecedentes de Insuficiencia Aórtica moderada secundaria a dilatación de raíz Aórtica y de Aorta Ascendente que se sometió a sustitución aórtica y triple bypass coronario en Abril de 2013. El postoperatorio inmediato transcurrió sin incidencias. A los 5 meses consulta por aparición de febrícula de más de una semana de evolución asociada a anorexia y dolor torácico atípico. A la exploración destacaba únicamente soplo aórtico sistólico. En ECG inicial: Ritmo Sinusal a 50 lpm, PR 340ms y Bloqueo de Rama derecha. En Analítica Sanguínea inicial destaca leucocitosis 16730 (N 90.8%) con PCR 120.8 mg/l. A las 2 horas presenta disminución brusca de nivel de conciencia objetivando en la monitorización electrocardiográfica episodios de bradicardia extrema (20-25 lpm) que se alternan con episodios de Taquicardia de QRS ancho y algún episodio aislado de Bloqueo Aurículo-Ventricular avanzado. Tras la estabilización del paciente, se realiza Ecocardiograma donde se observa imagen intraprotésica de 14x17 mm con movimiento independiente e imagen compatible con Absceso Periprotésico. Como complicaciones iniciales también presenta Infarto Esplénico e Infarto Isquémico Talámico Izquierdo (Stop en la Arteria Basilar). Se deriva a Hospital de tercer nivel y se procede al recambio protésico aórtico y drenaje del absceso perianular.

Conclusiones:

Las alteraciones graves de la conducción en la endocarditis infecciosa son poco prevalentes y más frecuentemente cuando la válvula afectada es la aórtica. No obstante es una de las pocas alteraciones que indican la extensión de un foco de inflamación miocárdica hasta el interior del nodo AV o el haz de His y su asociación con un absceso periprotésico. Por todo ello, la aparición aislada de estas alteraciones electrocardiográficas se consideran un factor de mal pronóstico.

A-605

MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS CRISIS CONVULSIVAS EN URGENCIAS DEL PACIENTE PEDIÁTRICOS

A García Castro (1), N Vallejo Vázquez (2), A Matas Lara (1), P Gil Toscano (1), D Cardona Lema (1), F Devers Martínez (1), C Montoro Navarro (1)

(1) Hospital San Agustín / Centro de Salud San José. Linares, Jaén, (2) Servicio Pediatría. Hospital La Línea de la Concepción.

Palabras claves: epilepsia, pediatría, urgencias

Objetivos:

Los pacientes pediátricos que son traídos con un cuadro convulsivo, al servicio de urgencias hospitalario, suelen generar momentos de gran tensión, sobre todo en los médicos residentes de primeros años. Disponer de un algoritmo de toma de decisiones terapéuticas, ágil, actualizado, del manejo de las crisis convulsivas en la edad pediátrica, que incorpore tablas de dosificación por peso, diluciones de los distintos fármacos a emplear, sin duda es un recurso que facilitará nuestra práctica clínica, disminuyendo su variabilidad y aumentando la seguridad y la calidad asistencial.

Material o pacientes y método:

Búsqueda bibliográfica actualizada entre los años 2010-2015, en distintas bases de datos, como PubMed, Embase, y otras fuentes médicas como Uptodate, Fisterra, etc, sobre el manejo terapéutico de la crisis convulsivas en Pediatría.

Resultados:

Póster con algoritmo de decisiones terapéuticas de la crisis convulsiva en Pediatría.

Conclusiones:

Póster con algoritmo de decisiones terapéuticas de la crisis convulsiva en Pediatría.



URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

A-606

BICITOPENIA EN RELACIÓN A TRATAMIENTO CON AZATIOPRINA

MN Pérez de la Serna, ER Ariza Hernández,
MJ Morales Acedo

Hospital de Antequera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias.
Residente de Familia. Área Sanitaria Norte de Málaga

Palabras claves: azatioprina, bicitopenia, humanos

Objetivos:

El uso de azatioprina en paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal está indicado ajustando la dosis según las necesidades clínicas y la tolerancia hematológica.

Material o pacientes y método:

Varón de 56 años que acude a urgencias, derivado de la consulta externa de Digestivo, tras informar de laboratorio sobre valor de hemoglobina 5 mg/dl. El paciente refiere encontrarse algo más cansado desde hace unos días. No cuenta fiebre, clínica miccional, gastrointestinal o respiratoria u otra sintomatología asociada. No tiene alergias médicas conocidas. Antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión arterial, Hiperuricemia, psoriasis, proctosigmoiditis ulcerosa en tratamiento con alopurinol, azatioprina, mesalazina, omeprazol, doxazosina y metformina. TA 115/60 FC 93lpm Buen estado general, hidratado, afebril, palidez mucocutánea generalizada, eupneico y tolerando el decúbito. Auscultación cardiopulmonar no se auscultan soplos destacables. Abdomen blando y depresible. No doloroso. Extremidades normales.

Resultados:

Pruebas complementarias: Hemograma leucocitos 1500 neutrófilos 0.38 hemoglobina 5.3 VCM 83 plaquetas 161.000 reticulocitos 0.45% reticulocitos corregidos 0.16, VSG 42, PCR 0.90, bioquímica ferritina 527 vitamina B12 181, ácido fólico 9.79 y frotis de sangre periférica anemia severa normocítica normocrómica moderada anisocitosis aislados macroovalocitos. Neutropenia severa con morfología pseudopelger, plaquetas degranuladas. No se visualizan formas inmaduras. Se realiza transfusión de 5 concentrados de hematíes y 2 ampollas de hierro y se deriva para seguimiento analítico y clínico a Hospital de día médico con posterior control analítico encontrando hemoglobina 8.6 y suspensión de tratamiento con azatioprina con evolución satisfactoria.

Conclusiones:

Azatioprina está indicado en la enfermedad inflamatoria intestinal de moderada a grave cuando el paciente no responda a corticoides solos, la dosis necesaria produzca efectos adversos graves o están contraindicados. La dosis efectiva es entre 2-3 mg/kg/día. Su uso terapéutico puede asociarse a depresión de médula ósea (2%), reversible y dosis-dependiente, expresada como leucopenia, aunque también es posible su aparición como anemia o trombocitopenia. Asociados a su utilización se han observado incrementos dosis-dependientes en el volumen corpuscular medio (VCM) y la hemoglobina corpuscular media (HCM). También cambios megalobásticos en médula ósea, aunque son muy raras la anemia megaloblástica y la hipoplasia eritroide.



URGENCIAS MÉDICAS III (diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología digestiva y otras patologías médicas)

A-607

ESCOMBROIDOSIS: UNA PATOLOGÍA MÁS FRECUENTE DE LO QUE PARECE

E Klar Pérez, N Arroyo Pardo, P Gargantilla, C Aubert, G Montero, J Montero, E Mora

Hospital de El Escorial. Alpedrete, Madrid.

Palabras claves: escombroidosis, eritema, intoxicación alimentaria

Objetivos:

La escombroidosis es la intoxicación por pescado más frecuente del mundo y se debe a la producción de histamina, producida durante fenómenos de descomposición. Su distribución es mundial, predominando en aguas templadas o cálidas.

Material o pacientes y método:

Presentamos el caso de un paciente de 24 años, sin antecedentes personales de interés y sin alergias medicamentosas ni alimentarias conocidas, que acude a urgencias porque tras ingerir un plato de atún nota picor de lengua, cefalea intensa de predominio frontal, palpitaciones, inyección conjuntival y eritema generalizado de predominio facial y cervical. En la exploración física presenta 120 lpm y pulsioximetría de 96%. El paciente tiene eritema generalizado intenso, de localización predominante en cara, cuello y extremidades. No tiene edema lingual ni de úvula. Con la sospecha de intoxicación histamínica leve se pautó tratamiento con dexclorfeniramina (5 mg im) con remisión de la sintomatología en los 40 minutos siguientes.

Resultados:

La escombroidosis se produce por el consumo de pescados de la familia Scombridae y Sombrosocidae, como son el atún, caballa y bonito, así como otros no escómbridos como el pez espada, la sardina, el arenque y el salmón. La sintomatología aparece cuando se mantiene estos alimentos en condiciones de refrigeración inadecuadas. La enfermedad se produce por la descomposición bacteriana, después de capturado el pez, con proliferación de enterobacterias (*Proteus morganii*, *Aerobacter*, *Klebsiella pneumoniae*) que mediante la degradación del aminoácido histidina produce concentraciones elevadas de histamina, que es la responsable final del cuadro clínico. La sintomatología más frecuente son náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, cefalea, palpitaciones, taquicardia y eritema cutáneo.

Conclusiones:

Tener presente la escombroidosis en todo eritema generalizado predominante en cara, inyección conjuntival y palpitaciones tras ingesta de ciertos pescados (atún, caballa y bonito).

A-608

CEFALEA DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE

A Irigoyen Von Sierakowski, M España, M Rivas Jiménez

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: cefalea, glándula pineal, neoplasia

Objetivos:

La cefalea es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de urgencias. En la mayoría de los casos se trata de cuadros de poca o ninguna gravedad, sin embargo siempre hay que estar alerta y realizar una anamnesis y exploración neurológica adecuadas.

Material o pacientes y método:

Antecedentes personales: sin interés. Motivo de consulta: varón de 32 años con cuadro de cefalea holocraneal aguda e intensa de 3 días de evolución asociada a náuseas y vómitos. No tratamiento habitual y no alergias medicamentosas conocidas. Exploración física: TA 123/75, T 36°C, AP: normoventilación bilateral, AC: tonos rítmicos a 54 lat/min, Neurológico: consciente y bradipsíquico, pupilas isocóricas y normoreactivas, disminución agudeza visual, marcha inestable, reflejos osteotendinosos conservados, Kernig y Brudzinsky dudosamente positivos, no otra focalidad neurológica. Pruebas complementarias: En urgencias: Analítica: bioquímica, hemograma y coagulación normales. Rx tórax: luminograma normal. TC cerebral: tumoración de 4 cm de diámetro, supraselar, en línea media, comprimiendo tercer ventrículo y dilatando sistema ventricular. Probable origen pineal. En planta de neurocirugía: Exploración oftalmológica: papiledema bilateral, Analítica hormonal: Alfafetoproteína 2.75 ng/mL (0-6.2), β- HCG <1 mUI/mL (Hombres <10), RMN cerebroespinal: no afectación medular, Biopsia esterotáxica. Actitud terapéutica: abordaje quirúrgico por vía intratentorial supracerebelosa con resección completa del tumor. Evolución: tras operación normalización progresiva de la marcha y agudeza visual y cese de la cefalea por lo que es dado de alta para control ambulatorio periódico.

Resultados:

Diagnóstico: Pineocitoma grado I de la OMS.

Conclusiones:

Ante cualquier cefalea hay que presentar especial atención a los posibles síntomas y signos de alarma. Los tumores pineales constituyen menos del 1% de las neoplasias cerebrales primarias, con predominio en el sexo masculino (3:1). Están constituidos por tres grandes subgrupos histológicos: Tumores de células germinales, Tumores parenquimatosos (Pineocitoma) y Gliomas. La mayor parte de los síntomas que estos producen se derivan a la hipertensión intracraneal secundaria a la obstrucción del drenaje del líquido cefalorraquídeo. Para su diagnóstico final son imprescindibles la RMN cerebral y la biopsia. La analítica hormonal puede ayudarnos a diferenciar subtipos. Su tratamiento, en el caso de los parenquimatosos, siempre que sea posible, ha de ser quirúrgico acompañado o no de radioterapia.

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

O-609

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INTOXICACIONES POR MONÓXIDO DE CARBONO DE NAVARRA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

MA Pinillos Echeverría (1), E Soto Bermejo (2), AC Tejero Luna (2), C Merino Rubio (3), I Alonso Segurado (4), D Navarro González (4)

(1) Hospital García Orcoyen, (2) Hospital Reina Sofía. Tudela, (3) Complejo Hospitalario de Navarra, (4) Hospital García Orcoyen. Estella-Lizarra.

Palabras claves: monóxido de carbono, exposición por inhalación, oxigenación hiperbárica

Objetivos:

En Navarra, como en España, el número de intoxicaciones por monóxido de carbono (CO) está subestimado y no se conocen datos concretos de una de las intoxicaciones más frecuentes de todo el mundo.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo. Se recogieron de la Historia Clínica Informatizada de los tres hospitales públicos de Navarra todos los casos atendidos por intoxicación por CO desde Septiembre del 2009 hasta Octubre 2014.

Resultados:

Durante el periodo del estudio, 227 pacientes fueron diagnosticados de intoxicación por CO. La media de edad fue de 43 ± 18 años. Las principales fuentes fueron incendios (42,9%) y estufas de leña (16%). La mayor incidencia de casos ocurrió en los meses de otoño e invierno (32,6% y el 39,6%). En el 47,3% de los casos hubo más de un afectado. La mortalidad fue del 1%.

Conclusiones:

Navarra presenta un elevado número de intoxicaciones por CO, con características propias que se deben conocer para prevenir futuros casos.

O-610

LA URGENCIA DE LOS BICHOS

MA Pinillos Echeverría (1), JM Rey Pecharromán (1), LM Montes Fernández (2), J Lucas Lerga (1), MA Leza Acha (1), M Igartua Astibia (1), C Merino Rubio (1)

(1) Complejo Hospitalario de Navarra, (2) Clínica San Miguel. Barañain.

Palabras claves: mordedura, animales, urgencias

Objetivos:

La patología por mordedura de animal o picadura de insectos es bastante frecuente en nuestro medio debido a la tendencia cada vez mayor a desarrollar actividades de tipo lúdico en la naturaleza y a la actividad agraria.

Material o pacientes y método:

la población comprende los pacientes atendidos por mordedura o picadura de animal en el servicio de urgencias del Hospital de Navarra en el período enero 2002-septiembre 2014. Excluimos las mordeduras humanas. Realizamos un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo en el que vamos a analizar las variables: sexo, edad, zona anatómica afectada, época del año y tratamiento.

Resultados:

Algo más de la mitad de los afectados eran varones, casi la mitad entre 20-40 años de edad. Las consultas generalmente eran algo más frecuentes en el segundo semestre del año. Más de la mitad eran producidas por perros, afectando a EEES a más de la mitad de los pacientes. La mayoría precisaron tratamiento sintomático de la lesión local, existiendo en unos pocos casos lesiones múltiples y complicaciones sistémicas.

Conclusiones:

En Navarra las lesiones por animales son relativamente frecuentes. Afectan a generalmente a gente joven sin práctica diferencia en cuanto a sexos, con lesiones generalmente leves, debidas sobre todo a animales domésticos. Generalmente se producen lesiones locales, aunque no son infrecuentes las complicaciones.

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

O-611

INTOXICACIONES VOLUNTARIAS DURANTE 2013 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Y González Silva, MJ Leñero Navarrete, F Brunie,
I García Rupérez, S Sánchez Ramón, R López Izquierdo

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Palabras claves: intoxicación, toxicidad, conducta adictiva

Objetivos:

Las intoxicaciones son un motivo de consulta cada vez más frecuente en los servicios de urgencias (SU). Suponen un importante problema de salud pública, tanto por los efectos tóxicos individuales como por los efectos sociales que pueden conllevar.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo observacional. Criterios de inclusión: ≥ 14 años y codificación diagnóstica como intoxicación. Exclusión: intoxicaciones alimentarias, por CO y medicamentosas en las que se pudo demostrar involuntariedad. Variables estudiadas: género, grupos etarios, procedencia, tipo de intoxicación: etílica (OH), psicoestimulantes (P), medicamentosas (M), cáusticos (L), cannabis (C), opiáceos (O), otros(S). Comparación de variables cuantitativas T-Student, cualitativas Chi-cuadrado. Análisis estadístico: SPSS 22.0. Significación estadística $p < 0,05$.

Resultados:

Total de Urgencias 2013:108504. Intoxicaciones voluntarias: 494(0,46%). Género: 208(41,9%) mujeres y 288 (58,1%) varones, $p > 0,05$. Edad media: $41,14 \pm 17,89$. Grupos de edad: ≥ 20 años: 82 (16,5%), 21-40: 169 (34,1%), 41-60: 167 (33,7%), ≥ 61 : 78 (15,7%), $p > 0,05$. Procedencia: 224 (45,2%) 112, 126 (25,4%) petición propia, 73(14,7%) otros centros, 13(2,6%) Cruz Roja, 13(2,6%) MAP y 3 (0,6%) otros, $p > 0,05$. Se realizaron pruebas complementarias a 445(89,7%). 491 (99%) pasaron a sala de observación. 421 (84,9%) fueron resueltos en exclusividad por el SU, en 66 (13,3%) intervino psiquiatría y en 9 (1,8%) UVI.

Conclusiones:

Predominio de intoxicaciones en varones. Destacan la etílica y tras ésta, la farmacológica. En los varones es más frecuente la intoxicación alcohólica y en las mujeres la medicamentosa. El acceso al SU se realiza mayoritariamente a través del 112, esto

O-612

CARACTERÍSTICAS DE LAS INTOXICACIONES ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE CATALUNYA DURANTE 2 AÑOS (ESTUDIO INTOX-28)

M Galicia Paredes (1), A Supervía Caparrós (2), L García Gibert (3), F Córdoba Ruiz (4), L Martínez Sánchez (5)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona, (2) Servicio de Urgencias. Hospital del Mar. Barcelona, (3) Servicio de Urgencias. Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell, (4) Servicio de Urgencias. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. Barcelona.

Palabras claves: intoxicaciones, urgencias, epidemiología

Objetivos:

Las intoxicaciones agudas son un frecuente motivo de consulta en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH).

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo observacional de las intoxicaciones atendidas en 8 SUH el día 28 de cada mes del bienio 2013-14. Se recogieron datos de filiación, tipo y lugar de la intoxicación, tóxicos implicados, tratamiento administrado, valoración psiquiátrica, emisión comunicado judicial y destino al alta. Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS vs 17.0.

Resultados:

Se registraron un total de 316 intoxicaciones. El 46,2% eran varones (edad media de los mayores de 18 años: 41,4 (14,9) años) y el 53,8% mujeres (edad media: 43,2 (18) años). El 15,5% eran menores de 18 años. El 64,2% de los intoxicados eran españoles, el 6,6% procedían de Europa Occidental y un 5,4% de Latinoamérica. El 58,5% de intoxicaciones se produjeron en domicilio. El tipo de tóxico más frecuentemente implicado fue el alcohol etílico (45,1%), seguido de los fármacos (38,6%) y drogas de abuso ilegales (18%). Entre los fármacos destacan las benzodiazepinas (27,3%) y entre las drogas de abuso ilegales, el cannabis (8,7%), la cocaína (7%) y las anfetaminas (3%). La heroína supuso el 1%. El 39,6% de los pacientes tenían antecedentes psiquiátricos y un 30,2% de las intoxicaciones se produjeron con ideación suicida. Se realizó valoración psiquiátrica urgente en el 38,6% de casos y se emitió comunicado judicial en el 17,2% de intoxicaciones. En cuanto al tratamiento, se administró carbón activo en un 14,4% de casos, antídotos en un 11,1% y se realizó lavado gástrico al 4,9% de pacientes. Precisan ingreso en Unidad Convencional el 10,5%, en UCI el 2,6% y en Psiquiatría el 5,3%.

Conclusiones:

Los tóxicos más frecuentemente implicados son el alcohol etílico, las benzodiazepinas y el cannabis. Los lavados gástricos se han situado por debajo del 5%. Se emiten pocos comunicados judiciales.

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

O-613

**DEBÍ DE PARAR DE BEBER EN CUANTO
PERDÍ LA CUENTA**

MP Suárez Beke, JA Sánchez Nicolás, P Lázaro Aragüés,
LJ López Torres, A Marco Berna, MJ Martínez Valero,
E Tomás Jiménez

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Palabras claves: clinical, alcohol, treatment

Objetivos:

La intoxicación etílica aguda es el trastorno orgánico más común inducido por alcohol y la intoxicación aguda más frecuente en nuestro medio. Afecta sobre todo a varones entre 18-28 años. El riesgo de sufrir traumatismo craneoencefálico (TCE) y hematoma subdural es más del doble cuando se encuentra en este estado de intoxicación aguda.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de historias clínicas obtenidos del programa hospitalario SELENE con diagnóstico al alta de intoxicación etílica durante el año 2014. Se diagnosticaron a 175 pacientes. Las variables a analizar fueron: edad, sexo, clínica, antecedente de TCE, pruebas complementarias, tratamiento y destino al alta.

Resultados:

Edad media 31 años (72% hombres, 28% mujeres). Clínica: 45% presentaban ataxia, disartria, grave deterioro mental y físico, euforia, combatividad, náuseas, vómitos, diplopía y alteraciones del estado mental. 27% con afecto del control fino, el tiempo de reacción y deterioro de la facultad crítica y del estado de humor. 25% deterioro leve o moderado de las funciones cognitivas y dificultad para grandes habilidades motoras. Sólo 3% en coma. Un 12,57% refería TCE frente a un 87,42% que no. TAC cerebral se realizó sólo a un 9,71%. Pruebas complementarias: 17,5% glucemia capilar, 50,85% bioquímica, 44,57% hemograma, 21,14% ECG, 28% gases venosos, 20% coagulación, 5,14% radiografía tórax, 36% tóxicos en orina. Tratamiento en urgencias: suero glucosado 51,42%, Benerva 62,85%, Benadón 57,14%, lavado gástrico 2,85%, Primperan 28,57%, Tiamina 1,7%, otros (benzodiazepinas, analgésicos, anexate, naloxona, inhibidores de la bomba de protones) 30,28%. Destino: 10,28% observación 24 horas, 0,57% ingreso a planta, 0% UCI, 78,3% alta domiciliaria y 10,85% alta voluntaria.

Conclusiones:

Al igual que en la literatura, es más común en hombres jóvenes y las manifestaciones más importantes son: cambios conductuales como impulsos sexuales o agresividad, deterioro mental, lenguaje incoherente, etc. Existe un bajo porcentaje de pacientes con TCE, por lo que no es necesario realizarle un TAC a no ser que se sospeche alguna patología a nivel cerebral o lleguen en coma. A todo paciente con intoxicación etílica se debería realizar al menos una glucemia capilar y sólo se le han hecho a un 17,5% del total de pacientes. Existe un bajo porcentaje a la hora de la realización de pruebas complementarias a este tipo de pacientes. Casi el 100% se van de alta antes de las 24 horas.

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

O-614

NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA POR BENZNIDAZOL

R Cabrera Gamero, R Capilla Pueyo, O González Peña,
A Rivera Núñez, M Quintana Díaz

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Palabras claves: necrólisis, epidérmica, tóxica

Objetivos:

La necrólisis epidérmica tóxica (NET) o síndrome de Lyell es una toxicodermia grave e infrecuente. Se caracteriza por necrosis y posterior desprendimiento de la unión dermo-epidérmica afectando a grandes áreas cutáneas (>30% de la superficie corporal total) y a membranas mucosas. Su incidencia oscila entre 1-1,4 caso por millón de habitantes/año y la mortalidad entre el 30-35%. Su etiología es fundamentalmente farmacológica, existiendo actualmente casos descritos tras el uso de antibióticos, anticonvulsivantes aromáticos, antiinflamatorios no esteroideos y alopurinol. En relación al tratamiento, lo fundamental es el diagnóstico precoz, la retirada del fármaco potencialmente causal y el traslado del paciente a una Unidad de Cuidados Intensivos o a una Unidad de Quemados.

Material o pacientes y método:

Mujer de 43 años natural de Bolivia sin antecedentes personales ni familiares de interés, con diagnóstico reciente de enfermedad de Chagas en tratamiento con benznidazol. Suspendido en días previos por eritema en miembros superiores. Acudió al Servicio de Urgencias por eritema generalizado acompañado de fiebre, hipostesia izquierda y disartria. Tras doce horas de permanencia en el Servicio de Urgencias comenzó con edema cutáneo, ampollas flácidas y despegamiento dermo-epidérmico. Ante la severidad del proceso se inició el protocolo de manejo multidisciplinar y se decidió traslado de la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Resultados:

Al ingreso presentó shock hipovolémico, fallo multiorgánico y distress respiratorio que precisó intubación orotraqueal. Recibió tratamiento con ciclosporina e inmunoglobulinas intravenosas con evolución favorable. La biopsia describió hallazgos histológicos compatibles con NET.

Conclusiones:

Existen diferentes grupos farmacológicos causantes de NET. En nuestro caso, el benznidazol se relacionó con el desarrollo de esta patología. Actualmente, se han descritos pocos casos que relacionen dicho fármaco con NET. La NET constituye una emergencia médica. Desde los Servicios de Urgencias es fundamental realizar un diagnóstico de sospecha precoz y una ubicación correcta del paciente en unidades específicas, con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad asociada a esta patología.

O-615

ANÁLISIS DE UN BROTE DE INTOXICACIÓN POR
AMANITA PHALLOIDES ENMASCARADA POR
INGESTA DE OTRAS ESPECIES DE SETAS CAUSANTES
DE TOXICIDAD PRECOZ

R Torres Gárate, R González González, J Medina Ortega,
T Agudo Villa, A Martín Martínez

Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid

Palabras claves: setas, amatoxinas, síndrome hepatotóxico

Objetivos:

La rapidez en la sospecha diagnóstica y en la instauración del tratamiento en las intoxicaciones graves por setas puede modificar el curso de la enfermedad, circunstancia especialmente complicada cuando existe ingesta de varias especies, en los que la toxicidad digestiva precoz producida por algunas especies puede ocultar la presencia de riesgo de toxicidad mortal por otras setas ingeridas.

Material o pacientes y método:

Se incluyeron los pacientes que acudieron al SU en noviembre de 2014 tras el consumo de varias especies de setas recogidas sin control sanitario ni consejo de expertos. Se analizaron las características clínico-epidemiológicas, el manejo y la evolución posterior. Las setas consumidas fueron identificadas en el centro de referencia de la Comunidad de Madrid (Área de micología del Jardín Botánico). Se determinaron los niveles de amatoxinas en orina en todos los pacientes.

Resultados:

Se incluyeron 5 pacientes varones, edad 40-55 años, que consumieron las setas cocinadas en grupo. Los síntomas se iniciaron 3 horas tras el consumo: vómitos, diarrea y dolor abdominal. A las 36 horas de la ingesta, 4 de los pacientes presentaron síndrome hepatotóxico (citólisis, colestasis, coagulopatía y en 1 caso encefalopatía). En el análisis micológico se identificaron restos de setas típicas de toxicidad gastrointestinal precoz junto con restos de *Amanita phalloides*. Se realizó análisis de amatoxinas en orina que resultó negativo a las 72 horas del inicio de los síntomas. El tratamiento, iniciado a las 24 h de la ingesta mediante diuresis osmótica, Penicilina G, Sibilina y N-Acetil-cisteína, logró el control sintomático y normalización de la función hepática en todos los casos.

Conclusiones:

Los pacientes con intoxicación por diferentes especies de setas presentaron inicialmente sintomatología gastrointestinal con periodo de latencia breve, y posterior evolución a síndrome hepatotóxico. Es por tanto fundamental la obtención de muestras para su análisis posterior y una alta sospecha diagnóstica para evitar retrasos diagnósticos (en especial la determinación de amatoxinas), terapéuticos o incluso altas inadecuadas y su potencial impacto en el pronóstico de éstos pacientes.

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

O-616

INTOXICACIONES EN LA EDAD GERIÁTRICA

I Gómez García, D Aranda Cárdenas, C Clemente Rodríguez,
I Puente Palacios, I Cirera Lorenzo, A Supervía Caparrós,
Parc de Salut Mar. Hospital del Mar. Barcelona.

Palabras claves: anciano, intoxicación, urgencias

Objetivos:

Las intoxicaciones son una causa de consulta relativamente frecuente en los servicios de Urgencias. Solemos asociarlas a pacientes jóvenes y aunque también están presentes en el paciente de edad avanzada, poco sabemos de su incidencia.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de las intoxicaciones atendidas en Urgencias durante 2009-2012 en mayores de 65 años comparando dos grupos: G1:65-75 años y G2:>75 años. Se recogió filiación, procedencia, tipo y lugar de la intoxicación, tóxico, existencia de interconsulta a psiquiatría y realización de comunicado judicial. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 15.

Resultados:

Se atendieron 2673 intoxicaciones. 228 (8,5%) se produjeron en ancianos, G1:86(37,7%) y G2:142(62,3%). El 69,8% en G1 eran varones, mientras que el 76,1% en G2 eran mujeres ($p<0.001$). El 96,5% eran españoles y acudieron a través del SEM. La intención de la intoxicación fue recreativa en 43 (50%) y en 12 casos (8,5%) en el primer y segundo grupo respectivamente. La causa accidental se registró en 28 casos (32,6%) y en 116 (82,3%) ($p<0.001$). El lugar de la intoxicación fue G1 domicilio en 54,7% y vía o lugar público en 40,7% de casos. En G2 los porcentajes fueron del 94,4% y del 3,5% ($p<0.001$). Los tóxicos implicados fueron los fármacos [de predominio en el grupo G2 (80,3% vs 34,9%) y el alcohol [más frecuente en el grupo G1 (55,8% vs 9,2%)]. Los fármacos más frecuentes fueron: digoxina (58 casos), benzodiazepinas (49) y opiáceos y antidepresivos (10 cada uno). Se realizó consulta psiquiátrica en 23 (26,7%) y 13 casos (9,2%) respectivamente ($p=0.002$), se emitió el comunicado judicial solo en 11 (12,8%) y 13 casos (9,2%) ($p=ns$). Precizaron ingreso el 11,6% (10 casos) en el grupo de menor edad y 23,2% (33 pacientes) en el grupo de más de 75 años ($p=0.032$).

Conclusiones:

Un porcentaje no despreciable de intoxicaciones se producen en el paciente anciano. En los de mayor edad predomina el sexo femenino, las intoxicaciones accidentales y son fundamentalmente por fármacos, siendo digoxina el más relevante. Se realiza comunicado judicial con escasa frecuencia.

O-617

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE RECIENTE APERTURA ENTRE 2010 Y 2015

V Antón Vázquez (1), O García Trallero (1), J Porras Ruiz (2),
M Ugarte (1), A Pacheco (1), G Bernà Redondo (1)
Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despi. Barcelona

Palabras claves: intoxicación, epidemiología, base de datos

Objetivos:

La intoxicación aguda (IA) es una situación clínica atendida frecuentemente en los servicios de urgencias, observando un incremento de las mismas en los últimos años.

Material o pacientes y método:

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de las intoxicaciones diagnosticadas entre 2010 y 2015, en un hospital de segundo nivel, con una población de 350.000 habitantes. Mediante la creación de una base de datos, se analizaron las características demográficas, tipo de intoxicación, tratamiento y destino del paciente. El análisis estadístico se realizó con el paquete de datos SPSS 21.0.

Resultados:

Se incluyeron un total de 2058 pacientes con una edad media de 36 +/- 5 años (60,3% mujeres). Una incidencia del 1.1% sobre el total de urgencias hospitalarias. La mayor incidencia se alcanzó en los meses de noviembre, diciembre y enero. Los agentes tóxicos más frecuentes fueron las intoxicaciones medicamentosas 943 (46%), producidos en 811(48%) por fármacos de esfera psiquiátrica (ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos). Las benzodiazepinas supusieron un 27% (565) del total de fármacos. En segundo lugar se situaron las drogas de abuso 875 (43%), destacando entre ellas el alcohol etílico 662 (75%), cocaína 101 (12%), cannabis 54 (6%) y heroína 24 (3%). El 33% (669) de las IA recibieron medidas de descontaminación digestiva (las más empleadas fueron el carbón en un 67% y lavado gástrico en un 33%) y 504 (24%) recibieron tratamiento con antídoto. Un 0.5% (10) precisó ingreso en medicina intensiva. Se realizó informe judicial en 478(23%). La mortalidad registrada en relación al proceso toxicológico fue del 0.2% (5).

Conclusiones:

La IA presenta una baja tasa de mortalidad en nuestra población, siendo la de origen medicamentoso la más prevalente. El empleo de carbón fue más frecuente, como técnica de descontaminación, frente al lavado gástrico, observando una tendencia descendente en la utilización del lavado en los últimos años. Este trabajo nos permite conocer la importancia del perfil de las intoxicaciones agudas en nuestro medio, necesaria para facilitar una mejora en cuanto a calidad asistencial y una mayor eficacia en su prevención.

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

O-618

SEDACIÓN INTRANASAL EN EMERGENCIAS MEDIANTE DISPOSITIVOS DE ATOMIZACIÓN

C Escoda Francolí, A García Córdoba, I Cenicerós Rozalén,
I Unzaga Ercilla

Samu 061 Baleares. Palma de Mallorca.

Palabras claves: sedation, psychomotor agitation, emergency medicine

Objetivos:

El paciente agitado constituye una urgencia habitual y su tratamiento precisa con frecuencia contención mecánica y sedación por vía parenteral, con riesgos para el paciente y para el personal sanitario. La administración de sedantes por otras vías alternativas, suele tener una absorción errática con biodisponibilidad variable.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo observacional realizado en el SAMU 061 Baleares, desde el 1 de agosto hasta el 31 de Octubre de 2014, en la isla de Ibiza. Se incluyeron todos los pacientes agitados que se sedaron por vía intranasal mediante dispositivos de atomización, administrando midazolam a dosis estandarizadas de 0,1 mg/Kg.

Resultados:

Se registraron 38 pacientes, con una edad media de 31,3 años (media 25, rango 18-95). El 58% eran hombres y la etiología de la agitación fue principalmente intoxicaciones por drogas de abuso (76,3%), solo el 23,7% correspondía a causa psiquiátrica. El 90% eran pacientes que presentaban agitación grave sin colaboración y con necesidad de contención por los integrantes del EE 061 con/sin fuerzas de orden público (FOP). El 24% de los pacientes agitados se controlaron con dosis única de midazolam (dosis media 7,21 mg), el 63% requirieron una segunda dosis (dosis media 3,27 mg) y el 13% restante precisó una tercera administración (dosis media 3,75mg). La media de intervalo de administración entre dosis fue 2,5 minutos. El inicio de acción/sedación responde a una media de 5,2 minutos (media 4 minutos). No hubo complicaciones durante el procedimiento. Tras la sedación intranasal, el 24% requirieron canalización de vía venosa para control de la agitación.

Conclusiones:

El uso de dispositivos de atomización intranasal es una alternativa segura y eficaz para el control de pacientes agitados/agresivos en emergencias. La mayor parte de los pacientes agresivos se controla el proceso sin necesidad de uso de la vía parenteral.

O-619

INTOXICACIÓN POR KETAMINA COMO DROGA DE ABUSO

D Caballos Villar, V González Puebla, E Pastor González
Ayuntamiento de Madrid. Samur-Pc. Las Rozas.

Palabras claves: ketamine, street drugs, substance, related disorders

Objetivos:

El consumo y abuso de "drogas de diseño" está en creciente aumento en España según el informe EDADES 2013 del Plan Nacional de Drogas. Dentro de estas sustancias, el consumo de Ketamina es responsable de un número creciente de pacientes críticos en SAMUR-PC. Es necesario describir este problema sanitario para conocer tanto el perfil del paciente como el cuadro clínico que presenta y así optimizar el manejo de estos pacientes en el ámbito de la emergencia extrahospitalaria.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal / retrospectivo, Ámbito: servicio de emergencias extrahospitalarias ciudad de Madrid. Período: Marzo 2008- Marzo 2015, Inclusión: pacientes críticos con diagnóstico de intoxicación por ketamina. Variables: demográficas, hemodinámicas, analítica sanguínea, tipo de droga relacionada y mencionada, Procesamiento de datos: Access, Excel y SPSS v17.

Resultados:

Población: 28 pacientes. Media de edad 31,42 años (DE 8,57) Sexo 28 varones (100%) Glasgow inicial <9 88,8%(24 pacientes) Intubación Oro-Traqueal (IOT) 88,8% (24 pacientes) Saturación Oxígeno <94% 33,3% (9 p) Frecuencia Cardíaca <60 lpm 28,6% (8p) Tensión arterial sistólica <100 mmHg 25% (7 p) Analítica sanguínea: pH<7,20: 30,4% (7 p de 23 analizados) Exceso Bases ≤ 2 :60% (12 p de 20 analizados) Lactato >2,2: 58,3% (7p de 12 analizados) Resto de analítica normal Evolución: Alta hospitalaria en 24h: 46,42% (13p).

Conclusiones:

El perfil del paciente atendido es varón de 30 años con intoxicación por Ketamina siempre asociado a alcohol y otras drogas de abuso (GHB y anfetaminas) Mayoritariamente el paciente presenta bajo nivel de consciencia con acidosis e hipoxemia, precisando IOT Estos pacientes tienen buen pronóstico, tras ser extubados en el Hospital y pedir el alta voluntaria en menos de 24 horas tras su ingreso. En nuestra serie no se ha registrado ningún caso de mortalidad por ketamina. Sería conveniente realizar determinación de pH, lactato y gasometría extrahospitalaria y reflejar en la historia clínica el tóxico responsable siempre que sea posible, para optimizar el manejo extrahospitalario de estos pacientes.

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

O-620

¿TODOS LOS EUROPEOS NOS DROGAMOS IGUAL? DIFERENCIAS EN EL USO DE DROGAS DE ABUSO. DATOS ESPAÑOLES DEL ESTUDIO EURO-DEN

M Galicia Paredes (1), C Yates (2), O Miró (1), J Puiguriguer (2), A Dines (3), P Dargan (3)

(1) Area de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona, (2) Servicio de Urgencias. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca, (3) Clinical Toxicology, Guy's and St Thomas' Nhs Foundation Trust And King's Health Partners. London.

Palabras claves: drogas de abuso, emergencias, toxicología

Objetivos:

El consumo de drogas no es homogéneo en toda Europa. Con el fin de conocer las variaciones en la pauta de consumo de sustancias de abuso en los diferentes países se ha creado una red de centros centinela (Euro-DEN network, 16 centros en 10 países) que ha recogido las asistencias derivadas del uso de drogas a lo largo de un año.

Material o pacientes y método:

Recogida de los datos sobre drogas consumidas de los pacientes asistidos en los diferentes servicios de urgencias participantes con síntomas y/o signos compatibles con toxicidad aguda de drogas recreativas y/o directamente relacionados con el uso de drogas recreativas. Se excluyeron los pacientes con un diagnóstico de intoxicación etílica aislada, aunque se incluyeron aquellos en los que el alcohol fuera consumido junto con otras drogas de abuso.

Resultados:

Se recogieron 5529 casos, que representan el 0,3% del total de asistencias urgentes. de los cuales 380 corresponden a España (Barcelona 199, Mallorca 181). 3538 pacientes (61,5%) consumieron una única droga, (256 casos (67,9%) en los hospitales españoles). Las 5 sustancias más utilizadas en Europa fueron los opiáceos (1547 casos), las anfetaminas y sus derivados (996 casos), el cannabis (824 casos), la cocaína (781 casos) y el GHB/GBL (666 casos), mientras que en España encontramos cocaína (193 casos), cannabis (83 casos), anfetaminas y derivados (65 casos), GHB/GBL (46 casos) y los opiáceos (41 casos). En cuanto al destino tras la asistencia en Urgencias, 23 españoles (6,5%) ingresaron en el hospital (9 (2,3%) en UCI, 6 (1,5%) en psiquiatría y 8 (2%) en otras especialidades), mientras que los datos del resto de Europa son 1370 ingresados (26,6%), divididos en 320 (5,8%) en UCI, 276 (5%) en psiquiatría y 774 (14%) en otras especialidades.

Conclusiones:

En España se utilizan más la cocaína y el cannabis que en el resto de Europa (50% y 22% respecto a 14% y 15%). Las altas tras la asistencia representan el 93,5% de las asistencias en España y el 26% del resto de Europa.

P-621

INTOXICACIONES AGUDAS EN URGENCIAS

V Medina Cantarero, MA Martínez Sánchez, MD González Navarro, R Figueroa Montero, HD Pérez Bermúdez
Hospital Virgen del Castillo. Yecla.

Palabras claves: intoxicaciones, calidad de los servicios sanitarios, servicios de urgencias hospitalarios

Objetivos:

Los pacientes con una intoxicación aguda son atendidos mayoritariamente en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Las atenciones por intoxicaciones agudas representan un 0.5%-2%.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Las variables analizadas fueron: características demográficas, intervalo asistencial, origen de la demanda, tipo de tóxico, vía de intoxicación, intencionalidad, comorbilidad médica y psiquiátrica, aparición y tipo de complicaciones, tratamiento y destino al alta. Se han revisado un total de 474 historias clínicas informatizadas.

Resultados:

La atención al paciente intoxicado en el Servicio de Urgencias supuso el 0,8% de las consultas. Edad media de 32,70 años, y un intervalo comprendido entre 1 y 87 años. Predominaron en el género masculino (59,5%). El 46,6% fueron accidentales. La frecuencia de las vías de intoxicación: digestiva (75%), respiratoria (20,3%), mixta -respiratoria y digestiva-(2,7%) y cutánea (1,5%). Los fármacos y las drogas de abuso formaron el principal grupo de sustancias toxicológicas (30 y 30,2% respectivamente), seguidos por los gases (15,2%), los cáusticos (7,6%) y el uso combinado de fármacos y drogas de abuso (6%). La variable género se relaciona estadísticamente ($p=0,000$) con : tipo de antecedente psiquiátrico, vía de intoxicación, tipo de tóxico, intoxicación voluntaria ($p=0,002$) y edad ($p=0,001$). La variable edad se relaciona con los antecedentes de patología renal, otra comorbilidad médica, comorbilidad psiquiátrica, tipo de antecedentes psiquiátricos, intoxicación voluntaria y tipo de tóxico, ($p=0,000$).

Conclusiones:

Destaca la intencionalidad voluntaria en las intoxicaciones, una población relativamente joven, de predominio masculino, preferencia por la vía digestiva y elección de fármacos y drogas de abuso.



URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-622

PREVALENCIA DE INTOXICACIONES NO MEDICAMENTOSAS, SÍNTOMAS ASOCIADOS

L Bernabé Vera (1), JM González González (1), C Hernández Martínez (1), AI Casas Torres (1), MD Medina Abellán (2), M García Palacios (1)

(1) Hospital General Reina Sofía, (2) Unidad Docente Medicina de Familia. Murcia.

Palabras claves: toxic, symptom, prevalence

Objetivos:

Las intoxicaciones no medicamentosas suponen un pequeño porcentaje de consultas en los servicios de Urgencias. En mayoría de ellas de origen accidental. Destacan por inhalación de vapores tóxicos o monóxido de carbono, ingesta de productos químicos de limpieza o contacto con organofosforados.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo observacional transversal. Se analizaron 88 pacientes que fueron registrados en el sistema SELENE durante los años 2010 al 2014 y consultaron por dichas intoxicaciones. Variables medidas: Sexo, nacionalidad, mes y hora de atención, tiempo de estancia en Urgencias, destino al alta. Forma de contacto con el tóxico, Tipo de tóxico, intencionalidad o accidental. Sintomatología que presentaba al llegar a urgencias y pruebas complementarias realizadas.

Resultados:

De los 88 paciente: 44.3% mujeres y 55.7% hombres, la mayoría (78%) eran Españoles, de África: 10.2%, Países del Este: 3.4% y Sudamérica: 8%. Los meses con más frecuencia: Marzo: 12.5% y mayo: 11.4%. La hora más frecuente de consulta entre: 15:00 a 23:59 horas. La mayoría (79.5%) permanecieron menos de 6 horas en Urgencias, acudiendo por decisión propia: 62.5% y alta a domicilio: 77.3%. Vía de administración más frecuente fue inhalada: 55.7% seguida de oral: 37.5%. Tipo de tóxico mas frecuente: cáusticos (ácidos y alcalis): 58%, Monóxido de carbono: 14.8%, insecticidas: 12.5%, elitenglicol: 2.3%, y otros: 12.5%. No presentaron intencionalidad el 92% y 8%: intento autolisis. Síntomas que presentaron: Asintomáticos: 85.2%, odinofagia: 13.8%, náuseas: 1.2%, vómitos: 18.4%, mareo: 10.3%, cefalea: 6.9%, dolor abdominal: 17.2%, pirosis: 13.8%, disnea 29.9%, tos: 19.5%, irritación ocular: 13.8%, hematuria: 1.1%, reacción urticariforme: 1.1%. Pruebas complementarias realizadas: Analítica de sangre: 77%, orina: 4.6%, gasometría arterial: 10.3% y venosa: 45.5%, ECG: 28.7%, RX de tórax: 58%, RX abdomen: 9.2%, Ecografía abdomen: 1.1%, TAC tórax y abdomen: 3.4%, Endoscopia: 4.5% con alteraciones en ella en el 3.4%.

Conclusiones:

Destaca la intoxicación por cáusticos, probable por el fácil acceso a dichos productos asociando mayor frecuencia de manera accidental. La forma inhalada tuvo la mayor presentación. En un mayor porcentaje permanecían asintomáticos siendo la disnea el síntoma más frecuente. Es importante conocer la frecuencia de presentación de estas intoxicaciones, síntomas asociados y complicaciones para un buen manejo en urgencias.



URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-623

MUERTES POR INTOXICACIÓN AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

P Miranda Arto (1), FJ Ruiz Ruiz (2), A Ferrer Dufol (3), S Menao Guillen (3), T Pardo Vintanel (4), P Boned Blas (4), N Ortega Jiménez (5)

(1) Salud Aragón, (2) Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, (3) Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, (4) Hospital Royo Villanova de Zaragoza, (5) Hospital Maz. Zaragoza.

Palabras claves: intoxicación aguda, muerte, hospital

Objetivos:

Las intoxicaciones agudas son motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias pero los datos sobre fallecimientos derivados de las mismas son escasos.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos por sospecha clínica de exposición a un producto tóxico en el Servicio de Urgencias y en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza entre los años 2000-2012 y que fallecieron como consecuencia de dicha intoxicación.

Resultados:

Del total de 14822 a lo largo de los 13 años de casos atendidos por intoxicación aguda, se seleccionaron los 19 fallecimientos registrados (0,12%), con una edad media de 55,47 (DS ± 23,5) de los que 11 fueron varones (57,8%). La vía oral fue la vía de entrada más frecuente con 15 casos (78,9%) y la intencionalidad de la intoxicación, la suicida con 11 casos (57,9%). Los agentes implicados fueron los cáusticos en 7 casos (36,8%), disolventes, combinación de drogas - alcohol y combinación de fármacos - alcohol en 3 intoxicaciones respectivamente (15,7%), por fármacos antiarrítmicos en un paciente (5,26%), opiáceos y plaguicidas en sendos casos. La relación de la intoxicación con el fallecimiento fue indudable en 16 de los casos (84,2%).

Conclusiones:

Los fallecimientos por intoxicación aguda son un evento poco frecuente a pesar de lo dramático de la situación. Se dan con más frecuencia en los varones, en intoxicaciones por vía oral, con fines autolíticos y como agente causal un cáustico.

P-624

INTOXICACIÓN POR VINAGRERAS

JF Aparicio Sánchez (1), I Bajo Fernández (1), F Soriano Rodríguez (2), LM Jiménez Murillo (1)

(1) Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (2) Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

Palabras claves: intoxication, rumex acetosa, mandrágora autumnalis

Objetivos:

Existen gran variedad de plantas comestibles. La Rumex Acetosa, cultivada en algunas zonas por sus hojas comestibles. Gran variedad de nombres, entre ellos, vinagrera. Su empleo en ensaladas tiene un sabor muy peculiar. Se considera diurética. Alto contenido en Vit. C se considera antiescorbútica. Contiene vitamina C, quercitrina y vitexina y derivados antraquinónicos. La mandrágora autumnalis, es una fanerógama de la familia de las Solanáceas. Fue usada extensamente en Europa medicinalmente. Sus raíces han sido usadas en rituales mágicos. Altamente tóxica. Contiene alcaloides, tales como atropina y escopolamina. Se comporta de manera similar a la belladona: en dosis bajas bloquea los receptores de la acetilcolina deprimiendo los impulsos de las terminales nerviosas, mientras que en dosis elevadas, provoca una estimulación antes de la depresión.

Material o pacientes y método:

Mujer 75 años y hombre 45 años, madre e hijo, sin AP de interés, que tras 2 h de la ingesta de hierbas silvestres (vinagreras, rumex acetosa), compradas en un comercio de forma furtiva, desconociendo si habían sido tratadas con pesticidas, presentan parestesias periorales y en partes distales de ambas extremidades (manos y pies), sequedad de boca, visión borrosa y midriasis bilateral, alucinaciones visuales. Se solicita H.B y C, Rx de Tórax, siendo todas dentro de los rangos de referencia. Ante la sospecha de intoxicación colinérgica, son trasladadas a UCI. Evolucionan favorablemente, siendo trasladados a planta de M Interna a las 24 h. La madre refiere lavó previamente las hojas antes de preparar la ensalada. Tras investigación del caso, se identifica una confusión en la correcta taxonomía de las mismas, siendo correctamente identificadas como hojas de mandrágora.

Resultados:

Hoy en día una correcta identificación taxonómica de hierbas silvestres en el campo, debe de ser una premisa.

Conclusiones:

En nuestro caso, la identificación del S. colinérgico, aunque inicialmente fue orientado hacia una intoxicación pesticidas, fue crucial. Una correcta historia clínica y anamnesis, es fundamental. Por todo ello, insistimos, en que no se debe de ingerir alimentos que no estén correctamente identificados con controles sanitarios.

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-625

DESPLIEGUE DE UNA ESTACIÓN DE TRÁNSITO Y CONTROL DE ÉBOLA EN LA BASE AÉREA DE GANDO

GJ Gómez Macanás, CF Rodrigo Arrastio, C Pérez Rodríguez, JC Laguardia Chueca, J Tirapu Corera
UMAAD, Zaragoza.

Palabras claves: Ébola virus, descontaminación, aislamiento de pacientes

Objetivos:

La crisis generada por el virus ébola (EVE) produjo una gran alarma social. Las características de la infección, transmisión y ausencia de tratamiento han contribuido a ello. La globalización, permeabilidad de fronteras y accesibilidad al transporte aéreo han exigido la definición de instalaciones para el control y aislamiento de los casos sospechosos. La Unidad Médica Aérea de Apoyo al Despliegue de Zaragoza (UMAAD-Zaragoza), Como unidad médica de respuesta, desplegó en la B.A. de Gando una estación de tránsito y control EVE para el personal procedente de la zona epidémica.

Material o pacientes y método:

Descripción de la instalación, capacidades y recursos personales y materiales utilizados para el despliegue de la misma. Se requirió una dotación de 6 personas y, para la carga, únicamente 2 palés de avión transportado en un T-10 (C-130 Hércules) del Ala 31 de Zaragoza.

Resultados:

El tiempo de respuesta fue de 24 horas. En ese tiempo se realizó el diseño de la instalación, la preparación del material y la puesta en estado de proyección. El montaje supuso 16 horas de trabajo. La instalación está compuesta por: vestuario, triage, control, descontaminación, zona aislamiento pacientes sintomáticos, zona observación pacientes asintomáticos. Se dotó a la instalación de sistemas de control ambiental, recogida de residuos, electricidad y agua corriente. La instalación sigue desplegada y su utilización no ha requerido modificaciones.

Conclusiones:

El diseño, despliegue, montaje y puesta en funcionamiento de la instalación de control de EVE, así como los recursos personales y materiales empleados han sido adecuados a la exigencia de la alerta.

P-626

INTOXICACIÓN POR TEJO

I Achurra Pardo (1), M Fernández (1), MJ Rodríguez (2), G Gutiérrez (3)

(1) Ambuibérica-061 Cantabria, (2) 061 Galicia, (3) 061 Cantabria.

Palabras claves: taxus baccata, envenenamiento, plantas

Objetivos:

La taxina se encuentra en diversas especies de la planta de tejo. La toxicidad del tejo se encuentra en las hojas, ramas, flores y semillas. Los síntomas que provoca la intoxicación con tejo son una primera aceleración del pulso para, posteriormente, volverse lento y desigual, y en dosis mortales fallecimiento por parálisis respiratoria.

Material o pacientes y método:

La intoxicación por tejo es relativamente rara. Se ha descrito la muerte de adultos que fallecieron tras tomar una preparación medicinal elaborada con hojas de tejo. Las toxinas se absorben rápidamente, por lo que en algunos casos se produce la muerte por cardiotoxicidad en forma tan precoz que no se manifiesta ningún tipo de síntoma. En otros casos, transcurren varias horas, o incluso días, y los pacientes presentan una serie de síntomas: síntomas digestivos, síntomas neurológicos, síntomas cardiológicos.

Resultados:

Debería llevarse a cabo un rápido vaciado del contenido del estómago, por inducción del vómito o lavado gástrico, seguido de la administración de catárticos y carbón activado. Es útil el tratamiento sintomático básico y de soporte (laxantes, oxigenoterapia, control de la presión arterial, ECG y pulso, etcétera). Además, se puede actuar específicamente sobre: 1- La hiperpotasemia: si excede de 6 mEq/L administrar 25 mg de glucosa y 10 UI de insulina. Si es preciso, puede recurrirse a la hemodiálisis para reducir las cifras de potasio sérico. 2- Las alteraciones cardíacas: El tratamiento con atropina o lidocaína puede ser beneficioso en animales. La atropina se ha usado con éxito en humanos para tratar bradicardias sinusales o arritmias ventriculares inducidas por tejo. De ser preciso puede instalarse un marcapasos intracavitario transitorio.

Conclusiones:

El pronóstico depende de la cantidad de tóxico ingerido y de la prontitud con que se haya recibido el tratamiento. Cuanto más rápido se reciba ayuda médica, mayor será la probabilidad de recuperación.

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-627

INGESTA VOLUNTARIA DE ALOCASIA MACRORRHIZA. INTOXICACIÓN. UN CASO CLÍNICO

MC Ruiz Ciudad (1), MJ Morales Acedo (2), M Nogués Herrero (2), M Chacón González (2), RG Mesa Ramos (2), M Zaheri Beryanaki (2)

(1) Hospital de Antequera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. Residente De Familia. Área Sanitaria Norte de Málaga, (2) Hospital de Antequera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. Málaga.

Palabras claves: alopecia, toxicidad, humanos

Objetivos:

Una intoxicación por plantas ocurre tanto por el consumo y/o contacto, por error en la identificación, exceso en la cantidad ingerida o consumo negligente. El diagnóstico se logra identificando la planta involucrada.

Material o pacientes y método:

Varón de 49 años que acude a urgencias con malestar general, hipersalivación y odinofagia tras ingerir de forma voluntaria una mínima cantidad del bulbo de una planta que aporta: Alopecia macrorrhiza. NAMC. Antecedentes sin interés, TA 123/82. FC 61 lpm. SatO₂:100%, T°35°C. REG, con sensación nauseosa e hipersalivación. Bien hidratado y perfundido. Palidez cutánea. CyC: PINRL. Eritema y edema en cavidad oral, hiperemia conjuntival. ACR: mvc, tonos rítmicos sin soplos. Abdomen blando y depresible, indoloro. Peristaltismo presente. No signos de irritación peritoneal. No erupciones cutáneas. Se contacta con Instituto de toxicología, recomendando tratamiento sintomático con soporte ventilatorio y circulatorio en su caso, reposición de iones y realización Endoscopia Digestiva Alta para descartar lesiones en tubo digestivo, dado que el producto ingerido es rico en ac.oxálico (cáustico) y puede haber riesgo de hemorragia digestiva, perforación visceral, edema de mucosas, disfunción renal, hipocalcemia, tetania y convulsiones.

Resultados:

Exploraciones complementarias: Hemograma normal. Hemostasia Normal. Glucosa 84 mg/dl. Creatinina 1,00 mg/dl. Iones normales. Perfil hepático y lipasa normal. Gasometría venosa y PCR normal. Endoscopia Digestiva Alta: Probable páncreas ectópico con una ulceración lineal. Dada la buena evolución del paciente y descartadas complicaciones digestivas, se procede al alta con revisión en consultas externas de Digestivo para seguimiento de páncreas ectópico y resultados de biopsia. J.C.: intoxicación alimentaria.

Conclusiones:

Alopecia macrorrhiza (oreja de elefante): Especie herbácea, perenne casi toda la planta puede resultar tóxica. Supone un problema cuando se ingiere o entran en contacto con piel o mucosas produciendo irritaciones por su contenido en oxalatos de calcio y aspargina. Si se ingiere puede provocar ardores de estomago, náuseas, vómitos, diarreas, edema de glotis. Su contenido en nutrientes la hace apta para la alimentación, pese al contenido de oxalatos y taninos. Es habitual incluirla como dieta completa para la alimentación de animales.

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-628

PARA LAS SETAS SIN RECETAS

E Espinosa de los Mont Márquez, V Delgado Sardina,
M Arroyo Gallego, J Torres Yebes, A Gómez, M Martínez
Marco, E Lozano Rincón

Hospital del Henares. Coslada. Madrid

Palabras claves: intoxicación, setas, antieméticos

Objetivos:

La intoxicación por setas es más frecuente en el otoño y se da de forma colectiva en el 80% de los casos. Para el diagnóstico y tratamiento es fundamental una buena anamnesis y conocer bien su manejo.

Material o pacientes y método:

En otoño de 2014 se registraron en nuestro hospital cuatro casos. Tres de ellos acudieron a Urgencias por vómitos y dolor abdominal en las primeras 6 horas tras la ingesta, tratándose de un síndrome de latencia breve de buen pronóstico. Se realizó lavado gástrico mediante SNG con administración de carbón activado y reposición hidroelectrolítica. Permanecieron en observación para inicio de tolerancia oral y monitorización de la función hepática y coagulación. Tras buena evolución transcurridas 48 horas reciben el alta. El cuarto paciente acudió por dolor abdominal y estreñimiento de 3 días de evolución. Refiere que hace 4 días acudió a su MAP por vómitos y diarrea tras ingerir setas, quien le pautó antiemético y antidiarreico. A su llegada analíticamente destaca Leucocitos 13.720/ μ L, Neutrófilos 9.800/ μ L, PCR 62,2mg/L y radiografía abdominal sin datos de interés. El paciente permanece en observación con analgesia y reposición hidroelectrolítica. Al día siguiente, tras persistencia de dolor abdominal, se realiza TAC abdominopélvico en el que se observa engrosamiento de la pared abdominal, aumento del calibre del apéndice y cambios inflamatorios en la grasa mesentérica adyacente. Se diagnostica como ileo-colitis de probable origen tóxico y se inicia antibioterapia empírica con metronidazol y ciprofloxacino. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta 3 días después tras comprobar buena tolerancia oral.

Resultados:

Buena evolución en los pacientes en los que se favorece la eliminación de la toxina.

Conclusiones:

Lo primordial ante la intoxicación por setas es descartar un síndrome de latencia prolongada que puede causar la muerte del paciente. Los dos objetivos fundamentales ante un paciente intoxicado por setas son reestablecer el balance hidroelectrolítico y desintoxicar el organismo. Por ello, es importante conocer que el uso de antidiarreicos y antieméticos está contraindicado en la sospecha de intoxicación por setas, ya que es importante favorecer la eliminación de la toxina tanto por vía digestiva como por vía urinaria.

P-629

URGENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE METOXETAMINA. OTRA NUEVA DROGA EN NUESTRO MEDIO

S Nogué Xarau, M Galicia, E Salgado, J To, M Parra,
B González

Hospital Clínic. Barcelona.

Palabras claves: metoxetamina, anfetaminas, drogas de abuso

Objetivos:

El año 2010 se describió por primera vez una sobredosis de metoxetamina (MXE). La MXE es un derivado de la ketamina que se ha introducido entre consumidores de drogas por su capacidad alucinógena.

Material o pacientes y método:

Revisión de la base de datos toxicológica de urgencias y del laboratorio de toxicología hasta el 15 de marzo de 2015. Selección de casos positivos a MXE e identificados en una muestra de orina analizada por cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas (CG-EM).

Resultados:

Se han atendido 4 casos entre el 31 de agosto de 2014 y el 8 de marzo de 2015. El primero fue un varón de 24 años, remitido por convulsiones. Reconoció el consumo de cocaína fumada y ketamina esnifada. Ingresó consciente pero con intensa agitación psicomotriz. El análisis de orina confirmó la presencia de cocaína, ketamina y MXE. Mejoró de forma progresiva y fue dado de alta sin complicaciones. Los casos dos y tres son mujeres de 20 y 23 años que acudieron de forma simultánea. Refirieron haber sido víctimas de una agresión sexual bajo los efectos de una sumisión química. Ambas reconocieron haber tomado bebidas alcohólicas y cocaína e iniciar, a partir de ese momento, un período de amnesia de varias horas de evolución. La CG-EM detectó MXE y confirmó la presencia de cocaína. Tras la evaluación médico-legal, fueron dadas de alta. El cuarto caso es una mujer de 32 años remitida en coma tras un supuesto consumo de ketamina, cocaína y alcohol. Se demostró la presencia de etanol en sangre (2,13 g/L) y cocaína y MXE en orina, sin ketamina. Evolución sin complicaciones.

Conclusiones:

Los casos presentados se corresponden con un perfil de consumidor joven y en un contexto de empleo simultáneo de otras drogas. El posible papel de la MXE como inductora de agitación psicomotriz, convulsiones, coma y para facilitar las agresiones sexuales, ha de ser tenido en cuenta en los servicios de urgencias.



URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-630

ETIOLOGÍA DE LAS INTOXICACIONES ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO QUE PRECISAN INGRESO EN UCI

A Bajo Bajo (1), ME Santos Pérez (2), A Gómez Prieto (1), MA Palomero Martín (1), A García García (1), A Arévalo Velasco (1)

(1) Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, (2) Complejo Asistencial Virgen de la Concha de Zamora.

Palabras claves: intoxicaciones, epidemiología, unidad de cuidados intensivos

Objetivos:

Las intoxicaciones agudas son una patología relativamente frecuente en nuestros servicios de urgencia hospitalaria. De estos pacientes el porcentaje que precisa ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) son escasos.

Material o pacientes y método:

Se estudiaron las intoxicaciones agudas atendidas por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Salamanca durante los años 2010, 2011 y 2012 que precisaron ingreso en UCI.

Resultados:

Durante los años estudiados se analizaron 40 pacientes, siendo 11, 14 y 15 respectivamente al año 2010, 2011 y 2012. En dichas intoxicaciones se vieron implicados 74 tóxicos tanto medicamentosos, drogas de abuso, setas y Monóxido de carbono (42 productos diferentes). Las intoxicaciones se debieron a Medicamentos en el 61% de los casos seguidos de Drogas de abuso en el 28%, siendo el Monóxido de Carbono, setas, Cáusticos, organofosforados en el 11% restante. Dentro de las intoxicaciones por medicamentos el más frecuente implicado fueron las benzodiacepinas con el 42% de los casos, seguido de los antidepresivos con el 23%. En cuanto a las intoxicaciones por drogas de abuso, los opiáceos estuvieron presentes en el 33%, el etanol en el 24%, cocaína 24%. Destaca el ingreso en Unidad de Cuidados intensivos de 3 intoxicaciones puras por etanol. En cuanto a la combinación de varios productos el 42,5% se debió a la combinación de dos sustancias, el 35% a una sola, el 15% a tres y solo el 7,5% a cuatro o más. La mortalidad se debió a un caso de causticación por sosa cáustica.

Conclusiones:

Las intoxicaciones agudas es una patología que precisa ingreso en UCI de forma infrecuente. Las intoxicaciones medicamentosas son las más frecuentes en precisar ingreso en UCI Las sustancias más frecuentemente implicada son las benzodiacepinas Entre las drogas de abuso la cocaína y las nuevas drogas están empezando a tener impacto de su amplio consumo La intoxicación etílica no siempre es banal.

P-631

OLAS DE CALOR 2013: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

FJ Gil Gómez, D Sánchez Sendin, A Maganto, M Vicente de La Cruz, J Sevillano, J Andueza Lillo

Hggm Madrid. Getafe. Madrid

Palabras claves: urgencias, calor, respiratorias

Objetivos:

Las olas de calor empeoran la salud de la comunidad en personas predispuestas. Existe: Aumento de morbilidad e ingresos hospitalarios. Aumento de mortalidad. En diversos estudios los pacientes ingresan por urgencias mas graves y muchos por neumonía. Mas ingresos en plantas de Medicina Interna y muy frecuentemente por enfermedades respiratorias.

Material o pacientes y método:

76 pacientes que ingresaban por causa respiratoria en época de ola de calor en urgencias del HGGM Madrid. Se analizaron 55 variables que incluían edad, sexo, comorbilidades, Índice de Charlson, Barthel, clínicas, parámetros analíticos sanguíneos, motivo de ingreso y mortalidad entre otras. Se utilizó el SPSS 17.

Resultados:

El 50% de los pacientes que ingresaban en ola de calor lo hacían con enfermedad respiratoria.(frente al 29% en otros días) La edad media fue de 75.71 años, mujeres el 30%. El Índice de Charlson fue de 3.05 el de Barthel de 63.99. Entre las comorbilidades mas frecuentes figuraban: Ser EPOC, tomar determinados farmacos relacionados con el calor, ser HTA y presentar enfermedades mentales. En los parámetros analíticos destacaban: salutación del 89%, urea de 57, PO2 de 58. APACHE II de 12 El 39% vivía solo Un 45% presentaban neumonías La mortalidad fue del 8%.

Conclusiones:

En las olas de calor el exceso de ingresos es por enfermedades respiratorias. Casi un 50% lo son por neumonías. Los pacientes que ingresan por enfermedades respiratorias son con mayor frecuencia: Ancianos, toman fármacos relacionados, presentan EPOC y clínicamente están deshidratados, presentan mayor hipoxemia y tienen mayor severidad clínica que en periodos sin calor extremo.

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-632

PERFIL DEL PACIENTE INGRESADO EN OBSERVACIÓN POR INGESTA MEDICAMENTOSA VOLUNTARIA

J Gallardo Bautista, JL Gálvez San Román, E Oncala Sibajas, C Jiménez Hidalgo, C Bueno Mariscal, MC Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Palabras claves: tentativa de suicidio, intoxicación, urgencias

Objetivos:

Las intoxicaciones agudas por medicamentos constituyen un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencias. La tas de intoxicaciones se estima en 234 por 100.000 habitantes.

Material o pacientes y método:

Estudio transversal descriptivo de 213 casos de pacientes atendidos por intoxicación medicamentosa en las urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla con ingreso en Observación entre enero y diciembre 2014. Los datos se extrajeron de la historia de salud digital de urgencias Diraya. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 19.

Resultados:

Se registraron 213 casos de ingesta medicamentosa voluntaria con ingreso en observación. La distribución por sexos fue hombres 35,7% y mujeres 64,3 %. La media de edad ha sido de 41,9 años (DE 13,5). Los antecedentes psiquiátricos más frecuentes fueron los síndromes depresivos (38%) , trastornos de ansiedad (21,6%), trastornos de la personalidad (17,8%) y Toxicomanía - Consumo de estupefacientes (15%). No se encontraron antecedentes de salud mental en el 16,4%. Las ingestas polimedicamentosas halladas fueron el 46,9%, con una media de medicamentos de 2,1 (DE 1,1) y un rango 1-6. Los medicamentos más implicados fueron las benzodiazepinas (66,7%), seguido de los Antidepresivos (19,2%), neurolépticos (13,1%) y AINE (6,1%). La combinación benzodiazepinas – alcohol se encontró en el 11,3%. La media de horas de demora en la llegada al hospital fue de 4,1 horas (DE 4,6). Se realizó lavado gástrico al 48,4 % y administración de carbón activado al 53,5%. Había antecedentes de ingesta medicamentosa voluntaria en el 37,1%.

Conclusiones:

El perfil del paciente corresponde a mujer de 42 años edad , con antecedentes psiquiátricos de depresión y de otra ingesta previa, que ingería 2 medicamentos distintos, uno de ellos las Benzodiazepinas. La demora de llegada al hospital fue de 4 horas, aplicándose el tratamiento de carbón activado con lavado gástrico como medida principal.

P-633

RELEVANCIA DE LA RADIOGRAFÍA SIMPLE EN LA ERA TECNOLÓGICA

A. García Arellano, E Medina Turienzo, B Sánchez Hernandez, AC Tejero Luna, AC Sánchez Martínez, S Alcalde García

Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra.

Palabras claves: intoxicación, hierro, radiografía

Objetivos:

Presentamos el caso de una paciente joven que acude al servicio de urgencias procedente de un servicio de urgencias extrahospitalario, refiriendo ingesta voluntaria de fármacos con fines autolíticos. El fármaco ingerido era sulfato ferroso (Tardyferon®).

Material o pacientes y método:

Hay varias sustancias más que son radio-opacas, y por tanto visibles en una radiografía simple (ácido acetilsalicílico, carbamazepina, haloperidol, metotrexato...). La aplicación de esta técnica es también útil para localizar la presencia de drogas ilegales en el tracto digestivo o genitourinario. El hierro es radio opaco en las primeras horas tras la ingesta y suele formar conglomerados. Pero la radiografía no es solo útil en este caso para confirmar el diagnóstico sino también para evaluar la eficacia de las medidas empleadas para descontaminar el tubo digestivo. Se considera que la dosis tóxica del hierro por vía oral es a partir 20 mg/kg. La paciente había ingerido 12 comprimidos (960 mg de hierro elemental) y pesaba 45 kilogramos, lo que equivale a 21'3 mg/kg de hierro elemental. Por ese motivo la paciente fue trasladada a su hospital de referencia –terciario- para poder controlar la sideremia (herramienta analítica de la que no disponíamos en nuestro hospital) y valorar su evolución.

Resultados:

Previo al traslado a su hospital de referencia se le realizó un lavado gástrico, sin que se llegasen a visualizar los comprimidos.

Conclusiones:

La intoxicación por hierro es poco frecuente y potencialmente grave pero tenemos a nuestra disposición una exploración complementaria sencilla que nos puede facilitar la confirmación diagnóstica.

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-634

INTOXICACIÓN POR METANOL

MJ Rodríguez Lera, J Pelayo Lastra, H Solino Díaz, E Vázquez González, S Sánchez Ortiz, L Piedra Antón, B Ceballos Pérez
Hospital Sierrallana. Torrelavega.

Palabras claves: intoxicación por metanol, amaurosis, coma

Objetivos:

La intoxicación por metanol es relativamente infrecuente pero de consecuencias nefastas si no se sospecha y se inicia tratamiento precoz. El metanol se encuentra presente en anticongelantes, disolventes de pintura, bebidas destiladas en alambiques.

Material o pacientes y método:

Se trata de un varón de 47 años de edad HTA y dislipémico sin tratamiento y bebedor importante de alcohol traído por la familia por abundante ingesta de bebidas alcohólicas y casi 400 ml alcohol de quemar. A su llegada a urgencias 3 horas después de la ingesta está agitado, sudoroso, pupilas midriáticas y arreactivas, y dificultades visuales, acidosis metabólica con anión GAP aumentado.

Resultados:

El nivel de consciencia va disminuyendo por lo que precisa IOT e ingresa en URCC donde fallece a las pocas horas a pesar de haber iniciado tratamiento con etanol ev de forma muy precoz.

Conclusiones:

En este caso la sospecha diagnóstica no presenta dificultad porque refieren que ha ingerido alcohol de quemar. Pero en muchas ocasiones no tenemos ese referente y debemos sospecharlo ante pacientes con ingesta de alcohol u otras sustancias, que presenten alteraciones visuales o neurológicas y acidosis con anión GAP aumentado, ya que la metanolemia tarda días en llegar y si no comenzamos el tratamiento de forma precoz (ya sea etanol ev o si no disponemos de él podemos dar etanol oral), las consecuencias son fatales, pasando por amaurosis irreversible, daño neurológico o muerte.

P-635

SUMISIÓN QUÍMICA

T Hernández Rodríguez (1), M Moros Melus (2), P Elías Villanueva (3), E Asso Otal (4), I Calonge Vergara (5), O Pueyo Val (6)

(1) C.S. Andorra, (2) C.S. Illueca, (3) C.S. Alfambra, (4) C.S. Ejea, (5) C.S. Caspe, (6) C.S. Calamocha. Andorra.

Palabras claves: chemical, submission, drug

Objetivos:

Consiste en la administración de sustancias químicas a un sujeto, sin su consentimiento, con fines delictivos, de forma que se pueda manipular la voluntad de las personas o modificar su comportamiento.

Material o pacientes y método:

Presentamos el caso de una mujer de mediana edad que sale de fiesta. Tras 24h fuera de casa es encontrada vagando por la calle. La familia la veían diferente, apática y ensimismada, en estado de mutismo. Decidieron llevarla al hospital porque por la noche la habían escuchado gritar, llorar y diciendo que veía personas en las paredes. Refería que le faltaba dinero, no recordaba nada, sólo que tras consumir bebidas alcohólicas, empezó a encontrarse mal. Se encontraba asustada. Negaba consumo de tóxicos. Clínica: dolor anal y vaginal. Decidieron derivar a ginecología sin poder determinar la existencia de muestras al haber transcurrido ya 72 horas.

Resultados:

El perfil de la víctima es una mujer joven, que está en una fiesta y tras consumir una bebida pierde la conciencia, cuando despierta esta confusa sin recordar lo que ha sucedido. El agresor suele ser un varón habitualmente conocido por la víctima. La sustancia ideal para cometer este tipo de agresión es de acción rápida y breve, fácil de conseguir, activa a bajas dosis, de administración oral, que pase inadvertida para la víctima y capaz de producir efectos favorables para el agresor (amnesia anterógrada, alucinaciones y desinhibición), que retrasa el diagnóstico e incluso facilita la colaboración de la víctima. Las más utilizadas son: benzodiacepinas, cannabis, cocaína, ketamina, escopolamina, GHB y drogas de diseño.

Conclusiones:

La detección de estos casos se ve dificultada por el retraso en solicitar ayuda por parte de la víctima, lo que facilita la eliminación del tóxico, las bajas dosis utilizadas y la fácil confusión de este cuadro con una intoxicación etílica voluntaria. El personal sanitario que atiende a estas víctimas debe conocer las características fundamentales de este cuadro. Fundamental la obtención de muestras biológicas para el análisis toxicológico, garantizando la cadena de custodia, a un laboratorio especializado.

URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-636

INTOXICACIONES AGUDAS VOLUNTARIAS ATENDIDAS EN URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER DE MURCIA

M Baeza Mirete (1), E Laborda Arándiga (2), C Hernández Alcaraz (1), I López Caballero (3), MA Ruiz Cantalejo (1), A García Ayuso (1)

(1) Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, (2) Hospital Universitario del Vinalopó, (3) EAP El Carmen. Murcia.

Palabras claves: envenenamiento, urgencias, suicidio

Objetivos:

La Toxicología es la ciencia que estudia las sustancias de diverso origen usadas por el hombre desde la más remota antigüedad por sus cualidades nocivas, afrodisiacas o venéreas, de donde deriva el término veneno. Un tóxico es toda aquella sustancia que producirá algún efecto nocivo sobre un ser vivo, tanto animal como vegetal. Los tóxicos son agentes químicos o físicos que dadas sus características son capaces de alterar el equilibrio dinámico de la vida. Guitart, propuso una definición de tóxico donde manifestaba que toda radiación física o agente químico que, tras generarse internamente o entrar en contacto, penetrar o ser absorbido por un organismo vivo, en dosis suficientemente alta, puede producir un efecto adverso directo o indirecto en el mismo. No hay sustancias atóxicas, cualquier sustancia química o física actuará como tóxico en unas determinadas circunstancias del sujeto, del ambiente o de la dosis. La intoxicación es una enfermedad, según el grado de afectación del individuo la clasificamos como leve, moderada o grave. Podemos clasificarlas estimando su curso o evolución temporal como intoxicaciones agudas o crónicas.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, a partir la información obtenida tras la cumplimentación de un cuestionario de datos extraídos de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario José María Morales Meseguer de Murcia por intoxicación aguda voluntaria durante un periodo de un año.

Resultados:

- El 32% de las intoxicaciones atendidas en Urgencias en el periodo del estudio fueron voluntarias.
- Más de la mitad de los pacientes atendidos por intoxicación voluntaria habían presentado alguna intoxicación con anterioridad.
- La edad media de los atendidos fue de 32.22 años y predomina el sexo femenino.

Conclusiones:

Las intoxicaciones agudas voluntarias suponen un importante número de casos en las puertas de urgencias. Los factores psicosociales del individuo lo hacen más proclive a presentar una intoxicación voluntaria. Es preciso mejorar la asistencia posterior al episodio debido a la alta reincidencia de casos.

A-637

EL SABOR DEL SALFUMAN

I Torres Tronchoni, I Torres Tronchoni, A Tapia Céspedes, D Sánchez Dial-Canel, M Mustienes Bellot, L Holgado Castell, J Guillén Gonzales

Hospital de La Ribera. Picassent. Valencia

Palabras claves: toxicidad, cáusticos, depresión

Objetivos:

Presentamos el caso de una paciente que acude al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital por haber ingerido sulfamán con ideas autolíticas.

Material o pacientes y método:

Antecedentes personales: alergia a las quinolonas y a las gambas. Síndrome depresivo. Tratamiento: alprazolam 0.5 mg/día y venlafaxina 50 mg/día. Motivo de consulta: mujer de 38 años que acude por ingesta con intención autolítica de 10 ml de sulfamán, hace 30 min, al instante se ha autoinducido el vómito. A su llegada refiere epigastralgia, sin otra sintomatología asociada. Exploraciones física y complementarias: regular estado general. TA 200/150 mmHg, FP 92 ppm, Sat O2 94%. ORL: lesiones eritematosas en labios y dorso de la lengua, resto sin alteraciones. -Abdomen: globuloso, blando y doloroso a la palpación en epigastrio. pH 7.08, HCO3: 9, EB:-19. Resto de exploraciones sin alteraciones. Según el protocolo de nuestro hospital se administró: 40 mg de omeprazol, 6 mg de cloruro mórfico, bicarbonato 1/6 molar 250 ml, metoclopramida 100 mg y se realizó una Rx de tórax para descartar una perforación. Posteriormente se realizó una gastroscopia donde se objetivaron lesiones eritematosas con áreas necróticas longitudinales en estómago y ulceraciones con áreas de necrosis en duodeno.

Resultados:

La paciente se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos donde estuvo ingresada 3 días, posteriormente ingresó en Medicina interna durante 15 días y fue dada de alta con buena tolerancia a la alimentación y sin complicaciones. Después de 8 semanas se le realizó una gastroscopia y un TEGD que mostró estenosis duodenal moderada-severa.

Conclusiones:

Es de gran importancia una actuación adecuada y eficaz desde el primer momento de la asistencia sanitaria, para ello el profesional de urgencias debe tener los conocimientos y destrezas que le permitan el manejo correcto del paciente intoxicado.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O-638

VALIDACIÓN DEL MODELO DE PROBABILIDAD DE SUPERVIVENCIA BISS EN PACIENTES TRAUMÁTICOSE García Padilla, A García Londoño, JJ Zancajo Torrecillas,
M Cañellas Arsego, C Colilles Calvet

Barcelona

Palabras claves: exceso de bases, delta base déficit, predicción supervivencia**Objetivos:**

El BISS (Base Excess Injury Severity Scale) es un modelo de probabilidad de supervivencia probado en Holanda que ha demostrado ser objetivo.

Material o pacientes y método:

Realizamos un estudio epidemiológico, observacional descriptivo y prospectivo de los pacientes admitidos en nuestro hospital como código politraumático entre noviembre del 2008 y marzo del 2014. Calculamos las principales escalas fisiológicas, anatómicas, delta base déficit y los modelos de probabilidad de supervivencia. Comparamos el delta base déficit entre supervivientes, no supervivientes y su correlación con las escalas y modelos de probabilidad. Finalmente calculamos el AUC de las curvas ROC del BISS y TRISS y los comparamos.

Resultados:

Se han incluido 467 pacientes con un ISS medio de 17,55. El delta base déficit fue significativamente superior en exitus correlacionándose significativamente con la mortalidad. Igualmente un delta base alto se correlaciona con un bajo RTS, un ISS alto y una baja probabilidad de supervivencia. Para poder validar el BISS solamente utilizamos aquellos pacientes de los que disponemos todas las variables para el cálculo de los dos modelos de probabilidad de supervivencia, TRISS y BISS, que fueron 238 pacientes. Ante la sospecha de que las poblaciones podrían ser diferentes, calculamos mediante regresión logística unos nuevos coeficientes para el BISS. Para cada coeficiente nuevo calculamos su intervalo de confianza (IC 0,95) asumiendo igualdad si en este intervalo incluye el coeficiente del modelo original. Obteniendo el AUC de la curva ROC del BISS mayor que la del TRISS (0,946 vs 0,932). Al comparar los dos modelos no existieron diferencias entre ellos, validando finalmente el BISS en nuestros pacientes.

Conclusiones:

El modelo BISS predice resultados en pacientes traumáticos tan bien como el TRISS, siendo más objetivo y menos complicado de obtener. Por todo esto es un modelo que merece un papel en la evaluación de la calidad del cuidado de los pacientes traumáticos. Nuestras curvas ROC son similares a las obtenidas por Krozen y cols.

O-639

¿QUÉ IMPACTO ECONÓMICO GENERAN LOS PACIENTES TRAS SUFRIR UN IMPACTO?

I Santiago Aguinaga (1), LM Montes Fernández (2), JM Rey Pecharromán (1), T Belzunegui Otano (1), J Lucas Lerga (1), MA Leza Acha (1)

(1) Urgencias. Complejo Hospitalario de Navarra, (2) Urgencias. Clínica San Miguel. Pamplona.

Palabras claves: paciente traumatizado grave, coste económico directo, GRD**Objetivos:**

Los Pacientes Traumatizados Graves (PTG) constituyen un grave problema de salud pública en las sociedades desarrolladas por su importante coste económico y sociosanitario. Para calcular el coste sanitario existen diferentes herramientas, como los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs), que clasifican a los pacientes en grupos con cuadros clínicos similares y parecido consumo de recursos.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo, de una cohorte de PTG con un New Injury Severity Score (NISS) superior a 15, generados en Navarra durante los años 2010-13. Las diferentes variables se analizaron con el Paquete Estadístico SPSS v 21.0 y el coste directo de la asistencia a través de los GRDs.

Resultados:

Se estudiaron 584 PTG, de los que un 70% fueron varones. La edad media fue de 54 años y padecieron traumatismos contusos el 95%. El mecanismo lesional más frecuente fueron las caídas (49%) seguido de los lesionados por tráfico (39%) y la mortalidad global fue del 22%. El coste total fue de 14.828.928€ con un coste medio por paciente de 25.392€. El coste de asistencia de los supervivientes fue mayor que el de los fallecidos (27.287€ frente a 18.452€) y su estancia media fue mayor (15 días frente a 7). No hubo diferencias significativas relacionadas con el sexo ni con el tipo de traumatismo. Las caídas costaron 22.504€/paciente y los accidentes de tráfico 29.931€. Los cuatro GRDs más frecuentes fueron el 767 (traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia <1h) con un 15% (86), el 733 (traumatismo múltiple significativo en cabeza, tórax o miembro inferior) con un 7% (42), el 877 (traqueostomía con ventilación mecánica >95horas con procedimiento quirúrgico mayor) con un 7% (41) y el 761 (TCE con pérdida de conciencia >1hora) con un 6% (38). El GRD con mayor coste es el 877 con 163.000€ por paciente.

Conclusiones:

Los PTG generan un importante gasto sanitario directo y de ellos las caídas accidentales tienen una parte importante. Son necesarias medidas de prevención primaria que atajen este problema.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O-640

MORTALIDAD POR TRAUMATISMO GRAVE EN UN CENTRO DE REFERENCIA NEUROTRAUMATOLÓGICO

A García Olloqui, A Sánchez Canto, A Vázquez González, V Gil Camargo, C Navarro Navarro, J de la Cuesta Carpio)

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras claves: centros traumatológicos, mortalidad, traumatismo múltiple

Objetivos:

El análisis de datos epidemiológicos sobre la mortalidad en un Centro aporta información útil para el manejo de la patología estudiada.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo. Realizado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, centro de referencia neurotraumatológico. Se han analizado las características epidemiológicas de los pacientes fallecidos traumatizados graves (TSR ≥ 11 y/o ISS ≥ 16) que ingresaron durante el año 2013. Posteriormente se han comparado los datos de mortalidad con los previos del año 2012.

Resultados:

La mortalidad fue de 26 de 103 traumatizados graves (25,2%). El 69,23% son hombres con una edad comprendida entre 15 y 87 años con una media de $60,23 \pm 21,6$. La media de TSR y GCS al ingreso fue de 8,53 y 7,90 respectivamente. La media de ISS es de 36,04 con una probabilidad de supervivencia de media del 40,66%. Los mecanismos lesionales más frecuentes fueron precipitación 26,9%, atropello y caída de propia altura con un 19,2% cada uno, seguidos del accidente de motocicleta 11,5%, accidente de bicicleta, coche y otros con un 7,7% cada uno. Respecto al tipo de lesión, el 84,6% de los pacientes presentaban TCE, seguido del traumatismo torácico en un 38,5%. Un 23,1% presentaron trauma pélvico y un 11,5% trauma abdominal. El lugar de fallecimiento fue: UCI 53,8%, quirófano 23,1%, observación 15,4%, sala de emergencias 7,7%. Las causas de muerte fueron: Shock hemorrágico 34,6%, muerte cerebral 30,8%, PCR 23,1%, FMO 7,7%. En comparación con los datos del 2012, la mortalidad global ha aumentado un 0,8% y parece relacionarse con un aumento de la edad aunque no con la gravedad de las lesiones.

Conclusiones:

La mortalidad del traumatizado grave en nuestro medio es del 25,2% con una subida del 0,8% con respecto al 2012 y un aumento de la edad aunque no de la gravedad de las lesiones, siendo la mayoría varones con una edad media de 60 años y siendo la lesión predominante el TCE. La causa de la muerte más frecuente fue el shock hemorrágico.

O-641

IMPACTO DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROCEDIMIENTO DE COORDINACIÓN EXTRAHOSPITALARIO-HOSPITALARIO AL TRAUMA GRAVE

MI Casado Flórez (1), MJ García-Ochoa Blanco (2), E Corral Torres (1), RM Suárez Bustamante (2)

Ayuntamiento de Madrid. Samur-Protección Civil. Boadilla del Monte. Madrid.

Palabras claves: emergency health service, injury, advanced trauma life support care

Objetivos:

Los sistemas integrados de asistencia al trauma grave han mostrado su eficacia en la reducción de la mortalidad en múltiples estudios. Madrid ha instaurado un procedimiento de actuación coordinada extra-hospitalario entre un SEM y tres hospitales de 1º nivel desde enero de 2009 (Código 15) con estándares de asistencia, criterios de triage y traslado a Centro útil en el proceso de atención a politraumatizados.

Material o pacientes y método:

Estudio cuasi-experimental analítico de cohortes sobre el proceso asistencial a politraumatizados de un SEM urbano en dos periodos (2006-2008, y 2010-2012). Variable resultado: mortalidad precoz (6 horas) y tardía (7 días). Muestreo consecutivo. Se excluyen pacientes < 16 años, quemados y muertos in situ. Recogida datos clínicos, tiempos respuesta y asistencia, evolución hospitalaria e ISS. Estadística: cuantitativas medidas centrales y dispersión, cualitativas con frecuencias. Contraste de hipótesis ji-cuadrado, t de Student, $p < 0,05$. Access, Excel. SPSS v17.

Resultados:

Estudio en dos periodos: grupo A (previo código 15): 425 pacientes y grupo B (Código 15): 438 pacientes. Sexo, edad, distribución ISS, heridas penetrantes, tiempo trabajo in situ, ingreso y estancia en UCI ($p > 0,05$). Índice de shock (mediana: Grupo A: 0,86 IQR: 0,43 vs Grupo B: 0,78 IQR: 0,38) $p = 0,003$, y tiempo de llegada SEM (mediana: Grupo A: 564 seg. IQR: 326 vs Grupo B: 481 seg. IQR: 265) $p < 0,0001$. Mortalidad 6 horas: Grupo A: 8,2 % vs Grupo B: 4,8 %. $p = 0,04$. Mortalidad subgrupos de gravedad a 6 h: ISS16-24: Grupo A: 5,5 % vs Grupo B: 1,4 %, diferencia de mortalidad: 4,1%, ISS > 25: Grupo A: 17,9 % y Grupo B: 10,8%, diferencia de mortalidad: 7.2% (9,2 % a 7 días). Tendencia positiva a favor de intervención aunque sin significación estadística ($p = 0,052$).

Conclusiones:

Los resultados muestran la eficacia de la implantación del Código 15 en la disminución de la mortalidad temprana (6 horas) en los pacientes politraumatizados siendo la diferencia del efecto más grande en los pacientes más graves (ISS > 15). Esta diferencia se incrementa en los pacientes moderados y graves a los 7 días.



URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O-642

PEDIMOS DEMASIADOS TAC EN URGENCIAS EN EL TC LEVE

J Valle Alonso (1), E Lopera Lopera (2), A Sánchez Lopez (2), M Blanca Segura (2), R García Arevalo (2), M Aguayo Lopez (2), P Ceballos García (2)

(1) Southport Hospital, (2) Hospital Valle de Los Pedroches.

Palabras claves: TAC, TCE, guías

Objetivos:

Existen múltiples validados y directrices basadas en la evidencia para el uso adecuado de la tomografía computarizada (CT) para diferenciar la lesión cerebral traumática leve (MTBI) de la lesión cerebral de importancia clínica y para prevenir el uso excesivo de la TC. Sin embargo, el uso del TAC está creciendo rápidamente, lo que podría exponer a los pacientes al riesgo de la radiación ionizante y costes innecesarios. Se realizó un estudio para cuantificar el uso excesivo de la TC en pacientes con TC leve sobre la base de recomendaciones de las guías actuales.

Material o pacientes y método:

MÉTODOS: Un análisis retrospectivo de los datos secundarios procedentes de un estudio observacional prospectivo se llevó a cabo en el servicio de Urgencias de un Hospital comarcal con más de 80.000 visitas al año. Para los pacientes adultos con traumatismo craneal leve que recibieron TC por el facultativo tratante, se cuantifico la proporción de casos que cumplían los criterios de las reglas de predicción clínica de TAC más usadas en Urgencias a nivel mundial las reglas de del TAC Canadian CT Head Rule (CCHR) y las reglas de la New Orleans Criteria (NOC).

Resultados:

Todos los 234 pacientes incluidos en el estudio original fueron incluidos en el análisis. La proporción de casos que cumplían los criterios de CT para cada uno de los lineamientos fue: CCHR 64,7% (intervalo de confianza del 95% [IC]: 0,60 a 0,70) y NOC 90,5% (IC, 0,87-0,94 95%). También se informó de la odds ratio de las directrices para la predicción de los resultados positivos del TAC.

Conclusiones:

Aproximadamente el 10% -35% de los TC obtenidos en el servicio de urgencias de TCE leve no se recomienda de acuerdo con las directrices. La implementación exitosa de las directrices existentes podría reducir el uso de la TC en pacientes con TC leve hasta en un 35%, dando lugar a una reducción significativa de cánceres inducidos por la radiación y los costos de atención médica.

O-643

FALLECIDOS IN SITU POR DIFERENTES MOTIVOS TRAUMÁTICOS. PISTAS PARA LA PREVENCIÓN

T Belzunegui Otano (1), B Ali Ali (1), M Fortun (2), L Montes (1), J Rey (1), B Fernández (1)

(1) Complejo Hospitalario de Navarra, (2) Urgencias. Hospital de Tudela. Pamplona.

Palabras claves: traumatismos, fallecidos *in situ*, prevención primaria

Objetivos:

Los fallecimientos por traumatismo tienen una gran importancia social por los costes morales, materiales y años de vida prematura perdidos que implican. El epidemiológico y autopsico constituye una herramienta fundamental para incorporar medidas preventivas y correctoras de la asistencia sanitaria.

Material o pacientes y método:

Estudio transversal prospectivo analítico de mortalidad de los accidentados fallecidos "in situ" en Navarra entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2014. Se analizan diferentes variables, la severidad de las lesiones descritas en la autopsia mediante los índices de gravedad New Injury Severity Score (NISS) y Abbreviated Injury Scale (AIS).

Resultados:

Se estudian 220 fallecimientos por traumatismo que suponen 4.400 años potenciales de vida perdidos. El 25 % estaba ocasionado por la muerte de jóvenes menores de 30 años. La edad media era de 48 (21) años, y el 80 % varones. Las causas más frecuentes de muertes fueron provocadas por automóvil (31 %), precipitación de altura (20 %), herida por arma de fuego en el contexto de suicidios (8 %) y atropello (6 %). Un 30 % de los casos se debió a suicidio. El NISS promedio autopsico fue de 55 (21) puntos. Un 13 % presento menos de 20 puntos y podría considerarse como mortalidad evitable. El cráneo resultó afectado con lesiones vitales (AIS > 3 puntos) en un 45%, el tórax en el 56 % y el abdomen en un 22 %. Las lesiones principales causantes del fallecimiento fueron pluri-etiológica (20%), estallido craneal (20%), hemorragia cerebral (15%) y rotura de grandes vasos (15 %).

Conclusiones:

Es importante conocer las causas de los fallecimientos in situ por accidente ya que nos acercan a las causas de los mismos y nos obligan a poner en marcha mecanismos de prevención primaria (tráfico, suicidios y precipitación de altura) ya que el tratamiento de urgencia como máximo podría evitar un 10 % de los casos.



URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O-644

HEMORRAGIA CEREBRAL ESPONTÁNEA. PROTOCOLO AUTONÓMICO

M Montero Baladía, MA Valdivia Grandez, A Pascual Bielsa, A Millán Lozano, R Ridruejo Sáez, O Marín Casajus, N Raventós Irigoyen

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: hemorragia cerebral, protocolo, tratamiento

Objetivos:

En Noviembre del 2011 se aprobó en nuestra comunidad un nuevo protocolo de actuación en casos de hemorragias cerebral espontánea (HCE), poniéndose en marcha en Junio de 2013.

Material o pacientes y método:

Analizamos el total de interconsultas solicitadas a nuestro servicio de neurocirugía desde el 21/6/2013 al 1/12/2014. Se ha valorado el traslado de los pacientes al centro de referencia en función del cumplimiento de los criterios de intervención quirúrgica que aparecen en el protocolo: Hemorragia lobar: < de superficie, Glasgow 9-12, > 30 ml, < 70 años. Hemorragia cerebelosa: déficit neurológico, hidrocefalia. Hidrocefalia obstructiva.

Resultados:

Se analizaron un total de 324 interconsultas: 62 (19,3%) fueron por HCE de las cuales se trasladaron 5 (8,06%) cumpliendo criterios de intervención quirúrgica y 10 (16,12%) sin cumplirlos. 12 de ellas (80%) fueron recibidas en Urgencias. De los 5 trasladados cumpliendo criterios se intervinieron 3 (60%), y de los 10 sin cumplir criterios se intervino 1 (10%). Mortalidad: de los 5 trasladados cumpliendo criterios de intervención quirúrgica murió 1, que había sido intervenido. De los 10 trasladado sin cumplir criterios de intervención falleció 1. De los 47 no trasladados murieron 22 (46%). 59,7% de los pacientes con HCE eran varones. Edad media 73,24 años (mediana 77,5 años). Antecedentes: 56,5% HTA, 27% Diabetes mellitus, 24,2% Tratamiento anticoagulante oral. La activación de un traslado en UCI móvil supone un gasto de aproximadamente 800 euros. El ahorro estimado por los 46 casos no trasladados es 37.600 euros.

Conclusiones:

- Considerando como estándar de calidad un porcentaje de pacientes remitidos sin indicación quirúrgica menor del 10%, en nuestro estudio se obtiene un valor del 14,5% (cerca al estándar).- Este estudio constata la baja incidencia de HCE subsidiarias de tratamiento quirúrgico inicial (8,06%).- Las HCE en nuestro medio se dan en principalmente en pacientes >70 años, con HTA como factor de riesgo más importantes y conllevan elevada mortalidad (38,70%).- Teniendo en cuenta que previamente al protocolo se trasladaban la totalidad de HCE a los centros de referencia, la instauración del mismo ha supuesto la disminución de traslados innecesarios, con el consiguiente ahorro económico.

O-645

POLITRAUMA, LA IMPORTANCIA DE CREAR UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS

B Martínez Villena, C Aguilar Andrea, V Heras Fernández, A Carrero Fernández, G Esteban Gutiérrez, G Jiménez Díaz, C Briega Iglesias (1)

Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Palabras claves: politrauma, potencial, prevención

Objetivos:

Los politraumatismos suponen la principal causa de muerte en menores de 40 años y es la causa más frecuente de mortalidad evitable de todas las urgencias juntas fundamentalmente en pacientes jóvenes .

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio descriptivo transversal que recoge a 77 pacientes politraumatizados que acudieron al BOX VITAL entre los meses de septiembre 2014 y febrero 2015.

Resultados:

Un 63.7% eran hombres y un 36.2% mujeres, con una media de edad de 40 años. El 99.5% de los pacientes fueron recibidos en el cuarto de parada por los médicos de urgencias, el motivo de consulta más frecuente fue el accidente de tráfico (60.87%). Un 91.30 % precisó una valoración por traumatología o cirugía , un 52.7 % cumplía criterios de gravedad suficientes como para quedarse en observación a cargo del área médica. El porcentaje de ingresos fue de 13.4% , un 5.8 % de ellos en UCI. La mortalidad desde la instauración del protocolo fue de un 0% , siendo las politraumatismos el motivo más frecuente de alta (15.9%) , seguido del TCE (13.6 %).

Conclusiones:

Concluimos con que el protocolo del politrauma instaurado en nuestra urgencia ha cumplido su objetivo hasta el momento, evitando lesiones letales o incapacitantes que incrementarían potencialmente el gasto sanitario.



URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O-646

FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD PRECOZ EN LOS PACIENTES CON LESIONES EXANGUINANTESJM Bilbao Romero, MJ García-Ochoa Blanco, ML Sabin Gómez,
NV González Puebla, P Sánchez Peytavi, E Pastor González,
MI Casado Flórez

Ayuntamiento de Madrid-Samur. Madrid.

Palabras claves: emergency medical services, multiple trauma, prognostic**Objetivos:**

La exanguinación es una entidad muy temida, definida como cuadro clínico de shock hipovolémico en pacientes que han perdido el 40% o más de su volemia, en los que hay un riesgo inminente de muerte.

Material o pacientes y método:

Observacional analítico. Cohorte única retrospectiva: Pacientes atendidos por un servicio de emergencias extrahospitalario, período: 2009–2014 diagnosticados de trauma mayor y lesiones sangrantes confirmadas en el hospital (ISS >3 en pelvis ósea o >3 en abdomen). Variables: edad, sexo FC, TAS, Glasgow, Score ISS, fluidoterapia y exceso de base (BE) variable dependiente mortalidad precoz: 6 horas. Estadística: variables cuantitativas descritas con medidas centrales y de dispersión, cualitativas mediante frecuencias. Contraste de hipótesis para determinar el punto de corte asociado al objetivo final se dibujaron Curvas ROC y para asociar las variables independientes se realizó un análisis multivariado mediante modelo de regresión logística binaria. Se estiman odds ratio (OR) e IC95% $p < 0,05$ SPSS 17.

Resultados:

$n = 441$, mediana de edad 37 años (IQR: 25,49), 72,3% (319) varones, 66,7% (294) tienen ISS total >25. Mortalidad 6 horas 9,3% (41). Área bajo la curva: TAS inicial 0,26 (IC 95% 0,18-0,37) $p < 0,0001$, Frecuencia cardiaca 0,64 (IC 95% 0,55-0,74) $p = 0,006$, BE 0,37 (IC95% 0,26-0,47) $p < 0,015$, Necesidad de fluidoterapia 0,81 (IC95% 0,75-0,88) $p < 0,0001$, Glasgow 0,18 (IC95% 0,09-0,26) $p < 0,0001$. Los valores con mayor sensibilidad y especificidad son TAS 90, FC 115, BE -4,6, Fluidos 1025 ml. El modelo de regresión logística deja como variables independientes: TAS OR:3,09 (IC 95% 1,2-7,40) $p = 0,011$, Glasgow OR:10,6 (IC95% 4,4-25,3) $p < 0,0001$, Reposición volumétrica OR:4,7 (IC95% 1,7-13) $p = 0,003$ y Edad OR:3,1 (IC 95% 1,1-8,2) $p = 0,022$. Controlando FC inicial y valores analíticos. El área bajo la curva del modelo es 0,9 (IC95% 0,86-0,94) $p < 0,0001$.

Conclusiones:

El estado de conciencia y la TAS inicial están fuertemente asociados a la mortalidad precoz en los pacientes con lesiones sangrantes confirmadas. El Glasgow, se confirma nuevamente, como en otros estudios, como el principal factor pronóstico en estos pacientes. Las maniobras de estabilización llevadas a cabo por los equipos de SVA, aislamiento de la vía aérea o la reposición volumétrica parecen claves en el manejo de estos pacientes ya que la mortalidad esperada en este tipo de lesiones pudiera ser mayor.



URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O-647

EL FACTOR TIEMPO TRAS LA INSTAURACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN MASIVA (PTM). VALORACIÓN DE RESULTADOS

M Mejía Castillo, J Grünewald Ortiz, M Gero Escap, R Álvarez Nuño, F Callado Moro, F Bonilla Alonso, C Gómez Sánchez

Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Palabras claves: protocolo, transfusión, masiva

Objetivos:

Una hemorragia masiva es un desafío en los servicios de Urgencias. La necesidad de grandes cantidades de hemoderivados es un proceso complejo que consume muchos recursos y en los que participan diferentes servicios, siendo vital la rapidez y coordinación de los mismos. La implementación de un PTM esta asociado a un descenso de las complicaciones y de la mortalidad si se consigue una administración precoz (en menos de 6 horas) de hemoderivados, ya que previene la instauración de la denominada "triada letal": acidosis, hipotermia y coagulopatía.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional durante 16 meses desde el inicio del PTM en nuestro servicio. Se analiza el tiempo de activación e inicio de transfusión de hemoderivados desde la atención inicial y los hemoderivados transfundidos. El PTM se ha activado en 23 ocasiones, contemplándose fundamentalmente 2 patologías concretas: Aneurisma de Aorta Abdominal Roto (AAAR) (7 pacientes)(30%) y Paciente Politraumatizado (10)(44%), siendo el resto (6) (26%) otras situaciones de shock hemorrágico no contempladas en el protocolo inicial pero que se incluirán en posteriores.

Resultados:

La proporción de hemoderivados transfundidos en las 6 primeras horas tras la activación del PTM fue, en politraumatizados: hemáties (90,36%), plasma fresco conservado (PFC) (92,51%), plaquetas (92,51%), y en AAAR: hemáties (91,42%), PFC (83,03%), plaquetas (83,03%). Los resultados indican que el porcentaje de cumplimiento ha sido superior al 83% en la administración de PFC y plaquetas y superior al 90% en la de hemáties.

Conclusiones:

La administración precoz (< 6 horas) de hemoderivados evita las complicaciones iniciales más importantes en estos pacientes: hipotermia, acidosis y coagulopatía. Es importante la actuación rápida y coordinada debido a la relación temporal que existe entre transfusión agresiva y supervivencia, siendo las estrategias modernas más proactivas que reactivas. La instauración del PTM en nuestro servicio ha logrado la administración precoz de hemocomponentes en situaciones de shock hemorrágico en una proporción importante. No obstante, el objetivo final ideal es llegar al 100% de cumplimiento para lograr una calidad asistencial óptima.

O-648

PREDICCIÓN DE LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES TRAUMATIZADOS GRAVES UTILIZANDO TÉCNICAS DE SOFT COMPUTING

T Belzunegui Otano (1), J Sanz (2), A Barbachano (2), D Paternain (2), J Fernández (2), D Reyero (3)

(1) Complejo Hospitalario de Navarra, (2) Dpto. de Automática y Computación. Upna, (3) UVI-Móvil. Servicio Navarro de Salud. Pamplona.

Palabras claves: predicción de supervivencia, trauma grave, soft computing

Objetivos:

Los sistemas de medición de gravedad son necesarios para comparar los resultados tras la asistencia al paciente traumatizado grave. Determinados índices de gravedad son muy útiles para predecir la probabilidad de supervivencia pero son de difícil realización en la práctica diaria de urgencias.

Material o pacientes y método:

Se analizó la supervivencia de 462 pacientes traumatizados con NISS superior a 15 puntos, vivos a la llegada al hospital y atendidos por los Servicios médicos de emergencia de Navarra durante los años 2013-2014. Se utiliza para la predicción de la supervivencia y su ajuste a la realidad de un sistema clasificador múltiple compuesto por dos modelos de regresión logística y el árbol de decisión C4.5. Además, consideramos otros métodos conjuntos clásicos: AdaBoost, AdaBoost-M1 y AdaBoost-M2. Para determinar la calidad de los métodos que utilizamos se usa la media geométrica, que mide el equilibrio entre especificidad y sensibilidad.

Resultados:

Los resultados obtenidos muestran que el sistema clasificador múltiple mejora tanto la especificidad y la sensibilidad. Se construye un algoritmo muy intuitivo desde el punto de vista clínico con las siguientes ramas en el árbol: Revised Trauma Score pre-hospitalario (más o menos de 9 puntos), Injury Severity Score (ISS más o menos de 24 puntos), edad del paciente (más o menos de 49 años) y lesiones en cabeza con un AIS (Abbreviated Injury Scale) superior a 3 puntos. La prueba estadística U de Mann-Whitney determina que el uso del sistema clasificador múltiple es estadísticamente mejor (p menor de 0.01) que el uso de ambos modelos (regresión logística y árbol de decisión C4.5) por separado. La media geométrica del sistema clasificador múltiple fue de 0.7661.

Conclusiones:

En cuanto a predicción de la supervivencia de pacientes traumatizados, la utilización de diversos métodos de Soft Computing y la agregación de sus resultados es una solución adecuada para predecir el estado de supervivencia de los pacientes traumatizados.



URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-649

PRIMERA UNIDAD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE URGENCIAS REUMATOLÓGICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID: UN AÑO DE EXPERIENCIA URMES

CA Guillén Astete, AL Boteanu, MA Blázquez Cañamero,
N García Montes

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Palabras claves: enfermedades musculoesqueléticas, dolor mecánico, urgencias reumatológicas y musculoesqueléticas

Objetivos:

La consulta de Urgencias Reumatológicas y Musculoesqueléticas (URMES) inició su funcionamiento en Octubre 2013. No tiene precedentes en la Comunidad de Madrid. Está compuesta por tres reumatólogos que atienden toda la patología del aparato locomotor no relacionada con traumatismos, procesos inflamatorios relacionados con enfermedades reumatológicas. Además dispone de la posibilidad de realizar pruebas analíticas y radiológicas inmediatas.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo. Fuente: Registro de actividad asistencial, docente y científica de la URMES 2013-2014 y de los registros electrónicos de admisión del servicio de urgencias.

Resultados:

1788 pacientes fueron atendidos en total, 1490(83.3%) en horario de mañana y 298(16.7%) en horario de tarde (fuera del horario habitual). La edad media fue de 67.3 DE 7.3 años de edad. Un 85.57% de pacientes procedieron del área de nuestro hospital. 1022 pacientes consultaron espontáneamente(57.2%), 294 consultaron remitidos a urgencias por su médico de atención primaria(16.4%), 289 consultaron a petición de un médico que les valoró fuera del horario URMES(16.2%), 69 consultaron a petición del reumatólogo que les valoró previamente(3.9%), 69 consultaron a petición de un médico residente que les valoró fuera del horario URMES(3.9%), 45 consultaron espontáneamente solicitando reevaluación habiendo sido vistos antes por cualquiera de los mecanismos anteriores (2.52%). 435 pacientes consultaron por procesos relacionados con la rodilla(24.3%), 362 por procesos relacionados con el esqueleto axial lumbar(20.3%) y 336 por procesos relacionados con el hombro(18.8%). 1155 pacientes fueron diagnosticados de procesos mecánicos/degenerativos(64.6%) y 633 de procesos inflamatorios(35.4%). En este último grupo, la distribución de diagnósticos fue: autoinmune 18.2%, infeccioso 39.2% y microcristalino 42.7%).

Se realizaron 390 infiltraciones, 292 artro/bursocentesis y 381 ecografías. A lo largo de su funcionamiento la URMES acreditó 9 cursos de formación para residentes y facultativos (110 horas formativas) para 366 alumnos. La URMES ha realizado 54 comunicaciones a congresos y 14 publicaciones en revistas de ámbito internacional. 5 médicos, 4 residentes y 1 facultativo han realizado una rotación mensual en la URMES.

Conclusiones:

En nuestra experiencia consideramos que la iniciativa URMES tiene un rol mejorando el carácter resolutivo de un considerable volumen de pacientes y optimiza la derivación al alta.



URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-650

IMPACTO ASISTENCIAL DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE URGENCIAS REUMATOLÓGICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

CA Guillén Astete, AL Boteanu, MA Blázquez Cañamero, N García Montes (1)

*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.***Palabras claves:** urgencias reumatológicas, urgencias musculoesqueléticas, consulta de reumatología de urgencias**Objetivos:**

La consulta de Urgencias Reumatológicas y Musculoesqueléticas (URMES) ha cumplido un año de funcionamiento desde el inicio de su actividad en octubre de 2013.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo. Fuente: Registro de actividad asistencia, docente y científica de la URMES 2013-2014 y registro informático Excalibur® de asistencia de pacientes en el SU entre 2009-2010. Todas las variables se expresaron en términos de proporción porcentual y se compararon mediante la prueba de chi cuadrado.

Resultados:

En el periodo URMES se atendieron 1788 pacientes mientras que en el periodo control consultaron 2105 pacientes por patología musculoesquelética no relacionada con traumatismos (mismo criterio de atención URMES). En el periodo URMES se reevaluaron antes del primer mes 45 pacientes por el mismo motivo de consulta (2.52%) mientras que en el periodo control, 294 (13.9%) ($p < 0.0001$). Cada paciente valorado en la URMES requirió 0.31 radiografías (al menos una), mientras que cada paciente en el periodo control requirió 0.98 radiografías (al menos una) ($p < 0.0001$). La proporción de pacientes URMES que requirieron al menos una determinación analítica fue 18.4% mientras que en el grupo control fue 26.5% ($p < 0.001$). La distribución porcentual de destinos al alta URMES fue: Alta resolución 62%, especializada 22.3% y primaria 15.7%. La distribución porcentual de destinos al alta CONTROL fue: Alta resolución 21.4%, especializada 27.8% y primaria 50.8% ($p < 0.001$, < 0.05 y < 0.0001 , respectivamente).

Conclusiones:

Nuestros resultados indican que la instalación de la consulta URMES supone una reducción en el gasto sanitario (menos pruebas consumibles), menor necesidad de derivación especializada y menor demanda de reevaluación urgente. Considerando que es bien conocida la alta prevalencia de la patología musculoesquelética atraumática en los SU y de la necesidad de optimización de recursos, la iniciativa URMES podría ser aplicada en otros hospitales.

P-651

FRACTURA DE CADERA. UNA URGENCIA CLÍNICO-QUIRÚRGICA

J Mínguez Platero (1), FJ Tarazona Santabalbina (1), M López Ibáñez (2), R Blanco Rojas (1), A Macian Cerda (1), R Carrio Esteve (1), S Navarro Gutiérrez (1)

*(1) Hospital Universitario de la Ribera, (2) CS Algemés (Valencia).***Palabras claves:** fracturas de cadera, urgencias médicas, protocolos clínicos**Objetivos:**

La fractura de cadera es una urgencia traumatológica y una emergencia clínica especialmente cuando el paciente es un anciano.

Material o pacientes y método:

Se realiza un estudio cuasi-experimental con grupo control retrospectivo, en personas mayores de 70 años, que han sido intervenidas quirúrgicamente por fractura de cadera, en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario de La Ribera en Alzira (Valencia). El grupo pre-intervención (control) incluye el periodo entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de marzo de 2013 y el grupo post-intervención incluye el periodo entre el 1 de julio de 2013 y el 30 de septiembre de 2013.

Resultados:

El grupo control está formado por 71 pacientes con una edad media de 86 años y el grupo post-intervención por 70 pacientes con una edad media de 82,9 años. En el grupo post-intervención, el 53,7% de los pacientes fueron clasificados con prioridad III, comparados con el 22,8% en el grupo control. El tiempo medio de espera tras la clasificación fue de 16,30 minutos en este segundo periodo, comparado con un tiempo medio de espera de 21,38 minutos en el primer periodo. El tiempo medio de estancia en el servicio de urgencias previo ingreso es de 2,28 horas en el grupo post-intervención, comparado con un tiempo medio de 2,35 horas en el grupo control. En este segundo periodo, la valoración del grado de dolor mediante escala tiene un cumplimiento en el 97,62% de los casos, comparado con el 8,57% de cumplimiento en el primer periodo. La estancia media hospitalaria en el grupo post-intervención es de 6,44 días, comparado con un promedio de 7,35 días en el grupo control.

Conclusiones:

La carga patológica previa, el importante envejecimiento y la severa discapacidad de la población con fractura de cadera, obliga a un abordaje precoz e interdisciplinar para conseguir un óptimo resultado. El planteamiento únicamente traumatológico no puede cubrir todos los aspectos nosológicos de estos pacientes.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-652

PERFIL DE LOS ACCIDENTES EN UN DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

M Nieto Moreno (1), JD Buitrago Navarro (1), R Arias Vega (1), JV Soria López (1), F Castillo Moya (1), PH Rojas Parras (2)

(1) Equipo Móvil de Priego de Córdoba, (2) Equipo Móvil Rute.

Palabras claves: accidente, perfil, Atención Primaria

Objetivos:

Los accidentes son atendidos generalmente por los servicios de emergencias extrahospitalarios. Es en nuestro área los equipos DCCU quienes realizan esta tarea. El conocimiento de los accidentes, su variabilidad, entorno, tipo de vehículos, y cualquier característica que los defina es una herramienta eficaz para mejorar la calidad y la seguridad en la atención a los mismos.

Material o pacientes y método:

La muestra utilizada se ha extraído de la base de datos del Portal DCCU, de la UGC del Equipo Móvil del Área Sanitaria Sur de Córdoba, aquellos pacientes que han sido catalogados como trauma grave, desde Abril de 2012 hasta Septiembre de 2014. N=101. (se han excluido los exitus) El tratamiento de los datos se ha realizado con Paquete Office y SPSS- PC 12.0 realizando un estudio descriptivo transversal retrospectivo. Las variables estudiadas: mes, día de la semana, hora, prioridad, edad, lugar de asistencia, tipo de accidente, tipo de vehículos, mecanismo lesional, resolución, tipo de transporte, prealerta, activación y código trauma.

Resultados:

El accidente más frecuente es el de tráfico 50,5%, seguido del doméstico con el 29,7 y el laboral con 8,9%. La caída de ancianos es el mecanismo lesional más frecuente (26,7%), seguido de la salida de vía (14,9%) en los tráfico. Los pacientes fueron transportados al hospital en el 82,2% por el equipo asistencial, el helicóptero se utilizó en el 9,9% El TSR en 20 casos (20,6%) fue menor de 12. Activándose código Trauma solamente en 8 (40%).

Conclusiones:

El código Trauma fue activado en el 16,8% de todos los casos, La activación fue correcta en 4 de cada 10 casos con TSR <12 (40%), aunque se prealertó al Hospital en el 44,8% de todos los casos. La caída de ancianos tiene un elevado porcentaje en el total de accidentes, provocando lesiones graves. Es necesario reforzar la activación del Código Trauma como medida de calidad en la atención extrahospitalaria.

P-653

¿QUIEN SANGRA A LAS 24 HORAS?

I Alonso Segurado (1), D Navarro González (1), N López Laguna (1), O Oger (1), M Fortún Moral (2), AC Tejero Luna (2)

(1) Hospital García Orcoyen, (2) Hospital Reina Sofía. Tudela.

Palabras claves: traumatismo encefálicos, anticoagulantes, tomografía computarizada

Objetivos:

En la literatura existen estudios que recomiendan la realización de TAC a las 24 horas del ingreso y antes de ser dados de alta, a los pacientes anticoagulados que presentan un TCE con TAC inicial normal. Los Hospitales García Orcoyen de Estella-Lizarra y Reina Sofía de Tudela-Tutera, son Hospitales comarcales con el Servicio de Neurocirugía de referencia a 45 y 95 kms respectivamente. Los TCE que se ingresan en las respectivas unidades de observación son TCE con criterios de riesgo y alarma sin lesiones en el TAC inicial o con lesiones que por las características del paciente o bien por la gravedad de las lesiones no precisan de tratamiento neuroquirúrgico inicial.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo, descriptivo revisando historias clínicas de los TCE ingresados durante el periodo 01-01-2012 a 31-12-2014 en las unidades de Observación de los referidos hospitales. Los pacientes ingresados presentaban criterios de alarma o factores de riesgo. Se dividieron en 4 grupos de pacientes: 1º sin medicación anticoagulante/antiagregante, 2º Antiagregados, 3º Anticoagulados, 4º Anticoagulados y antiagregados. Se revisaron los pacientes a los que se realizó TAC a las 24 horas de ingreso con un primer TAC normal.

Resultados:

Se realizaron TAC inicial a 588 pacientes (98,8%). Grupo 1º: 344 pacientes (57,82%), 270 (86,05%) sin hallazgos. Grupo 2º: 81 pacientes (13,61%), 56 sin hallazgos (69,14%) Grupo 3º 156 pacientes (26,23%), 140 sin hallazgos (89,74%) y Grupo 4º 14 pacientes (2,35%), 11 pacientes sin hallazgos (78,57). La distribución de los TACs patológicos a las 24 horas tras un TAC de inicio normal fue: Grupo 1º: 2,36%, Grupo 2º: 0%, Grupo 3º: 3,57%, Grupo 4º 9,09%. Grupo 1º:

Conclusiones:

El mayor porcentaje de TAC de ingreso patológico fue el grupo de solamente antiagregados. No hubo diferencias significativas entre pacientes no medicados y anticoagulados. El mayor porcentaje de sangrado a las 24 estuvo en el grupo de antiagregados/ anticoagulados.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-654

**CÓDIGO POLITRAUMA INTRAHOSPITALARIO.
EVALUACIÓN DE LOS DATOS DEL 2014**

MA Gispert Ametller, D Verduras Cenís, R Arcega Sáinz,
G Brugué Fontas, E Matas Castelló, C Cordón Bueno,
R de la Cueva Parera

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Girona.

Palabras claves: politraumatizado, epidemiología, mortalidad

Objetivos:

El Hospital Josep Trueta de Girona atendió en 2014 a 82 pacientes politraumatizados graves (PTG).

Material o pacientes y método:

Se evalúan los pacientes incluidos en el registro de trauma grave (TraumCat) visitados en nuestro hospital.

Resultados:

De los 82 pacientes incluidos en el registro, el 75% son hombres y el 54% tienen edades entre 20 y 50 años. El mecanismo lesional en un 45% ha sido por accidentes de tráfico, un 28% por precipitaciones y un 9% por atropellos. Un 95% de los casos llegan a nuestro hospital en transporte sanitario avanzado. El código politrauma hospitalario se ha activado en un 62% de los casos. En un 7% de los casos en que no se ha activado el código intrahospitalario, éste debería haberse activado por ser PTG. Un 39% de los pacientes llegan a nuestro hospital con intubación orotraqueal por parte del sistema de emergencias. Un 7% de los pacientes son intubados en urgencias. Un 17% de pacientes han precisado transfusión de hemoderivados. En un 4.9% se ha seguido el protocolo de transfusión masiva. Se ha determinado los tóxicos en orina en un 40% de los pacientes. Un 18% han dado positivo, siendo el cannabis el tóxico más frecuente. Los pacientes categorizados con una prioridad 0 de inicio, presentaban en un 14% una puntuación de ISS de 25 y en un 42% de más de 25. Un 6% de los pacientes en prioridad 1 tenían un ISS de 25 y un 15% de más de 25. El tiempo de estancia en urgencias, fue de 3.06 horas para las prioridades 0 y de 5.65 horas para las prioridades 1. El 35% de los PTG fueron de inicio a la UCI y el 23% a quirófano. La mortalidad en urgencias fue del 3'67% y total durante el ingreso del 13'88%.

Conclusiones:

La aplicación del código politrauma intrahospitalario y el registro de los PTG permiten evaluar la gravedad y evolución de éste tipo de pacientes.

P-655

**EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMATIZADO GRAVE
ASISTIDO EN UN CENTRO NEUROTRAUMATOLÓGICO
DE REFERENCIA DURANTE EL AÑO 2013**

A Sánchez Canto, A García Olloqui, A Vázquez González,
MD Rincón Ferrari, L Sánchez Ballesteros, A Díez Naz

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras claves: centros traumatológicos, traumatismo múltiple, epidemiología

Objetivos:

La recogida de datos epidemiológicos es importante para la detección de cambios en las características de los pacientes y la implementación en su manejo adecuado.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo. Realizado en el Hospital de Rehabilitación y Traumatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, centro de referencia neurotraumatológico. Se han incluido 103 pacientes politraumatizados graves (TSR < 6 ó = 11 y/o ISS > 16) atendidos en la Sala de Emergencia durante el año 2013. Variables analizadas: Edad, sexo, TSR al ingreso, GCS, mecanismo lesional, método de traslado, tipo de lesiones, destino del paciente, gravedad de las lesiones (ISS, AIS), pruebas complementarias realizadas. Comorbilidad. Indicadores de calidad según el Proceso Asistencial Integrado en la Atención al Trauma Grave.

Resultados:

De los pacientes analizados el 71,2% son varones, con edades comprendidas entre los 7 y los 87 años con una media de 49,6. Los mecanismos lesionales más frecuentes han sido: precipitación 30,1%, moto 19,2%, atropello 17,8%, coche 11%, caída propia altura 8,2%, bicicleta y agresiones 4,1%. El destino de los pacientes desde la Sala de Emergencia fue: UCI 46,6%, observación 20,5%, quirófano 20,5%, exitus 12,3%. Tipo de lesiones: TCE: 69,9%, trauma torácico: 46,6%, trauma extremidades: 46,6%, trauma facial: 24,7%, trauma raquímedular: 16,6%, trauma abdominal 15,1% y trauma pélvico 15,1%. Las cifras de GCS y TSR de media fueron 9,7 y 8,6 respectivamente. El número total de pacientes fallecidos ascendió a 26 (25,2%), de los cuáles 2 fallecieron en la Sala de Emergencias. La media de ISS fue de 31,3 con una probabilidad media de supervivencia del 61,7%.

Conclusiones:

La mayoría de los pacientes que sufren traumatismos graves en nuestro medio son varones de mediana edad, siendo el mecanismo lesional más frecuente el accidente de tráfico, especialmente el de motocicleta. La mayoría presentan TCE. Casi la mitad de los pacientes precisaron ingreso en UCI. La mortalidad del traumatizado grave en nuestro centro fue del 25,2%.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-656

ESTUDIO DE PACIENTES CON CRITERIOS DE ACTIVACIÓN DE "CÓDIGO TRAUMA" ASISTIDOS POR SAMU 061 EN LA ISLA DE MALLORCA, 2013

I Unzaga Ercilla, M San Segundo Campos, Y Grajeras Boza,
J López Jiménez, E Hernández Migenes, I Juste Pina
Samu 061 Baleares. Palma de Mallorca

Palabras claves: trauma registre, emergency medical service, epidemiology

Objetivos:

El politrauma es la primera causa de morbimortalidad entre 15-45 años en nuestro medio. Con el objetivo de mejorar la asistencia continuada al paciente politraumatizado, en febrero 2014 se puso en marcha el "código trauma" en Mallorca, en colaboración con el hospital de referencia, H. Son Espases, lo que nos llevó a revisar las características de los pacientes politraumatizados en Mallorca.

Material o pacientes y método:

Se analizó la cohorte de pacientes asistidos y trasladados por el SAMU 061 Baleares con criterios de activación de "Código Trauma" en el año 2013, en Mallorca, y que se hubiesen beneficiado de la inclusión en el actual código. Se estudiaron variables epidemiológicas, clínicas, anatómicas y mecanismo lesional.

Resultados:

Entraron en el estudio 558 pacientes que se ajustaban a criterios para la activación del "código trauma". La mayoría eran varones (75%), el grupo etario más afectado fue 20-29 años. El mecanismo lesional más frecuente fueron los accidentes de tráfico (80%). Registramos un mayor número de incidentes en franjas horarias de 11:00 a 19:00h, Y mayor incidencia de precipitados en verano, coincidiendo con la mayor afluencia de turismo a la isla. Sólo el 25% de los pacientes cumplía criterios fisiológicos, de éstos el más prevalente fue el Glasgow < 14 (58%), el 23% de pacientes cumplían criterios anatómicos, de ellos el más prevalente fue el Trauma craneal grave (30%), Y un 36% cumplía criterios por mecanismo de lesión.

Conclusiones:

Los traumatismos severos analizados proceden en su mayoría de accidentes de tráfico y precipitados, que corresponden a varones jóvenes. Con la implantación del código trauma, que incluye los tres criterios (anatómicos, mecanismos lesional y fisiológicos) se pueden beneficiar mayor número de pacientes que si sólo valoramos el criterio fisiológico (Revised Trauma Score), que en tal caso quedarían excluidos cuando son paciente potencialmente graves.

P-657

ASISTENCIA EN URGENCIAS A AGREDIDOS EXTRANJEROS

L Segovia Calero, G Sánchez López, T Pietrosanto,
JM Marín Porriño, J Pérez San Roque
Hospital General Universitario de Alicante

Palabras claves: agresión, nacionalidad, urgencias

Objetivos:

Las agresiones físicas son un motivo frecuente de asistencia en urgencia y en los últimos años se ha apreciado un ligero repunte de las mismas entre la población inmigrante.

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes extranjeros, recopilados en el área de Urgencias en 2005, de enero a mayo y de octubre a noviembre, que han referido agresión en el momento de la admisión, recogiendo nacionalidad del agredido, edad, sexo, turno de la asistencia, diagnóstico, tratamiento y destino al alta.

Resultados:

De los 410 pacientes atendidos, el 65 % fueron varones y el 35 % mujeres, destacando Marruecos con 66 casos, Ecuador 50, Colombia 46, Argentina 45 y Colombia 30, seguidos del resto, con 10 o menos atenciones, de un total de 52 países. Respecto a la actuación en urgencias, el 52% se corresponde con el turno de mañana, siendo éste entre las 8.00 h y las 15.00 h y el otro 48% se reparte entre tarde (26%) y noche (23%). El tratamiento recibido fue médico en un 70 %, ortopédico en un 18% y quirúrgico en un 12%. Y en cuanto al destino al alta, el 95 % fue remitido a domicilio e ingresado el 5%.

Conclusiones:

A modo de conclusión vemos que el mayor número de agresiones atendidas correspondieron a varones, probablemente debido a la mayor predisposición del hombre hacia la violencia física. Los resultados obtenidos por nacionalidades podrían ser explicados por los flujos migratorios que acontecieron a principios de siglo, destacando a nivel demográfico América Latina y África. La mayoría de atenciones han tenido lugar en el turno de mañana, pudiendo explicarse por una mayor implicación de los adjuntos en la recogida. Y en beneficio del paciente, la gran mayoría precisó tratamiento médico u ortopédico, requiriendo en pocas ocasiones tratamiento quirúrgico e independientemente de ello, solo el 5% precisó ingreso.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-658

CIRUGÍA URGENTE MODULAR COMO RESPUESTA A LA CATÁSTROFE

CF Rodrigo Arrastio, JC Laguardia Chueca, CA Pérez Rodríguez, GJ Gómez Macanás, J Tirapu Corera

Unidad Médica de Apoyo al Despliegue de Zaragoza. Base Aérea de Zaragoza.

Palabras claves: desastres, quirófanos, equipo quirúrgico

Objetivos:

La destrucción o limitación de la estructura sanitaria es una situación habitual tras una catástrofe, así como la gran cantidad de pacientes con politraumatismos. La destrucción o alteración de las infraestructuras hace que no sea fácil proporcionar una atención quirúrgica adecuada y útil para el tratamiento inicial de estos pacientes. Existen antecedentes de otros equipos quirúrgicos de respuesta rápida para la atención quirúrgica a catástrofes. La UMAAD-Zaragoza, Unidad Médica perteneciente al Ejército del Aire, realiza anualmente un ejercicio (Quirex) en colaboración con los Equipos de Respuesta Inmediata en Emergencias de Cruz Roja Española para diseñar esta cirugía urgente como capacidad de respuesta.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de las características, capacidades, instalaciones y material que compone un módulo quirúrgico desplegable urgente de la UMAAD-Zaragoza.

Resultados:

El despliegue del módulo quirúrgico lo realiza un equipo formado por 18 personas, y está dimensionado para dar soporte quirúrgico en las primeras 2 horas desde el inicio de la instalación. Su montaje es modular. En una fase inicial se levantaría prequirófano, quirófano y UCI. Posteriormente se seguiría con el módulo de hospitalización (20 camas), servicios centrales (laboratorio, radiología, farmacia), estabilización y triage. En la fase inicial, la instalación de la Cruz Roja realizaría la función de triage y hospitalización de los pacientes postquirúrgicos en tanto se completa el módulo de hospitalización en la instalación quirúrgica.

Conclusiones:

El Ejercicio Quirex que realiza la UMAAD-Zaragoza en colaboración con Cruz Roja Española, es un buen instrumento para la definición, elaboración de procedimientos y estandarización de recursos sanitarios. El tiempo de montaje del módulo quirúrgico es de 2 horas desde la llegada al lugar.

P-659

DESCRIPCIÓN DE LOS ACCIDENTES DE MONTAÑA ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

JJ Eito Cuello, AG Moreno Mejía, F Francia Franco, JE Marcellin, MC López Sanvicente, E Vallés Torres

Hospital de Barbastro. Barbastro, Huesca

Palabras claves: montañismo, demografía, esquí

Objetivos:

Hay Hospitales que por situación geográfica, hace que la atención a pacientes que sufren accidentes por deportes de montaña sea importante. Actualmente no disponemos de registro de número de lesionados atendidos en nuestras urgencias que nos permitan describir la etiología, tipo de lesión y características demográficas del mismo así como pertenencia o no a federación deportiva.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo prospectivo de consultas por accidentes de montaña en el servicio de urgencias durante 3 meses (01/12/14 – 01/03/15). Obtenida muestra de 27 pacientes, mediante hoja de recogida de datos situada en triaje, se procedió al análisis estadístico de datos obtenidos con SPSS.

Resultados:

La edad media fue 29.81 años, siendo 51.3% hombres. Solo 22.3% contaba con federación deportiva. El 77.7% correspondían a accidentes de esquí solo el 11.20% de ellos estaban federados, 3.70% accidentes de escalada todos ellos federados, 7.4% accidentes de ciclismo de montaña todos ellos federados y 11.20% accidentes de raquetas de nieve ninguno federado. Las lesiones fueron: Traumatismo craneoencefálico 18.52%, Fractura de radio 18.52%, Esguince de Rodilla 14.81%, Fractura de pulgar 11.11%, Luxación de Húmero 11.11%, Fractura de tibia 11.11%, Fractura de Húmero 7.40%, Fractura de Clavícula 3.72%, Fractura Costal 3.72% observándose una tendencia aumentada en todos ellos en la práctica de esquí. En cuanto a la procedencia 96.29% eran españoles, la provincia con más prevalencia fue Huesca con un 44.44% seguido de Madrid con un 25.91%.

Conclusiones:

Los accidentes más frecuentes que consultan nuestro hospital son los de esquí, siendo su lesión más frecuente y grave el traumatismo craneal con un 14.81%. Solo el 22.3% de los accidentados estaba federado. El 44.4% pertenecían a la provincia de Huesca. Es muy importante establecer una unificación del proceso de actuación desde el lugar de la lesión al servicio médico más efectivo y adecuado para optimizar así los recursos disponibles.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-660

**ESTUDIO DE LAS GONALGIAS EN URGENCIAS.
ADECUACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Al Casas Torres (1), JM González González (1), L Bernabé Vera (1), C Hernández Martínez (1), MD Medina Abellán (2), M García Palacios (1)

(1) Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia,
(2) Unidad Docente Medicina de Familia. Murcia.

Palabras claves: knee, pain, radiography

Objetivos:

La patología de la rodilla se asocia a un gran grado de discapacidad, tanto en el paciente adulto como en el anciano. Con frecuencia solicitamos pruebas complementarias innecesarias, ya que podrían sustituirse por una exploración física exhaustiva y adecuada.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, transversal observacional. Seleccionamos 149 pacientes registrados en el sistema informático SELENE entre los meses de Enero-Marzo de 2015 cuyo motivo de consulta era gonalgia o similar. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, tiempo de evolución, forma de inicio, localización, tipo de traumatismo, cuadro clínico predominante (inflamatorio o mecánico), cumplimiento de reglas de Ottawa, pruebas complementarias realizadas, tratamiento aplicado y diagnóstico definitivo.

Resultados:

Estudiamos 149 pacientes en total, de los cuales el 60.4% eran varones. La edad media de la población estudiada ascendía a 39 años (el más joven con 8 años y el mayor de 90). El dolor apareció de forma brusca en el 82.6% de los pacientes. La causa principal fue un traumatismo directo en el 34% de los casos, predominando el dolor de características mecánicas (90.6%). De los casos revisados, el 46% cumplía, al menos, una de las reglas de Ottawa, en cambio, se solicitó radiografía en el 65.8% de los pacientes. Se utilizó RMN en 6 de los pacientes estudiados. En cuanto al diagnóstico final, en prácticamente la mitad de los casos (49%) fue contusión y tan sólo el 4.1% de correspondió a algún tipo de fractura. El tratamiento final fue ortopédico en el 98.4% de los pacientes.

Conclusiones:

La mayoría de los pacientes que consultan en urgencias por cuadro de gonalgia son tratados con medidas ortopédicas y no precisan pruebas complementarias. En al menos un 20% de los pacientes se realizaron pruebas de imagen sin que cumplieran criterios de Ottawa. Una adecuada exploración física, nos ayuda a orientar el diagnóstico sin necesidad de irradiar al paciente, disminuyendo tiempo de espera y costes.

P-661

**FRACTURAS DE CADERA EN SERVICIO DE
URGENCIAS HOSPITAL TORREVIEJA-ALICANTE:
CARACTERÍSTICAS**

J Fernández Campillo (1), J Peris Giner (1), JC Medina Álvarez (1), E Cardona García (1), C Mellado de Arteche (2), P Mena Quiñones (2)

(1) Servicio Urgencias. Hospital Torrevieja, (2) Servicio de Rehabilitación. Torrevieja.

Palabras claves: fractura cadera, densitometría, turismo

Objetivos:

Las fracturas de cadera se han convertido en los últimos años en un serio problema de salud, dado el envejecimiento progresivo de la población en Europa.

Material o pacientes y método:

Se analizaron las historias clínicas de las primeras 100 fracturas de cadera atendidas en nuestro Servicio de Urgencias, en el año 2014, excluyéndose todas aquellas pertenecientes a pacientes no residentes en nuestra Área de Salud.

Resultados:

La edad media fue 77 años. Las mujeres representaron el 68% del total. El 44% de los pacientes era español, el 31% británico, el 10% escandinavo, el 6% alemán, y el 9% restante de otros países, todos europeos. La fractura de cuello femoral representó el 52% de los casos, las pertrocantéreas el 37%, subtrocantérea el 8% y cabeza femoral 3%. El 20% de los pacientes tenían densitometría Ósea (DEXA) previa al momento de la fractura, de ellos el 80% con resultado anormal (osteoporosis u osteopenia), de éstos solo el 31% recibía tratamiento antes de la fractura.

Conclusiones:

La edad media de nuestros pacientes con Fx de cadera es inferior a los 80 años y un tercio de los casos son hombres. La variabilidad de nacionalidades es idiosincrasia de un lugar con turismo residente, mayoritariamente europeo. Las fracturas de cuello femoral son mas frecuentes en nuestro área. Es notable el bajo número de peticiones de DEXA realizadas, teniendo en cuenta que son pacientes mayores de 65 años en su gran mayoría, y todavía mas impactante que los pacientes con resultados patológicos no recibían un tratamiento para aumentar la masa ósea y, de esta forma, disminuir el número de fracturas de cadera.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-662

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y ANTICOAGULACIÓN EN ANCIANOS

I Osorio González, I Robles Pérez, ME Moreno Martín-Vivaldi
Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Palabras claves: anticoagulación, antiagregación, hemorragia intracraneal

Objetivos:

Revisión sistemática y metaanálisis que examina la prevalencia de complicaciones en ancianos anticoagulados que acuden a Urgencias por una caída con traumatismo craneal.

Material o pacientes y método:

Criterios para la selección de los estudios de esta revisión. Estudios publicados hasta febrero de 2015. Se realizaron búsquedas en bases de datos biomédicas utilizando términos relacionados con "Traumatismo Craneoencefálico", "anticoagulación" y "antiagregación". Se incluyeron los más relevantes tras su lectura crítica. Tipos de participantes: mayores de 55 años, anticoagulados o antiagregados, con traumatismo craneoencefálico aislado, sin otra lesión que precisara su ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. Variables medidas: edad, sexo, puntuación en GCS a su ingreso, mecanismo lesional, rango de INR, hallazgos iniciales en pruebas de imagen. Deterioro neurológico (medido por disminución de la puntuación GCS a <10 en 12 horas), necesidad de intervención quirúrgica, tiempo de estancia en el hospital, resultados al alta. Medidas de resultados (outcomes): mortalidad global, deterioro neurológico (medido por disminución de la puntuación GCS a <10 en 12 horas), necesidad de intervención quirúrgica, tiempo de estancia en el hospital, resultados al alta.

Resultados:

De los 5 estudios incluidos, todos retrospectivos, con 4572 pacientes, el valor del INR más elevado en comparación con el más bajo se asoció con un aumento del 83,3% en el riesgo de complicaciones. La regresión logística dio una razón de mortalidad ajustada por edad e índice de severidad de las lesiones (ISS) del 30% por cada unidad de aumento en el INR (OR 1.3, 95% CI 1.1-1.5, valor de $p=0.002$).

Conclusiones:

La revisión concluye que el rango de INR elevado se asocia con un mayor riesgo de complicaciones. La edad avanzada aumenta la mortalidad global.

P-663

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS VÍCTIMAS DE ACCIDENTE DE TRÁFICO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

BE González García, JC Díaz Polanco, JO Pérez Álvarez, XP Cadena Herrán, EH Estrada Vindel, M Pérez Pérez, A Pérez Hares
Hospital de Jarrio. Gijón.

Palabras claves: accidents, traffic, multiple trauma, emergency medicine

Objetivos:

Las lesiones producidas por accidentes de tráfico son un importante problema de salud pública representando a nivel mundial 1.2 millones de fallecidos al año y 50 millones de heridos. además de por la mortalidad las lesiones impactan en la calidad de vida del individuo, modificando sus relaciones sociales, laborales y familiares debido a las secuelas.

Material o pacientes y método:

Recogimos datos demográficos, edad y sexo, hora de atención, vehículo implicado, lugar del accidente, medio de transporte hasta urgencias, prioridad en el triaje y diagnóstico al alta.

Resultados:

Atendimos 235 accidentados, el 15% en agosto, explicado porque el Área I es zona turística, el 54% (n 127) hombres y 46% (n 108) mujeres, siendo el grupo de edad más frecuente 26-45 años, seguido de 46-65. El 56.6% llegan a Urgencias por sus propios medios, el resto en ambulancia, 92% en horario diurno (8 a 24 h), sólo el 8% durante la noche, según el sistema de triaje Manchester el 50% tienen prioridad IV. Eran conductores el 67.7%, ocupantes 26.8% y peatones 4.3%. La proporción urbano/carretera fue 53%/29%, contrastando con el resto de España (47%/53%), Resalta que el lugar no quedó reflejado en el 17.4% de los casos. La patología más frecuente es la cervical leve (latigazo/contractura) 35.7%, seguido de policontusiones 21.3%, fracturas/esguince extremidades 8.5% y politraumatizados 1.3%. El 2.6% de los pacientes precisaron ingreso en nuestro hospital y 3.4% fueron trasladados al hospital de referencia.

Conclusiones:

La mayoría de los accidentes en nuestra área son de consecuencias leves, pero aún así son importantes, tanto por el impacto personal y laboral (bajas), como por los costes administrativos y de recursos sanitarios (rehabilitación, revisiones, etc), que generan. Deberíamos recalcar a la población la importancia de prestar atención a los desplazamientos urbanos, incidiendo en el grupo de edad de 26-45 años, ya que son los más frecuentemente implicados.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-664

INFLUENCIA DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PRÉSTAMO DE BICICLETAS EN LA SINIESTRALIDAD CICLISTA EN MADRID

A Martínez Vázquez, AA de Blas, NV González Puebla, MC Barneto Valero, MJ García-Ochoa Blanco, E Pastor González, E Gutiérrez Martos
Samur-PC. Valdemoro.

Palabras claves: bicicleta, TCE, siniestralidad

Objetivos:

El 22-6-2014 se instaura en Madrid un sistema de préstamo de bicicletas (BICIMAD) que potencia el aumento de uso de la bicicleta, tanto de carácter deportivo/recreativo, como medio de transporte urbano. Pretendemos conocer si ha habido un cambio en la siniestralidad y gravedad secundario a su implantación.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo ecológico. Población: accidentes de bicicleta atendidos por SAMUR-PC en Madrid, del 22 de junio al 31 de diciembre de 2009 a 2014, periodos similares en los 5 años previos al estudiado. Datos: base de datos del Servicio. Variables: hora del día, día de la semana, lugar del accidente (distrito), gravedad (traslado hospitalario y lesión principal TCE). Estadística: variables cualitativas: frecuencias absolutas y relativas. Índice epidémico (cociente entre casos observados y esperados en un periodo de estudio, usando la mediana de los 5 últimos periodos, IE >1.25: existen más casos de los que cabría esperar) y prevalencia. Excel, Access, SPSS v17.

Resultados:

N = 3221. La prevalencia de los 6 periodos fue 1,02%, siendo 0,76% en 2009 y 1,25% en 2014. El índice epidémico (I.E.) fue 1,259, (esperados (E) 536, observados (O) 675). Accidentes en distrito Centro: I.E.=2,66 (E=36/O=96). Siniestros de noche: I.E.=1,579 (E=38/O=60). Accidentes en viernes: I.E.=1,32 (E=70/O=93), y sábado: I.E.=1,348 (E=89/O=120). Gravedad: traslado hospitalario: I.E.=1,38 (E=290/O=402) y TCE: I.E.=1,48 (E=33/O=49).

Conclusiones:

Desde el comienzo del Bicimad, han aumentado significativamente los accidentes de bicicleta, observado tanto en el IE como en prevalencia. Se ha implantado sólo en algunos distritos de Madrid y el aumento de accidentes se concentra en éstos, sobre todo en Centro, distrito puramente urbano y único completamente implantado. Es llamativo que este aumento generalizado es mayor en fin de semana y noches, y se acompaña de mayor gravedad valorada por la necesidad de traslado y aumento del número de TCE. Estos resultados nos hacen pensar que se hace un uso de este servicio de carácter recreativo, y no como medio de transporte laboral, y nos plantea la necesidad de sugerir la obligatoriedad del uso del casco.

P-665

LUEGO DICEN QUE EL DEPORTE ES SALUDABLE...

C de Vera Guillén, ID Salguero Bodes, JL Martín Rodrigo, A Martín Pérez, A Roco García
Servicio de Urgencias. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Palabras claves: rhabdomyolysis, muscle weakness, exercise

Objetivos:

La rabdomiólisis esta asociada con ejercicio muscular vigoroso, pero hay además muchas otras causas como alcoholismo crónico, miopatía hereditaria y golpe de calor en relación a sobreesfuerzo. La presentación se caracteriza por la clásica tríada de mialgia, tumefacción muscular y orinas oscuras.

Material o pacientes y método:

Mujer de 23 años con soplo congénito de alta por Cardiología, que acude a consulta de Atención Primaria, por dolores intensos de ambos cuádriceps irradiados a rodillas de varios días de evolución. La paciente refiere que en días previos ha viajado a Italia, durante el cual ha caminado varias horas. Además, ha realizado ejercicio físico intenso de tipo anaeróbico (spinning). No presenta hematomas ni deformidades articulares. Exploración neurovascular normal. no se realizan más pruebas, decide acudir a Urgencias Hospitalarias por empeoramiento clínico refiriendo debilidad muscular, tumefacción de ambos miembros y orinas oscuras. A la exploración, hipotenso, destacando tumefacción, aumento de temperatura, derrame articular, dolor a la flexión y a la palpación de ambas rodillas, más acusada en MII, con limitación a la flexión de rodilla izquierda.

Resultados:

Ante la sospecha diagnóstica de rabdomiólisis, por lo que se solicita: Hemograma: fórmula leucocitaria, serie roja y plaquetas normales. Bioquímica: marcado aumento de CPK (152.000 UI/l), LDH (3.794 UI/l), GOT (1574 UI/l) y GPT (304 UI/l). Coagulación: todos los parámetros dentro de la normalidad. Orina sistemática: densidad disminuida (1.010), proteinuria (75 mg/dl), eritrocitos (250). Ecografía abdomino-pélvica normal. Se confirma sospecha diagnóstica de RABDOMIÓLISIS MUY SEVERA TRAS EJERCICIO INTENSO. Valorado por Cuidados Intensivos ingresó en su Unidad. Su estancia en Urgencias y hasta su traslado a UCI, se inicia tratamiento con aporte masivo de fluidos (Suero Salino Fisiológico, a una velocidad de perfusión de 2.5 ml/kg/h) y bicarbonato sódico (a 42 ml/h).

Conclusiones:

Como resultado de una miólisis existe una consecuente liberación de contenido celular al plasma, que nos sirven como marcadores clínicos de este síndrome (mioglobina, potasio, fosfato, CPK, ALT, AST, LDH, aldolasa). La clásica presentación, sin embargo, no aparece en la mayoría de los pacientes, especialmente al inicio del desarrollo de la enfermedad cuando el paciente sólo se queja de mialgias o debilidad muscular.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-666

DOCTOR, NO PUEDO ANDAR

R Castellanos Florez, C Andreu Dalleres, JC Sánchez Rodríguez, L Fernández Concellón, S Sánchez Ramón, JA Moche Loeri, M Álvarez Rabanal

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Palabras claves: artritis, séptica, aguda

Objetivos:

Paciente varón, 35 años sin tratamiento actual ni antecedentes médicos, acude a urgencias por presentar dolor en ingle izquierda irradiado a cara interna del muslo izquierdo desde hace tres días, progresivamente más incapacitante hasta no poder deambular, desde hace 24 horas febrícula.

Material o pacientes y método:

Analítica de sangre: 11000 leucocitos con fórmula normal. Coagulación: normal Bioquímica: PCR 21(n:0-10) Rx Tórax: sin alteraciones Ecografía cadera: derrame articular en cadera izquierda Estudio de líquido articular por artrocentesis: 63388 leucocitos(normal: 0-150), proteínas: 5 (normal: 1-2,5).

Resultados:

Con el diagnóstico de artritis séptica de cadera se ingresa en traumatología para limpieza quirúrgica por artroscopia, continuando con cloxacilina y ceftriaxona endovenosos y analgesia, siendo dado de alta a los 17 días.

Conclusiones:

La artritis séptica de difícil diagnóstico en adultos sanos, es la infección de la articulación por acción directa de gérmenes piógenos, constituye una urgencia terapéutica ya que su pronóstico funcional está supeditado al inicio precoz del tratamiento. El diagnóstico tardío conduce a destrucciones articulares graves y desde el punto de vista general puede causar diseminación de la infección y/o muerte. El análisis del líquido sinovial es mandatorio para el diagnóstico. Debe realizarse con otros tipos de artritis que pueden dar síntomas parecidos, como la artritis reumatoide, artritis gotosa, artritis psoriásica, la artritis del síndrome de Reiter, la artritis traumática. Casi siempre está provocada por bacterias, rara vez por virus u hongos. Los gérmenes más frecuentes son el estafilococo y el estreptococo. Más raramente el gonococo, *E. coli*, *Klebsiella*, *Pseudomona*, *Haemophilus influenzae*, *Mycobacterium tuberculosis* u hongos, por ejemplo cándidas.

P-667

ME DUELE EL CUELLO

I Corbacho Cambero, A Muñoz Galindo, R Rodríguez Borrego, J Naranjo Armenteros, S de Francisco Andrés, E Pablos Yuguero, C Gil Castillo

Centro Hospitalario de Salamanca. Salamanca.

Palabras claves: neumomediastino, espontáneo-vómitos

Objetivos:

El neumomediastino se define como la presencia de aire en el mediastino. Las causas más frecuentes implicadas en su aparición son heridas o traumatismos penetrantes, infección por bacterias productoras de gas o rotura esofágica secundaria a vómitos o exploraciones endoscópicas.

Material o pacientes y método:

Mujer de 29 años, intolerancia a tramadol. AP: SOP. Acude refiriendo dolor cervical tras episodio de vomito alimentario, no excesivamente brusco, sin restos hemáticos. Exploración física: constantes vitales normales. Infamación a nivel cervical que a la palpación sugiere enfisema subcutáneo hasta EESS sin compromiso respiratorio en dicho momento. Resto de exploración por aparatos dentro de la normalidad. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación con valores en rango de normalidad, RX TORAX PA Y LAT: Neumomediastino con disección de todos los planos. Importante enfisema subcutáneo. Dudoso mínimo neumotórax apical izquierdo. No signos de derrame pleural. No neumoperitoneo. La paciente solicita alta voluntaria ante la información del juicio diagnóstico. 12 horas después acude de nuevo tras aviso al 112 por persistencia del dolor cervical, no irradiado. Endoscopia digestiva alta: No laceraciones ni otra patología esofágica. El diagnóstico final es neumomediastino espontáneo, valorado por cirugía torácica, decide alta con observación domiciliaria.

Resultados:

El neumomediastino espontáneo afecta principalmente, a varones jóvenes. Factores implicados en su aparición son asma, ceptoacidosis diabética, quimioterapia, radioterapia, drogas inhaladas, aumentos bruscos en la presión intraalveolar y actividades relacionadas con la maniobra de Valsalva, determinados deportes (submarinismo), Trastornos de la conducta alimentaria(anorexia nerviosa).Clínicamente se caracteriza por la aparición de dolor torácico agudo junto con disnea, disfagia, odinofagia y enfisema subcutáneo. La radiografía de tórax es suficiente para establecer el diagnóstico, precisándose TAC en casos de menor cuantía. Tratamiento con reposo, analgesia y oxigenoterapia si precisa.

Conclusiones:

El neumomediastino espontáneo debe plantearse como diagnóstico diferencial en un varón joven con dolor torácico. Generalmente la radiografía de tórax es suficiente para establecer el diagnóstico. En la gran mayoría de casos la evolución es buena con tratamiento sintomático, siendo excepcional la recidiva.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-668

CREACIÓN DEL GRUPO DE SEGUIMIENTO DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO. ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE (PAI-TG) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ANDALUCÍA

A García Olloqui, A Sánchez Canto, A Vázquez González, I Aponte Tomillo, JM Flores Cordero, MA Muñoz Sánchez
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras claves: traumatismo múltiple, centros traumatológicos, estudios de seguimiento

Objetivos:

El PAI-TG surge con la finalidad de disminuir la morbi-mortalidad por traumatismos en la población andaluza. En el 2011, se crea un Grupo de Mejora en la Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias (UCCU) del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla para realizar un seguimiento del cumplimiento del PAI-TG.

Material o pacientes y método:

Creación del grupo de mejora, integrado por facultativos, enfermeros y técnicos en cuidados, liderado por la jefa de servicio de la UCCU. Evaluación anual de los pacientes atendidos por un TG en la unidad a través de la revisión de cada historia clínica. Realización de reuniones periódicas donde se debaten puntos de mejora, creación y actualización de protocolos, quedando recogido en acta lo acordado. Presentación del análisis anual de los datos obtenidos.

Resultados:

Desde la creación del grupo, se han establecido líneas de mejora en el cumplimiento de los indicadores del PAI-TG obteniendo paulatinamente mejores resultados. Se han desarrollado y actualizado protocolos de actuación en diferentes patologías traumáticas como en el Trauma Aórtico o el Shock Hemorrágico por Traumatismo. Se han realizado comunicaciones a congresos y publicaciones en revistas científicas con dichos resultados.

Conclusiones:

La creación del Grupo de seguimiento ha logrado una mejora en la asistencia integral al TG, permitiendo a su vez la actualización y desarrollo de protocolos de actuación y ha contribuido a la producción científica de la unidad.

P-669

EVOLUCIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA DE LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS ATENDIDOS POR UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SAMU-ASTURIAS)

L Pérez Higuelmo, A Rodríguez Fernández, JA García Fernández, J Méndez Rodríguez, P Campo González, I Pérez Regueiro
SESPA. Navia.

Palabras claves: brain injuries, outcome, hospital care

Objetivos:

Conocer la evolución clínica hospitalaria de los pacientes con TCE atendidos por la UME IV del SAMU del SESPA (SAMU-Asturias) y que requirieron traslado.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo y transversal, de los pacientes atendidos por la UME IV de SAMU-Asturias, diagnosticados TCE entre el 1 de Enero de 2012 y el 31 de Diciembre de 2013 y que requirieron traslado.

Resultados:

En el periodo de estudio se realizaron 3984 Asistencias Primarias, de las que 259 fueron por TCE (6,50%). En el medio prehospitalario fallecieron 20 pacientes (7,7%), 2 de ellos in itinere y 236 fueron trasladados vivos al hospital, de los cuales 4 casos se perdieron. De los 232 pacientes estudiados, la edad media fue 53,40 (22,64) y de ellos el 62,5% eran hombres. 161 fueron leves (69,4%), 38 moderados (16,4%) y 26 graves (11,2%). Ingresaron a cargo de Urgencias el 62,9% (146), el 20,3% (47) en unidades convencionales de hospitalización y 13,8% (32) en UCI y 1,3 (3) en Intermedios. 36 pacientes requirieron IOT (15,58%), 29 Intervención quirúrgica (12,55%) y 5 (2,16%) monitorización de Presión Intracraneal (PIC), las determinaciones al ingreso de Hemoglobina, Glucemia, Sodio y Etanol fueron: 13,99(2,40), 143,83 (55,12), 138,17 (4,29) y 213,36 (112,77) respectivamente. El diagnóstico hospitalario más frecuente fue hemorragia cerebral en 60 casos (26,91%), seguido por Contusiones y policontusiones 23,77%, síncope y mareos en el 11,21% e Intoxicaciones en el 10,31%. La causa del alta fue mejoría-curación para 195 pacientes (87,84%), 5 alta voluntaria, 5 traslado, 1 fuga y por exitus hospitalario 16 (7,2%). De los 215 supervivientes, 19 tuvieron secuelas (8,84%). La mortalidad hospitalaria se asoció a arreactividad pupilar y a cifras más altas de glucemia inicial.

Conclusiones:

La mortalidad de los pacientes con TCE atendidos por el SAMU es muy similar en la fase prehospitalaria y en la hospitalaria y en el hospital se asoció a glucemia inicial más alta y arreactividad pupilar. Menos de una décima parte de supervivientes presentaron secuelas al alta.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-670

**LESIÓN MEDULAR CERVICAL.
CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO INICIAL**

J Altuzarra Martínez (1), F Pérez Gómez (2), D Cladevilla Bernardo (2), C Alfaro Gómez (1), RA Ferrer Estelles (3)

(1) Unidad de Urgencias. Hospital General de Almansa, Albacete, (2) Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, (3) Gerencia de Urgencias Emergencias y Transporte Sanitario.

Palabras claves: lesión medular, tratamiento, esteroides

Objetivos:

La Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2020 la Lesión Medular (LM) será una de las 5 principales causas de discapacidad a nivel mundial. En España se producen 25 casos/millón hab. Un tercio con fractura de columna vertebral y LM Cervical. Existe controversia sobre utilidad de la metilprednisolona en las primeras horas tras la lesión.

Material o pacientes y método:

Presentamos el caso de un paciente fracturas cervicales y LM asociada, con recuperación funcional tras tratamiento.

Resultados:

Varón de 49 años, sufre accidente de tráfico. Consciente de posible LM, refiere dolor a nivel cervical y paresia de miembros inferiores. Es inmovilizado con collarín cervical y colchón de vacío para su traslado. Ante sospecha de lesión medular incompleta, se administra metilprednisolona y analgesia. El estudio radiológico reveló fractura de atlas y múltiples fracturas complejas de columna cervical con signos de inestabilidad, luxación C5-C6 y ocupación de canal. Trasladado a hospital de tercer nivel, con servicio de neurocirugía (NRC), se mantuvo tratamiento con farmacológico y cirugía de las lesiones. Evolucionó favorablemente con recuperación parcial de la funcionalidad.

Conclusiones:

Es fundamental sospechar LM en cualquier paciente politraumatizado con focalidad neurológica. La inmovilización es fundamental en el manejo inicial. El tratamiento con esteroides es controvertido. En caso de ser utilizado se realizará en las primeras horas y en casos seleccionados. Es fundamental el traslado precoz a Servicio de NRC para tratamiento y descompresión quirúrgica de la LM.

P-671

**CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS
TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS ATENDIDOS
POR UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS DE UN
SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS
(SAMU-ASTURIAS)**

L Pérez Higuelmo, A Rodríguez Fernández, JA García Fernández, J Méndez Rodríguez, P Campo González, I Pérez Regueiro Sespa. San Claudio, Oviedo.

Palabras claves: brain injuries, outcome, prehospital care

Objetivos:

Conocer las características y evolución clínica de los pacientes con TCE atendidos por la UME IV de SAMU-Asturias del SESPA.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo y transversal, de los pacientes atendidos por la UME IV de SAMU-Asturias, a los que se diagnosticó TCE entre el 1 de Enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2013.

Resultados:

En el periodo de estudio se realizaron 3984 Asistencias Primarias, de las que 259 fueron por TCE (6,50%), la edad media fue 52,78 (23,34) y de ellos el 62,2% eran hombres. El 62,5% fueron leves, 14,7% moderados y 19,7%, graves. La causa-mecanismo del TCE fue en el 30,12% por accidente casual, seguido de los accidentes de tráfico (22,39%) y síncope (18,14). De las técnicas aplicadas, destacan collarín cervical (50,97%), colchón de vacío (19,73%), mascarilla venturi (11,97%) e IET (10,42%). Se administró suero fisiológico al 39,77%, Fentanilo al 22,39% y Midazolam al 19,69%. Los registros de SpO₂, FC, TAS y TAD en 3 momentos (inicial/traslado/trasferencia) tuvieron medias ascendentes para la SpO₂ y descendentes para el resto, siendo estadísticamente significativos los cambios de todas las constantes en los 3 momentos. La mortalidad prehospitalaria fue de 20 casos (7,7%), solo 2 de los cuales fueron in itinere. Encontramos que en los TCE clasificados como graves, las glucemias más altas y la arreactividad pupilar se asociaron de forma significativa con la mortalidad ($p < 0,04$ y $p < 0,001$ respectivamente).

Conclusiones:

Las constantes de los TCE tratados por el SAMU evolucionan favorablemente durante la asistencia y hay una mortalidad durante el traslado anecdótica. Los valores elevados de glucemia y la arreactividad pupilar se asociaron a mayor mortalidad prehospitalaria. Solo se realiza IET prehospitalaria a la mitad de los TCE graves y se coloca collarín cervical a la mitad de todos los TCE.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-672

NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL COMO CAUSA DE NEUMOPERITONEO

F Muñoz Araújo, N Gutiérrez Pesquera, O Ercilla Arginzoniz, B Motriko Góme, O Barrenechea Barruetabeña, E Martitegi Albizu

Hospital de Galdakao-Usansolo de Bizkaia. Bilbao.

Palabras claves: neumatosis quística, neumoperitoneo, dolor abdominal

Objetivos:

La neumatosis quística intestinal es una entidad muy rara, caracterizada por la presencia de quistes subserosos y submucosos con contenido gaseoso, dentro de la pared intestinal. Se presenta radiológicamente con frecuencia como neumoperitoneo.

Material o pacientes y método:

Mujer de 61 años con intervenciones previas por cesárea y apendicitis, sin otros antecedentes de interés. Acude a Urgencias por dolor abdominal generalizado y distensión abdominal de 4 días de evolución. 2 vómitos. Ritmo intestinal y deposicional normal. Afebril. Presenta constantes normales. Exploración física con abdomen distendido y timpánico. Dolor a la palpación sobretodo en epigastrio. En radiografía de tórax se objetiva dudosa imagen de gas bajo cúpulas diafragmáticas que plantea posible diagnóstico de neumoperitoneo. En radiografía de abdomen, dilatación de asas de intestino delgado. Analítica normal. La TAC abdominal y pélvica informa de moderada dilatación de asas de intestino delgado con significativa neumatosis intestinal y neumoperitoneo, considerando primera posibilidad etiológica isquemia intestinal, sin poder descartar neumatosis quística intestinal primaria o idiopática.

Resultados:

Se decide laparotomía exploratoria urgente por posibilidad de tratarse de una isquemia intestinal, encontrando signos de neumatosis quística intestinal idiopática, sin datos isquémicos. La paciente es tratada posteriormente con antibioterapia y dieta, presentando buena evolución sin complicaciones, siendo dada de alta a su domicilio al cabo de varios días.

Conclusiones:

La neumatosis quística intestinal es una patología rara, generalmente asintomática y asociada a otra patología subyacente (85% de los casos): enfermedades infecciosas, inflamatorias, oncológicas, traumatismos... o presentarse como primaria o idiopática (15% casos restantes). Es una causa benigna de neumoperitoneo. Clínicamente suele presentarse con dolor y distensión abdominal. Radiológicamente puede ser visible neumoperitoneo. El diagnóstico se confirma normalmente con tomografía axial computerizada. El tratamiento deber ser conservador (oxígeno hiperbárico, dieta y antibioterapia), salvo en los casos que se presente como peritonitis y obstrucción intestinal, donde el tratamiento debe ser quirúrgico.

P-673

FRACTURA INESTABLE DE PELVIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

E Cerra Calleja (1), L López Mallavia (1), L Barrio Fernández (1), L Piedra Antón (2), P García Bada (1), A Muñecas Cuesta (3)

(1) Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud, (2) Servicio de Urgencias, Hospital de Sierrallana (Cantabria), (3) Osakidetza.

Palabras claves: pelvis, fractura, compleja

Objetivos:

Mujer de 24 años con antecedentes de hernia discal L5-S1 que acude en ambulancia al servicio de urgencias de atención primaria por traumatismo abdomino-pélvico tras aplastamiento por un caballo. El caballo se tropezó tirándola a ella hacia atrás y posteriormente cayéndose sobre la paciente a la altura de la región abdominal y pelvis. No presentó traumatismo craneo-encefálico (portaba casco). A su llegada al centro presenta unas constantes vitales estables, con buen nivel de conciencia (Glasgow 15) sin focalidad neurológica. Refiere intenso dolor en EID con impotencia funcional y acortamiento de la extremidad. Pulsos periféricos positivos. Dolor a la palpación de la sínfisis pubiana sin hematoma local. El abdomen permanece blando y depresible sin globo vesical ni otros hallazgos.

Material o pacientes y método:

Tras la inmovilización con collarín cervical y colchón de vacío, canalizamos vía endovenosa para analgesia y sueroterapia. Movilizamos al paciente en bloque para derivarle al hospital de referencia, donde se objetiva un globo vesical por lo que realizan sondaje vesical, radiografías de pelvis y caderas y TAC abdomino-pélvico.

Resultados:

Se objetiva una fractura compleja del acetábulo derecho con luxación de la cabeza femoral, fractura de las ramas isquio e iliopubiana izquierda y de la región anterior acetabular ipsilateral. A través de la sonda vesical se rellena de contraste descartándose fugas que sugieran rotura vesical. La analítica con hemograma, bioquímica y coagulación es normal al igual que la radiografía de torax. El servicio de traumatología opta por reducción con tracción externa en el momento y cirugía diferida sin complicaciones por lo que finalmente se le dio de alta derivándole a rehabilitación.

Conclusiones:

Las fracturas de pelvis constituyen del 1 al 3% del total. El 95% son estables y con frecuencia se producen por caídas en pacientes senescentes. Sin embargo las inestables son secundarias a traumatismos de alta energía, son pacientes más jóvenes que pueden asociar compromiso hemodinámico por sangrado, inestabilidad del anillo pelviano y posible daño de órganos intrapélvicos. Este tipo de fractura acarrea una mortalidad entre el 10 y el 20%, por este motivo es muy importante una correcta y rápida actuación desde el primer contacto con el paciente en las urgencias de atención primaria.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-674

FRACTURAS-LUXACIÓN TARSOMETATARSIANAS (LISFRANC) TRAS TORCEDURA BANAL

JL Omiste Martínez, M Angulo Tabernero, T Fernández Letamendi, MT Ayala Ortiz de Solórzano, B Barriendos Miguel, J Ungría Murillo

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: Lisfranc, tarsometatarsal dislocation, tarsus

Objetivos:

La fractura-luxación de Lisfranc son lesiones poco frecuentes, generalmente asociadas a accidentes automovilísticos o de alta energía, pero mas raramente producidos por carga axial con el pie en equino (accidentes deportivos). La gama de las lesiones tarsometatarsianas abarca desde los esguinces estables a fracturas-luxaciones inestables que pueden provocar largas convalecencias y morbilidad a largo plazo. El tratamiento varia desde la inmovilización en descarga durante 6 semanas a la reducción abierta o cerrada y osteosíntesis. Es importante reconocer y tratar precozmente este tipo de lesión ya que puede pasar desapercibida hasta en el 20% de los casos. Presentamos dos casos de fractura-luxación de Lisfranc tras torcedura banal.

Describir dos casos de fractura-luxación de Lisfranc tras traumatismo menor y repasar los signos radiológicos característicos de esta patología.

Material o pacientes y método:

Paciente 1: Mujer, 79 años. HTA, toracotomía por TBC, AIT y artrosis. Acude a urgencias por dolor en pie y tobillo izquierdo tras mecanismo de torsión sin caída. Paciente 2: Mujer, 40 años. Diabética. Acude a urgencias por dolor en pie izquierdo tras caída por episodio de hipoglucemia 24 h antes.

Resultados:

- Ambas pacientes asociaban un característico aumento de partes blandas en dorso de antepié y mediopié con equimosis acompañante.- En la radiografía se observaron fracturas-luxación de Lisfranc.- En ambos casos se completa estudio con TAC urgente e ingresaron para reducción urgente y osteosíntesis.

Conclusiones:

- La articulación de Lisfranc esta compuesta por las articulaciones T-MTT.- El elemento anatómico clave de este cuadro es la falta de ligamentos entre la base del 1º y 2º metatarsiano. En la radiografía una separación de mas de 2-3 mm entre ambos metatarsianos se considera signo de inestabilidad. También debe valorarse el alineamiento entre el borde medial del 2º metatarsiano con el borde medial de la 2º cuña. El TAC aporta información adicional de las frecuentes fracturas asociadas o como método de valoración de lesiones con desplazamientos mínimos.- El principal factor pronóstico es la precocidad de la reducción y el restablecimiento de la congruencia articular. Pero no siempre evita su principal complicación tardía, la artrosis post-traumática (presente hasta en el 58% de los casos).

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-675

PERFORACIÓN ESOFÁGICA. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO Y COMUNICACIÓN INTERNIVELES HOSPITALARIOS

J Enríquez Aragón (1), JF Alija Castro (2), MV Alonso Pino (2)

(1) Hospital Universitario Puerta del Mar, (2) Hospital Punta de Europa Algeciras. Cádiz.

Palabras claves: perforación esofágica, endoscopia oral, diagnóstico radiológico

Material o pacientes y método:

Paciente de 20 años con historia de atragantamientos desde la infancia, resueltos siempre espontáneamente. Acude a Hospital comarcal por imposibilidad para la deglución, a sólidos y líquidos, de 12 horas de evolución con hipersialorrea y sensación de bolo. Ante la sospecha de impactación de bolo alimenticio se decide realizar EDO. Se administra 1g de glucagón IV para intentar desimpactación. Ante la ausencia de respuesta al glucagón se realiza EDO con difícil acceso que precisa realización de la técnica en quirófano, bajo anestesia general. En la exploración se aprecia una estenosis luminal de 4 milímetros y un esófago de aspecto cicatricial y friable que dificulta la extracción del bolo, evidenciándose sendas laceraciones extensa de mucosa. Ante la sospecha de perforación esofágica iatrogénica se solicita TAC toracoabdominal con contraste IV. El paciente pasa del área de observación en SCCU a UCI permaneciendo en todo momento estable hemodinámicamente, manifestando dolor centrotorácico y a la exploración crepitación desde tercio medio de cuello a tórax. En la TC realizada se evidencia la presencia de neumomediastino, neumoperitoneo y neumoretroperitoneo. Ante los hallazgos se decide traslado del paciente a hospital de primer nivel con unidad de cirugía torácica. El paciente es trasladado en unidad de SVA de Transporte de Pacientes Críticos hasta el Hospital de referencia donde finalmente se realiza tránsito baritado sin objetivarse perforación esofágica por fuga del contraste. En la TAC de control se observa persistencia del enfisema, neumomediastino y neumoperitoneo. Se decide actitud conservadora, permaneciendo el paciente ingresado en unidad de Cirugía Torácica, siendo dado de alta al cuarto día, sin complicaciones. Las revisiones posteriores han sido satisfactorias, estando actualmente a la espera de filiación definitiva de la patología esofágica.

Conclusiones:

La causa más frecuente de perforación esofágica es la iatrogénica (60%). Ante la sospecha de rotura, el esofagograma es la exploración de elección, debiéndose realizar con contraste hidrosoluble (preferible al bario en pacientes con alta sospecha debido al riesgo de mediastinitis). Si el primero no demuestra la perforación, puede estar indicado hacerlo con bario (puede dejar sin detectar entre 10-25% de las perforaciones). La TC combinada con esofagograma puede aumentar la sensibilidad en la detección de rotura esofágica.

P-676

HEMORRAGIA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEA, DIAGNÓSTICO DE DIFÍCIL SOSPECHA EN URGENCIAS

F Pérez Gómez (1), D Caldevilla Bernardo (2), J Martínez Pérez (1), AG Blanco Cabañero (2), G Maldonado Hermoso (2)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. (2) Hospital General de Almansa, Albacete.

Palabras claves: hemorragia retroperitoneal espontánea, retroperitoneal, pancreatitis

Objetivos:

La triada de Lenk: dolor lumbar, masa palpable y shock hipovolémico se dan aproximadamente en 30% de los pacientes con hemorragia retroperitoneal. Su diagnóstico resulta dificultoso en urgencias, estableciéndose por TC que además permite una aproximación etiológica. Entre las causas no traumáticas se incluyen alteraciones de la coagulación, rotura de aneurismas aórticos, y tumores (sobre todo renales y suprarrenales). El tratamiento, en ausencia de complicaciones debe ser conservador. Si hay signos de sangrado activo está indicada la embolización angiográfica. La inestabilidad hemodinámica refractaria a tratamiento médico constituyen indicación de cirugía urgente.

Material o pacientes y método:

Presentamos el caso de una paciente con hemorragia retroperitoneal espontánea de causa atípica, su diagnóstico y manejo en urgencias.

Resultados:

Varón de 75 años, con dolor abdominal de 4 horas de evolución, más intenso en epigastrio que irradia a espalda. Náuseas y vómitos. Exploración TA:133/87, FC:104, Temperatura:36°. Cabeza, cuello y tórax normal. Dolor a la palpación en epigastrio. Disminución de ruidos hidroaéreos. No signos de irritación peritoneal. Hemograma normal (Hb: 15,3). Coagulación, bioquímica y orina normales. El paciente es tratado con analgesia (paracetamol y meperidina) y sueroterapia (1500 ml SF), sin conseguir disminuir el dolor. Después de 6 horas, TA:100/70 por lo que se solicita analítica de control, detectando una anemia (Hb 11,3), glucosa 213, amilasa 213, leucocitos 15560, resto sin variaciones. Se solicita ecografía que es completada con TC, detectando moderada cantidad de líquido libre de predominio en retroperitoneo probablemente hemático, con alteración de tipo inflamatorio en cabeza de páncreas sugestiva de pancreatitis focal. Es intervenido quirúrgicamente detectando hemoretroperitoneo. Se aprecia pancreatitis necrohemorrágica focal cefálica con vasos sangrantes que se cauterizan. Siendo el diagnóstico final de hemorragia retroperitoneal espontánea por pancreatitis necrohemorrágica focal cefálica.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

Conclusiones:

La hemorragia retroperitoneal es poco frecuente. Las causas más graves son las roturas de aneurismas de aorta,. En otros casos, como en la hemorragia espontánea renal (síndrome de Wunderlich), su sospecha de urgencias suele ser más dificultosa. El caso que se presenta es una situación excepcional con afectación de la porción retroperitoneal de páncreas con afectación vascular y sangrado en retroperitoneo de forma larvada con gran dificultad de sospecha.

P-677**ANEURISMA EN LA ARTERIA PULMONAR**

S Sánchez Ortiz, E Vázquez González, H Solino Díaz, J Pelayo Lastra, J Gutiérrez Sáinz, L Piedra Antón, M Caloca Polo

Hospital Sierrallana. Torrelavega.

Palabras claves: aneurisma, arteria pulmonar, cardiovascular

Objetivos:

Los aneurismas de arteria pulmonar son una afección muy poco frecuente existiendo pocos casos descritos en la literatura mundial. Más raro aún es que la etiología de dicho aneurisma no sea congénita.

Material o pacientes y método:

Mujer de 76 años con antecedentes de Fibrilación auricular, cardiopatía mitral reumática con sustitución reciente de válvula mitral más anuloplastia tricuspídea. Se implantó catéter de Swan- Ganz. Como complicación de la cirugía se produjo hemoptisis franca que cedió con tratamiento conservador. La paciente acude a urgencias una semana después del alta de dicha cirugía por astenia y decaimiento. La exploración física muestra TA 120/70, FC 70 lpm T 36,6. La ACP y el resto de la E.F. son anodinas. Se realiza analítica completa, ECG, y radiografía de tórax. En la radiografía de tórax se observa una gran imagen nodular de 5 cm de diámetro, de contornos bien definidos a nivel de base de hemitórax derecho. Se completa estudio con TAC con contraste objetivándose aneurisma parcialmente trombosado dependiente de rama periférica de la arteria pulmonar.

Resultados:

La paciente fue trasladada al servicio de cirugía cardiovascular donde se decidió realizar embolización por parte del servicio de Radiología Vascular. Al día siguiente de la embolización la paciente sufre un infarto cerebral de arteria cerebral media derecha, decidiéndose trombectomía urgente consiguiendo recanalización de dicha arteria. Al alta la paciente se encontraba asintomática procediendo a la anticoagulación.

Conclusiones:

Los aneurismas pulmonares son extremadamente raros y con frecuencia son un hallazgo casual en una radiografía de tórax, ya que en muchos casos el paciente está asintomático. La TAC de alta resolución y la angiorresonancia son pilares diagnósticos.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-678

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS MORDEDURAS PRODUCIDAS POR MAMÍFEROS Y ATENDIDAS EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

CM Benito Romeral, B Espinosa Fernández, MD Jódar Salas, J Pérez San Roque

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Palabras claves: bites, mammals, emergencies

Objetivos:

Las mordeduras representan una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias. Es importante su asistencia correcta y las actuaciones llevadas a cabo.

Material o pacientes y método:

Se incluyeron todos los pacientes atendidos en el SU por mordedura de mamífero desde septiembre de 2013 hasta diciembre de 2014. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de lesión (I: lamedura sobre piel íntegra, II lamedura piel, arañazos, erosiones o mordeduras leves partes cubiertas, III mordedura grave múltiple o en cabeza, dedos o cuello y/o lamedura de mucosa) y localización de la lesión, especie, tipo de animal (salvaje, doméstico propio, doméstico ajeno), animal localizado (sí/no), actuaciones llevadas a cabo (cura, sutura, antibiótico y profilaxis antitetánica) y destino al alta (domicilio/ingreso).

Resultados:

Se incluyeron 75 pacientes: 56% mujeres. La edad media de los pacientes fue de 37.5 años. La localización más frecuente fue en miembros superiores (58.4%) y región facial (20%) y el 65.3% fueron lesiones tipo II. Teniendo en cuenta la especie de animal, la mayoría fueron ocasionadas por perros y según el tipo de animal el 39% fue por animal doméstico ajeno y en el 76% de los casos era localizable el animal causante. En cuanto a las actuaciones se realiza cura en el 94.4% de los pacientes, el 40.8% requirieron sutura, profilaxis antibiótica en el 76.4% y profilaxis antitetánica en el 73.6%. El 18.7% de los pacientes requirió ingreso hospitalario tras la atención en el SU.

Conclusiones:

Se encontró que las mordeduras más frecuentemente atendidas en el SU de nuestro centro son debidas a perros, animales domésticos ajenos, animales localizables y la localización más frecuente de las lesiones fue en miembros superiores y región facial siendo el destino al alta más frecuente el domicilio.

P-679

IMPLANTACIÓN DE UN CHECKLIST EN URGENCIAS DENTRO DE UN PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN MASIVA

M Mejía Castillo, J Grünwald, F Callado Moro, F Richard Espiga, C Gómez Sánchez, S Juárez de Sosa, M Gero Escapa

Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Palabras claves: check, list, transfusión, masiva

Objetivos:

El concepto de PTM es importante en el manejo del paciente con shock hemorrágico, ya que su implementación mejora la supervivencia. Considerando que en dicha situación de emergencia suele reinar el caos y la desorganización con el riesgo de olvidar cosas importantes, decidimos confeccionar una lista de comprobación "Check-List" dentro del PTM.

Material o pacientes y método:

El Check-List se compone de una hoja disponible en todas las salas de RCP donde se recoge todas las tareas imprescindibles a realizar durante el PTM, siendo de obligado cumplimiento en la primera fase de atención al paciente. Consta de 3 apartados: 1. Filiación del paciente 2. Identificación de la patología y tiempos de activación/respuesta 3. Cumplimentación con respuesta dicotómica (favorece la agilidad en el proceso), con las siguientes fases: a) Activación del PTM (alerta telefónica a servicios implicados, Identificación del paciente, peticiones de laboratorio/transfusión). b) Resucitación precoz (en politrauma, paciente anticoagulado, prevención de hipotermia y transfusión de hemoderivados). c) Destino del paciente (Quirófano/UCI).

Resultados:

Dado el aspecto multidisciplinar del protocolo, el Check-List ha proporcionado consenso y coordinación ágil entre los Servicios implicados mejorando la asistencia del paciente. La evaluación de la ejecución del PTM y la correcta cumplimentación del Check-List, tras un año desde su puesta en marcha nos permite asegurar la utilidad del mismo. Permite condensar la información crítica, ayuda a reducir los errores de omisión, facilita la evaluación y mejora los estándares de calidad y el uso de buenas prácticas.

Conclusiones:

Las listas de comprobación (Check-List) son un grupo de herramientas potencialmente útiles, al aportar orden, estandarización y sistematización a las tareas, así como estimular la comunicación en los equipos. Somos conscientes de que en la atención inmediata de estos pacientes es difícil rellenar con exactitud los ítems, pero sí consideramos importante tenerlos presentes ya que son de gran utilidad para evaluar nuestra actuación, por lo que no es excusable no hacerlo, pues se puede desarrollar en cualquier momento a lo largo del desarrollo del protocolo.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-680

**SEGUIMIENTO DE TCE CON LESIÓN INTRACRANEAL
DADOS DE ALTA DESDE URGENCIAS**

MV García Martínez, MI Correa Rosales, A Carrasco Brenes,
JM Fernández Cubero, R Seara Valero, JF Fernández Ortega
Hospital Regional Universitario de Málaga.

Palabras claves: hemorragia subaracnoidea, traumatismo craneoencefálico, Escala de Glasgow

Objetivos:

Seguimiento de casos que presentaron TCE leve asociado a HSA y recibieron alta domiciliaria en 24 horas desde el área de urgencias.

Material o pacientes y método:

Se estudiaron 56 casos que presentaron sangrado intracraneal tras sufrir traumatismo craneoencefálico (TCE) agudo, en un periodo de 17 meses en pacientes mayores de 18 años. Seguimos al 12% (7 casos) que fueron alta a las 24 h. La causa del TCE fue 3 síncope vasovagal, 1 agresión física y 3 caída accidental. Todos los casos presentaron hemorragia subaracnoidea postraumática con Glasgow 15 excepto 1 caso con antecedente demencia. Previo al alta fueron valorados por neurocirugía con revisión posterior en consulta aproximadamente entre 1-3 meses.

Resultados:

Ese 12% (7 casos) fueron alta a domicilio tras permanecer en observación durante 24 horas, no reingresando ningún paciente con evolución satisfactoria en todos los casos menos 1 (se trataba de paciente senil 93 años).

Conclusiones:

La importancia del TCE estriba fundamentalmente en la alta incidencia, dado que cada año se producen en nuestro país entre 80.000 y 100.000 casos. Cerca del 80% tienen una intensidad leve, pero en un 20 % pueden llegar a provocar una incapacidad neurológica, lo que proporciona un importante significado clínico, médico-legal y social. Suponen la primera causa de muerte en personas por debajo de los 40 años. La hemorragia subaracnoidea traumática no requiere tratamiento quirúrgico de urgencia y si presentan buena evolución, en 24 horas pueden ser alta domiciliaria.

P-681

**PATOLOGÍA TRAUMÁTICA ASISTIDA POR LOS
HELICÓPTEROS SANITARIOS EN LA COMUNIDAD
AUTÓNOMA DE ARAGÓN**

R García Tascón, J Calderón Ramírez, A Requena López,
P López Navarro, R Anton Ramas, J Silvestre Adivinación
INAER Helicópteros. Tomelloso, Ciudad Real

Palabras claves: traumatic injury assistance, helicopter emergency medical service (HEMS), extra hospital traumatic care

Objetivos:

Los traumatismos constituyen la cuarta causa de muerte en España, por detrás de las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades del sistema respiratorio. En los menores de 45 años es la primera causa de mortalidad así como la segunda en población infantil (1-14 años).

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, retrospectivo de la asistencia a pacientes traumáticos realizada por las unidades HEMS de Zaragoza y Teruel en el periodo 2013-2014. Fuente: historias clínicas. Variables: sexo, edad, hora, patología traumática, técnicas utilizadas, hemodinámicas, isocrona, trauma score revisado, inmovilización. Estadística: Análisis de frecuencias y comparación de variables. SPSS v15.

Resultados:

De las asistencias en patología traumática el 76,5 % fueron asistidas por el HEMS de Zaragoza y el 32,5 % HEMS Teruel. Un total de 57,8% de estos pacientes fueron asistidos en el lugar del accidente, el 21,9% en ambulancias y el 12 % en centros sanitarios. En el 83,5 % de los casos la resolución fue el traslado mediante HEMS. Los accidentes de tráfico son la principal causa de patología traumática (39,1%), casuales (22%), laborales (14,3%) y deportivos (7,5%). Las franjas de edad más afectadas son las comprendidas entre 25-45 años (33%), y 46- 70 años (31%), siendo el 77,8 % de los pacientes varones. El intervalo de 11,00 a 17,00 h fue el de mayor asistencias (62,2%). El tiempo de respuesta en el que más se intervino es de 20-35'. El traumatismo craneoencefálico supuso el 25,7% de las asistencias.

Conclusiones:

La patología traumática requiere una asistencia sistematizada, siendo el recurso HEMS imprescindible en la atención *in situ* e inmediata de estos pacientes. Las lesiones por traumatismos craneoencefálicos representan un elevado porcentaje de pacientes, y el centro de referencia es Zaragoza, por lo que todavía se hace más imprescindible el uso de los helicópteros.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

A-682

CUIDADO CON EL DOLOR DE CARACTERÍSTICAS MECÁNICAS

S Pozuelo Pozuelo (1), A Otegui Calvo (2), A García Notario (3), E Aparicio Mansilla (4)

(1) Hospital Santa Bárbara. Puertollano, (2) Hospital Santa Bárbara, (3) Hospital Virgen de Altagracia. Manzanares, (4) C.S. de Abenojar. Ciudad Real

Palabras claves: adenocarcinoma, parótida, metástasis

Objetivos:

El adenocarcinoma ductal de parótida, es un tumor poco frecuente, de conducta biológica agresiva y con una arquitectura similar al carcinoma canalicular mamario.

Material o pacientes y método:

Varón de 38 años, sin antecedentes de interés, en tratamiento con metamizol, ketorolaco, tramadol y paracetamol. Acude de nuevo a urgencias, tras persistir, un dolor a nivel de la cadera izquierda, de varios meses de evolución, sin traumatismo previo, por él que, había consultado en varias ocasiones, tanto en Atención Primaria, como en urgencias, habiéndosele realizado radiografías e incluso una ecografía inguinal, descartándose, colecciones, masas o imágenes de estructura herniaria. Se reexplora al paciente, presentando dolor a la palpación inguinal y con la abducción. Pedimos radiografía de cadera, observando una imagen de osteolisis trocantérea del fémur izquierdo. Pedimos TAC, describiendo dichos hallazgos, como compatibles con tumor óseo maligno y agresivo. Realizamos RNM: tumor óseo maligno agresivo en cuello y porción proximal de diáfisis femoral izquierda, con amplia destrucción cortical e infiltración de partes blandas. Realizamos gammagrafía ósea, observándose una captación irregular a nivel del 1/3 proximal del fémur concluyente con la tumoración ósea, ya conocida, y a nivel costal derecho correspondiente a una fractura antigua. Se realiza una biopsia, que indica metástasis ósea por un adenocarcinoma. Reinterrogamos de nuevo al paciente y nos indica, como nuevo dato, la presencia de un bultoma, desde hace 2 años, infrAAuricular izquierdo, apreciándose una tumoración dura y adherida, de unos 3 cm, pareciendo depender de la parótida. Realizamos ecografía donde describen, imágenes compatibles con proceso neoplásico en cola parotídea izquierda, y una PAAF siendo positiva para células malignas en relación con adenocarcinoma.

Resultados:

Ante dicho resultado, y en relación a otras pruebas negativas, llegamos a la conclusión diagnóstica de metástasis ósea femoral por adenocarcinoma de la glándula parótida.

Conclusiones:

Ante un paciente que acude a urgencias con síntomas persistentes, deberíamos plantearnos, si el diagnóstico etológico realizado, es el correcto, y la realización de otras pruebas complementarias, que nos puedan ayudar a desenmascarar determinadas patologías, poco frecuentes pero con alta morbimortalidad, evitando a su vez, posibles reclamaciones.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

A-683

IMPACTO EN URGENCIAS DE FRACTURAS DE RAMAS PÉLVICAS POR BAJA ENERGÍA EN MAYORES DE 65 AÑOS

JL Omiste Martínez, M Angulo Tabernero, T Fernández Letamendi, J Ungría Murillo, A Peguero Bona, E Alonso Formento

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: pelvis fracture, osteoporotic fracture, emergency

Objetivos:

Las fracturas de ramas son un tipo de fractura por fragilidad que se consideran benignas al tratarse de manera conservadora con reposo y analgésicos convencionales. Su mortalidad al año es similar a las fracturas de cadera. Suponen una alta carga social, económica y sanitaria al asociarse con largos periodos de inmovilización. Están asociadas a frecuentes complicaciones atribuibles a la fractura.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de las fracturas osteoporóticas de ramas pélvicas producidas por traumatismo de baja energía en el Servicio de Urgencias de Traumatología del H.U. Miguel Servet (Zaragoza) entre enero y junio de 2012.

Resultados:

Identificamos 30 fracturas de ramas con una edad media de 82,8 años. El 98% tenía comorbilidades asociadas. Los tratamientos mas usados fueron: anti-HTA en 22 casos, depresores del SNC en 20, antiagregantes/anticoagulantes en 15 casos, analgésicos en 7 casos, anti-diabéticos en 6 y tto para la osteoporosis en 5. La estancia media en urgencias fue de 360 min. 23 pacientes acudieron a urgencias en <24h tras el traumatismo y 17 en <8h. 6 pacientes fueron diagnosticados de la fractura en la segunda visita a urgencias. Se realizó rx de pelvis a todos los pacientes, y TAC a 4 de ellos. La lesión mas frecuente fue la fractura de ramas ilio e isquiopubiana en 25 casos. 3 casos asociaban TCE, 2 otras fracturas extrapelvicas y 13 lesiones en otras localizaciones de la pelvis. 5 pacientes permanecieron en observación en urgencias. Se realizó analítica a 9 pacientes con unas cifras de Hb media: 12,6 y analítica de control a 5, con una Hb media: 10,4. Un paciente presentó anemia por sangrado que requirió transfusión de sangre. 4 pacientes requirieron ingreso hospitalario con una estancia media de 16 días. Requirieron una segunda atención de urgencia 7 pacientes y hasta una tercera 3, con ingresos en 10 de los casos por complicaciones en la evolución. La complicación más frecuente fue el mal control del dolor. La mortalidad al año fue del 13,3%.

Conclusiones:

Es necesario protocolizar el manejo de las fracturas de ramas desde urgencias incluyendo el manejo de alta analgésico y trombo profilático. Prestar especial atención a comorbilidades, su manejo debe prevenir las complicaciones derivadas del sangrado y la inmovilidad.

A-684

TRAUMATISMO ABDOMINAL. ¿DE BAJA ENERGÍA?

D Caldevilla Bernardo (1), F Pérez Gómez (2), J Martínez Pérez (2), G Maldonado Hermoso (1), AG Blanco Cabañero (1)

(1) Hospital General de Almansa, (2) Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Palabras claves: traumatismo hepático, traumatismo renal, tratamiento de urgencias

Objetivos:

El traumatismo abdominal es responsable del 10% de muertes traumáticas, constituyendo el mayor porcentaje de muerte evitable en paciente politraumatizado por retraso o ausencia de diagnóstico. En el caso de traumatismos cerrados puede ser difícil su diagnóstico inicial. Al menos el 2% de las lesiones quirúrgicas pueden resultar ocultas en la primera evaluación.

Material o pacientes y método:

Presentamos el caso de una laceración hepática y renal graves en un paciente con traumatismo aparentemente banal.

Resultados:

Varón de 13 años traído a urgencias por traumatismo cerrado abdominal con manillar de bicicleta hacía dos horas. A su llegada, buen estado general, TA: 110/75. FC: 120 lmp. Exploración cardiopulmonar normal. Exploración abdominal: defensa en flanco derecho, doloroso a la palpación. Se solicita analítica y ecografía. La ecografía se completa con TC abdomino-pelvíco apreciando fracturas costales, laceración hepática grado III, estallido de riñón derecho con un gran hematoma. Amputación de arteria renal con gran hematoma retroperitoneal por laceración renal grado V. Analítica: hemoglobina 11,6, Hcto 35,7%, plaquetas 170.000, leucocitos 14.360. Coagulación normal. Se inicia fluidoterapia intensiva con suero fisiológico a 20 ml/kg, transfusión de hemáties a 10 ml/kg, analgesia con fentanilo. Se avisa a cirugía pediátrica y radiología vascular intervencionista, realizando embolización de arterial renal derecha. Posteriormente el paciente ingresa en UCI pediátrica, donde continúa el resto de estabilización con evolución favorable.

Conclusiones:

Ante un traumatismo abdominal cerrado no se debe subestimar la posibilidad de afectación visceral. La afectación visceral retroperitoneal, el mecanismo de "baja energía" y el aparente buen estado general del paciente dificultó diagnóstico inmediato. Es fundamental hacer una reevaluación del paciente, tanto clínica como de constantes vitales. Ante su sospecha se recomienda completar estudio con ecografía. Tras el diagnóstico se debe proceder a la estabilización hemodinámica con sueroterapia intensiva, transfusión, analgesia y valoración quirúrgica urgente.

URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

A-685

VARÓN DE 23 AÑOS CON ODINOFAGIA Y CREPITACIÓN EN EL CUELLO

J Andreu Méndez, P Ruano García, M González Tejera, L Catalá López, A Bernabé Casanova, I Galindo Benito

Hospital General Universitario de Elche. Elche.

Palabras claves: mediastinal emphysema, cocaine, neck pain

Objetivos:

Hombre de 23 años de edad que acude a urgencias por odinofagia, dolor cervical y dolor en zona supraclavicular derecha, así como crepitación en cuello.

Material o pacientes y método:

Hombre de 23 años de edad que acude a urgencias por odinofagia de horas de evolución, asociado a dolor cervical y en zona supraclavicular, que se incrementa con los cambios de posición. Además refiere sensación de "burbujas de aire en el cuello". No refiere dificultad respiratoria, sensación distérmica, náuseas ni vómitos. No refiere antecedentes de atragantamiento, vómitos, tos ni traumatismo. Refiere consumo de cocaína inhalada aproximadamente 13 horas antes. En la exploración se objetiva a la palpación enfisema subcutáneo en región supraclavicular y cuello. Se solicita AS, tóxicos en orina, radiografía de tórax y TC torácico.

Resultados:

En la radiografía de tórax hay presencia de aire en mediastino y región supraclavicular derecha, sin signos de neumotórax. En el TC de tórax sin contraste se objetiva neumomediastino con extensión a cuello, axila derecha y espacio retrocrural.

Conclusiones:

Se diagnostica de neumomediastino espontáneo por consumo de cocaína. El paciente ingresa en servicio de cirugía para tratamiento y observación.

A-686

DOCTOR, TENGO HINCHADA LA CARA

J Guillén González, L Holgado Castell, L Linares Vals, J Matamoros Hernández, A Tapia Céspedes, DC Palacios Martorell

Hospital Universitario de La Ribera.

Palabras claves: TCE, enfisema, fractura

Material o pacientes y método:

Varón de 25 años remitido por angioedema palpebral bilateral tras la administración de anestésico local (mepivacaína). Refiere agresión con TCE y pérdida de consciencia junto a dolor occipital y traumatismo facial. Acude a Urgencias previa cura con anestesia local y sutura de herida palpebral derecha.

Resultados:

Exploración física. Angioedema palpebral bilateral que impide la apertura palpebral pasiva. Hematoma en región palpebral derecha y herida suturada en párpado superior derecho, hematoma leve en región palpebral inferior izquierda. Restos de sangre en ambas fosas nasales. No edema de úvula y saturación oxígeno 100%. Resto dentro de la normalidad. Evolución. En un principio debido a la sospecha de angioedema palpebral secundario a mepivacina se administra urbason 80 mg iv junto a polaramine 1 ampolla iv. Ante persistencia de sintomatología se pautan adrenalina si mejoría de la clínica. El paciente se encuentra nervioso presentando molestias orofaríngeas presentando ligero edema de úvula por lo que se inicia emulsión lipídica intravenosa 20% con mejoría significativa y progresiva estabilidad hemodinámica. Tras reevaluación se observa crepitación palpebral en cara y cuello. Dada la estabilidad del paciente se decide realizar TAC. Tras TAC se contacta con otorrinolaringología para valoración que da el alta al paciente pautando antibiótico y corticoides orales. Exploraciones complementarias. Analítica: anodina TAC cráneo: fractura desplazada de los huesos propios de la nariz en múltiples fragmentos. Importante enfisema en tejido celular subcutáneo, palpebral e intraorbitario pre y postseptal. El enfisema se extiende y diseca espacios cervicales hasta donde alcanza estudio. Vía aérea permeable.

Conclusiones:

En este caso podemos observar la importancia de la prueba de imagen ya que nos da el diagnóstico previa estabilización del paciente. En la mayoría de casos el diagnóstico más frecuente es la fractura del etmoides que en este paciente se descartó tras pruebas de imagen al igual que la posibilidad de alergia medicamentosa.

VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio

VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

O-687

REGISTRO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LOS SISTEMAS DE URGENCIAS DE CATALUNYA. REGISTRO VNICAT2

J Jacob Rodríguez (1), MC Navarro Sáez (2), M Arranz Betegón (3), X López Altimiras (4), J Zorrilla Riveiro (5), A López Canela (6)

(1) Servicio de Urgencias y Unidad de Corta Estancia. Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. (2) Servicio de Urgencias. Cooperació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell. (3) Servicio de Urgencias. Hospital de Viladecans, (4) Servicio de Urgencias. L'Hospitalet de Llobregat.

Palabras claves: ventilacion no invasiva, urgencias, multicéntrico

Objetivos:

La ventilación no invasiva (VNI) es una herramienta terapéutica en la insuficiencia respiratoria aguda. La evidencia científica y la tecnología actual permiten su uso en la urgencia prehospitalaria y hospitalaria.

Material o pacientes y método:

Estudio de cohortes multicéntrico con inclusión consecutiva de pacientes en los que se realiza VNI durante un periodo de un mes, entre los meses de febrero y marzo de 2015, en urgencia prehospitalaria por el servicio de Emergencias Médicas y en 8 servicios de urgencias hospitalarios de Catalunya. Se recogen variables demográficas, de comorbilidad, del episodio agudo, destino final y mortalidad.

Resultados:

Se reclutaron 140 pacientes (28 en prehospitalaria). Las indicaciones fueron 38% edema agudo de pulmón (EAP), 30,7% agudización enfermedad pulmonar obstructiva crónica (AEPOC), 11,7% neumonía y 19,6% otros escenarios. La edad media fue 74,5 años, un 57,5% hombres. En el 46,7% la VNI se realizó en pacientes con limitación de esfuerzo terapéutico. En el 86,7% de los casos la VNI se finalizó en el servicio de urgencias y fue efectiva en un 76,4%. El fracaso por intolerancia fue 13,6%, por necesidad de intubación orotraqueal 6,4% y por mortalidad 3,6%. El modo ventilatorio más utilizado (86%) fue la presión de soporte. El tiempo medio de VNI fue 30,8 horas con diferencias significativas en el tiempo de ventilación entre el EAP y la AEPOC (18,1, DS 39 versus 42,4, DS 38,7 horas respectivamente, $p<0.01$). La estancia media fue 8,5 días sin diferencias significativas entre el EAP y la AEPOC (8,2, DS 5,5 versus 9,7, DS 5,4 días respectivamente, $p=0,39$). El 21,4% de pacientes precisó ingreso en una unidad de intermedios o de críticos y la mortalidad hospitalaria total fue del 8%.

Conclusiones:

La VNI en urgencias se utiliza sobretodo en el EAP y la AEPOC. La modalidad presión de soporte es la más usada. Es elevado el uso de esta terapia en enfermos con limitación de esfuerzo terapéutico. Los pacientes con AEPOC precisan de más tiempo con VNI. La mortalidad global de los pacientes en que se aplica VNI es elevada.

O-688

¿DISMINUYE LA HIPERCAPNIA EN PACIENTES CON VMNI Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA PROTOCOLIZADOS?

A Camaño Mesa, E Rodríguez Conesa, CA Yago Calderón, M Bufforn Jiménez, E Caro Vázquez

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: atención enfermería, nursing care, urgencias médicas, emergencias, insuficiencia respiratoria, respiratory insufficiency

Objetivos:

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una modalidad ventilatoria que no invade la vía aérea del paciente, siendo menos agresiva, más cómoda, menos costosa y con menos complicaciones que la ventilación mecánica convencional. Enfermería juega un papel principal en la aplicación y seguimiento de la terapia respiratoria mediante la VMNI, detectando con prontitud aquellos signos de ineffectividad del tratamiento o de mala tolerancia por parte del paciente, además de proporcionar cuidados, que mejoren el confort del paciente, y permitan que la terapia sea más efectiva.

Material o pacientes y método:

Se procede a la recogida de datos de 36 pacientes tratados con VMNI en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, por fallo hipercápnico. Se relacionan los valores de pCO_2 al ingreso, a los 60 min y a los 120 min, divididos en dos grupos, pacientes que reciben cuidados de enfermería protocolizados y los que no los reciben. Se lleva a cabo el análisis estadístico con la prueba t de Student para muestras independientes con SPSS.

Resultados:

La pCO_2 al ingreso de pacientes con cuidados de enfermería (CE) para una $n=27$ es de 85,75 mmHG al ingreso, de 83,49 a los 60 min y 67,53 a los 120 min. La pCO_2 para el grupo que no recibe CE ($n=8$), es de 80,49 al ingreso, 98,97 a los 60 min y 89,55 a los 120 min. Para los pacientes que reciben CE protocolizados, se observa una disminución de pCO_2 con significancia estadística ($p=0,03$) a los 120 min de terapia con VMNI.

Conclusiones:

Los cuidados de enfermería protocolizados son de vital importancia para mejorar el confort del paciente, y dispensar cuidados de calidad en estos pacientes. El estudio nos muestra que hay disminución de pCO_2 a los 120 min mayor en los pacientes con CE protocolizados. A la espera de nuevos estudios, es importante llevar a cabo protocolos de CE en pacientes con terapia VMNI.



VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

O-689

VENTILACIÓN NO INVASIVA EN CATALUNYA. HAY DIFERENCIAS ENTRE LAS URGENCIAS PREHOSPITALARIA Y HOSPITALARIA. REGISTRO VNICAT2

F López Vengut (1), F López i Vengut (1), E Lista Arias (2), S Solà (3), O García Trallero (4), J Zorrilla Riveiro (5), J Jacob Rodríguez (5)

(1) Hospital General, Parc Sanitari Sant Joan de Deu. Sant Boi de Llobregat, (2) Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. (3) Servei Emergències Mèdiques (SEM), (4) Servicio de Urgencias. Consorci Sanitari Integral Sant Joan de Deu, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Palabras claves: ventilación no invasiva, urgencias, prehospitalaria

Objetivos:

La ventilación no invasiva (VNI) es una herramienta terapéutica en la insuficiencia respiratoria aguda y su utilización se puede realizar a nivel de la urgencia prehospitalaria y hospitalaria.

Material o pacientes y método:

Estudio de cohortes multicéntrico con inclusión consecutiva de pacientes en los que se realiza VNI durante un periodo de un mes, entre los meses de febrero y marzo de 2015, en la urgencia prehospitalaria por el servicio de Emergencias Médicas (SEM) y en 8 servicios de urgencias hospitalarios de Catalunya (Registro VNI-Cat2). Se recogen variables demográficas, de comorbilidad, del episodio agudo, destino final y mortalidad.

Resultados:

El registro VNICat2 reclutó 140 pacientes, 28 (20%) se realizó VNI prehospitalaria. El estudio comparativo entre la VNI prehospitalaria y hospitalaria no mostró diferencias significativas en la edad media (74,1 v 74,5 años) ni género (hombres 64% vs 56,3%), si hubo diferencias significativas en su uso en los diferentes escenarios clínicos: edema agudo de pulmón (64% vs 32,1%), agudización de enfermedad obstructiva crónica (20% vs 33%), neumonía (0% vs 14,3%) y otros escenarios (16% vs 20,5%), también hay se encontraron diferencias en la modalidad ventilatoria utilizada, a nivel prehospitalario se usa más la CPAP (29,2% vs 10,7%) y hospitalario la presión de soporte (70,8% vs 89,3%).

Conclusiones:

La VNI a nivel prehospitalario se utiliza más en pacientes con edema agudo de pulmón y con el modo de CPAP cuando se compara con la VNI hospitalaria, en donde el perfil del paciente es más la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y se usa más el modo presión de soporte.

O-690

PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO-B COMO PREDICTOR DEL RIESGO EN LA DISNEA AGUDA DE CUALQUIER ETIOLOGÍA

M Piñero Zapata (1), C Cinesi Gómez (1), M Martínez Villanueva (2), FV Avilés Plaza (2), A Luna Maldonado (3), ME Legaz Moreno (1)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía, de Murcia, (2) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, (3) Facultad de Medicina, Universidad de Murcia

Palabras claves: insuficiencia respiratoria, péptido natriurético tipo B, ventilación no invasiva

Objetivos:

La disnea aguda es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios. En las situaciones de mayor gravedad que provocan disnea tales como el edema agudo de pulmón o la insuficiencia respiratoria hipercápnica, e incluso la sepsis grave entre otras, la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es el procedimiento de elección para el manejo en urgencias de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. El uso de biomarcadores es cada vez más apreciado para la precisión del diagnóstico y el manejo más adecuado de los pacientes críticos. El estudio PICASU-1, demostró que el amino-terminal propéptido natriurético cerebral (NT-proBNP) es un buen marcador como predictor de mortalidad intrahospitalaria y a los 30 días de la consulta en urgencias en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda, para un cut-off de 5.180 pg/mL.

Material o pacientes y método:

El estudio se realizó sobre una cohorte de 191 pacientes seleccionados por ser tratados con VMNI por disnea aguda o crónica agudizada de cualquier etiología, excepto quirúrgica y neuromuscular, en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia entre noviembre de 2012 y diciembre de 2013, a los que se les determinó el NT-proBNP en el momento instaurarles la VMNI.

Resultados:

La mediana de edad estuvo en 79 años. El porcentaje de mortalidad global fue del 22% a los 30 días desde su ingreso con una mediana de NT-proBNP para los fallecidos de 5.278 pg/mL frente a 2.609 pg/mL para los supervivientes. Los que superaban el valor de 5.180 pg/mL, establecido como cutoff en el objetivo, fallecieron en un 34,4% frente al 16,4% de no lo alcanzaban ($p < 0,01$).

Conclusiones:

El NT-proBNP ha demostrado ser un buen predictor de mortalidad a 30 días para los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda de cualquier etiología.



VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-691

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE INICIA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

A Flamarique Pascual (1), R Martínez Gil (2), C Lahoza Pérez (2), M Ruiz Felipe (3), MF Falcón Reiban (3), FJ Pérez Torres (1), J Mezquida Arzo (1)

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: non invasive mechanical ventilation, emergency health services, chronic obstructive pulmonary disease

Objetivos:

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una técnica que permite ventilar al paciente sin necesidad de intubación orotraqueal (IOT) evitando sus complicaciones y cuyo uso se ha extendido en los servicios de urgencias para el tratamiento de enfermos con patología respiratoria y cardiaca aguda.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo de pacientes a los que se inicia VMNI en el Servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (Zaragoza) que es un hospital terciario con unas 1000 camas de hospitalización y que atiende un rango de entre 350 a 400 urgencias al día. La recogida de casos fue de 6 meses siendo la fecha de inicio el 1 de julio del 2014. Los datos fueron extraídos de la intranet del hospital y del programa Puesto Clínico Hospitalario (PCH) que se usa para la atención de pacientes de urgencias. Para la evaluación y seguimiento de los pacientes se establecieron varios indicadores: La realización de gasometría arterial tras 1 o 2 horas de inicio de VMNI en los casos con insuficiencia respiratoria hipercápnica, el porcentaje de exitus en urgencias, el porcentaje de ingresos en UCI y la necesidad de IOT durante su ingreso.

Resultados:

Se recogieron 50 casos. Edad media de 75,55± 13,37 años. El 52% fueron mujeres. El tipo de insuficiencia respiratoria más frecuente fue la hipercápnica con un 48,98% de los casos. Un 4% de ellos fue necesaria una intubación orotraqueal. Un 12% acabaron ingresados en la UCI. Un 8% fallecieron en urgencias. El modo ventilatorio más habitual fue el modo espontáneo con presión de soporte (41,46%). En un 75% de los casos con insuficiencia respiratoria hipercápnica se les realiza una gasometría de control en 1 ó 2 horas tras el inicio de la VMNI.

Conclusiones:

La VMNI es una herramienta de uso cada vez más frecuente en los Servicios de Urgencia Hospitalarios que permite reducir los ingresos en UCI y además presenta una mortalidad en las primeras horas relativamente baja.

P-692

FRACASO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

A Estella García (1), MA Gracia Romero (2), MD Lopera Arroyo (2) SCCU, Hospital SAS de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz

Palabras claves: fracaso, ventilación no invasiva, urgencias

Objetivos:

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es en la actualidad un tratamiento habitual en los servicios de Urgencias para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo observacional llevado a cabo en un servicio de Urgencias hospitalarias durante un periodo de un año. Se incluyeron de forma consecutiva pacientes que recibieron tratamiento con VMNI a su ingreso con posterior fracaso, definido con los siguientes criterios: no mejoría del estado mental, de la disnea o trabajo respiratorio, ausencia de mejoría gasométrica tras 1-2 h del inicio, intolerancia del paciente, inestabilidad hemodinámica o necesidad de intubación y conexión a ventilación mecánica. Fueron excluidos aquellos pacientes en los que se adoptó por sus antecedentes médicos una actitud conservadora. Las variables analizadas fueron edad, sexo, gasometría venosa al inicio, leucocitos, necesidad de VM, días en VM, VMNI en UCI, gasometría y leucocitos al ingreso en UCI, estancia en UCI, APACHE II, lactato y mortalidad.

Resultados:

De las 41 VMNI utilizadas en urgencias, en 48% casos fracasó ingresando en UCI posteriormente. La edad media fue 62 ± 12 años, siendo 60% hombres y 40% mujeres. El pH al inicio fue 7,23 ± 0,12, la pCO₂ 61 ± 26, y leucocitos 14504 ± 5323. El láctico medio fue de 2,65 ± 1,8mmol/l. En 8 casos se procedió a IOT y conexión a VM (40 %), que pudo ser retirada a los 2 ± 4 días. En 12 pacientes (60%) se continuó con VMNI modificándose parámetros y/o modo ventilatorio en UCI. La estancia media en UCI fue 4 ± 5 días. La valoración por la escala APACHE II en UCI fue de 20 ± 7. 5 pacientes fallecieron (25%).

Conclusiones:

El fracaso de la VMNI en Urgencias se asoció a una mortalidad alta. Los pacientes que precisaron intubación orotraqueal por fracaso de la VMNI pudieron desconectarse de la ventilación mecánica invasiva en corto periodo de tiempo.

VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-693

PROGRAMA DE CALIDAD EN VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA: ¿QUÉ TAL LO HACEMOS EN URGENCIAS?

A Flamarique Pascual, JM Abascal Roda, A García Noain, R Martínez Gil, M Ruiz Felipe, C Lahoza Pérez, B Gay Gasanz
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: non invasive mechanical ventilation, assesment, healthcare quality, emergency health services

Objetivos:

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una técnica que permite reducir los ingresos en UCI de pacientes con patología cardiaca y respiratoria aguda, así como las complicaciones asociadas a la intubación orotraqueal, cuyo uso es cada vez más frecuente en los Servicios de Urgencias hospitalarios. La VMNI es una técnica que precisa de unos adecuados conocimientos de la misma y de un seguimiento médico cercano sobretodo en las primeras hora de su implementación para asegurar el éxito.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo de pacientes a los que se inicia VMNI en el Hospital Clínico Universitario 'Lozano Blesa'. La recogida de casos se comenzó el 1 de julio del 2014 durante 6 meses. Se empleó el programa de asistencia en Urgencias Puesto Clínico Hospitalario (PCH) y con una actualización reciente para registro de pacientes con VMNI. Se valoraron diversos parámetros de calidad: Recogida de parámetros ventilatorios iniciales, recogida correcta de modo ventilatorio, registro establecido en el PCH y se estableció si la indicación de inicio de VMNI era correcta, teniendo en cuenta para ello las de Evidencia tipo A (Edema agudo de pulmón y EPOC con insuficiencia respiratoria hipercápnica y acidosis respiratoria).

Resultados:

Se recogieron 50 casos. Edad media de 75,55± 13,37 años. El 52% fueron mujeres. Un 68% de los casos se recogieron los parametros ventilatorios iniciales. 82% de los pacientes se refleja el modo ventilatorio. Un 68% de los casos se considera que la indicación para inicio de VMNI es la correcta. 42% de ellos tienen un registro de VMNI realizado en PCH.

Conclusiones:

Establecer un registro adecuado de lo que hacemos permitirá mejorar nuestra asistencia a pacientes que precisan VMNI, nuestro estudio hay un amplio margen de mejora ya que menos de la mitad se recoge lo que se hace y puede influir en el fracaso de la técnica. Un porcentaje considerable de casos se inicia VMNI para otras patologías respiratorias cuya eficacia a día de hoy es más controvertida.

P-694

UTILIZACIÓN Y RESULTADOS DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS EN PACIENTES NO CANDIDATOS A INTUBACIÓN

A Urigoitia Ugarte, P Gil Alaña, R Alkiza Basañez, A Hernández Gil, E Tabernero Huguet, A Gil Molet, R Herrería Laherrán

Hospital Santa Marina. Bilbao.

Palabras claves: VMNI, EPOC, pacientes crónicos

Objetivos:

Los hospitales de subagudos atienden a pacientes crónicos pluripatológicos en el proceso de reagudización de sus patologías. Causa frecuente de ingreso es el fracaso ventilatorio agudo, especialmente en EPOC. La limitación de esfuerzo terapéutico y las órdenes de no intubar son habituales en estos pacientes por la edad y patología de base, pero cada vez hay más datos que apuntan la utilidad de la VMNI en este contexto. Por ello, en 2012 en nuestro hospital se desarrolló una vía clínica de atención integrada Urgencias-Hospitalización para el uso de la VMNI en el fracaso ventilatorio agudo.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional (1 año de seguimiento). Se recogen todos los casos que reciben VNI a través de un registro específico. Las variables recogidas son: datos demográficos, datos clínicos y funcionales, patología de base, situación funcional basal gasometría en el momento de la indicación, estancia, necesidad de ventilación al alta, mortalidad durante y al año del ingreso y reingresos.

Resultados:

Se incluyeron 102 pacientes con edad media de 81+/-7 años, 47% varones, índice de Charlson de 3.7+7-1, índice de Barthel de 54 ± 31 y 22% institucionalizados. La mortalidad durante el ingreso fue del 33% (34 pacientes). Entre los pacientes sin indicación ajustada a protocolo (n=14). La mortalidad es de 71% (9 pacientes) significativamente mayor (p<0.05). La supervivencia global al año fue del 47%. La supervivencia fue estadísticamente superior en pacientes con obesidad-hipoventilación, índice de Barthel >50 y los que continuaron con VNI al alta.

Conclusiones:

La VMNI es una técnica d utilidad en un hospital de crónicos, en pacientes ancianos con limitación de esfuerzo terapéutico. A pesar de severidad y comorbilidad se obtienen tasas aceptables de supervivencia. Se obtienen mejores resultados de supervivencia en aquellos pacientes con Sd. hipoventilación-obesidad y en aquellos con índice de Barthel mayor de 50.

VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-695

VMNI EN EL PACIENTE ANCIANO

J Callao Buatas (1), E Lacruz López (2), I Elizalde Pérez de Ciriza (1), P Rubio Martínez (1), Y Latorre Martín (1), D Lahoz Rodríguez (3), F López López (3)

(1) Casar Bajo Cinca, (2) Clínica Montecanal, (3) Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: ventilación no invasiva, anciano, anciano de 80 o más años

Objetivos:

El paciente anciano en situación de insuficiencia respiratoria aguda es un paciente de difícil manejo dadas las limitaciones terapéuticas que se aplican en muchas ocasiones por su situación basal y múltiples patologías asociadas. En nuestro centro mas del 80% de los ingresos son pacientes en los que la limitación terapéutica por su edad o patologías es clara, siendo la Ventilación mecánica no invasiva (VMNI) uno de los instrumentos que más han mejorado el pronóstico de dichos pacientes durante su estancia.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de los últimos 10 pacientes atendidos en nuestro servicio que requirieron uso de VMNI, independientemente de la causa de la insuficiencia respiratoria.

Resultados:

Los pacientes eran de sexo masculino mayoritariamente (8 de los 10), con una edad media de 83 años. Las patologías predominantes en la Historia clínica eran el diagnóstico previo de EPOC (7 pacientes) y la Insuficiencia Cardíaca (5 pacientes) Se administró VMNI a los pacientes que cumplían alguno los siguientes parámetros: 1. Mala respuesta a tratamiento con O₂, broncodilatadores y/o diuréticos. 2. Taquipnea (mas de 25 respiraciones por minuto) y uso de musculatura accesoria 3. Hipercapnia no compensada (pH menor a 7.30 con pCO₂ mayor a 45 mmHg). En estos casos se inicio tratamiento con VMNI y valores prefijados de IPAP (12), EPAP (5) y en respiración espontánea con 12 respiraciones de rescate por minuto. El tiempo I:E se ajusto a 1:1. El O₂ administrado se fue ajustando para garantizar una Sat O₂ mediante pulsioximetría superior al 90% En caso de agitación, se administró haloperidol y/o cloruro mórfico, con buena respuesta. El resultado fue rápidamente satisfactorio en los 10 casos, pudiendo ingresar el paciente en planta a las 6-12 h de tratamiento con clara mejoría clínica y normalización de la acidosis e hipercapnia en todos los casos.

Conclusiones:

El uso de la VMNI en el paciente anciano con comorbilidad grave asociada o en situación paliativa ha demostrado ser seguro y muy efectivo según nuestra experiencia. La respuesta gasométrica al tratamiento se ha producido, en los 10 casos, en menos de 90 minutos, presentando disminución de la taquipnea, disminución de la hipercapnia y de la acidosis.

P-696

VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO EN CATALUNYA. REGISTRO VNICAT2

A López Canela (1), J Jacob Rodríguez (2), M Sancho Ramoneda (3), J Farré Cerdà (4), JM Cousiño (5), E Lista Arias (6)

(1) Servei Emergencies Mediques (SEM), (2) Servicio de Urgencias y Unidad de Corta Estancia, Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL, (3) Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Josep Trueta. Girona, (4) Servicio de Urgencias. Hospital Sant Pau. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Palabras claves: ventilación no invasiva, limitación esfuerzo terapéutico, urgencias

Objetivos:

La ventilación no invasiva (VNI) es una herramienta terapéutica en la insuficiencia respiratoria aguda y se considera el techo en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico.

Material o pacientes y método:

Estudio de cohortes multicéntrico con inclusión consecutiva de pacientes en los que se realiza VNI durante un periodo de un mes, entre los meses de febrero y marzo de 2015, en la urgencia pre-hospitalaria por el servicio de Emergencias Médicas (SEM) y en 8 servicios de urgencias hospitalarios de Catalunya (Registro VNI-Cat2). Se recogen variables demográficas, de comorbilidad, del episodio agudo, destino final y mortalidad.

Resultados:

El registro VNI-Cat2 reclutó 140 pacientes, 64 (45,7%) tenían limitación del esfuerzo terapéutico, que son los estudiados. La edad media fue 79,5 años, el 54,7% mujeres. Las indicaciones clínicas fueron: edema agudo de pulmón (EAP) 46,9%, agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (AEPOC) 28,1%, neumonía 9,4% y otros escenarios 15,6%. En el 85,9% se utilizo el modo con presión de soporte. En un 87,5% de los casos se retiró la VNI en urgencias, por presentar mejoría el 68,8%, el resto presentó fracaso de la VNI que fue por mortalidad el 7,8% y por intolerancia el 21,9%. La duración media de la VNI fue de 29,2 horas, no habiendo diferencias significativas entre EAP y AEPOC. La estancia fue de 8 días, no habiendo diferencias significativas. La mortalidad hospitalaria total fue del 41,4%.

Conclusiones:

La VNI en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico se utiliza sobretodo en el EAP. Un elevado porcentaje de pacientes presentan mejoría clínica, pese a esto la mortalidad total es muy elevada.

VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-697

RELACIÓN ENTRE MOVILIDAD DIAFRAGMÁTICA Y LA HIPERCAPNIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL REINA SOFÍA DE MURCIA

JA Sánchez Nicolás, C Cinesi Gómez, LJ López Torres, JL Otero Uribe, S Galicia Puyol, MC Molina Morazo, P Piñera Salmerón

Hospital General Reina Sofía. Murcia

Palabras claves: movilidad diafragmática, ecografía, hipercapnia

Objetivos:

La insuficiencia respiratoria hipercápnica o tipo II(IR) se define cuando la Po2 menor 60 mmHg y la Pco2 mayor 45 mmHg, como consecuencia de la hipoventilación. La fisiopatología de la hipoventilación en estos pacientes se relaciona con una disminución de la movilidad diafragmática. Sin embargo, existen pocos estudios relativos a las relaciones entre la movilidad del diafragma e hipercapnia. Estos estudios correlacionan la hipoventilación con la movilidad diafragmática.

Material o pacientes y método:

Se realiza estudio descriptivo, observacional, retrospectivo en pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital reina Sofía de Murcia entre Enero y Marzo del 2015, con Insuficiencia respiratoria tipo II que precisan Ventilación mecánica no invasiva. Incluyendo a 6 pacientes en el estudio, 2 de ellos excluidos del mismo por mala ventana ecográfica. Se evaluó la movilidad diafragmática con ultrasonidos ecógrafo General Electric Healthcare 5433167, logi I, con sonda convex de 5 Mhz, midiendo el desplazamiento de la vena porta, en decúbito supino con un ángulo de incidencia cráneo-caudal en inspiración y en espiración, obteniendo la media en mm. Se extrae gasometría arterial basal (GSAB) y se realiza ecografía basal a cada paciente, se correlaciona la Pco2 con la media de la vena porta en inspiración y espiración.

Resultados:

Paciente 1: GSAB: Pco2 basal 61 mmHg y medida ecográfica 0,5 mm. Paciente 2: GSAB: Pco2 basal 85,2 mmHg y medida ecográfica 0,28 mm. Paciente 3: GSAB: Pco2 basal 68,8 mmHg y medida ecográfica 0,55 mm. Paciente 4: GSAB: Pco2 basal 51,6 mmHg y medida ecográfica 0,65 mm. Siendo la Correlación entre las medidas de: - 0,934 (p=0,066).

P-698

PROTOCOLO DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSEP TRUETA

C Perruca Martínez, Y Morales Lozano, C Sala Pinsach M Sancho Ramoneda, C Cordon Bueno, P Rimbau Muñoz

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona.

Palabras claves: ventilación no invasiva, urgencias médicas, protocolos

Objetivos:

El incremento del uso de la ventilación mecánica no invasiva en los últimos años y con un inicio precoz en los servicios de urgencias ha supuesto una mayor necesidad de formación del personal tanto médico como de enfermería recomendando la existencia de protocolos de inicio y control de estos pacientes.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los últimos estudios existentes adaptando el protocolo a los recursos humanos y materiales disponibles en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona.

Resultados:

Elaboración de un protocolo de atención integral al paciente con ventilación mecánica no invasiva, incluyendo criterios de inicio, recursos necesarios, contraindicaciones y curas de enfermería.

Conclusiones:

La existencia de protocolos aumenta el porcentaje del uso precoz de la ventilación mecánica no invasiva en los servicios de urgencias y ayuda a afrontarse de forma clara al paciente con insuficiencia respiratoria aguda.

VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-699

DIFERENCIA DE TASA DE ÉXITO EN LA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL REALIZADA EN LABORATORIO VS IN ITINERE

ME Castejón de la Encina (1), A Sanjuán Quiles (2), M Richart Martínez (2), I del Moral Vicente-Mazariegos (3), E Gómez Santos (1), L José Alcaide (1)

(1) Servicio Emergencias Sanitarias, Alicante, (2) Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante, (3) Hospital Virtual de Valdecillas. Santander

Palabras claves: intubación orotraqueal, dispositivos de intubación, emergencias

Objetivos:

El manejo rápido y seguro de la vía aérea resulta decisivo en la asistencia al paciente crítico en el medio prehospitalario. En ocasiones, durante el traslado del paciente en ambulancia, surgen complicaciones en su estado que hacen necesaria una actuación rápida encaminada a permeabilizar y asegurar la vía aérea realizando la intubación orotraqueal (IOT). Lo indicado es parar el vehículo. No obstante, pueden darse circunstancias en las que el detener el vehículo puede no ser lo más seguro, situaciones como: escenarios hostiles o violentos (ej. guerras, terrorismo), Incendios, inundaciones, accidentes de transporte con sustancias peligrosas, Condiciones climáticas desfavorables: niebla, lluvia, nieve, etc. Patologías crono – dependiente (Códigos de activación) como: trauma grave que precise cirugía urgente, transfusión, etc. Carreteras de montaña, sin arcén con nula visibilidad.

Material o pacientes y método:

Ensayo clínico aleatorizado realizado en dos laboratorios de simulación clínica empleando un maniquí de alta fidelidad con respuesta fisiológica. Uno para IOT en estático creado en el Centro de Simulación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante y un segundo laboratorio creado en la cabina asistencial de una ambulancia de Soporte Vital Avanzado (SVA) que recorría la carretera que bordea el campus universitario. Los 36 participantes voluntarios fueron facultativos de la provincia de Alicante con experiencia laboral previa en SVA prehospitalario.

Resultados:

El 88.9% de los participantes consiguió intubar al maniquí en estático frente al 91.7% que lo consiguió *in itinere*. El 24.3% en menos de 45 segundos en ambos espacios. Prueba de McNemar infiere que no existen diferencias significativas entre intubar en estático o *in itinere* con cualquiera de los tres dispositivos.

Conclusiones:

Los resultados de nuestro estudio muestran que no hay diferencias significativas entre la IOT realizada en estático o *in itinere*. Estos datos sugieren que la IOT *in itinere*, de ser necesaria, es un procedimiento viable.

P-700

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EXTRAHOSPITALARIA

O Marquina Peralta (1), M Puig Pintó (1), C Regordosa García (1), M Hidalgo García (1), J Vega Calveres (2), JP Fabregat Sanjuan (1)

(1) Instituto Catalán de la Salud, (2) SUM Andorra. Lleida.

Palabras claves: EPOCH, asthma, CPAP

Objetivos:

Día a día aparecen nuevos estudios, que con evidencia científica, certifican cual es la conducta más recomendable para tratar los pacientes. Recientemente han aparecido nuevos estudios que demuestran la importancia que supone tratar a los pacientes de EPOC/ASMA con ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Esta es una técnica que inicialmente tuvo escaso impacto pero poco a poco ha ido en auge el uso de la VMNI gracias a la aparición de dichos estudios. En el mundo de la extrahospitalaria no ha sido así. Aún perduran ciertos mitos relacionados con el uso de dicha técnica. Con el fin de terminar con dicha corriente y establecer dichas virtudes, determinando cual es la indicación principal de la ventilación mecánica no invasiva, cuales son los valores estándares iniciales para poder instaurarla y posteriores modificaciones que se deben seguir con el fin de personalizarla en relación la clínica que presenta el paciente, se debe hacer una difusión a los profesionales sanitarios con el fin de mejorar dicha situación.

Material o pacientes y método:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos (MEDLINE, Wikipedia, CUIDEN) que ayudan a determinar la relevancia del papel de la VMNI en el tratamiento de los pacientes que presenta EPOC/ ASMA. Estos documentos, junto con nuestra experiencia profesional en el mundo de la extrahospitalaria, serán la base para desarrollar el póster.

Resultados:

Des del 2008 la VMNI es una técnica que según las guías GOLD Standard se determinan con un nivel A de evidencia (puntuación máxima) en las agudizaciones de los pacientes con EPOC que presenten acidosis respiratoria.

Conclusiones:

Debido a esta reiteración por el colectivo científico en resaltar dicha relevancia de la VMNI, es importante mantener una correcta comprensión de todos los mecanismos que afectan al paciente EPOC y su correcto tratamiento con dicha técnica.

VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-701

SISTEMAS DE ALTO FLUJO CON HUMIDIFICACIÓN ACTIVA CON SUPLEMENTO DE CPAP, ALGO MÁS QUE UN MODO DE OXIGENACIÓN PALIATIVA. A PROPÓSITO DE 50 CASOS

B Brouzet, JM Carratala Perales, JM Fernández-Cañadas Sánchez, AM López Uran, R. Pastor Cesteros, P Llorens Soriano
Hospital General Universitario de Alicante

Palabras claves: insuficiencia respiratoria aguda, alto flujo, CPAP

Objetivos:

Los sistemas de alto flujo con humidificación activa (AFHA) utilizan flujos elevados de gas humidificado/calentado a condiciones fisiológicas, asegurando fracción inspirada de oxígeno (FI02), favoreciendo el lavado de dióxido de carbono (CO2), ofreciendo un efecto presión positiva constante (CPAP) dependiente de flujo. Esta CPAP alcanza 6-7 cm de H2O a 40-50 lpm pero de forma no constante, limitando su uso en patologías que precisan una CPAP eficiente como el edema agudo de pulmón (EAP) y otras situaciones de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) hipoxémica/hipercápnica grave.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo/observacional sobre el uso de un sistema de AFHA con CN al que añadimos (canalizando el flujo) una válvula de Boussignac® (intentando aumentar la CPAP del sistema) en pacientes con IRA candidatos a VNI, intolerantes a ésta y ONI.

Resultados:

El 60% son varones, edad media de $79,9 \pm 10,2^a$, Barthell 57 ± 30 , Charlson $4,85 \pm 1,5$ (75% I Cardíaca Crónica, 45% EPOC, 55% E.Renal Crónica, 25% Cáncer, 35% demencia). Las causas más frecuentes de IRA fueron, EAP 50%, neumonía 15% y EPOC agudizado (AEPOC) 10%. La mejoría al inicio/60 m/24 h de la disnea ($8,5 \pm 0,9/5,5 \pm 1,12/4,7 \pm 1,2$) y FR ($26 \pm 4,85/20,9 \pm 3,3/17,3 \pm 2,3$ rpm) fueron significativas, no usaban musculatura accesorio un 88% a las 24 h. La evolución gasométrica a los 60 m/24 h, cociente PA02/FI02 ($220,95 \pm 1,11/301 \pm 81,18$), lactato ($2,1 \pm 0,9/1,74 \pm 0,92$), Pa02 ($57,7 \pm 10,4/81,5 \pm 36,93$ mmHg) fue evidente sin alterar pH ($7,41 \pm 0,07/7,39 \pm 0,03$) ni PaC02 ($48,25 \pm 12,62/47,5 \pm 16,63$ mmHg). El flujo medio usado y CPAP medida fueron 35 ± 15 ltm y $6,68 \pm 0,92$ cm H2O respectivamente. La FI02 media fue $45,5 \pm 20,5\%$. La mortalidad del 20%.

Conclusiones:

Eran pacientes ancianos, con elevada comorbilidad y dependencia moderada/grave. Las causas más frecuentes de IRA fueron EAP, AEPOC y neumonía. La mejoría a los 60 m/24 h en el cociente PA02/FI02, FR y grado de disnea es significativa con elevado confort sin empeoramiento de PaC02/pH. La mortalidad es baja para este tipo de pacientes (ONI e intolerancia a VNI) donde el AFHA suplementado con CPAP podrían ser rescate y techo terapéutico de la IRA. Los sistemas de AFHA y cánulas nasales con suplemento de CPAP podrían utilizarse en pacientes con IRA candidatos a VNI, intolerancia a la misma y ONI. Confirmar que el suplemento de CPAP se traduce en cavidad torácica está por confirmar y en ello estamos.

VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-702

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) EN URGENCIAS. REGISTRO DE ACTIVIDAD

JA García Noain, JM Abascal Roda, A Flamarique Pascual, I de los Mártires Almingol, J Navarro Calzada, A Muñoz Mellado
Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: ventilación mecánica, insuficiencia respiratoria, acidosis respiratoria

Objetivos:

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es un instrumento terapéutico que puesto en manos del urgenciólogo como apoyo inicial al paciente con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) puede marcar de forma definitiva la evolución de ese cuadro clínico. En los últimos años han aparecido multitud de estudios que apoyan su aplicación precoz en pacientes adecuadamente seleccionados.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado un estudio descriptivo de todos los episodios de VMNI registrados en el segundo semestre de 2014, analizando posibles diferencias en parámetros gasométricos y del ventilador en función del tipo de insuficiencia respiratoria. Se recogieron los siguientes parámetros: edad y sexo de los pacientes, tipo de insuficiencia respiratoria (I o II), modo ventilatorio (CPAP, presión soporte o presión control), tipo de alta, servicio médico de destino, parámetros del ventilador (IPAP, EPAP y FiO₂), y parámetros gasométricos (pH, saturación de O₂, PaO₂, PCO₂, PaO₂/PCO₂, HCO₃ y lactato).

Resultados:

Se recogieron un total de 39 registros con una media de edad de 75 años (el 70% mayor de 70 años), siendo un 52% varones. El tipo de insuficiencia respiratoria más frecuente fue el II (69%) frente al 31% de hipoxémicos. El modo ventilatorio más habitual fue el espontáneo con presión de soporte (68%), con un 20% de controlado por presiones y un 12% de CPAP. El 92% de los sujetos ingresó con un porcentaje de exitus en torno al 8. El servicio de destino más frecuente fue Neumología (53%), con un 11% de ingresos en UCI. Únicamente alcanzó una diferencia estadísticamente significativa al comparar los parámetros del ventilador la FiO₂ (media de 75,3 en la tipo I frente a 51,2 en la tipo II con p=0,05). En el caso de los parámetros gasométricos la significación estadística solo se constató en los valores de PaCO₂ (media de 48 en el tipo I frente a 74,8 en el tipo II con p=0,03).

Conclusiones:

La existencia de un registro informatizado nos permite contrastar cuál es nuestra actuación.

P-703

SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CRÓNICO CON BENZODIAZEPINAS EN PACIENTES TRATADOS CON VENTILACIÓN NO INVASIVA EN URGENCIAS

M Piñero Zapata (1), C Cinesi Gómez (1), M Martínez Villanueva (2), FV Avilés Plaza (2), A Luna Maldonado (3), ME Legaz Moreno (1)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia,
(2) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca,
(3) Cátedra de Medicina Legal y Forense, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia

Palabras claves: insuficiencia respiratoria, benzodiazepinas, ventilación no invasiva

Objetivos:

Entre los fármacos más prescritos y más usados de forma crónica se encuentra el grupo de las benzodiazepinas. Dentro de sus contraindicaciones se encuentran la insuficiencia respiratoria grave y la apnea del sueño, sin embargo, un porcentaje importante de estos pacientes las tienen prescritas en su tratamiento crónico, habiendo observado este hecho en los pacientes tratados con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) por insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada de cualquier etiología, en nuestro medio hospitalario.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio tipo cohorte retrospectiva en el que fueron incluidos 243 pacientes que habían sido ingresados de forma consecutiva durante el año 2011 a través del Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia y que fueron tratados con ventilación mecánica no invasiva durante su ingreso. El método empleado fue la revisión de historias clínicas obtenidas del archivo mediante su búsqueda por el código CIE-9 correspondiente al proceso de VMNI.

Resultados:

El porcentaje global de exitus fue del 20,6%. Los pacientes que tomaban benzodiazepinas de forma crónica fallecieron en un 22,4% frente al 19,4% de los que no las llevaban en su tratamiento habitual (p > 0,05), no encontrándose diferencias significativas en función del sexo ni tampoco en función de la patología precipitante.

Conclusiones:

El tratamiento crónico con benzodiazepinas no ha mostrado influencia sobre la mortalidad de los pacientes tratados intrahospitalariamente con VMNI por insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada de cualquier etiología ni tampoco en función del sexo o de la patología precipitante.

VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

A-704

TAQUICARDIA CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA

D Fernández Gonzalo (1), S Francesena González (1), A Peláez González (1), S Fernández Sampedro (2), B Suárez Beana (3), Al Díaz Cano (3)

(1) Hospital Valle Nalón, (2) Hospital San Agustín, (3) Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Palabras claves: taquicardia, adenosina, cardioversión eléctrica

Material o pacientes y método:

AP: Varón. 55 años. NAMC. No fumador. Bebedor de 40g etanol/día. Hipertenso desde hace cinco años a tratamiento con Enalapril/Hidroclorotiazida 20/12,5mg (1-0-0). No otros antecedentes de interés. EA: Paciente que mientras estaba caminando, comienza de forma súbita a sentir malestar general, mareo sin cinetosis y cefalea. No dolor torácico, no disnea, no palpitaciones, no pérdida de conocimiento. Asintomático a otro nivel. Acude a su MAP. EF: TA 94/67mmHg. FC 150 lpm. Saturación O2 98%. CyC: No soplos TSA. AC: RsCsRs sin soplos. AP, abdomen y extremidades inferiores con pulsos periféricos normales. ECG: taquicardia rítmica de QRS estrecho a 156 lpm. No alteraciones agudas de la repolarización. Se activa UVI móvil, quién tras monitorización y canalización de vía venosa periférica y tras realizar maniobras vagales que no son efectivas, administra 6 mg de adenosina iv sin respuesta. Se repite una segunda y tercera dosis de adenosina de 12 mg iv cada una. Se pauta 500 cc de suero fisiológico. A su llegada a urgencias, persiste misma clínica, descenso TA 82/55mmHg a pesar de sueroterapia (1000 cc en 30 minutos). Nula respuesta a adenosina iv. A los 20 minutos de su llegada a urgencias, se decide cardioversión eléctrica. Tras informar al paciente del procedimiento, se realiza sedoanalgesia con 7,5 mg de midazolam y 75 mcg de fentanilo. Se selecciona 100 J de energía en modo bifásico y en modo sincronizado se da una única descarga eléctrica revirtiendo inmediatamente a ritmo sinusal a 85 lpm, recuperándose cifras TA 135/78 mmHg y mejoría clínica progresiva. PC: Troponina I: 0,48 mg/dl. Resto de analítica y radiografía de tórax normal. Dado el hallazgo se solicita valoración de medicina interna para descartar patología estructural.

Conclusiones:

Nuestro paciente se habría beneficiado de cardioversión eléctrica previa al traslado porque desde el inicio presentó mala tolerancia de la arritmia junto con inestabilidad hemodinámica por lo que es importante que en los SUH nos concienciamos de los beneficios de una cardioversión eléctrica temprana en el manejo de arritmias que presentan inestabilidad hemodinámica para evitar de forma precoz el deterioro clínico del paciente y daño orgánico.

A-705

UTILIZACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS (SES) VALENCIA-ÁREA METROPOLITANA

C Calvo Gil (1), L Cabo (2)

(1) SES Valencia Área Metropolitana, (2) SES Valencia Gandía-Oliva. Godella.

Palabras claves: emergency medicine, noninvasive ventilation, continuous positive airway pressure

Objetivos:

La VMNI tiene múltiples aplicaciones en la asistencia de urgencias extra-hospitalarias: exacerbaciones en el paciente con bronquitis crónica, intoxicaciones por humo, neumonías y edema agudo de pulmón entre otras. Buscamos saber cuál es el uso actual en el SES para poder mejorar tanto en la frecuencia de su aplicación en dichas patologías como en la posterior formación y actualización en el uso de los dispositivos que contamos actualmente.

Material o pacientes y método:

Estudio: descriptivo, retrospectivo de la actividad realizada en el SES durante el año 2014. Fuente: Revisión de historias clínicas. Incluyendo asistencias primarias, y asistencias secundarias (traslados entre hospitales). Ítems revisados: maniobra CPAP (sistema presión positiva espiratoria en vía aérea: CPAP de Boussignac), pulsioximetría, trabajo respiratorio (frecuencia respiratoria), y juicio diagnóstico. Estadística. Análisis de frecuencias y comparación de variables. SPSS v15.

Resultados:

La revisión de las historias se realizará durante el mes de abril y mayo de 2015. Conoceremos la prevalencia de uso del sistema de VMNI (CPAP) que contamos actualmente en nuestras unidades. Por otro lado objetivaremos la mejoría de los pacientes a los que se les aplica VMNI, objetivada a través de los parámetros revisados.

Conclusiones:

La VMNI tiene múltiples usos también en extrahospitalaria. La precocidad de aplicación de la VMNI como medida terapéutica inicial mejora múltiples parámetros pronósticos del paciente. Por tanto, es importante la formación del personal así como la dotación de nuestras unidades, no sólo en CPAP –Boussignac (que ya disponemos), sino también interfases para otros dispositivos que utilizamos (ventilador OXIOLOG 3000 PLUS).

VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

A-706

CAPNOGRAFÍA EN EXTRAHOSPITALARIA

J Vega Calveres (1), JP Fabregat Sanjuan (2), M Hidalgo García (2), MJ Ruiz Vert (2), O Marquina Peralta (2), J Castany Pich (2)

(1) Sum Andorra, (2) ICS. Artesa de Segre.

Palabras claves: monitorización, capnografía, extrahospitalaria

Objetivos:

La capnometría es una técnica de monitorización no invasiva que permite una visión rápida y fiable en la ventilación, circulación y del metabolismo. En prehospitalaria se utiliza principalmente para confirmar la colocación del tubo traqueal. Pero además se trata de un útil indicador de la eficiencia de reanimación cardiopulmonar en curso, debido a su correlación con el gasto cardíaco y el éxito final en reanimación.

Material o pacientes y método:

Revisión bibliográfica en bases de datos tipo MEDLINE de artículos relacionados con la capnografía, y mirar si existen o no posibles diferencias en el uso diario en nuestras unidades de SVA y SVI en prehospitalaria.

Resultados:

Con la revisión de los distintos artículos especificados en la bibliografía, no existe en la medición de la capnografía cambios significativos sobre su uso de forma prehospitalaria o intrahospitalaria.

Conclusiones:

Actualmente ya tenemos en las unidades de SVA capnógrafos adecuados a nuestros monitores Lifepack 12, y poco a poco se están poniendo en marcha protocolos de actuación con la utilización de estos sensores. Los beneficios de su utilización son muy amplios y van ganado terreno día a día en la atención en prehospitalaria.

CASOS CLÍNICOS



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio

CASOS CLÍNICOS

P-707

INFARTO ESPLÉNICO: CAUSA POCO FRECUENTE DE SÍNDROME FEBRIL

JJ García Clari, F Benavent Ordiñana, P Aguilar Hernández,
A Felis Cucarella, A Navarro Adam, M Ruhr Mueller,
S Frasquet Signes

Hospital Francisco de Borja. Gandía.

Palabras claves: splenic infarction, infarcted spleen, splenomegaly

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente 80 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, Ac X FA, hipotiroidismo, HTA, hernia de hiato, dislipemia, colestasis, que acude a SUH por presentar episodio de dolor abdominal intenso, sobretodo en hipocondrio izdo., irradiado a región dorsal, asociado a deposiciones diarreicas (sin productos patológicos), nauseas, vómitos y fiebre de 38°. No síntomas urinarios. No dolor torácico. No disnea. EXPLORACIÓN FÍSICA: consciente y orientada. Eupneica en reposo. No adenopatías. Bien hidratada. AC: arritmica. AP: murmullo vesicular conservado. ABD: blando, distendido, timpánico a la percusión, con peristaltismo aumentado. Murphy. PP renal bilateral. Extremidades con edemas y signos marcados de insuf. venosa periférica. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica. Hemograma: Leucocitos: 11800/mmc. Neutrófilos: 85.6%. Linfocitos: 6.5%. Hematíes: 4.4/mmc. Hemoglobina: 12.9 g/dl. Htc: 39%. Plaquetas: 77/mmc. BIOQUÍMICA: Glucosa: 166 mg/dl. Urea: 15 mg/dl. Creatinina: 0.62 mg/dl, Na+: 132 mmol/l. K+: 3.74 mmol/l, Bilirrubina: 1.47 mg/dl. Amilasa: 30 U/l. GOT: 26 U/l. GPT: 8 U/l. LDH: 598 U/l. PCR: 249 mg/l. PH: 7.41 HEMOSTASIA: I. Quick: 80%. Protrombina: 13.4". ORINA. Sin hallazgos patológicos. Nitritos. ECG: Fibrilación auricular con frecuencia ventricular media de 105 lpm. RX tórax: No imagen de condensación. Hernia hiatal. ECOGRAFIA: Hígado y bazo homogéneos sin lesiones focales. Vesícula poco distendida, de pared no engrosada, con microlitiasis en su interior. Vía biliar no dilatada. Siluetas renales normales. Área central de abdomen mal visualizada por interposición de gas abdominal. TAC ABDOMINAL: Presencia de una alteración de la densidad del Bazo, que afecta prácticamente a toda la víscera. No se observa esplenomegalia. Asas intestinales de morfología normal, sin evidencia de líquido libre abdominal. Como posibles diagnósticos se plantea que se trate de un infarto esplénico o bien de lesión de origen tumoral & infeccioso. A completar estudio con RNM Abdominal. RNM ABDOMINAL: Bazo de pequeño tamaño y estructura heterogénea. Presenta varias áreas de distribución radial, no vascularizadas, con hiperseñal central y bordes hipointensos. Hallazgos sugestivos de INFARTO ESPLÉNICO, con centro necrótico. Rx Abdomen: Luminograma inespecífico. Signos degenerativos vertebrales.

Conclusiones:

Se trata de la isquemia y posterior necrosis total o parcial del tejido del Bazo debido a una obstrucción del flujo sanguíneo de la arteria o vena esplénica, o de una de sus ramas. Se trata de una entidad clínica poco frecuente. El diagnóstico etiológico de dolor abdominal que cursa con fiebre nos haría pensar en primer lugar en gastroenteritis aguda y diverticulitis, así como en absceso abdominal, tuberculosis intestinal, etc. El espectro clínico varía desde infarto asintomático-silentes a shock hemorrágico. El pronóstico varía con la enfermedad subyacente responsable del infarto esplénico: enfermedades hematológicas, embolias sépticas.

CASOS CLÍNICOS

P-708

NEUROCISTICERCOSIS: UNA CAUSA INFRECIENTE DE CRISIS COMICIALES EN URGENCIAS

M López Matas, J Sotoca Fernández, A Moliné Pareja, V Pomar Solchaga, M Blázquez Andion, L Higa Sansone
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Palabras claves: convulsiones, lesión cerebral ocupante de espacio, neurocisticercosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Introducción La neurocisticercosis es una afectación del sistema nervioso central por las larvas del parásito platelminto *Taenia solium*. Aunque se trata de una enfermedad infrecuente en nuestro país, en los últimos años se ha observado un notable incremento en el número de casos diagnosticados, debido al fenómeno de la inmigración desde países donde la enfermedad es endémica. La forma de presentación más frecuente de la neurocisticercosis es en forma de crisis epiléptica, seguida de la cefalea insidiosa y persistente. En el diagnóstico resultan fundamentales la anamnesis y los antecedentes epidemiológicos, así como los estudios inmunológicos y de neuroimagen para su confirmación. Historia clínica: Varón de 24 años, natural de Perú, sin antecedentes de interés. Acudió a Urgencias traído por los servicios de emergencias tras presentar crisis comicial tónico-clónica presenciada en vía pública. A su llegada a Urgencias el paciente se encontraba en estado postcrítico, confuso, con Glasgow de 12 y sin focalidad neurológica de vías largas, siendo el resto de la exploración anodina. Se realizó TAC craneal que mostró lesión hipodensa, bien definida a nivel parietotemporal izquierdo, con moderado edema circundante. A nivel analítico, destacaba la presencia de leucocitosis (12.000 céls/ml), con eosinofilia moderada (790 céls/ml). Se decidió iniciar tratamiento anticomicial con valproato y dexametasona. El paciente presentó una progresiva mejoría clínica, con recuperación completa del nivel de consciencia. Al rehacer la anamnesis, el paciente confirmó que provenía de una zona rural de Perú. Dado el antecedente epidemiológico, así como la presencia de eosinofilia en la analítica de ingreso, se solicitó estudio serológico para cisticercosis, siendo positivo. Posteriormente se realizó RMN que confirmó la presencia de lesión temporoparietal izquierda única, compatible con neurocisticercosis en fase vesicular. Con orientación diagnóstica de neurocisticercosis, se inició tratamiento con albendazol, presentando el paciente una buena evolución clínica, sin nuevas crisis comiciales y con resolución radiológica de la lesión cerebral en controles de imagen posteriores.

Conclusiones:

La neurocisticercosis continúa siendo una causa rara de crisis comiciales en nuestro país, pero debe tenerse en cuenta su diagnóstico en pacientes con LOES cerebrales y antecedente epidemiológico compatible, dado el aumento de casos en nuestro ámbito y la disponibilidad de tratamiento específico.

P-709

DESORIENTACIÓN EN PACIENTE ONCOLÓGICO

C Cara Ligerio, AB Hidalgo Pérez, E Culpían Arias
Servicio de Urgencias, Hospital San Agustín de Linares, Jaén.

Palabras claves: hipercalcemia, bifosfonatos, hemodiálisis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal Historia clínica

Historia clínica

Mujer de 69 años de edad con antecedentes personales de cáncer de mama en estadio IV que acude derivada desde las Consultas Externas de Oncología para valoración urgente de deterioro cognitivo y empeoramiento clínico de su situación basal previa, mencionándose anorexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos, fatiga y confusión. Exploración física: La paciente se encuentra en situación de deshidratación, con muy mal estado general, consciente, poco colaboradora, eupneica respirando aire ambiente, con auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos y murmullo vesicular conservado, con roncus generalizados. Abdomen blando y depresible, doloroso de forma difusa, sin signos de irritación peritoneal. Exploración neurológica con presencia de confusión, letargia, estupor, Glasgow 13 (O:3, V:4, M:6), sin rigidez de nuca y sin signos meníngeos. Pruebas complementarias: se solicita analítica con presencia de insuficiencia renal, hipopotasemia, electrocardiograma en ritmo sinusal, acortamiento del intervalo QT y sin otras alteraciones significativas y un TC craneal sin hallazgos patológicos. EVOLUCIÓN: ante la persistencia del proceso de obnubilación y deterioro de la paciente se amplía la analítica previa a una determinación de calcio corregido apareciendo un valor de 17.5 mg/dl, tras el que se instaura tratamiento correspondiente con suero terapia intensiva con suero salino fisiológico cada 4 h, diuréticos, corticoides tipo hidrocortisona y bifosfonatos (zoledronato).

Conclusiones:

Lo novedoso del caso clínico fue la instauración del tratamiento correspondiente a una hipercalcemia aguda sintomática grave en paciente neoplásico que no provocó una mejoría significativa en el cuadro clínico grave de la paciente que junto a la presencia de una insuficiencia renal refractaria motivó la derivación al hospital de referencia para la realización de hemodiálisis. La hipercalcemia ocurre en el 10%-20% de los pacientes con cáncer, tanto en tumores sólidos como en leucemia. Los cánceres que se asocian con mayor frecuencia a hipercalcemia son los de mama, pulmón, próstata y mieloma múltiple. A tener en cuenta que la hipercalcemia tumoral es la urgencia metabólica más frecuente en pacientes oncológicos, que se presenta con síntomas inespecíficos y que condiciona muy mal pronóstico.

CASOS CLÍNICOS

P-710

DISNEA AGUDA EN VARÓN

CA Gavilán Casado, AB Romero Fernández, MJ Domínguez García, C López Muñoz, A Muñana Fuentes

Unidad Urgencias. Hospital Universitario Fuenlabrada. Alcorcón.

Palabras claves: disnea, hipertiroidismo, bocio

Ámbito del caso:

Hospitalaria - Comarcal

Historia clínica

Varón de 83 años que acude a urgencias por disnea de mínimos esfuerzos y empeoramiento de tos habitual de 24 horas de evolución. Desde hace 4 meses disnea de medianos esfuerzos y ronquido inspiratorio matutino, tos con expectoración transparente y sequedad laríngea. ANTECEDENTES PERSONALES Paciente HTA y dislipémico Hipertiroidismo de 20 años de evolución en tratamiento con antitiroideos sin control por endocrinología. Crisis epilépticas asintomático desde el año 94 y con EEG normal, alta por neurología mayo 2010 Síndrome de Gilbert, hernia de hiato y angiomas hepáticos. Microhematuria asintomática por síndrome prostático en seguimiento por Urología No hábitos tóxicos Muy buena situación basal TRATAMIENTO ACTUAL Amilorida/Hidroclorotiazida (1-0-0), atenolol 50mg (1-0-0), simvastatina 20mg (0-0-1) , tiamazol 1 comprimido cada 48 horas, nimodipino (1-0-1) EXPLORACIÓN FÍSICA Afebril, normotenso, buen estado general. SaO₂: 92% No bocio. AP: espiración alargada con discretas sibilancias bibasales. EXPLORACIONES RELEVANTES Glucosa ** 183 mg/dL Urea * 51 mg/dL, Potasio * 3.4 mmol/L PCR 0.19 mg/dL GAB: pH 7.390, pCO₂ 41.00 mmHg, pO₂ ** 58.00 mmHg, Exceso de bases A -0.30 mmol/L, saturación O₂ * 89.40 %, Lactato arterial ** 3.80 mmol/L FÍSICA P-A Y LAT: Ensanchamiento mediastínico superior en principio atribuible a posible elongación de troncos suprAAorticos. Calcificación lineal superpuesta a la región de la articulación esternoclavicular derecha, inespecífica. ORL. Fibroscopia normal Hormonas tiroideas normales TC de TÓRAX: Gran bocio endotorácico. Compresión de la tráquea (calibre 7 mm) y desviación izquierda en D4. Bocio hasta raíz de los grandes troncos con calcificaciones en su interior. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: insuficiencia respiratoria aguda parcial ensanchamiento mediastínico superior a estudio diagnóstico final insuficiencia respiratoria aguda gran bocio compresivo intratorácico.

Conclusiones:

El bocio endotorácico tiene más de un 50% por debajo de la escotadura supraesternal. Se localiza en mediastino anterior (96,6 %) y en el lado derecho (60 %) . El primario representa menos del 1%. El secundario es debido al crecimiento y descenso de la glándula tiroides hacia el tórax, favorecido por la presión intratorácica negativa y la tracción descendente (deglución y peso de la glándula) Más frecuente en mujeres, a los 50-60 años. La aparición de manifestaciones (síntoma predominante es la disfagia en un 16,6%) depende de la enfermedad tiroidea de base, la benigna lo hace más lentamente. Su principal etiología es el bocio multinodular (51%), seguida del adenoma folicular y la tiroiditis crónica autoinmune El tratamiento de elección es la intervención quirúrgica temprana y despistaje de lesiones malignas asociadas (10%) La radiografía de tórax es la prueba diagnóstica con mejor relación coste/beneficio, siendo el TAC el mejor instrumento para valorar la extensión con un 100 % de sensibilidad.

CASOS CLÍNICOS

P-711

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS TRAS INGESTA MEDICAMENTOSA VOLUNTARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

V Morell Jiménez, I Peñuelas Calvo, J Sevilla Llewellyn-Jones
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: interacciones medicamentosas, metamizol, ibuprofeno

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) – General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: El metamizol es un fármaco perteneciente a la familia de las pirazolonas que actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de prostaglandinas proinflamatorias. En este caso presentamos una ingesta medicamentosa voluntaria en un paciente sin antecedentes en Salud Mental en el que desarrolla una necrosis tubular aguda secundaria a metamizol. **Objetivo:** A pesar de que el metamizol es metabolizado por oxidación mediante el citocromo CYP2D6, puede existir sensibilidad cruzada después de la administración de ácido acetil-salicílico, paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), así como problemas renales con inflamación, disminución de la cantidad de orina y aumento de la excreción de proteínas con la orina, principalmente en pacientes con depleción de volumen, en pacientes con historia previa de insuficiencia renal o en casos de sobredosis. Por tanto hay que tener en cuenta esta interacción y su efecto a nivel renal como en el caso clínico que presentamos. **Método:** Paciente de 57 años que acude al servicio de urgencias tras ingesta medicamentosa voluntaria de unos 30 comprimidos de metamizol con finalidad autolítica. Antecedente de síndrome cerebeloso en seguimiento por Neurología, no otras patologías orgánicas conocidas. A su llegada se encuentra somnoliento, habla disártrica. Primera analítica realizada en urgencias a destacar Creatinina 3,3 mg/dl, urea 110 mg/dl en sangre y proteínas 25 y hematíes 25 en orina. Se comienza tratamiento con intensa hidratación intravenosa con empeoramiento progresivo de la función renal (Creatinina 4,8 mg/dl). Se realiza ecografía abdominal urgente donde no se objetivan alteraciones significativas. Se reentrevista al paciente en el que refiere consumo habitual de AINES por dolores somáticos. Tras 48 horas de observación la función renal del paciente empeora progresivamente a pesar de intensa hidratación con 4000 ml/24 horas. Es ingresado por Medicina Interna tras valoración por Psiquiatría que descarta criterios de ingreso en Salud Mental, con diagnóstico de Necrosis Tubular aguda secundaria a ingesta de metamizol y AINES.

Conclusiones:

La presentación de este caso clínico tiene como objetivo hacer hincapié en la elaboración de una buena Historia clínica en pacientes que acuden al servicio de urgencias tras ingesta medicamentosa, no solo de los fármacos del gesto sino conocer la historia previa del paciente.

P-712

ANISAKIASIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL

J Laperal Martín, F Domingo Serrano, S Sánchez Ruiz, E López Naharro, MJ Jiménez Meléndez, B Arnao Morales, MT Antoral Arribas

Hospital Universitario de Guadalajara

Palabras claves: abdominalgia, anisakiasis, gastroscopia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 41 años, sin antecedentes personales de interés salvo apendicectomía y amigdalectomía, en tratamiento con anticoncepción hormonal, que acude a Urgencias por dolor en epigastrio y hemiabdomen izquierdo de horas de evolución, acompañado de fiebre termometrada de hasta 38'5° sin otra sintomatología asociada. A su llegada estable, afebril, destacando únicamente a la EF abdomen doloroso a la palpación en epigastrio y hemiabdomen izquierdo sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente aumento leve de reactantes de fase aguda y neutrofilia sin leucocitosis. Radiografías de tórax y abdomen sin alteraciones. Se inicia tratamiento analgésico sin mejoría del dolor, por lo que se solicita ecografía abdominal observando líquido peritoneal subhepático y en fondo de saco de Douglas. Se realiza por ello TC abdominal evidenciando engrosamiento y signos de edema submucoso en antro gástrico con afectación de grasa adyacente y adenopatías locorregionales, asociado a ascitis. Es valorada por cirugía y ginecología descartando patología gineco-quirúrgica aguda en ese momento, por lo que ingresa en planta para estudio, donde se completa estudio con gastroscopia evidenciándose imagen compatible con parásito Anisakis que se extrae con pinza, con mejoría clínica.

Conclusiones:

La anisakiasis es una parasitosis cada vez más frecuente en nuestro medio producida por larvas del tercer estadio del género Anisakis sp. Su incidencia se ha incrementado en los últimos años fundamentalmente por aumento de viajes a países exóticos y cambio en los hábitos alimentarios. Existen dos mecanismos fisiopatológicos implicados: reacciones de hipersensibilidad mediadas por IgE y acción local del parásito en la región del tracto digestivo donde se localice (formas no invasiva o asintomática e invasiva). Dada la frecuencia e inespecificidad clínica del cuadro creemos necesario incluirlo a la hora de hacer diagnóstico diferencial del dolor abdominal en nuestra práctica clínica habitual en Urgencias.

CASOS CLÍNICOS

P-713

LA GRANDE BOUFFÉ

F Domingo Serrano, J Laperal Martín, S Sánchez Ruiz, P Lozano García, P Ranera García, E Fernández Versteeg, A de la Mota García
Hospital Universitario de Guadalajara

Palabras claves: abdominalgia, neumomediastino, BoerhAAve

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 58 años sin alergias a medicamentos conocidas, fumadora de medio paquete/día y con antecedentes de hipertensión (Amlopipino 5 mg/24 h y Enalapril 20 mg/24 h) y síndrome depresivo (Paroxetina 20 mg/24 h). Acude a urgencias por dolor abdominal difuso tipo retortijón, acompañado de náuseas y un episodio aislado de vómito alimentario abundante, que relaciona con ingesta de 10-12 bollos durante la cena. Estable, con buen estado general, afebril y con dolor leve a palpación profunda de epigastrio. Tras tratamiento con ranitidina y ondasetrón i.v. mejoría clínica. Pruebas complementarias sin alteraciones, por lo que se decide alta con tratamiento sintomático. 48 horas más tarde la paciente es remitida por MAP a urgencias por disnea y dolor de similares características, irradiado a región interescapular, acompañado de diaforesis. A su llegada hipotensa, taquicárdica, taquipneica, con dolor abdominal a la palpación, crepitantes bilaterales hasta campos medios y tumoración blanda a nivel clavicular. Analíticamente leucocitosis con predominio de neutrófilos, cefalina alargada, aumento de reactantes de fase aguda e insuficiencia respiratoria parcial. Se inicia tratamiento con oxígeno, sueroterapia, antieméticos, cloruro mórfo y antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam 4 g iv, y ante la sospecha de perforación vs patología aórtica se solicita TAC toraco-abdominal, donde se evidencia perforación esofágica concordante con Sd. de BoerhAAve, con enfisema cervical, neumomediastino, neumotórax izquierdo, colección líquida a nivel de mediastínico inferior y derrame pleural bilateral asociados. Se avisa al servicio de cirugía realizándose de forma urgente drenaje de colección abscesificada de material purulento seguido de cierre primario y funduplicatura.

Conclusiones:

La perforación esofágica espontánea o síndrome de Boerhaave es una entidad poco frecuente consistente en la rotura del esófago no relacionada con traumatismos, exploraciones invasivas, patología esofágica previa o cuerpos extraños. Su mortalidad oscila entre 0-73% según series, en función de la localización (mayor cuanto más distal), la situación previa del enfermo y sobre todo el tiempo empleado en realizar la corrección quirúrgica, alcanzando prácticamente el 100% cuando se demora más de 48 horas. Dada la inespecificidad de la clínica consideramos importante el conocimiento de esta patología con el fin de realizar un diagnóstico y tratamiento lo más precoces posible.

A-714

**RITMO DEL SENO CORONARIO:
A PROPÓSITO DE UN CASO**

ML Abolafia Montes, JL Martínez Fernández, A Fernández Gómez, JE Cobo Muñoz

Hospital Médico Quirúrgico de Jaén

Palabras claves: síndrome del seno coronario, dolor torácico, electrocardiograma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Presentamos un caso de un paciente varón de 18 años, que acude al servicio de urgencias aquejado de dolor en hemitórax izquierdo de características atípicas. Tras realización de ECG se evidencia onda P negativa en DII/DIII e inversión de onda T en cara inferior. Las enzimas cardíacas resultaron negativas, así como el hemograma y la bioquímica general. Ingresó en el Servicio de Cardiología. Tras completar el estudio con analítica completa, Rx tórax y ECO-CG, todas las pruebas resultaron normales, y se llegó al diagnóstico de ritmo del seno coronario sin hallazgos de patología cardíaca de base.

Conclusiones:

El dolor precordial es un síntoma bastante frecuente en los servicios de Urgencias, y hay que recordar que para llegar a un diagnóstico definitivo, hay que establecer una relación entre los hallazgos clínicos, la historia y el ECG y no sólo basarse en la alteración de éste. Ante la presencia de un ECG alterado, debemos apoyarnos en la correlación con la clínica.

CASOS CLÍNICOS

P-715

UNA RARA COMPLICACIÓN DE UNA ENFERMEDAD RARA

JM Krivocheya Montero, E Navarro Guerrero,
DP Martínez Betancourt, OA Rivera García, C Rodríguez Paiz,
C del Canto Pérez

Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: neurobehcet intraxial, rombencefalitis, enfermedad de Behcet

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente mujer de 31 años consulta a nuestro Servicio por incapacidad de movimientos del hemicuerpo izquierdo, dificultad para articular palabra y alteración de la alineación de los globos oculares. Como AP destaca enfermedad de Behcet diagnosticada hace 5 años tras la presencia de aftas genitales y bucales con inmunidad positiva (siguiendo los criterios diagnósticos) sin haber podido concretar el tratamiento recibido. EXPLORACIÓN FÍSICA: Hemodinámicamente estable, afebril neurológico: Alerta, parálisis completa del VI par derecho con limitación completa de la mirada externa del ojo derecho. Tetraparesia importante: 0/5 en hemicuerpo izquierdo con espasticidad severa y en hemicuerpo derecho MSD 4/5 y MID 3/5. ROT conservados. Lenguaje con severa disártrica, casi anártrica. Sensibilidad conservada Lesiones acneiformes cicatrizadas en piel de cara sin presentar aftas en el momento actual ACR: Tonos rítmicos sin soplos cardiacos, con roncus dispersos Abdomen sin signos de peritonismo con ruidos intestinales presentes sin palpar ni masas ni megalias Hematomas en diferentes estadios de evolución de miembros superiores. No edemas ni signos de TVP PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica general: Bioquímica: Creatinina 0,22, sodio 132, calcio 8,4, proteínas totales 5,6 Hemograma: Hemoglobina 11,00, microcitosis con hipocromía. Coagulación: normal Radiografía de tórax: No se aprecian condensaciones, con ICT normal ECG: Ritmo sinusal a 75 lpm sin trastornos de la conducción ni de la repolarización RMN: Lesión extensa en troncoencéfalo hiperintensa en FLAIR a nivel del bulbo central, hemiprotuberancia derecha, pónica. Senos venosos sin francas alteraciones. En resumen, rombencefalitis. DIAGNÓSTICO: Neurobehcet intrAAxial. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: 1. Lesiones isquémicas cerebrovasculares; 2. Esclerosis múltiple, LES, síndrome de Sjogren, SAF, Vasculitis. 3. VIH, Sífilis, Listeriosis, Tuberculosis, Herpes virus, virus JC. 4. Tumores. EVOLUCIÓN: Se inicia bolos de corticoides así como tratamiento inmunosupresor. La paciente presenta una mejoría muy discreta en la alteración del lenguaje. Desde el punto de vista motor permanece estable, pareciendo quedar en fase secuelar y necesidad de rehabilitación. Se da de alta con azatioprina y deflazacort.

Conclusiones:

La enfermedad de Behcet es una entidad rara, cuya complicación neurológica (Neurobehcet) se da en el 5% de los casos (de ahí radica la peculiaridad). En este caso clínico estamos viendo la afectación intraxial, de carácter inflamatorio (más frecuente) y con la clínica característica demostrada en el caso y su afectación radiológica típica, existiendo una forma extraxial que es más trombótica.

CASOS CLÍNICOS

P-716

LA HISTORIA DE UN CAUTIVERIO

JM Krivocheya Montero, C Olmo Azuaga, L Salvador Pleguezuelos, MC Saez Manzano, E Navarro Guerrero, R Soler González

Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: cautiverio, arteria basilar,

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente de 71 años con AP de HTA y mal cumplimiento terapéutico acude a nuestro Servicio de Urgencias por cuadro de alteración del habla y cuádruplejía. EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS NAMC. Consciente, aceptable estado general y eupneico. Constantes vitales normales a excepción de 190/100 de TA. Exploración neurológica: Consciente y despierto, incapaz de comunicarse (anartria) verbalmente, paresia facial central derecha, fuerza nula en los cuatro miembros, incapacidad de movimientos, RCP derecho flexor, izquierdo indeterminado. ACR: Tonos rítmicos, sin soplos, hipofonesis bibasal, sibilancias espiratorias aisladas. Abdomen blando, no dolorosos, con peristaltismo conservado No edemas en MMII sin signos de TVP. Analítica Bioquímica: Glucemia 214, sodio 133, LDH 233, CK 257. Hemograma: Parámetros dentro de la normalidad. Coagulación: Normal Rx tórax: no cardiomegalia, radiolucencia asimétrica en campos pulmonares Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 50 lpm. Onda Q en cara inferior TAC: Leucoencefalopatía isquémica crónica leve, signos precoces de isquemia profunda de la ACM izquierda: cambio de densidad ganglio- basal. EVOLUCIÓN: El paciente es ingresado a cargo del Servicio de Neurología. Previamente se le instaura tratamiento en Urgencias con nutrición periférica, suero glucosalino, omeprazol, clexane, Adiro y Captopril si precisara. Una vez ingresado, se le practica RMN. RMN y angioRM TSA y Willis: Lesión isquémica en estadio agudo/subagudo a nivel protuberancial y ausencia de señal del flujo de la arteria basilar. En principio, el pronóstico era de muy alta gravedad, pero el paciente al paso de los días presentó una franca mejoría, con una recuperación funcional significativa, aunque persistía una tetraparesia al alta, con necesidad de uso de silla de ruedas. Presentó complicaciones sobre todo a nivel urológico: sepsis urinaria, ITUS de repetición, retención urinaria. Se diagnosticó además de hiperplasia prostática con hematuria que precisó sondaje DIAGNÓSTICO: Síndrome del cautiverio por ictus basilar. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: 1. Lesión encefálica traumática. 2. Enfermedades del sistema circulatorio. 3. Sobredosis medicamentosa. 4. Mielinolisis protuberancial central secundaria a una corrección rápida de una hiponatremia.

Conclusiones:

En el síndrome del cautiverio, dentro de los primeros cuatro meses de instaurarse los síntomas, el 90% de los afectados fallecen, y raramente se produce una recuperación espontánea completa teniendo dos casos en la literatura descritos de estos últimos. Actualmente el paciente vive con secuelas, pero habiendo pasado ya los 4 meses del ACV.

P-717

¿QUÉ COMPORTAMIENTO TAN EXTRAÑO!

S Mohamed Mohamed, JM Krivocheya Montero, E Navarro Guerrero, C Olmo Azuaga, A Colera López, K Ghazi El Hammouti

Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: cola de caballo, mal de Pott, meningitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

MOTIVO DE CONSULTA: Mujer de 23 años que acude por cefalea, que se acompaña de náuseas, sonofotofobia y rigidez de nuca. Previamente ingresó por meningismo con buena evolución con analgésicos y corticoides intravenosos, (no se pudo realizar punción lumbar por técnica dificultosa) EXPLORACIÓN FÍSICA: Normotensa y afebril Neurológica: Alerta con lenguaje normal, sin afectación sensitivo motora ACR: Sin interés clínico Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación No edemas ni signos de TVP. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. Analítica general: Elevación de los reactantes de fase aguda (VSG 51, PCR 2,5), con anemia ferropénica (Hb 10,9, VCM 75). Resto de parámetros dentro de la normalidad TAC craneal: Sin alteraciones evidentes EVOLUCIÓN: Se decide ingreso de la paciente en planta y un día después del ingreso sufre episodios de descenso del nivel de conciencia que fluctúa de la obnubilación a la alerta y se añade paraplejía de miembros inferiores con incapacidad para controlar esfínteres e hipoestesia hasta D10 con predominio en silla de montar. Se terminan de completar el estudio con las siguientes pruebas Punción lumbar: Bioquímica: Glucosa 3, proteínas 2400, ácido láctico 9,3, cloro 103, ADA 45. Recuento y fórmula celular: Amarillento, ligeramente turbio, tras centrifugación sobrenadante xantocrómico, leucocitos con predominio de linfocitos. Bacteriología: Negativo para *Cryptococcus*, cultivo de hongos y ausencia de crecimiento de *Mycobacterias* RMN cerebral y medular: Ligera hidrocefalia comunicante con lesiones que captan contraste en fosa posterior y realce meníngeo. Lesión medular extraxial anterior dorsal que capta contraste Quantiferon: IgG positivo. Se produce una mejoría clínica tras inicio de tuberculostáticos y esteroides, con elevación de transaminasas. Recibe rehabilitación. En el momento del alta presenta paraparesia de miembros inferiores 4/5, sin control aún de esfínteres. DIAGNÓSTICO: Tuberculosis meníngea y espinal asociado a síndrome de cola de caballo DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: MENINGITIS TUBERCULOSA: Resto de microorganismos que producen meningitis, abscesos cerebrales, hemorragia subaracnoidea TUBERCULOSIS ESPINAL: Actinomicosis, metástasis, sarcoidosis, tumores como linfoma, mieloma, quistes óseos aneurismáticos, hemangioma vertebral, tumor óseo de células gigantes, sarcoidosis, espondilitis, osteomielitis piógena, brucelosis, enfermedad de Sheuermann.

Conclusiones:

Importancia de iniciar tuberculostáticos a pesar de obtenerse cultivo de *Mycobacterias* negativos. Presentación clínica excepcional comportándose como una meningitis asociado a un síndrome cola de caballo (1-2%), en casos muy avanzados.

CASOS CLÍNICOS

P-718

UN EFECTO ADVERSO BASTANTE INFRECIENTE

DP Martínez Betancourt, C Olmo Azuaga, E Navarro Guerrero,
JM Krivocheya Montero, F Bernal Miguel,
K Burrahay Anano Hach-Drís

Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: valproico, pancreatitis, abdomen agudo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente varón de 7 años acude por cuadro de dolor abdominal y vómitos de unas 8-12 horas de evolución. AP de autismo y epilepsia parcial en tratamiento con ácido valproico. Intolerancias medicamentosas a Josamicina, Penicilinas, hidrato de cloral, metilprednisolona. EXPLORACIÓN FÍSICA: bien hidratado, nutrido y perfundido. Abdomen en posición antiálgica, en gatillo, blando y depresible con dolor leve a la palpación en epigastrio, no peritonismo con peristaltismo disminuido ACR: MVC sin ruidos patológicos, tonos rítmicos sin soplos Neurológico: Glasgow 15, mirada esquiva, hiperquinético sin focalidad. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica general: Bioquímica: Glucosa 138, creatinina 0,32, colesterol 144, AST 88, ALT 70, LDH 259, Amilasa 850, Lipasa 2454, Valproico en rangos terapéuticos Hemograma: Leucocitosis 17,50 con desviación a la izquierda 15,73 neutrófilos Coagulación básica: Normal Radiografía de abdomen: No se evidencian alteraciones Ecografía abdominal: Hígado normal y controno liso sin evidencia de alteraciones focales. Vesícula de pared lisa sin colelitiasis. Bazo de morfología normal. Vía biliar intra y extrahepática sin alteraciones. Páncreas aumentado de tamaño de forma global y con disminución ligera de la ecogenicidad en relación con pancreatitis. No colecciones líquidas. Riñones normales. No líquido libre intraperitoneal. DIAGNÓSTICO: Pancreatitis aguda por ácido valproico. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Debe establecerse con otros cuadros abdominales agudos: úlcera péptica perforada, patología biliar aguda, infarto mesentérico, ileo mecánico, peritonitis. No se debe descartar el IAM inferior y además se deben diferenciar las diferentes etiologías de pancreatitis, siendo en las causas mas frecuentes los traumatismos, enfermedades multisistémicas, fármacos, infecciones, idiopáticas y anomalías del sistema pancreaticobiliar. EVOLUCIÓN: Durante su ingreso en Pediatría recibió analgésicos, nutrición parenteral periférica y dieta absoluta 5 días. Se suspendió el valproico. Evolución favorable, con gran mejoría clínica desde los primeros días del ingreso y buena tolerancia a la reintroducción de la alimentación. Se decide cambio de tratamiento por levetiracetam consultado con neurología pediátrica.

Conclusiones:

La peculiaridad de este caso radica en que, a pesar de que la ingesta de valproico está descrito como una de las causas de pancreatitis, el efecto adverso está descrito como más de 1/1000, siendo por lo tanto un efecto adverso raro (reacción idiosincrásica).

P-719

EL DESCUBRIMIENTO DE UNA NUEVA ENFERMEDAD

J Arjona Soriano, JM Krivocheya Montero, MM Pardo Rodríguez,
L Barba Recio, A Antelo Lorenzo, C Vázquez López

Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: encefalitis del Rif, autoanticuerpos, status, psicomotor

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente varón de 21 años de edad que acude al SUHC por presentar alteraciones conductuales (interpretadas posteriormente como crisis temporales derechas) que van progresando hasta convertirse en un status psicomotor, siendo refractario totalmente el cuadro, posteriormente comienza a realizar crisis convulsivas tónico-clónico generalizadas, sin recuperación de conciencia entre las mismas. Días antes había sufrido un cuadro catarral. EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Somnoliento por midazolam. No colaborador, se agita ante maniobras exploratorias. Pupilas normales, sin rigidez de nuca Radiografía de tórax: Silueta cardiaca dentro de la normalidad, sin condensaciones apreciables. Electrocardiograma: Ritmo sinusal sin trastornos del ritmo ni de la repolarización. Analítica general: Bioquímica: Glucosa 140, cloro 97, bilirrubina total 2,5, LDH 316, PCR 1,7, resto de parámetros normales. Hemograma: Plaquetopenia leve. Coagulación: Normal Drogas de abuso: Positivo a tetrahidrocannabinol Orina: Escasos hematíes en orina con germen en sedimento, sistemático con +3 hematíes. LCR: Citología y bioquímica normal TAC craneal inicial: normal. EVOLUCIÓN: Se decide ingreso del paciente en la UCI. Persisten las convulsiones generalizadas, a pesar de valproico, lacosamida, diazepam, y haber sido sometido a anestesia general con tiopental, midazolam y propofol. Se decide pues cambio de tratamiento con megadosis de corticoides e inmunoglobulinas por la sospecha de encefalitis autoinmune. Llega el estudio microbiológico de LCR que resulta ser negativo. Se realizan otras pruebas. RMN con gadolinio: No se capta contraste de gadolinio TAC craneal: hipodensidades subcorticales temporo-parietooccipital izquierda y temporal posterior del lado derecho con realce intenso de los surcos del lado izquierdo relacionados con encefalitis Punción lumbar: Se solicita estudio de autoinmunidad de los autoanticuerpos clásicos. Electroencefalograma. Anomalías epileptiformes tipo punta-onda generalizadas, con aparente origen en región temporal derecha, que posteriormente se observa en izquierda. Deflexión lenta con buena correlación clínica. Finalmente, el paciente adquiere una infección por Pseudomona, que causa shock séptico y su muerte. Nos llega el estudio de autoinmunidad, que resulta ser negativo (NMDA), pero se descubre otro autoanticuerpo en Laboratorio Graus y decidimos denominarlo enfermedad del Rif. DIAGNÓSTICO: estatus psicomotor por encefalitis autoinmune. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: otras causas de encefalitis, SNM, trastornos psiquiátricos, infecciones SNC.

Conclusiones:

Lo novedoso del caso resulta la detección de este nuevo autoanticuerpo (enfermedad del Rif), no descrito hasta ahora.

CASOS CLÍNICOS

P-720

**UNA ENFERMEDAD CLÁSICA DE ADULTOS...
¿PERO EXISTE EN NIÑOS TAMBIÉN?**

J Arjona Soriano, JM Krivocheya Guerrero, L Barba Recio,
F Bernal Miguel, MC Guerrero Muñoz, MJ Ferre Martínez

Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: bloqueo AV, isoproterenol, SSARo y SSBLa

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente embarazada a término, no controlada acude al SUHC. Durante la monitorización cardiotocográfica se observa una bradicardia fetal por lo que se decide terminación del parto por cesárea. Tras el nacimiento, se monitoriza la frecuencia cardíaca del recién nacido obteniéndose rachas de bradicardia, motivo por el que exponemos el caso. EXPLORACIÓN FÍSICA Buen estado general, peso de 2,830 kg, APGAR 9-10 sin precisar reanimación FC 86 lpm que desciende hasta los 50 lpm, FR 52 lpm, normotensa, afebril, Sat O₂ 100% sin oxígeno suplementario Cráneo y cara normoconformada con suturas normales. Paladar normal. Buena coloración de piel y mucosas ACR: No distrés respiratorio, sin soplos cardíacos audibles. Abdomen blando y depresible sin masa ni megalias palpables. Pulsos palpables Genitales femeninos normales. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica general Bioquímica: Glucemia 49, urea 14,1, creatinina 0,73, potasio 4,1, sodio 142, calcio 9,2 PCR < 0,5. Hemograma: normal con plaquetas normales y recuento leucocitario normal. Gasometría venosa: PH 7,34, pCO₂ 46, pO₂ 15, láctico 1,4 mmol/l CO₃H 24,8 EB -1,3 Grupo sanguíneo: B+ Radiografía de tórax: Imagen tímica sin estrechamiento mediastínico y campos pulmonares bien aireados Electrocardiograma: Compatible con bloqueo AV Mobitz II que evoluciona a bloqueo AV completo. DIAGNÓSTICO: Bloqueo AV congénito completo. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Más que diagnóstico diferencial valoraremos las causas de bloqueo AV congénito. 1. Maternas: Enfermedades del colágeno relacionado con los SSARo y SSBLa maternos. 2. Neonatales: a) corazones absolutamente normales; b) L-transposición de grandes arterias; c) isomerismo auricular izquierdo cuando es prenatal; d) miocarditis; e) tumores como el mesotelioma; f) síndrome del QT largo. EVOLUCIÓN: Se inicia perfusión con isoproterenol aumentando la frecuencia cardíaca a 75-80 lpm. Se contacta con el Servicio de Cuidados Intensivos neonatales y se traslada para la implantación de marcapasos como tratamiento definitivo, manteniéndose en su última revisión estable.

Conclusiones:

El bloqueo AV congénito completo es una entidad rara, con una incidencia en torno a 1/22000 nacidos vivos, siendo su prevalencia el 3-4% de todos los bloqueos AV de tercer grado, incluyendo el de adultos.

P-721

NEUMOTÓRAX A TENSIÓN

M Miranda García (1), R Chico Civera (2)

Hospital Universitario de Torrejón. Villaviciosa de Odón. Madrid.

Palabras claves: neumotórax, drenaje pleural, tratamiento

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: El neumotórax consiste en la entrada de aire en el espacio pleural, con la consiguiente pérdida de presión negativa intrapleural y colapso pulmonar. El manejo del neumotórax espontáneo está influenciado fundamentalmente por la sintomatología del paciente. Si hay disnea significativa, inestabilidad hemodinámica o el neumotórax es grande (≥ 2 cm) se debe insertar un catéter pleural de forma inmediata. El neumotórax a tensión se produce comúnmente en el contexto de un neumotórax traumático o en pacientes sometidos a ventilación mecánica. Palabras clave: neumotórax, drenaje pleural, tratamiento. Presentamos un caso clínico atendido en nuestro hospital de un neumotórax a tensión espontáneo. Varón de 81 años con antecedente de alergia a penicilinas, EPOC fenotipo no agudizador bronquitis crónica (obstrucción grave FEV1: 47%) e insuficiencia respiratoria crónica global, con ventilación mecánica no invasiva domiciliaria (con buen control oximétrico, buen cumplimiento y respuesta clínico-gasométrica) que acude a urgencias por dolor en hemitórax izquierdo con aumento de disnea de forma súbita. En radiografía de tórax del mes anterior se objetiva bulla pulmonar izquierda. En la exploración física se objetiva tensión arterial de 100/70 mmHg, frecuencia cardíaca 130 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 30. Saturación de oxígeno (con CPAP) 92%. Mal estado general, taquipnea (28 respiraciones por minuto) y cianosis. Auscultación cardíaca: rítmica. Auscultación pulmonar: ausencia de murmullo en hemitórax izquierdo. En el electrocardiograma se objetiva taquicardia sinusal a 127 latidos por minuto. Bloqueo completo de rama derecha y extrasístoles ventriculares aisladas. Gasometría arterial (con CPAP): pH 7,32, pCO₂ 50,8 pO₂ 54,2. HCO₃ 25,9. Saturación de oxígeno 84%. En radiografía de tórax se objetivan bullas basales en pulmón izquierdo que desplazan mediastino a hemicampo derecho, así como otra apical no presente en radiografía previa. Se pauta oxigenoterapia al 100% y se coloca drenaje endotorácico tipo Argyle nº 28 en segundo espacio intercostal, línea medio claviclar sin incidencias, obteniendo abundante fuga aérea y con mejoría importante de la sintomatología del paciente.

Conclusiones:

El neumotórax a tensión es una emergencia médica. La demora en la colocación del drenaje endotorácico puede ocasionar la muerte del paciente, por lo que no debe retrasarse el tratamiento para obtener pruebas diagnósticas adicionales.

CASOS CLÍNICOS

P-722

ICTUS EN TERRITORIO POSTERIOR SECUNDARIO A DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIA VERTEBRAL

J Sotoca Fernández, A Moliné Pareja, M Blázquez Andión,
L Higa Sansone, S Herrera Mateo, I Díaz Rodríguez

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Palabras claves: disección arteria vertebral, accidente cerebrovascular, vértigo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

La disección espontánea de la arteria vertebral es una causa poco frecuente de ictus isquémico en la población general, siendo no obstante su incidencia mayor en mujeres jóvenes (entre 15 y 45 años). De causa mayoritariamente idiopática (60-70%), se ha relacionado también con traumatismos cervicales (20%) y conectivopatías (10%). Historia clínica: Mujer de 37 años, sin antecedentes conocidos. Estando previamente bien durante el día, al final de la tarde empieza a presentar de forma brusca cuadro de vértigo horizonte-rotatorio, asociando náuseas y vómitos intensos. Visitada por médico domiciliario, que orienta el cuadro como vértigo periférico, pautándole medicación antiemética y betahistina, con mejoría sintomática parcial. Dos horas después la paciente se acuesta a descansar, siendo encontrada por la familia una hora más tarde con bajo nivel de consciencia, sin respuesta a órdenes y con imposibilidad para despertarla. Avisan al servicio de emergencias, quienes trasladan a la paciente a Urgencias. A su llegada presenta bajo nivel de consciencia con GS de 8-9 (ojos abiertos, sin respuesta a órdenes verbales y postura de decorticación, emisión de sonidos ininteligibles). Pupilas mióticas y areactivas. Alteraciones de la oculomotricidad con mirada desconjugada y nistagmo espontáneo vertical-horizontal. Se realiza angio-TAC craneal que muestra oclusión de la arteria vertebral izquierda en todo su trayecto extracraneal, así como trombo intrAArterial de arteria basilar, prácticamente oclusivo. Con orientación diagnóstica de isquemia vertebro-basilar trombótica secundaria a disección de la arteria vertebral izquierda, se procedió a intubación protectora de la paciente, siendo trasladada para realización de tratamiento endovascular urgente. Tras aspiración de material trombótico a nivel vertebrobasilar se consiguió restablecimiento del flujo distal, colocándose después stent a nivel de arteria vertebral izquierda. Posteriormente la paciente fue trasladada a la UCI-Unidad de Ictus, realizándose RMN de control posterior que mostró infartos múltiples cerebelosos establecidos, pero sin lesiones isquémicas permanentes hemisféricas ni troncoencefálicas.

Conclusiones:

La disección de arteria vertebral es una causa infrecuente de ictus cerebral, pero con una incidencia relativamente alta en la población joven. Su diagnóstico es difícil, y se basa una anamnesis detallada y en el reconocimiento precoz de los signos físicos compatibles.

P-723

IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS EN EL PACIENTE EN SHOCK: PROTOCOLO RUSH

P Garmilla Ezquerro (1), J Curras Mostoles (2), A Revert Cogollos (2), A Largo Ruiz (1), M Andres Gómez (1), C Garcés Zorzalejo (1)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (2) Hospital Universitario La Ribera

Palabras claves: ecografía, urgencias, shock

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 67 años de edad AP: HTA, DM2, Trastorno bipolar, Insuficiencia renal crónica (Creatinina basal 1,75 mg/dl), Obesidad mórbida. ENFERMEDAD ACTUAL: deterioro del estado general en las últimas 72 horas, oliguria y picos febriles de hasta 38°C. EXPLORACIÓN FÍSICA: Sat O2 basal 77%. TA: 60/40 mm de Hg. FC: 180-200 l.p.m. Relleno capilar >2 segundos. Tª: 36.4° C. FR: 36 rpm GD: 200 mg/dl. Sudorosa. Frialdad cutánea. Presión venosa yugular no valorable. AC: Arritmica sin soplos tonos apagados. AP: Roncus dispersos bilaterales. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, puño percusión renal bilateral negativa. EEII sin edemas. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: -GAB: pH 7,42, pO2 50 mm de Hg, pCO2 30 mm de Hg, HCO3 20 mEq/l. -Hemograma: 13.400 leucocitos (88% neutrofilos), Hb 10 g/dl, Htco 33%, Plaquetas 350.000. -Bioquímica: Glucosa 212 mg/dl, Creatinina 2,31 mg/dl, Urea 102 mg/dl, Iones normales, Procalcitonina 0,14 ng/ml, Lactato 3.6 mg/dl. -Coagulación: INR 2, IQ 37%. -Sedimento de orina: Normal. -Rx Tórax sin hallazgos patológicos -ECG: Fibrilación auricular a 180 l.p.m, eje 30°, sin otras alteraciones. -Prueba complementaria diagnóstica a pie de cama (ver evolución). DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: shock séptico/shock distributivo; tromboembolismo pulmonar/Shock obstructivo; taponamiento cardiaco/shock obstructivo; síndrome coronario agudo/shock cardiogénico; shock hipovolémico. EVOLUCIÓN: Se pautó oxígeno con VMK al 100%, manteniendo Sat de O2 alrededor de 93%, FR 36 rpm y pese a sobrecarga de volumen hipotensión mantenida (TA media < 65 mm de Hg). Ante la presencia de una fibrilación auricular en paciente con inestabilidad hemodinámica se procede a cardioversión eléctrica sincronizada con 120 J saliendo en taquicardia sinusal a 110 l.p.m. Ante persistencia de TA de 82/44 mm de Hg, llevamos a cabo el ecógrafo de nuestra unidad el protocolo RUSH (Rapid Ultrasound in Shock and Hypotension), evidenciando un derrame pericárdico > 2 cm, no se evidenció líquido libre intraabdominal, la valoración pulmonar, y venas en EEII fue normal, mientras que la aorta y la valoración de la vena cava inferior fue muy limitada debido a las características de la paciente. Tras esto y una vez corregida la coagulación se realizó una pericardiocentesis con mejoría de la situación hemodinámica. DIAGNÓSTICO FINAL: taponamiento cardiaco; shock obstructivo.

Conclusiones:

En urgencias la aplicación del protocolo RUSH en el paciente en shock es de gran utilidad.

CASOS CLÍNICOS

A-724

EL FATAL DESENLADE DE UN TRAUMATISMO

C Olmo Azuaga (1), JM Krivocheya Montero (1), E Navarro Guerrero (1), R Núñez Escalona (1), K Ghazi El Hamouti (1), GJ Romero Guzmán (2)

(1) Hospital Comarcal de Melilla, (2) Radiólogo HCML. Melilla.

Palabras claves: embolia, grasa, politraumatismo, complejidad

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 44 años, acude a nuestro Servicio por ausencia total de respuesta a cualquier tipo de estímulos con respiración bradipneica superficial con pausas de apnea. AP: Consumidor habitual de cocaína, fumador, politraumatizado con fractura de bazo y fractura abierta de codo izquierdo hacia un par de meses. Intervenido quirúrgicamente de dicha fractura y se le practicó esplenectomía. EXPLORACIÓN FÍSICA: Constantes vitales: TA 101/66 FC 139 lpm, Sat 98% con oxigenoterapia, T° 38,6 Exploración general: Deterioro severo del nivel de conciencia, obstrucción de la vía aérea superior y pausas de apnea. Neurológico: Glasgow 3, anisocoria derecha inicial con desviación medial de ese ojo, que posteriormente no aparece. Cardíaco: taquicárdico sin soplos audibles. Respiratorio: abundantes secreciones de vías aéreas. Hipoventilación generalizada, más izquierda, con hipomovilidad de ese hemifisica. Abdominal: imposibilidad por el estado del paciente al no responder a estímulos. Pulsos periféricos conservados, con buen relleno capilar. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica general: Bioquímica: Glucosa 139, potasio 5,3, sodio 132, calcio 8,7 Hemograma: Hemoglobina 10,90, hematocrito 33,70, leucocitosis con neutrofilia, plaquetas 1419 Coagulación: Normal Orina: Positivo a benzodiacepinas y positivo débil a tetrahidrocannabinol. Rx tórax: expansión torácica con condensaciones. ECG: Taquicardia sinusal. No otras alteraciones del ritmo ni de la repolarización LCR: Bioquímica: Glucosa 96, proteínas 298, ácido láctico 3,6. Recuento y fórmula celular: Ligeramente turbio, linfocitos 80%, PMN 20 % Cultivo negativo. Herpes 1 y CMV Ig G positivos TAC: Se observan múltiples imágenes serpienginosas a nivel de ambos lóbulos frontales y occipitales que por su aspecto parece corresponder a embolia grasa EVOLUCIÓN: Se procede al aislamiento de la vía aérea con intubación endotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Presenta un cuadro de Status convulsivo refractario a medicación específica asociado a fiebre e inestabilidad hemodinámica. Se constata signos de muerte cerebral y fallecimiento del paciente. Recibió tratamientos con noradrenalina, paracetamol, omeprazol, linezolid, levofloxacino, ceftazidima y heparina junto con Ringer lactato. DIAGNÓSTICO: Embolismo grasa por politraumatismo DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Es difícil establecer un diagnóstico diferencial debido a la multitud de entidades que pueden asociarse y solaparse con los síntomas respiratorios subclínicos del embolismo grasa. Deberemos tener en cuenta: contusión pulmonar; broncoaspiración; EAP por sobrecarga; EAP cardiológico; EAP neurogénico; TEP; distrés respiratorio y asociado a transfusión.

Conclusiones:

Se trata de un síndrome complejo cuyo pronóstico es grave y de desenlace infausto.

P-725

SÍNDROME DE CHILAITITI SECUNDARIO A PERITONITIS QUÍMICA

AB Bárcena Atalaya (1), J Gómez Rubio (2)

(1) Hospital Universitario de Valme, Sevilla, (2) Hospital Universitario de Valme. Bormujos. Sevilla

Palabras claves: Chilaiditi's Syndrome, diaphragm, colon

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Mujer de 39 años con retraso psicomotor severo que tras recambio de sonda de gastronomía comienza con malestar general y distensión abdominal. En la exploración física presentaba defensa abdominal y abolición de ruidos hidroaéreos. Se solicitó radiografía de abdomen en decúbito lateral con rayo horizontal que mostró imagen de densidad aire entre hemidiafragma derecho e hígado. El TAC abdominal urgente descartó neumoperitoneo y mostró interposición del ángulo hepático del colon entre pared abdominal e hígado (signo de Chilaiditi). Además, se apreció protrusión del globo de la sonda de gastrostomía sobre la pared anterior de la cavidad gástrica quedando fuera de ella y paso de contraste yodado hidrosoluble a cavidad abdominal, lo que había provocado una peritonitis química por extravasación de alimentación enteral. Se procedió a laparotomía urgente, limpieza de cavidad y recambio de sonda de gastrostomía con evolución posterior favorable.

Conclusiones:

Se denomina signo de Chilaiditi a la interposición de una parte del colon entre hígado y hemidiafragma derecho. Habitualmente es un hallazgo radiológico incidental. Se define síndrome de Chilaiditi a la asociación del signo radiológico con manifestaciones clínicas abdominales. Es una entidad rara, y más aún la presentación sindrómica, con una incidencia de 0,02-0,2% en estudios radiológicos realizados por cualquier motivo y con predominio en varones y mayores de 65 años. El signo de Chilaiditi aparece con más frecuencia en sujetos que presentan un aumento de la presión intrabdominal (embarazo, EPOC, cirrosis). Además, se ha demostrado la relación existente con entidades como retraso mental, esquizofrenia, ectopía renal, síndrome de Cushing y síndrome de Ehlers Danlos. La etiología es multifactorial, siendo el factor predisponente más frecuente el estreñimiento crónico. Es primordial reconocer la imagen radiológica y realizar un adecuado diagnóstico diferencial con entidades con expresión radiográfica similar (neumoperitoneo, hernia diafragmática, absceso subfrénico, neumatosis intestinal, quiste hidatídico, tumores hepáticos). En caso de duda, se completará el estudio con otras técnicas como la ecografía abdominal y la tomografía computarizada. El tratamiento del síndrome es conservador salvo que surjan complicaciones intraabdominales que requiera cirugía urgente, como ocurrió en el caso presentado. No se ha descrito ningún caso de síndrome de Chilaiditi asociado a peritonitis química.

CASOS CLÍNICOS

P-726

BLOQUEO AURÍCULO-VENTRICULAR COMPLETO POR ENFERMEDAD DE ANDERSON – FABRY CARDIACA

AB Bárcena Atalaya (1), J Gómez Rubio (2), MM Carricondo Avivar (2)
(1) Hospital Universitario de Valme, (2) Hospital Universitario de Valme. Bormujos, Sevilla

Palabras claves: Anderson Fabry disease, hypertrophic cardiomyopathy, arrhythmia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 21 que acude a urgencias por mareo, astenia y vómitos. En la exploración física destacaba ingurgitación yugular a 45° y hepatomegalia de dos traveses de dedo no dolorosa. En la sala de espera presentó parada cardiorrespiratoria por asistolia requiriendo maniobras de reanimación cardiopulmonar y alteración posterior del ritmo cardíaco (taquicardia ventricular monomórfica no sostenida y bloqueo auriculoventricular completo) que requirió la implantación de marcapasos transitorio. El electrocardiograma mostraba datos de crecimiento biauricular con bloqueo bifascicular. La radiografía de tórax mostraba cardiomegalia con impronta auricular izquierda. Se realizó ecocardiograma transtorácico que puso de manifiesto dilatación biauricular severa con datos de elevación de presiones de llenado izquierda y derecha (datos compatibles con miocardiopatía restrictiva). En planta de hospitalización se realizó biopsia endocárdica en la que se evidenciaron vacuolas citoplasmáticas PAS positivas sugestivas de enfermedad por depósito con moderada fibrosis intersticial. Finalmente se solicitó estudio genético con actividad galactosidasa alterada. Todos estos datos eran sugerentes de una enfermedad de Fabry con afectación cardíaca.

Conclusiones:

La enfermedad de Anderson-Fabry es una enfermedad lisosomal ligada al cromosoma X por mutación del gen de la alfa-galactosidasa. Se manifiesta con angioqueratomas, hipohidrosis, opacidades corneales, acroparestesias, dolor abdominal, diarrea y lesión de pequeños vasos renales, cardíacos y cerebrales. Presentamos una forma atípica de la enfermedad con afectación cardíaca, que habitualmente debuta con hipertensión arterial e hipertrofia ventricular izquierda, aunque en ocasiones hay alteración del llenado ventricular, por lo que a menudo se le clasifica como miocardiopatía restrictiva. Puede asociarse a anomalías de la conducción auriculoventricular y taquiarritmias ventriculares, requiriendo algunos casos implantación de marcapasos permanente. Tiene una incidencia de 1/40.000-60.000 personas y prevalencia estimada de 1/117000 personas. Alrededor del 1 al 12 % de pacientes con miocardiopatía hipertrófica idiopática tiene enfermedad de Fabry. Para su diagnóstico son útiles la ecocardiografía, la resonancia magnética nuclear, la determinación de los niveles enzimáticos y el estudio genético. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante biopsia muestra vacuolas claras PAS positiva con cuerpos mieloides o cebra por su aspecto laminado (lisosomas aumentados de tamaño por depósito de G3) mediante microscopía electrónica. El tratamiento se basa en la administración de alfa-galactosidasa.

P-727

RABDOMIOLISIS POR MALARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

E Navarro Guerrero, M Jimena García, JM Krivocheya Montero, R Núñez Escalona, C Olmo Azuaga, S Morales Sánchez
Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: rabdomiolisis, plasmodium

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 18 años, natural de Camerún, sin antecedentes personales significativos acude al SUHC por que en las últimas 72 horas y sin realizar esfuerzo físico, presenta disminución de fuerza en piernas progresivamente, acompañado de dolor en los muslos. Su cuadro ha sido de evolución progresiva y en las últimas horas no podía nadar, notando alteración de sensibilidad en las piernas. Exploración física y pruebas complementarias. Paciente consciente y orientado, febril, con constantes vitales normales, eupneico, sin exantemas ni adenopatías. ACR: MVC sin ruidos patológicos. Faringe normal Abdomen con esplenomegalia 2 traveses, dolorosa. No edemas ni signos de TVP en MMII. Exploración neurológica: Solo moviliza brazos y tronco, incapaz de sostenerse y deambular. No rigidez de nuca, pares craneales normales. En extremidades superiores fuerza y sensibilidad conservada con ROT disminuidos. En miembros inferiores, rigidez importante a la flexión pasiva de piernas, que provoca dolor en muslos. Reflejo rotuliano disminuido. Disminución de la sensibilidad táctil y dolorosa por debajo de ambas rodillas. Reflejo plantar indiferente. Analítica: Bioquímica: ALT 186, LDH 993, CK 19057, función renal normal Hemograma: Microcitosis con hipocromía, 95000 plaquetas. Leucocitos normales Coagulación. Normal Sistemático y sedimento de orina normales con drogas de abuso negativas Rx de tórax: Índice cardio-torácico normal sin condensaciones ECG: Ritmo sinusal a 70 lpm sin trastornos del ritmo ni de la repolarización. Evolución: El paciente ingresa en Medicina Interna con el diagnóstico de rabdomiolisis, y dado su procedencia, se realiza estudio de punción lumbar y microbiológico, siendo estos estudios positivo a la inmunoglobulina IgM a *Plasmodium falciparum*, con ADN en sangre positivo. Se produce una mejora de su cuadro con hidratación, con una CPK previo al alta de 3800. Al alta se le indica tratamiento con Eurartesim (antipalúdico). Diagnóstico: rabdomiolisis inducida por *Plasmodium falciparum*. Diagnóstico diferencial. Son múltiples las causas que producen rabdomiolisis, pero nos centramos en las infecciosas (legionella, tétano, Salmonella, *Streptococcus*, *Mycoplasma*, piomiositis, enterobacterias, shock tóxico, influenzavirus, mononucleosis, Coxsackie, enterovirus, hepatitis, VIH, rotavirus, triquinosis, Leptospira).

Conclusiones:

Poca prevalencia de malaria en nuestro medio, siendo mayor en importados. Causa descrita, pero no frecuente de rabdomiolisis. Pocos casos descritos en la literatura médica.

CASOS CLÍNICOS

A-728

NO ERA UNA CEFALEA COMÚN

A Cólera López, JV Palomo Carvajal, M Tieb Mohamed,
JM Krivocheya Montero, A Romano Funes, B Quiñoy Torcello
Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: HSA, Escala Hunt y Hess, WFNS

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 43 años de edad que acude al SUHC por presentar un cuadro de cefalea de inicio brusco de características difusa con cierta rigidez de nuca y vómitos. EXPLORACIONES FÍSICAS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: NAMC, ni se refieren antecedentes personales de interés. A su ingreso en Urgencias la paciente está consciente y orientada, puntuación 15 de Glasgow, grado I según la Federación Mundial de Neurocirujanos (WFNS), sin focalidad neurológica, pero poco tiempo después, antes de darle el alta, la paciente sufre un episodio de crisis comicial. TAC craneal: Se aprecia hemorragia subaracnoidea de predominio anterior y derecho. ANGIO TAC: Imagen compatible con aneurisma de la arteria comunicante anterior Punción lumbar: Líquido xantocrómico. Analítica general. Bioquímica: leve hiponatremia, con resto de parámetros normales. Hemograma: normal. Coagulación: normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70 lpm sin trastornos del ritmo ni de la repolarización. DIAGNÓSTICO: hemorragia subaracnoidea espontánea por aneurisma de la arteria comunicante anterior. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: 1. Hemorragia perimesencefálica no traumática; 2. Arteritis cerebral: aneurismas micóticos, borreliosis, enfermedad de Behcet, angéitis primaria, poliarteritis nodosa, Churg-Strauss, granulomatosis de Wegener; 3. Lesiones vasculares cerebrales no inflamatorias: disección arterial, MAV cerebral, aneurisma fusiforme, fístula arteriovenosa dural cerebral, angioma cavernoso, trombosis venosa cerebral, enfermedad de Moyamoya, angiopatía amiloide cerebral; 4. Lesiones vasculares de la médula espinal: aneurisma sacular de la médula espinal, MAV espinal, angioma cavernoso; 5. Sicklemia, coagulopatías; 6. Apoplejía pituitaria, metástasis cerebrales de mixoma cardíaco, glioma, neurinoma acústico, angioliopoma, schwannoma del nervio craneal, meningioma cervical, hemangioblastoma espinal cervical, carcinomatosis meníngea espinal, melanoma de la cola de caballo; 7. Drogas: cocaína, anfetaminas, anticoagulantes. EVOLUCIÓN: Se ingresa a la paciente en UCI (situación clínica según Hunt y Hess grado 3). Con suero fisiológico, metamidol como analgésico y diazepam para yugular las crisis convulsivas. Se contacta con Neurocirugía del Hospital Carlos Haya para traslado de la paciente, practicándose un abordaje quirúrgico directo. La paciente se encuentra actualmente en buen estado, con leve paresia de miembro inferior derecho.

Conclusiones:

La HSA constituye una auténtica emergencia médica, con una mortalidad y morbilidad del 50% global y con riesgo de resangrado importante. Debemos tener cuidado con esta patología, por la confusión en ocasiones con una cefalea tensional que motive el alta como podía haber ocurrido en este caso descrito.

P-729

SINUSITIS ETMOIDOFRONTAL IZQUIERDA
COMPLICADA CON CELULITIS ORBITARIA. ACTITUD
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

MD Macías Robles, L Hernández Sánchez, E Díaz González,
I García Suárez, B Mateos Iglesias, M Fernández Pajares
Hospital San Agustín, Avilés. Asturias.

Palabras claves: celulitis orbitaria, sinusitis, urgencias

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 16 de años con cefalea frontal y dolor en ojo izquierdo de tres días de evolución tratado en Atención Primaria con antiinflamatorios y claritromicina por sospecha de sinusitis, que acudió al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) de nuestro centro por ausencia de mejoría asociando importante dolor a la movilización y dificultad para abrir el ojo izquierdo. Exploración física: T° 37,5°, edema palpebral que dificultaba la apertura, inyección conjuntival, proptosis y movilización ocular izquierda muy dolorosa. Exploraciones complementarias: PCR 3,59 mg/L, hemograma normal. En la radiografía de senos paranasales se objetivó: nivel hidroaéreo en seno frontal izquierdo. La tomografía computarizada (TC) facial/senos demostró ocupación de celdillas etmoidales y seno frontal izquierdo con nivel hidroaéreo y celulitis adyacente a lámina papirácea que se extendía hasta el maxilar superior. En la valoración oftalmológica no había compromiso ocular. El diagnóstico diferencial en el SUH se realizó con las complicaciones orbitarias de las sinusitis siguiendo la Clasificación de Chandler: celulitis preseptal, celulitis orbitaria (CO), absceso subperióstico, orbitario y trombosis seno cavernoso. La CO ocurre como complicación de una sinusitis aguda en el 3% de los casos, la mayoría por continuidad. El principal factor etiopatogénico es un sistema de drenaje venoso carente de válvulas entre los senos paranasales y la órbita que, facilita la diseminación de la infección. La sinusitis etmoidal es el origen más común de CO. Diagnóstico: Sinusitis etmoidofrontal izquierda complicada con celulitis orbitaria. La evolución fue favorable con resolución completa a las 2 semanas (control clínico y TC), tras el inicio en el SUH de tratamiento intravenoso con amoxicilina-ácido clavulánico, metilprednisolona, analgésico y descongestivo intranasal.

Conclusiones:

En las sinusitis agudas con sospecha clínica de compromiso orbitario la TC es la prueba de elección. En el SUH se deberá seleccionar a los pacientes con sinusitis que se presenten con dolor, limitación de la movilidad ocular y proptosis para priorizar la realización de TC sin demora. Un diagnóstico precoz de CO será clave en el SUH para iniciar el tratamiento antibiótico intravenoso y corticoides sistémicos que acelerarán la resolución de la inflamación sin exacerbar la infección subyacente, mejorando el pronóstico en estos pacientes.

CASOS CLÍNICOS

P-730

**¿QUÉ HA PASADO? ¿PORQUÉ ESTOY AQUÍ?
FUTBOLISTA DE 22 AÑOS CON AMNESIA GLOBAL
TRANSITORIA**

OJ Troiano Ungerer, A Palau Vendrell, A Nieto Rodríguez,
E Martín Mojarro, F Valcarenghi, E Palanca Gracia

Hospital Sant Pau i Santa Tecla.

Palabras claves: anterograde amnesia, transient global amnesia, memory disorders

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Varón, 22 años, deportista, sin antecedentes significativos, con amnesia anterógrada luego de una caída. Según testigos jugando fútbol cayó de espaldas, sin contusión craneal, se levantó y continuó jugando. Al terminar preguntaba recurrentemente que pasó, por lo cual lo trajeron al hospital. Sólo refería cefalea. No fotofobia, sonofobia ni síntomas deficitarios neurológicos sensitivo-motores. T°Ax=36.6°C. FC=94x'. TA=127/87. FR=16x'. Conciente, amnesia de lo ocurrido poco antes del accidente hasta la actualidad, sin fijar nueva información. Ansioso. No signos de TCE. Pupilas normales. No disimetrías. Römberg negativo. Marcha, fuerza, tono muscular, movilidad, reflejos osteotendinosos y cutáneo-plantar normales. No meningismo. Cardiopulmonar y abdomen normales. ECG: RS 74x'. QTc prolongado (0.49"). Rx columna cervical, TAC craneal, LCR, Laboratorio general: normales, tóxicos en Orina: negativos. Doce horas después recuperó la capacidad de fijar memoria reciente, manteniendo amnesia del episodio. Ingresó en Medicina Interna como "Amnesia Global Transitoria" (AGT). Al día siguiente lo valoró Neurología encontrando normalidad de funciones superiores (excepto dificultad para restar series mentalmente) y en la exploración por sistemas funcionales, dándosele el alta hospitalaria. A los 15 días estaba asintomático. DIAGNÓSTICO FINAL: amnesia global transitoria.

Conclusiones:

La AGT implica amnesia anterógrada brusca y de corta duración (< 24 h), más frecuente en adultos y ancianos, se han descrito casos aislados en niños y adolescentes. Afecta 2.98-10/100000 habitantes/año, sin diferencias de sexo significativas. Recurrencias: 15%. Durante el ataque está alerta, comunicativo, con conciencia autorreferencial (su ausencia excluye AGT), sin signos de focalidad neurológica o crisis epiléptica, haciendo preguntas repetitivas (*broken record*). Gradualmente recupera la fijación de nuevas memorias, persistiendo brecha amnésica. Mantiene capacidades cognitivas: conducir, cocinar, leer, calcular, interpretar música. Puede sumarse amnesia retrógrada de horas a semanas, cefalea (10-40%), náuseas, mareos, parestesias, miedo a morir, ansiedad, palpitaciones, cervicalgia, temblores. Sustrato anatómico: lóbulo temporal e hipocampo. Causas hipotéticas: isquemia, factores

psicogénicos, congestión venosa cerebral, epilepsia, migraña. Factores desencadenantes: esfuerzos intensos, Valsalva, relaciones sexuales, stress emocional, procedimientos invasivos. TAC, RMN, SPECT y PET resultan inespecíficas. Eco-Doppler: una serie detectó insuficiencia venosa valvular en 80% de pacientes con AGT y 25% de los controles. EEG: no descargas epilépticas. Sin tratamiento específico y de pronóstico benigno, los diagnósticos diferenciales pueden implicar gravedad. Los criterios de Caplan modificados permiten diagnosticar AGT.

CASOS CLÍNICOS

P-731

LA CULPA FUE DE LA OBESIDAD

S Mohamed Mohamed, JM Krivocheya Montero, C Martínez, A Rubio Ramos, MT Sagrario Fustero, JM Romero Imbroda
Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: pérdida de visión, obesidad, cefalea

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente mujer de 28 años acude al SUHC por cuadro de cefalea y pérdida de visión. La paciente refiere desde hace 1 mes cefalea holocraneal opresiva de intensidad creciente y vómitos a lo que se le añadió pérdida de visión completa del ojo izquierdo. ANTECEDENTES PERSONALES: NAMC. Disminución de la agudeza visual del ojo derecho congénita. No IQ. En tratamiento con omeprazol, fluoxetina y alprazolam, recetados por un neurólogo en Marruecos. EXPLORACIÓN FÍSICA: IMC elevado. Constantes vitales dentro de la normalidad Neurológico: Alerta, lenguaje normal. Pupilas midriáticas levemente reactivas a la luz. Reflejo consensuado conservado. Oftalmoparesia del ojo izquierdo con predominio del recto interno. Fondo de ojo con importante edema de papila bilateral En piel destaca dermatosis congénita con rubefacción facial de predominio izquierdo Resto de órganos y aparatos dentro de la normalidad. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica general: Sin alteraciones Punción lumbar: LCR a 50 cm H₂O, claro, transparente, tras ser centrifugado con un sobrenadante claro y transparente. Parámetros bioquímicos normales. Recuento y fórmula celular con hematíes aumentados, sin elevación de leucocitos ni PMN. En microbiología crecimiento de cocos Gram +, siendo éste un posible contaminante. TAC: Aportado desde Marruecos e informado como normal DIAGNÓSTICO: Pseudotumor cerebrii con afectación severa de la función visual. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Se deben plantear con otras causas de HIC. Traumatismo craneoencefálico; hemorragia intracraneal; tumores y otras lesiones ocupantes de espacios como abscesos; hidrocefalia; eclampsia; *Pseudotumor cerebrii* que se ve en obesas, embarazadas y uso de ACO; otras como la facomatosis. EVOLUCIÓN. Se decide ingreso de la paciente en tratamiento con Edemox, Prednisona, Fisiológico, Clexane y Omeprazol, completando estudios con RMN (defectos en seno longitudinal y senos transversos) como consecuencia de la HIC y autoinmunidad e hipercoagulabilidad negativos. Se le realizan punciones evacuadoras hasta la colocación de un drenaje lumboperitoneal. Al alta, recupera visión y la parálisis del VI par.

Conclusiones:

Se trata de una entidad rara con una prevalencia de 1 cada 100.000 pacientes. En esta paciente es importante la recomendación de la pérdida de peso (origen del cuadro) y descartar la facomatosis por las lesiones en la piel descritas anteriormente. Vemos como no hay causa aparente orgánica que lo produzca (idiopática) También resulta extraño la agresividad con la que se ha comportado el cuadro.

P-732

SÍNCOPE, ¿CARDIACO O NEUROLÓGICO?

I León Arévalo, T Aragón Aragón, L Carbajo Martín
Empresa Publica Sanitaria Bajo Guadalquivir. Sevilla.

Palabras claves: tachycardia, ventricular, countershock

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 85 años sin alergias conocidas con antecedentes de AVC embolígeno sin secuelas, miocardiopatía dilatada por cardiopatía isquémica con FA permanente y estenosis aórtica. Tratamiento: digoxina 0.25 mg (medio comprimido diario), carvedilol 6.25 mg/24h, candesartan 8 mg/24h, atorvastatina 20 mg/24 h y pradaxa 110 mg/24 h. Acude a urgencias porque su familia la ha encontrado con pérdida de conciencia y dando "ronquidos" mientras desayunaba. El episodio ha durado 10 minutos con recuperación espontánea. Acude asintomática pero con frecuencia cardíaca de 180 lpm. Tras extracción analítica presenciamos otro episodio de desconexión con desviación de la comisura bucal a la derecha y recuperación en 2-3 minutos. En la exploración destacamos auscultación taquicárdica, disminución generalizada del murmullo vesicular e hipotensión de 90/40. No presenta cortejo vegetativo. Administramos atenolol 4 mg iv, digoxina 0.75 mg iv, 1500 cc SF, citicolina 1 g iv. Resumen de pruebas complementarias: TAC craneal: infarto extenso evolucionado con atrofia secundaria en territorio de la rama posterior de cerebral media. Analítica con hemograma normal, coagulación INR 1.4, bioquímica troponina ultrasensible de 52.43 ng/l. EKG inicial taquicardia a 180 lpm con QRS ancho (BCRIHH ya conocido) Procedemos al traslado a centro hospitalario de referencia con frecuencia cardíaca de 130 lpm. Ingresamos en observación y posteriormente en planta donde tras perfusión de amiodarona presenta fibrilación auricular con respuesta a unos 60 lpm y BCRIHH. Y aquí viene la pregunta, ¿el síncope es de origen cardiogénico o neurológico? ¿ambos? La paciente evoluciona favorablemente en planta aunque se documentan FA con respuesta lenta e incluso pausas de hasta 3 segundos por lo que se implanta DAI. Diagnóstico final: episodio sincopal recurrente con TV sintomática en paciente con disfunción de ventrículo izquierdo severo.

Conclusiones:

El diagnóstico diferencial de un síncope puede ser complejo pero la Historia clínica es fundamental para completar el estudio con las pruebas pertinentes. En este caso no nos quedaba muy claro si era de perfil cardiogénico o neurológico o primero uno y luego otro. De todas formas la evolución ha sido favorable y la implantación del DAI justificada.

CASOS CLÍNICOS

P-733

ENFERMEDAD DE WEGENER: UNA CAUSA INFRECUENTE DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN URGENCIAS

A Moliné Pareja, J Sotoca Fernández, H Hernández Ontiveros, M Mateo Roca, S Herrera Mateo, M Álvarez Albarran

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Palabras claves: insuficiencia respiratoria, vasculitis asociada a anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos, granulomatosis de Wegener

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 63 años, con antecedentes de alergia a la penicilina y síndrome depresivo de larga evolución, en tratamiento con ISRS. Presenta cuadro clínico de deterioro funcional progresivo de aproximadamente 5 meses de evolución, consistente en debilidad generalizada, astenia, anorexia y pérdida de peso de unos 10 kg en este periodo. En los últimos dos meses se añade fiebre no cuantificada de predominio vespertino, asociando también disnea progresiva, tos seca persistente y eritema conjuntival. Dos semanas antes del ingreso consultó a su médico de atención primaria, quien orientó el caso como cuadro viral de vías altas, siendo tratada con antibiótico y antitérmicos. Acude a Urgencias por empeoramiento franco del cuadro en los últimos días, con disnea rápidamente progresiva hasta hacerse de reposo, por lo que decide consultar. A su llegada a Urgencias la paciente estaba consciente, estable hemodinámicamente (TA 124/78 mmHg), con taquicardia sinusal (120x), taquipneica (30x) y con SatO₂ del 85% al aire. La gasometría arterial mostró insuficiencia respiratoria normocápica, destacando en la analítica realizada la presencia de anemia normocítica (Hb 73 g/dL), insuficiencia renal aguda (urea de 29 mmol/L y creatinina de 310 μmol/L) y elevación de reactantes de fase aguda. Se realizó también radiografía de tórax que reveló la presencia de infiltrados alvéolo-intersticiales bilaterales ocupando la práctica totalidad de ambos campos pulmonares. Los cultivos de sangre y esputo, así como la virología respiratoria, fueron negativos. Se inició tratamiento antibiótico empírico y se procedió al traslado de la paciente a la UCI, precisando de intubación orotraqueal horas más tarde por fracaso respiratorio. El análisis de orina mostró la presencia de hematuria y proteinuria abundantes. Finalmente, se realizó panel de autoinmunidad, con positividad para anticuerpos cANCA anti-PR3. Se orientó el caso como síndrome reno-pulmonar secundario a enfermedad de Wegener, por lo que se inició terapia sustitutiva renal y tratamiento inmunodepresor con ciclofosfamida y rituximab.

Conclusiones:

La enfermedad de Wegener o poliangeitis granulomatosa es una vasculitis necrotizante sistémica de pequeño vaso, con afectación predominante a nivel de vasos pulmonares y renales. Su diagnóstico debe sospecharse en pacientes con afectación reno-pulmonar severa, dada la agresividad de la enfermedad y la posibilidad de tratamiento inmunosupresor específico.

P-734

¿QUÉ TIPO DE NEUMONÍA ES ÉSTA?

P Meseguer García (1), M Caballero Sánchez (1), C Vicente Martí (2)

(1) Centro de Salud La Ñora, (2) CSM. Murcia.

Palabras claves: neumonía, disnea, inmunoglobulinas

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

MC: disnea y fiebre AP: asma bronquial extrínseco y rinitis alérgica estacional SB: trabaja de funcionaria, vive en la huerta, no tiene animales domesticos pero tiene cerca una granja. Anamnesis: Mujer de 43 años con antecedentes de asma bronquial, acude a su centro de salud por cuadro de sinusitis con cefalea, fiebre y mucosidad amarillenta, es tratada con antibiótico. Ante la persistencia de los síntomas es derivada a ORL que le pauta esteroides con mejoría del cuadro. Al mes vuelve a acudir a su medico de atención primaria con fiebre, disnea y cefalea con crepitantes en la auscultación pulmonar. Se le pautó tratamiento antibiótico con revisión en una semana. En la revisión continuaban los síntomas por lo que se decide derivar a urgencias para ingreso y posterior estudio. EF: normal, con AP: hipoventilación generalizada sin auscultación de crepitantes. PIEL: ligero exantema en área del escote y zona malar. Presenta pápulas marrónáceas en pecho izquierdo y en zona abdominal izquierda. PC: analítica: leucocitos 15850, Eosinófilos 4370 (27.6%) Ag legionella, neumococo, hemocultivos: negativos Rx física: infiltrados parcheados bilaterales. Pinzamiento del seno costofrenico derecho. Cultivo de heces, serología para *Strongyloides*, lavado broncoalveolar para micobacterias: negativos. Inmunología: IgE 3500, C3162 TC. Física: derrame pleural bilateral leve, granuloma calcificado en LSI. Espirometría: CVF 3.04/3.21 VEF1 2.26/2.76CVF/FEV1 74/81%. Ecocariograma y ECG: normales TC senos: niveles hidroareos en senos maxilares Juicio clínico: síndrome de Churg Strauss. DD: bronconeumonia, crioglobulinemia, endocarditis infecciosa. Tratamiento: Esteroides a dosis altas. Evolución: los exámenes practicados no dan signos de infección bacteriana, fúngica ni parasitaria. No existe exposición previa a medicación que pueda causar eosinofilia ni datos de enfermedad sistémica autoinmune. Debido a sus antecedentes de asma bronquial se considera el diagnóstico de síndrome de Churg Strauss y se pauta tratamiento esteroideo con mejoría clínica de la paciente.

Conclusiones:

El síndrome de Churg Strauss, es un síndrome multisistémico caracterizado por rinitis alérgica, asma y eosinofilia importante en el extendido periférico. El órgano más comúnmente comprometido es el pulmón, seguido de la piel. Sólo constituye el 2% de todas las vasculitis, pero aunque sea una enfermedad poco frecuente, hay que tenerla en el diagnóstico diferencial de una neumonía que no mejora con tratamiento en pacientes asmáticos sobre todo.

CASOS CLÍNICOS

P-735

iiiMI CICATRIZ ESTÁ CRECIENDO!!!

P Meseguer García (1), M Caballero Sánchez (1), C Vicente Martí (2)

(1) C.S. La Ñora, (2) CSM. Murcia.

Palabras claves: lipoma, hernia, sarcoma

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

MC: tumoración sobre una cicatriz AP: neurinoma del acústico, sin otros antecedentes de interés. Anamnesis: Varón de 48 años que hace 20 años, acudió a la consulta de atención primaria por una tumoración a nivel umbilical, fue derivado a cirugía que lo intervinieron y lo informaron como lipoma. Hace 15 años el paciente vuelve a consultar en su centro de salud porque nota crecimiento de la cicatriz de la intervención. Se vuelve a mandar a cirugía, lo reintervienen ahora con ampliación de márgenes y lo mandan analizar dando como resultado dermatofibrosarcoma protuberans. El paciente permanece asintomático, hasta hace 2 años que vuelve a notar crecimiento sobre la cicatriz, el paciente piensa que es una hernia y no consulta en su centro de salud hasta ahora. Se pide TC y BAG y se deriva a cirugía de nuevo. EF: tumoración exofítica suprapúbica de unos 4 x 4 cm. PC: TC: masa de partes blandas en hipogastrio ya conocida sin evidencia de otras lesiones BAG: recidiva de dermatofibrosarcoma protuberans. Juicio clínico: recidiva de dermatofibrosarcoma protuberans dd: lipoma, queloides, tumores vasculares, rabdomiosarcoma. Tratamiento: cirugía de Mohs al IVO. Evolución: tras la extirpación de la recidiva el paciente quedó asintomático. En revisiones en su centro de salud.

Conclusiones:

El dermatofibrosarcoma protuberans es un sarcoma fibrohistiocítico de la dermis, de grado intermedio de malignidad. En su estadio inicial, para su diagnóstico clínico, requiere de un alto nivel de sospecha. Debido a las características de su crecimiento infiltrante, es difícil precisar clínicamente la extensión del tumor, por lo que posee un elevado porcentaje de recurrencia, debiendo someterse al paciente a múltiples resecciones radicales. En atención primaria, debemos estar atentos a este tipo de lesiones que aunque poco frecuentes si son peligrosas, en atención primaria nuestro deber es tener el diagnóstico concreto y no dejar pasarlo pasar, como ocurrió en este caso que los cirujanos no pidieron BAG en la primera intervención porque creyeron que era un lipoma. Y una vez diagnosticada e intervenida estar atentos con revisiones porque como ya hemos dicho es un tumor que recurre mucho.

A-736

LAS CARACTERÍSTICAS INDETERMINADAS DE UN ACV

A Rubio Ramos, L Barba Recio, JM Krivocheya Montero, V Alarcón Nieto, J Arjona Soriano, FH Castaño García

Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: ACV, aterotrombótico, tromboembólico

Historia clínica

Paciente mujer de 62 años de edad con AP de HTA, DM tipo 2, hipercolesterolemia, ex fumadora, insuficiencia mitral, fibrilación auricular crónica, broncopatía crónica e hipotiroidismo primario acude al SUHC por cuadro brusco de pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo, previamente desde hace meses con dificultad a la marcha y disartria. EXPLORACIONES FÍSICAS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 130/78, SatO2 99% DTT 180 mg/dl, eupneica Exploración neurológica: Consciente y orientada, funciones corticales normales. Disártrica, paresia facial central izquierda, fuerza en MSI 3/5 MII 3/5, hipoestesia dudosa siguiendo la misma topografía. ACR: Tonos arrítmicos, sin soplos, buen MVC sin ruidos patológicos Abdomen blando, no doloroso, peristaltismo conservado. Cicatriz de laparotomía No edemas ni signos de TVP, pulsos pedios conservados Analítica Bioquímica: Glucemia 202, sodio 134, resto de parámetros normales Hemograma: Normal Coagulación: Normal Rx tórax: Silueta cardiaca sin cardiomegalia, ligero refuerzo de trama vascular, no derrame. ECG: FA con RVC sin trastornos de la repolarización TAC craneal: Leucoencefalopatía isquémica crónica, isquemias lacunares crónicas bilaterales, no imágenes isquémicas agudas. DIAGNÓSTICO: Ictus en territorio subcortical de la arteria cerebral media derecha confirmado en posterior RMN. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Síncope, vértigo periférico, hipoglucemia, estado confusional y delirio, migraña, esclerosis múltiple, tumores cerebrales, parálisis de Bell, abscesos cerebrales y las neuropatías. EVOLUCIÓN: La paciente es ingresada en planta a cargo del Servicio de Neurología. En primer se realiza la RMN con el diagnóstico anteriormente referido. No se produce transformación hemorrágica del ictus. Se cambia tratamiento de Xarelto a Sintrom y recibe rehabilitación. Ha existido una recuperación funcional pobre, persistiendo al alta una hemiparesia severa al alta (MSI proximal 2/5, distal 0/5, MII proximal 2/5, distal 0/5). Imposibilidad para el ortostatismo o deambulación autónoma, consigue sedestación autónoma.

Conclusiones:

El 90% de los ictus isquémicos son de origen aterotrombótico y un 10% son tromboembólico. La peculiaridad de este caso es que el origen, por sus características parece ser tromboembólico, pero al tener la mujer numerosos factores de riesgo cardiovascular que produzcan arterioesclerosis, no se descarta que pueda ser de origen aterotrombótico, por lo que se cataloga como de características indeterminadas.

CASOS CLÍNICOS

P-737

CÓLICO RENAL COMPLICADO

AC Cabistany Esque (1), B Casado Ramón (1), MR Martínez Herráez (1), MR Munuera Barahona (1), MA Javierre Lóris (1), J Martínez Medel (2)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet, (2) Hospital Reina Sofía Tudela. Zaragoza.

Palabras claves: cólico, infarto, arteriografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Presentamos el caso clínico de un paciente con dolor abdominal sugestivo de cólico renal refractario al tratamiento. Se trata de un varón de 47 años hipertenso y dislipémico mal controlado, con dolor en vacío izquierdo de inicio brusco y carácter cólico, irradiado a genitales, de 2 días de evolución, acompañado de vómitos y sudoración. Se realizan como pruebas complementarias: analíticas sanguínea y de orina, radiografías de tórax y abdomen y ecografía abdominal, siendo todas ellas inespecíficas. Ante la persistencia del dolor a pesar del tratamiento, se solicita Tomografía Axial Computarizada (TAC) donde se describen imágenes que sugieren infartos renales agudos segmentarios bilaterales. Dados estos hallazgos se decide realizar arteriografía diagnóstica-terapéutica. En ella se objetiva un infarto periférico en el riñón izquierdo con afectación de 1/6 de toda la superficie renal, siendo descartada la fibrinólisis como tratamiento. Se inicia tratamiento con anticoagulación y se ingresa en Nefrología, es dado de alta a la semana y derivado a consultas externas para revisiones y control de los factores de riesgo cardiovascular.

Conclusiones:

El infarto renal es una entidad que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en vacío o en el dolor lumbar cólico, tras descartar causas más frecuentes como son el cólico renal y la patología inflamatorio-infecciosa, sobre todo en pacientes con patología cardiovascular, ya que la causa más frecuente es la embolígena. Es una patología con alta variabilidad clínica, por lo que está infradiagnosticada, que se debe a una oclusión de la arteria renal principal o alguna de sus ramas, dando lugar a una sintomatología inespecífica y solapable a otros procesos más frecuentes, lo que implica un retraso en su diagnóstico y en su tratamiento. Las pruebas de imagen más concluyentes son la TAC con contraste o la ECO-Doppler, pero el diagnóstico de certeza es por angiografía. Su tratamiento generalmente es conservador con anticoagulación. En conclusión, creemos que es importante conocer el infarto renal para descartarlo ante todo paciente con factores de riesgo para tromboembolismo que presente dolor lumbar o en vacío, como es nuestro caso con la hipertensión arterial y dislipemia, factores de riesgo cardiovascular con gran prevalencia en la población general actual.

A-738

HAMARTOMA BILIAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

A Rubio Ramos, JM Krivocheya Montero, MM Pardo Rodríguez, A Mohamed Amar, AM Matas Cobos, RJ Martín-Vivaldi Jiménez
Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: síndrome coledociano, hamartoma, enfermedad de Caroli

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente varón de 50 años acude al SUHC por presentar cuadro de dolor abdominal, astenia, anorexia, fiebre, ictericia cutaneomucosa y orinas coluricas con heces acólicas. ANTECEDENTES PERSONALES: NAMC, no AP de interés, no IQ, fumador de 20 cigarrillos diarios. EXPLORACIÓN FÍSICA TA 100/65, febril, frecuencia cardiaca normal, eupneico Ictericia a nivel de piel y mucosas Neurológico: Lúcido, ubicado en tiempo y espacio ACR. Rítmico, MVC sin ruidos patológicos Abdomen doloroso en región epigástrica, con ruidos intestinales ligeramente aumentados. No signos de irritación peritoneal ni timpanismo a la exploración No edemas ni signos de TVP. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica general: Bioquímica: Glucosa 141, insuficiencia renal prerrenal, sodio 130, bilirrubina 6,2 y directa 3,9, elevación de enzimas de colestasis, PCR mayor de 20. Hemograma: A destacar plaquetopenia importante: 44.000. Coagulación: normal. Orina: 500 leucocitos en sistemático con abundantes gérmenes en sedimento. TAC: Hígado aumentado de tamaño con múltiples lesiones hipodensas de ocupantes de espacio en parénquima hepático localizada en ambos lóbulos, la mayor de 2,6 cm de diámetro. Vesícula de pared fina sin colelitiasis. Vía biliar intra y extrahepática sin alteraciones. EVOLUCIÓN: Se ingresa al paciente a cargo de digestivo. Se realiza colangio RMN en el que se observan las mismas imágenes descritas anteriormente y litiasis vesicular. Los hemocultivos y serología de *Echinococcus*, VIH, VHC y VHB son negativas. Autoinmunidad hepática negativa. En planta evoluciona de forma lenta, pero favorable desapareciendo progresivamente la ictericia y la coluria, con cuatro días antes del alta sin presentar fiebre y estando totalmente asintomático. Por las características del cuadro se cataloga como una Enfermedad de Caroli. El paciente, sin embargo, ingresa numerosas veces por el mismo cuadro descrito, por lo que se decide finalmente el traslado del paciente para realización de biopsia hepática, obteniéndose en la anatomía patología el diagnóstico de hamartomas biliares. DIAGNÓSTICO: Síndrome coledociano por hamartomas biliares. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Se debe plantear con las tumoraciones biliares, principal con quiste peribiliar y enfermedad de Caroli.

Conclusiones:

El hamartoma biliar es una entidad poco frecuente, que no suele producir alteraciones analíticas, en este caso si (siendo más raro), y, además, se confunde fácilmente con la enfermedad de Caroli, de la que fue diagnosticado en inicio al paciente.

CASOS CLÍNICOS

P-739

HERNIA DIAFRAGMÁTICA COMPLICADA CON PERFORACIÓN A CAVIDAD TORÁCICA

P Bustamante Marcos, C Peña Busto, I Peñalba de la Fuente,
N Vicario Jiménez, S de Andrés Loste, CC Ferreras Palau

Hospital de los Santos Reyes. Valladolid.

Palabras claves: hernia diafragmática, sepsis, hemo-neumotórax

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 55 años sin alergias medicamentosas, obesa, hipertensa, con anemia hemolítica autoinmune, hipercolesterolemia e hipotiroidismo. Intervenida de colecistectomía y esplenectomía. En tratamiento con pravastatina 20 mg, levotiroxina 100 mcg y enalapril-hidroclorotiazida 20/12,5 mg. Es remitida desde radiología donde espera para realización de TAC toracoabdominal. Se solicita valoración por fiebre y malestar. Refiere atención en urgencias hace 5 días por dolor torácico, sospechándose hernia diafragmática y remitiéndose a consulta de digestivo, que ha solicitado TAC. Presenta gran dolor en hipocondrio izquierdo, fiebre de 38°C y gran malestar general. EXPLORACIÓN FÍSICA: Tensión arterial: 112/69 mmHg, 110lpm, 30 rpm, 37,9°C, saturación O₂: 82% y 110 kg. Consciente. Obesidad mórbida. Normocoloreada. Taquipneica. Disnea a mínimos esfuerzos y en decúbito. Tórax: dolor al palpar arcos costales inferiores izdos y con inspiración profunda. ACP: rítmica, disminución MV en hemitórax izdo. Abdomen: doloroso intenso en hipocondrio izquierdo, no petitonismo. Extremidades: edemas con fovea. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Radiografía de tórax: Neumotórax, derrame pleural y múltiples niveles hidroaéreos. ECG: taquicardia sinusal. Analítica: 30.300 leucocitos (81%neutrofilos). Creatinina 3,15 mg/dl, urea 136 mg/dl, glucemia 136mg/dl, PCR: 619 mg/L, Dímero D: 3,33 mcg/ml. Gasometría arterial: pH: 7.38, pO₂ 49 mmHg, pCO₂ 34 mmHg, Saturación O₂. 82,7%. Hemocultivos. TAC toracoabdominal: severo hidroneumotórax izquierdo, secundario a hernia gástrica diafragmática izquierda complicada (estrangulada y perforada). Colapso pulmonar completo. No colecciones mediastínicas. DIAGNÓSTICO: Perforación gástrica. Hernia diafragmática estrangulada. Hidroneumotórax. Sepsis grave. Insuficiencia renal aguda. Insuficiencia respiratoria global. TRATAMIENTO: Oxígeno con mascarilla reservorio 100%. Dos vías periféricas. Sondaje urinario. Monitorización ECG y TA, Paracetamol 1 g iv, amoxicilina-clavulánico 2 g iv. EVOLUCIÓN: Se traslada al hospital de referencia para intervención quirúrgica urgente e ingreso en unidad de cuidados intensivos. Se realiza gastrectomía parcial, yeyunostomía y drenaje torácico. Posteriormente es trasladada a cirugía torácica para limpieza quirúrgica del tórax. Tras dos meses de ingreso se da alta, pendiente de reconstrucción gástrica.

Conclusiones:

La hernia paraesofágica es un pequeño porcentaje de las hernias de la unión gastroesofágica. Presentan la unión esofagogástrica intraabdominal y un defecto herniario lateral al hiato esofágico. Suelen ser asintomáticas y hallazgos incidentales. Pueden presentar molestias pulmonares y abdominales inespecíficas, siendo raro que debuten con una complicación, como obstrucción intestinal, isquemia o perforación. Si desarrollan complicaciones constituyen verdaderas emergencias quirúrgicas. Alcanzando una mortalidad del 25%.

CASOS CLÍNICOS

A-740

COMPLICACIONES DE BOCA SÉPTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

MB Molto García, AL Mora Gómez, RM Martín Vélez,
IM Fernández Guerrero, J Roca Guiseris

Hospital Universitario de Granada. Granada.

Palabras claves: mediastinitis, neck tumor, retropharyngeal abscess

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Anamnesis: Paciente de 54 años, con Antecedentes personales de esquizofrenia, neumotórax de repetición, ex-enolismo y fumador. Acude por cuadro de 3-4 días de evolución por disfagia, odinofagia y sensación distérmica no termometrada. No disnea, ni dolor torácico. No había realizado tratamiento. Exploración: Afebril, TA 121/87, FC 110, SO₂ 96%, voz gangosa, no trismus, no deformidad ni crepitación en zona cervical donde se palpa masa de 4x4 cm en zona lateral del cuello con fluctuación. Orofaringe: asimetría de pilares sin desplazamiento úvula, boca séptica con pérdida de varias piezas dentarias y con caries. Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica normal, coagulación con fibrinógeno 910 mg/dl. - Rx de tórax: disección aérea en espacio prevertebral, prefaringeo y lateral, no ensanchamiento mediastínico. - TC cervicotorácico proceso infeccioso difuso cervical enfisematoso, con múltiples abscesos de pequeño tamaño y signos sugerentes de mediastinitis incipiente. Juicio clínico: Mediastinitis. Evolución y Tratamiento: El paciente ingreso a cargo de Otorrino, procediéndose a drenaje de absceso y tratamiento antibioticoterápico de amplio espectro. Evolución tórpida siendo revaluado por cirugía torácica y maxilofacial al pensar en posible origen dentario dada la boca séptica del paciente. Resultado microbiológico de cultivo positivo a *Streptococcus anginosus*.

Conclusiones:

En urgencias hay saber que un motivo de consulta en principio banal, como es odinofagia, puede derivar de un proceso grave como es una mediastinitis. Si se encuentra en la exploración una tumoración cervical fluctuante hay realizar una Rx de tórax para descartar patología a dicho nivel: el hallazgo radiológico de disección aérea en espacios prevertebral y prefaringeo nos hizo sospechar una mediastinitis. La etiología fue un *Streptococcus anginosus*, que forma parte de la flora normal de la boca y es conocido como un importante patógeno en abscesos profundos cervicales, de hecho una causa reconocida de mediastinitis son las infecciones odontógenas (recordemos que nuestro paciente presentaba varias piezas dentales en mal estado). El tratamiento es una combinación de desbridamiento agresivo y antibiótica: penicilina o ampicilina asociado a metronidazol si hay sospecha de coinfección por anaerobios. Reconocer la posibilidad en urgencias de esta complicación (y sus manifestaciones radiológicas) puede influir en el pronóstico de esta agresiva enfermedad.

A-741

USO DE LA CAPNOGRAFÍA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

S Sánchez Martínez, E Pérez García, M Sánchez Moreno, J Toral Marín, E Montero Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras claves: capnography, cardiopulmonary resuscitation, survival

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: La capnografía es la monitorización no invasiva que mide el dióxido de carbono (CO₂) exhalado por el paciente y por tanto monitoriza la ventilación del mismo. El European Resuscitation Council desde 2005 recomienda su uso sistemático durante la parada cardiorrespiratoria para verificar la intubación correcta y como indicador seguro y efectivo del gasto cardíaco durante la reanimación cardiopulmonar, sugiriendo que el valor máximo de CO₂ en cada exhalación se podría comportar como un indicador precoz de la recuperación de circulación y tener valor pronóstico sobre la capacidad de recuperación. **OBJETIVO:** Comprobar la utilidad de la capnografía en la parada cardiorrespiratoria. **PACIENTE:** Varón de 83 años pluripatológico que ingresa por cuadro febril de 38°C, temblores generalizados y vómitos de contenido mucoso y hemático. A su llegada presenta desconexión del medio, mala perfusión periférica, bradicardia extrema y pausas de apnea siendo trasladado a la sala de paradas donde se procede a intubación orotraqueal con salida a través del tubo de abundante contenido hemático. A los pocos minutos se registra asistolia iniciándose maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada. El paciente es conectado a ventilación mecánica, pulsioxímetro, capnógrafo y monitor cardíaco. En el registro se observó una saturación de oxígeno del 99%, una concentración de CO₂ de 14 al inicio de la reanimación, 33 durante la compresiones torácicas y de 8 descendiendo progresivamente al cesar la reanimación. En cuanto a la monitorización cardíaca solo se registró asistolia. Tras cuarenta minutos de RCP el paciente fue éxitus. **RESULTADO:** En este caso se pudo comprobar mediante la capnografía la correcta colocación del tubo orotraqueal, la buena calidad de las compresiones torácicas y fue un indicador para el cese de la reanimación del paciente, tal y como se describe en el algoritmo "PQRST" de 2014.

Conclusiones:

La capnografía confirma eficazmente la posición del tubo endotraqueal, puede ser el primer signo de recuperación de la circulación espontánea y emplearse como indicador pronóstico en la RCP prolongada.

CASOS CLÍNICOS

A-742

NI LUDWIG NI LEMIERRE

R Sanz Lorente, V Delgado Sardina, G Sotres Fernández,
B Valero Tellería, L Fito Jordán, V Hontañón Antoñana,
MS Ruiz Grinspan

Hospital Universitario del Henares. Madrid.

Palabras claves: Ludwig, Lemierre, absceso

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 48 años. Fumador 6 cig/día. Parálisis facial periférica en infancia con ptosis residual. Acude a urgencias por tumefacción progresiva de región submandibular en últimas 48 horas tras inicial dolor odontógeno en molar inferior izquierdo con colección en ángulo mandibular. Trismus con apertura bucal limitada, odinofagia sin disnea, voz apagada sin alteración tonalidad, febrícula domiciliaria. TA 141/91 mmHg FC 100 lpm Tª 36,2°C SatO2 95%. CyC: Tumefacción eritematosa submentoniana bilateral y paraterocervical derecha sin crepitación. Trismus con orofaringe sin edema úvula ni alteraciones amigdalares. Drenaje purulento por Wharton derecho y molar mandibular izquierdo con gingivitis interna. Analítica: Leucocitos 15.240 (N 85.8%) PCR 340 Hb 14.9 Pla 221.000 INR 1.17 Glu 103 Cr 1.47 Na 136 K 4 CPK 965 LDH 179 GPT 64 GOT 60. Probable infección complicada de espacios profundos del cuello con leucocitosis e intensa elevación PCR, fallo renal prerrenal y rhabdmiolisis leve. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina-clavulánico y clindamicina (sospecha infección necrotizante por rhabdmiolisis y rápida instauración), corticoides sistémicos y sueroterapia intensiva. TC cervical con contraste: Absceso en suelo de boca (7,7x4,6cm) que afecta músculos milohioideo e hipogloso, glándulas submandibulares, extensión a espacio parafaríngeo derecho desplazando faringe e hipofaringe. Múltiples adenopatías submandibulares reactivas. Posible trombosis vena yugular interna derecha superior con nivel de bifurcación carotídea permeable. Ingresado en ORL realizan fibroscopia que descarta afectación laríngea ni glótica y tras 24 horas drenaje transcutáneo submentoniano obteniendo material purulento con cultivo positivo para Streptococo grupo milleri multisensible. Durante 10 días de hospitalización presenta drenaje espontáneo en cavidad oral sin precisar intervención quirúrgica. Al alta se mantiene tratamiento antibiótico pautado en urgencias hasta completar 3 semanas.

Conclusiones:

Consideramos angina de Ludwig cualquier infección bilateral de espacios sublingual y submandibular, sin embargo se restringe a celulitis sin afectación linfática ni formación de absceso. Debido a antibioterapia precoz no presenta progresión, fiebre persistente ni embolismo sépticos que definirían un síndrome de Lemierre. Nuestro caso muestra una infección por contigüidad en espacios profundos del cuello desde periodontitis mandibular izquierda con abscesificación progresiva (característico de infecciones por Streptococo grupo milleri) en espacios sublingual, submandibular y parafaríngeo derecho. Ni Ludwig ni Lemierre.

A-743

PARÁLISIS DE TODD

A Berlango Jiménez (1), M Berlango Navajas (2), A Benítez Laguna (1), MA García Vázquez (1), E Martínez Acebedo (1), JJ Roig García (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía, Córdoba, (2) Control de Calidad. Soil Association. Bristol. UK

Palabras claves: parálisis de Todd, crisis convulsiva, accidente vascular cerebral

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Las crisis epilépticas pueden simular un ictus, es la parálisis de Todd. Se trata de la aparición de un déficit focal en el período postcrítico. Suele resolverse de forma progresiva y relativamente rápida (3 a 72 horas). Las crisis muy rara vez son la manifestación inicial de un infarto cerebral, por lo tanto en el caso de una crisis epiléptica objetivada y la aparición posterior de un déficit focal, debemos sospechar en primer lugar el diagnóstico de un fenómeno de Todd. Se presenta el caso de un hombre de 21 años, con antecedentes de epilepsia de dos años de evolución en tratamiento actual con Levetiracetam. Consulta por haber presentado tres crisis convulsivas generalizadas, con pérdida de conciencia y relajación de esfínteres. Duración 3-4 minutos, recuperación con amnesia del episodio. Al recuperar la conciencia una hemiparesia 2/5 en extremidades derechas con hemianestesia derecha que cambia en línea media, en lo restante normal. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Hematimetría, glucosa, creatinina, iones, transaminasas, PCR CK, TSH, folato, Vit-B12, AC T. Pallidum negativo, VIH negativo. TAC, RMN craneal y EEG: normales. Valoración psiquiátrica informada como personalidad límite. Tratada su enfermedad de base con levetiracetam 1.000 mg cada 12 horas y ácido valproico 500 mg cada 8 horas, el paciente comienza a mejorar neurológicamente a las 48 horas, quedando asintomático a las 72 horas.

Conclusiones:

Se considera que la incidencia de parálisis de Todd es baja en adultos (algunos autores la elevan hasta el 13%). El diagnóstico es por exclusión y en relación a tres componentes clínicos principales: 1. Antecedente inmediato de crisis convulsiva generalizada. 2. Presencia de paresia, hemiparesia o hemiplejía, que no presentaba el paciente antes del episodio convulsivo. 3. Remisión de la clínica focal en 48-72 horas. Todo ello complementado con la ausencia de alteraciones estructurales en estudios de imagen y EEG normal. El tratamiento es el propio de la epilepsia y de las posibles complicaciones de la crisis convulsiva. Al ser una patología poco frecuente y poco conocida en los Servicios de Urgencias, la mayoría de los casos pueden pasar inadvertidos, relacionándolos con enfermedad vascular cerebral. Esto de importantes consecuencias por las posibilidades de aplicar terapia fibrinolítica no indicada.

CASOS CLÍNICOS

A-744

FIEBRE Y DOLOR EN FLANCO DERECHO EN UNA MUJER DE 81 AÑOS

V Vílchez Aparicio, C Carrasco Vidoz, C Bibiano Guillén
Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: dolor abdominal, TAC abdominal, tuberculosis extrapulmonar

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

El dolor es el primer motivo de consulta en urgencias y la localización abdominal la más frecuente. Los ancianos constituyen un grupo de especial atención, ya que pueden no presentar las características habituales. Mujer de 81 años con HTA y dislipemia, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y fibrilación auricular. Acude a urgencias por fiebre de 48 horas de evolución y dolor en flanco derecho continuo. En la exploración física destaca el dolor abdominal en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, sin datos de irritación peritoneal y la puño percusión renal derecha positiva. Las pruebas complementarias mostraron: leucocitosis de 15.100/mm³ (N: 76,8%), hemoglobina 10,9 g/dl (VCM 73 fL), actividad de protrombina 18 % (INR 3,86), fibrinógeno 627, resto normal. Analítica de orina: pH 6, densidad 1015 g/L, proteínas 50 mg/dl. Nitritos negativos. Leucocitos 250 cel/μL, hematíes 60 cel/μL. Sedimento urinario: 30-50 leucocitos/campo, bacteriuria. Rx de tórax: cardiomegalia. Tractos pleuroapicales bilaterales de aspecto residual. Rx de abdomen simple: sin alteraciones significativas. La paciente es diagnosticada de infección urinaria y dada de alta con amoxicilina clavulánico. Diez días después vuelve a acudir a urgencias, por persistencia de febrícula, dolor en flanco derecho y malestar general. En las pruebas complementarias: leucocitosis 14.800/mm³, Hemoglobina 10.2 g/dl, plaquetas 48.9000/mm³, actividad de protrombina 8.7% (INR 8.17), fibrinógeno 951 mg/dl, resto normal. Analítica de orina: pH 5.5, densidad 1015, proteínas 50 mg/dl, leucocitos 250 cel/μL, hematíes 150 cel/μL. Sedimento urinario: 50-100 leucos/campo, 5-10 hematíes/campo. Hemocultivos y urocultivos: negativos. Se realiza un tac de abdomen apreciándose pielonefritis en riñón derecho atrófico con absceso perirrenal extenso derecho. Moderada dilatación ureteral derecha con realce mural. Engrosamiento mural en la cúpula vesical con algún punto de calcio. Se realiza punción drenaje del absceso perirrenal derecho y después nefrectomía derecha. Anatomía patológica: pielonefritis crónica granulomatosa caseificante de tipo tuberculoide con BAAR en la tinción de Ziehl.

Conclusiones:

La incidencia de tuberculosis alcanza su máximo en ancianos. El foco inicial de infección suele ser subpleural y pulmonar. Predominan los síntomas locales. Como hemos observado, el manejo de nuestra paciente en urgencias requería una prueba de imagen ya que presentaba datos de alarma, y fue decisiva para la orientación terapéutica.

P-745

ANTE UN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO, PIENSA UN POCO MÁS

P Boned Blas (1), T de Fernando Gros (1), E Aldea Molina (1), T Pardo Vintanel (1), N Ortega Jiménez (2), P Miranda Arto (1)
(1) Hospital Royo Villanova, (2) MAZ. Zaragoza

Palabras claves: meningitis, listeria, fever

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 75 años, antecedentes de poliomyelitis con secuela de pierna derecha flácida, hipertensión, diabetes y artritis reumatoide tratada con metotrexate mensual. Acude a Urgencias en ambulancia de 061 por caída al suelo sin pérdida de conocimiento con disartria, paresia facial y déficit motor de extremidades derechas, refiere unas horas antes crisis comicial con movimientos clónicos de miembro superior derecho de 3 minutos de duración. Además el paciente refiere cefalea frontal y fiebre de 2 semanas de evolución. A su llegada Tart 130/60, t°37.2. Consciente, orientado temporo-espacialmente, sudoroso. Exploración normal así como neurológicamente sin rigidez de nuca ni otros signos meníngeos, no focalidades motoras ni sensitivas, salvo la pierna flácida distal arrefléxica de MID secuelar a su poliomyelitis. Pruebas complementarias: Analítica sangre: 13.900 leucos (76%N) ECG: Ritmo sinusal a 80 lpm, bloqueo AV1°. TAC craneal: Línea media centrada con simetría ventricular. No LOES, signos de infarto agudo extenso ni sangrado intracraneal. LCR: Bioquímica: Glu 62 (plamática 176), prot totales 87, hematíes 1000, leucos 17, polinucleares 9, mononucleares 91. Cultivo negativo. DNA por PCR de VHS negativo. Inicialmente se ingresa el paciente en Neurología y por la persistencia de fiebre pasa a Medicina Interna. Por persistencia en las primeras 72 horas del ingreso de febrícula y crisis comiciales generalizadas con paresia de Todt en numero de 4, se decidió tratarlo, a la espera de resultados con aciclovir, ampicilina, gentamicina y levotiracetam. Rápidamente desapareció la fiebre y las crisis convulsivas. Además, se suspende el tratamiento con metotrexate. Tras negatividad de VHS en LCR se suspende aciclovir, manteniéndose ampicilina 2 semanas por sospecha de listeriosis con afectación meníngea, a pesar de la ausencia de hallazgos microbiológicos. La evolución fue muy satisfactoria, desapareciendo la fiebre y las convulsiones y quedando asintomático.

Conclusiones:

Lyteria monocytogenes es causa poco común de enfermedad en población general, más frecuente en ancianos, embarazadas, neonatos e inmunocomprometidos como es nuestro caso. Diagnosticar meningitis por listeria es difícil, encontrándose negativos alrededor del 50% de LCR, ante una meningitis bacteriana con glucosa normal hay que pensar en LM. Siempre considerarla en el escenario clínico de meningitis en pacientes con inmunodepresión por esteroides. Su tratamiento de elección será ampicilina a dosis altas.

CASOS CLÍNICOS

A-746

DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE... COMO DEBUT DE
ENDOCARDITIS INFECCIOSA

MJ Marchena, JI Morgado García de Polavieja, M Castillo Paredes, MT Moraleda Salas, FJ Caro Fernández, A López Suarez

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Palabras claves: endocarditis infecciosa, dolor, infarto esplénico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 75 años, exfumador, diabético tipo II, con arteropatía y neuropatía diabética. Acude al servicio de urgencias por presentar los tres días previos dolor abdominal, fiebre y vómitos, con severa afectación del estado general. EXPLORACIÓN FÍSICA. Mal estado general, bien profundizado, aspecto deshidratado, obnubilado, desorientado, Tª 36,7°C, TA 74/41 mm Hg, 120 ppm, rítmicas. Abdomen: distendido, doloroso a la palpación de forma difusa, con defensa muscular. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, Hemograma y coagulación: destaca leucocitosis (17.000) con marcada desviación a la izquierda; Coagulación: normal; Bioquímica: destaca glucemia 212 mg/dl, urea 100 mg/dl, creatinina 1,26 mg/dl, lactato 7,4 mmol/L; TAC abdominal: infarto esplénico; Sistemático de orina: normal; Ecocardiografía transtorácica: verruga endocárdica en válvula mitral; Hemocultivos: *Staphylococcus aureus*. DIAGNÓSTICO: Endocarditis infecciosa sobre válvula mitral nativa, por estafilococo aureus con fenómeno embólico (infarto esplénico). TRATAMIENTO PRESCRITO Y EVOLUCIÓN. El paciente precisó tratamiento de soporte para la situación de shock séptico que presentaba, inicialmente planteado como origen urinario. Ante la refractariedad del cuadro clínico ingresó en UCI, donde se le realizó una ecocardiografía, que fue sugestiva del diagnóstico de endocarditis infecciosa sobre válvula mitral nativa, y posteriormente se aisló en 2/2 de los hemocultivos extraídos, estafilococo aureus, resistente sólo a clindamicina y eritromicina. La evolución fue mala, falleciendo el paciente en situación de shock séptico y fallo multiorgánico a los pocos días del ingreso en UCI. Trascendencia del caso en la práctica clínica diaria. La clínica inicial del paciente con dolor abdominal, vómitos y fiebre, ameritó la realización de una prueba de imagen abdominal, dada la situación de shock séptico. Al objetivarse un infarto esplénico, debe considerarse el diagnóstico de endocarditis infecciosa, especialmente en el contexto de un cuadro clínico sugestivo de sepsis.

Conclusiones:

La presentación de este paciente no es la típica de una endocarditis infecciosa, pero nos debe servir para pensar en la posibilidad de una endocarditis infecciosa siempre que nos enfrentemos ante un cuadro clínico de sepsis de origen no aclarado, más aún cuando el paciente presente alguna cardiopatía predisponente, por todo ello es útil, una vez más, disponer de ecocardiografía y personal cualificado en el área de urgencias.

P-747

ENFISEMA SUBCUTÁNEO

M Miranda García, R Chico Civera, C Neyra Pérez

Hospital Universitario de Torrejón. Madrid.

Palabras claves: enfisema subcutáneo, neumomediastino, tratamiento

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 24 años que acude a urgencias tras producirse una explosión en su domicilio. Refiere encontrarse en diferente habitación a la explosión, tirándose al suelo voluntariamente. Rotura de ventanas y puertas. No pérdida de conocimiento tras la misma. La paciente se levanta por su propio pie. A su llegada a urgencias paciente hemodinámicamente estable (TA 116/79), taquicárdica a 122 latidos por minuto y con saturación de oxígeno del 100%. Consciente, con Glasgow 15/15 y orientada en las tres esferas. Presenta herida incisa en cara anterior de cuello, con enfisema subcutáneo en cuello y cara. La auscultación cardiopulmonar es normal. Se realiza ECG que objetiva taquicardia sinusal sin alteraciones de la repolarización. En radiografía de tórax se objetiva línea de neumomediastino y en radiografía cervical se aprecia enfisema subcutáneo en toda la región cervical, que se extiende hasta base de la lengua. La paciente se mantiene en observación con oxigenoterapia, sueroterapia, analgesia convencional y anti-bioterapia empírica con amoxicilina-clavulánico. Se sutura herida incisa en región clavicular. La evolución es tórpida, presentado durante la noche sensación disneica en aumento, disfonía y disfagia. Se decide realizar TAC torácico en el que se ve enfisema subcutáneo en región cervical anterior que se extiende a pared torácica anterior derecha y a mediastino con afectación del mismo en toda su extensión. No se observan alteraciones pleuroparenquimatosas valorables. La paciente ingresa en UCI, se procede a realización tanto de fibrobroncoscopia como de esofagograma que descartan la presencia de discontinuidad tanto de vía aérea como esofágica. Tras esto la paciente evoluciona favorablemente por lo que a las 24 horas del ingreso en UCI baja a planta. Durante su estancia en planta la paciente se mantiene hemodinámicamente, sin disnea y afebril, con dolor bien controlado. A la exploración destaca importante disminución del enfisema subcutáneo siendo casi en el momento del alta inapreciable.

Conclusiones:

El enfisema subcutáneo es una complicación conocida tras traumatismos faciales y torácicos. Como prueba diagnóstica inicial se usa la radiografía simple. Está indicado el ingreso de los pacientes para observación y una rápida actuación en caso de complicaciones potencialmente graves.

CASOS CLÍNICOS

P-748

SÍNCOPES DE REPETICIÓN DE 1 SEMANA DE EVOLUCIÓN

I Moreno Montero, M Sánchez Ruiz, CA Moreno Caycedo, A Sánchez Valencia, J Paz Galiana, MM Cillero Rodríguez
Hospital General de Tomelloso. Córdoba.

Palabras claves: síncope, embolia pulmonar, hipertensión

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Antecedentes personales-motivo de consulta: Varón de 85 años. Antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia. Taquicardias supraventriculares. Síndrome depresivo. Deterioro cognitivo moderado-grave GSD4 de probable origen degenerativo. Hipoacusia. Fractura de humero derecho no desplazada hace dos semanas Tratamiento habitual: Enalapril, Trangorex, Tromalyt, Exelon y Citalopram. Consulta por presentar desde hace una semana episodios repetidos de pérdida de consciencia de segundos de duración con el ortostatismo precedidos de sensación de mareo, visión borrosa así como palidez y diaforesis, con recuperación. No asocia disnea, no dolor torácico, no cefalea ni fiebre. Exploración Física: tensión arterial 126/71 mmHg, Frecuencia cardiaca 64 latidos por minuto, saturación de oxígeno al 96% a su llegada. Aceptable estado general, con auscultación cardiaca rítmica sin soplos y auscultación pulmonar con aceptable ventilación bilateral. Exploración abdominal anodina, sin focalidad neurológica y extremidades sin hallazgos valorables. Pruebas complementarias: Analítica: hemograma, bioquímica y Coagulación en Urgencias dentro de la normalidad. Rx tórax: cardiomegalia, signos de redistribución vascular, elongación aórtica, no ocupación de los senos costodiafragmáticos, no otros hallazgos. ECG: ritmo sinusal a 58 lpm, Extrasístoles ventriculares aisladas. Pr normal, QRS estrecho, sin alteraciones agudas del ST. No otros hallazgos. TAC craneal: sin alteraciones significativas tomo densitométricas sugestivas de infarto o hemorragia, cambios propios de la edad. Diagnóstico diferencial: síncope cardiaco, neuromediado, ortostatismo, infarto, Tromboembolismo...

Conclusiones:

El paciente ingresa en el área de Observación de Urgencias, donde tiene tendencia a la hipotensión, la somnolencia, la disnea y se repiten varios síncope, se realizan nuevas pruebas complementarias que nos llevan hasta el diagnóstico de Tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral. Se realizan nuevas pruebas complementarias para descartar nuevas causas de síncope. La presentación del caso no es la típica para el TEP, de manera que no ha sido fácil el diagnóstico. La causa neumológica fue descartada a priori. Se intentó buscar otras causas de síncope, lo que retrasó el diagnóstico y el tratamiento. Siempre que un caso clínico no se pueda explicar claramente, debemos dejarlo en Observación y replantearnos el diagnóstico porque un alta mal dada, puede provocar la muerte del paciente en su domicilio.

P-749

INFESTACIÓN RESPIRATORIA POR CLOGMIA ALBIPUNCTADA: UNA NUEVA REALIDAD ETIO-PATOLÓGICA EN MEDICINA

E Bedeschi Bedeschi, A Delgado Campos, J Aguirre, F Díaz Muiño, C París García, A García Jiménez
Ferrol. La Coruña.

Palabras claves: infestación, intubación, distrés respiratorio

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica:

Varón de 38 años que desde hace 2 semanas presentaba dolor en costado drcho. Clínicamente presentaba tos no productiva y disnea. Con dolor inspiratorio en hemitórax derecho. Tensión arterial: 90/50 con frecuencia cardiaca 120/m y frecuencia respiratoria de 25/m. Temperatura 39.5°C. Exploración física: Consciente, orientado, taquipneico. Palidez cutánea. Tonos cardiacos rítmicos. Crepitantes en hemitórax derecho sin ventilación en la mitad inferior de hemitórax izquierdo Abdomen blando y depresible sin visceromegalia. Pruebas complementarias: Bioquímica: Glucosa 104 mg/dL Urea 43 mg/dL Creatinina 0.57 mg/dL. Sodio 135 mEq/L Potasio 4.6 mEq/L. PCR 386.8. Hemograma: Leucocitos 26.450 10³/μL, Hematíes 3.950 10⁶/μL, Hemoglobina 10.3 g/dL, Hematocrito 31.4 %, VCM 79.5 fL, Neutrófilos 89.5 %, Linfocitos 3.3 %, Monocitos 7.1 %, Eosinófilos 0.0 %, Basófilos 0.1. Coagulación: TP 16.3 seg, INR 1.50, TPTA 27.2 seg. E.K.G.: taquicardia sinusal (120/m), sin alteraciones isquémicas agudas. Rx física: opacificación subtotal de hemitórax izquierdo y borde superior convexo con borramiento del hemidiafragma y ligero desplazamiento del mediastino contralateral, compatible con masa pleuropulmonar. Gasometría pH 7.046 PCO2 76.1 mmHg PO2 59.8 mmHg HCO3a 19.9 mmol/L tCO2 22.2 mmol/L O2sat 74 % EB (v) -9.2 mmol/L Tratamiento: presentando un Apache score de 29, el paciente precisó intubación, ventilación mecánica y apoyo hemodinámico. El paciente evolucionó rápidamente a fracaso multiorganico con distrés respiratorio refractario a Oxígeno 100%, a PEEP y a maniobras de reclutamiento, acidosis mixta y finalmente exitus por shock séptico. Al momento de la intubación, tenía secreciones muy purulentas y fétidas, y además, salieron de la vía aérea (del tubo endotraqueal) pequeños insectos como moscas, siendo capturada una y enviada a analizar. El resultado del parásitológico fue el siguiente: Espécimen identificado como hembra adulta de *Clogmia albipunctada*, díptero de la familia *Psychodidae*.

Conclusiones:

Se trata del primer caso humano conocido y documentado de infestación respiratoria por *Clogmia albipunctada*. En literatura, son reportados casos de infestación urinaria por *Clogmia albipunctada* en el ser humano (1), casos de infestación respiratoria humana por otros tipos de insectos (2) y casos de infestación respiratoria por *Clogmia albipunctada* en animales (3), pero ningún caso de infestación respiratoria humana por *Clogmia albipunctada*.

CASOS CLÍNICOS

A-750

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ DE INSTAURACIÓN ATÍPICA

A Nieto Rodríguez, S Flores Quesada, A San José Castany,
A Palau Vendrell, OJ Troiano Ungerer, S Larrondo Pamies
Hospital Sant Pau i Santa Tecla (Tarragona).

Palabras claves: autoimmune disorder, demyelinating, hypesthesia

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Mujer de 33 años que consulta por malestar general asociado a hipoestesia de manos, pies y lengua con pérdida de la sensación frío-calor de 48 horas de evolución. Antecedentes de asma. La clínica comienza 4 días antes con fiebre alta y escalofríos. A las 48 horas es diagnosticada de infección de orina, iniciando ciprofloxacino y metazolol. 24 horas después consulta por aparición de dolores óseos y parestesias en manos y pies, orientada como virasis se retira el antibiótico. Es 24 horas más tarde cuando acude a nuestro servicio por empeoramiento de la clínica. La exploración física es normal. En la analítica sólo destaca GOT = 55. GPT = 80. PCR = 40,5. A las pocas horas, aparece hiporreflexia generalizada con hipoestesia en guante, calcetín y lengua. Mantiene la fuerza en cuatro extremidades. La punción lumbar fue normal. Nos planteamos como diagnóstico diferencial: toxicidad por quinolonas, brote desmielinizante, sd. Guillain-Barré (SGB), proceso inmunológico agudo... 12 horas después presenta inestabilidad a la marcha. La RNM urgente informa de alta sospecha de (SGB). Ingresa en UCI e inician tratamiento con gammaglobulinas. 24 horas después precisa intubación y se obtiene serología positiva para citomegalovirus (CMV). Ante la escasa respuesta al tratamiento y empeoramiento progresivo se decide traslado a centro de referencia para plasmáferesis. Diagnóstico final: síndrome de Guillain-Barré secundario a infección por CMV.

Conclusiones:

La polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda o (SGB) es un trastorno autoinmune mediado por linfocitos T autorreactivos y anticuerpos dirigidos contra antígenos del nervio, que produce una desmielinización de nervios periféricos, autolimitada y desencadenada generalmente por un proceso infeccioso. Se caracteriza por la presencia de parálisis flácida con arreflexia, trastorno sensorial variable y elevación de las proteínas en LCR. El trastorno motor se inicia en extremidades inferiores y progresa de forma ascendente pudiendo llegar a afectar la musculatura respiratoria. Incidencia 0.4-2.4 por 100.000 habitantes/año. Más frecuente en hombres entre 50 y 80 años. 2/3 de pacientes padecen una o dos semanas antes una infección respiratoria o intestinal, siendo el germen más frecuente *Campylobacter jejuni*, y representando el CMV un 10-22%. Dos opciones de tratamiento con inmunoglobulinas o plasmáferesis. Mortalidad del 5-10%. Nos ha parecido un caso muy interesante por tratarse de una enfermedad potencialmente mortal con síntomas y signos que se pueden confundir con otras afecciones neurológicas. Un diagnóstico precoz con rápida instauración del tratamiento y medidas específicas hace que aumente la supervivencia.

P-751

ANISAKIASIS COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M^{ra} L Morales Cevidanes, M Jiménez Parras,
E Caro Vázquez, V Morell Jiménez, A Varo Porras,
E Rosell Vergara

Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: dolor abdominal, obstrucción intestinal, anisakis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: La anisakiasis es una zoonosis causada por *Anisakis simplex*, que se suele transmitir al ingerir pescado crudo o poco cocinado contaminado por larvas del parásito. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 48 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias por epigastralgia irradiada al resto del abdomen, de 48h de evolución, vómitos y ausencia de deposiciones. Refería cuadro similar en semanas previas. A la exploración destacaba abdomen distendido, doloroso a la palpación con disminución de los ruidos intestinales. En la analítica de urgencias se objetivó leucocitosis de 16.300 con 81% de neutrófilos. En la radiografía de abdomen se apreciaba dilatación gástrica y de asas de intestino delgado. La ecografía abdominal evidenció en fosa iliaca derecha, una imagen "en diana", sugerente de invaginación intestinal. La TAC abdominopélvica confirmó la dilatación gástrica y de asas de delgado, engrosamiento del íleon y mínima cantidad de líquido perihepático. Se interrogó más exhaustivamente a la paciente, refiriendo ingesta de boquerones crudos en vinagre en días previos. Desde el Servicio de Urgencias se inició tratamiento conservador con sonda nasogástrica, dieta absoluta, sueroterapia y gastroprotectores, ingresándose en Cirugía Digestiva con sospecha de obstrucción intestinal de probable etiología infecciosa. Durante su hospitalización se determinaron niveles de IgE total y de IgE específica para anisakis, que confirmaron la parasitación. Al 4º día del ingreso inició tolerancia oral, con evolución favorable, siendo dada de alta al 6º día del ingreso.

Conclusiones:

El diagnóstico de anisakiasis exige un alto índice de sospecha por parte del médico, que será de certeza cuando se visualicen las larvas del parásito por técnicas endoscópicas o en la pieza operatoria. No obstante, el antecedente de ingesta de pescado crudo o poco cocinado, los hallazgos clínicos y radiológicos, así como los exámenes inmunológicos, permiten establecer un diagnóstico de presunción. La mayoría de los pacientes sólo precisan tratamiento sintomático, evolucionando favorablemente con el mismo. Una historia clínica minuciosa en urgencias, haciendo hincapié en la posible ingesta de pescado crudo, permitió en nuestro caso realizar el diagnóstico de sospecha y evitar una cirugía, que en ese momento hubiera complicado la evolución del paciente.

CASOS CLÍNICOS

P-752

COJERA EN EL NIÑO, A PROPÓSITO DE UN CASO

M Sánchez Ruiz (1), I Moreno Montero (1),
RC Muñoz López (2), AM Blanco Parreño (1),
A Sánchez Valencia (1), J Paz Galiana (1),
CA Moreno Caycedo (1)

(1) Hospital General Tomelloso (Ciudad Real),
(2) Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Palabras claves: niño, fractura del fémur, fracturas de cadera

Ámbito del caso:

Hospitalaria - Comarcal

Historia clínica

Niña de 8 años de edad con antecedentes de Síndrome de Down. Sin intervenciones quirúrgicas ni tratamiento médico habitual. Consulta en tres ocasiones a Urgencias desde hace una semana por episodios repetidos de coxalgia derecha con claudicación de dicho miembro. Afebril. No asocia clínica catarral. No refiere traumatismo. Temperatura 35,5°C. Buen estado general. A la exploración física dolor inguinal derecho con rotación de cadera, focaliza en cara anterior de muslo y rodilla. Tolerancia deambuladora aunque con cojera. - Laboratorio: Hemograma y coagulación normales. PCR y VSG normales. - Rx miembro inferior derecho: Sin lesiones óseas agudas - Ecografía de caderas: Pequeña cantidad de líquido a nivel de cadera derecha sin aumento de la vascularización por proceso inflamatorio, probable sinovitis transitoria. La paciente es diagnosticada de probable sinovitis transitoria de cadera. A la semana, en la radiografía control de miembro inferior derecho se objetiva fractura no desplazada de cuello femoral, se decide tratamiento conservador. Reconsulta en urgencias por dolor e impotencia funcional en miembro inferior tras caída fortuita y se diagnostica de fractura de cuello femoral desplazada por lo que ingresa para tratamiento quirúrgico definitivo.

Conclusiones:

La cojera es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría. Aunque las causas pueden ser de origen traumatológico, infeccioso, inflamatorio, reumático, neurológico o tumoral, las más frecuentes son: sinovitis transitoria, Enfermedad de Perthes, epifisiolisis o artritis infecciosa. Una anamnesis y exploración física cuidadosas, junto con el uso de radiografías, orientan el diagnóstico en la mayor parte de los casos. Las fracturas de cadera son raras en los niños y suelen ser secundarias a traumatismos de alta energía. En 1963, Devas describe por primera vez, una fractura por estrés de cuello femoral en un niño. Estas fracturas tienden a desplazarse por lo que requieren fijación quirúrgica inmediata. Las fracturas por estrés son menos frecuentes que las postraumáticas lo que puede hacer que lo pasemos por alto en un principio. Este caso pone de manifiesto la importancia de una valoración clínica detallada y la interpretación de las radiografías en niños, ya que al revisar radiografías iniciales, se insinúa una fractura incompleta de cuello femoral.

A-753

MENINGITIS POR *RICKETTSIA CORONII*. DOCTOR, ¿DONDE SE ESCONDIÓ LA GARRAPATA?

RA Serrano Benavente, A Pérez Ruiz, MC Pérez Hueto
Hospital Comarcal de la Axarquía, Málaga.

Palabras claves: *Rickettsia coronii*, fiebre botonosa mediterránea, meningitis aguda

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 21 años sin antecedentes médico-quirúrgicos, sin toma de medicamentos ni consumo de tóxicos que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por cefalea holocraneal y fiebre de 40°C en las últimas 48 horas. Náuseas y vómitos con cervicgia al flexionar el cuello asociada. Desde hace unas horas erupción cutánea generalizada no pruriginosa. Vive en ámbito rural y trabaja con ganado. Exploración física: TA:146/70, FC:66lpm, SAT02:98%, T°37,9. Regular estado general, consciente, bien hidratado y perfundido. Eupnéico. Exantema maculo-papuloso generalizado de predominio en tronco y espalda que no respeta plantas ni palmas. Leve rigidez al flexionar el cuello sin signos meníngeos claros, no adenopatías. Lesión costrosa en glúteo izq. Tórax: Tonos rítmicos a 66 lpm, murmullo vesicular conservado. Exploración neurológica normal. Abdomen normal. Pruebas complementarias: Analítica: 10730. Leucocitos (89% N,6%L), PCR140,2 resto normal incluida orina, perfil hepático. ECG, Rx física, Tac craneal y RMN craneal normal. Hemocultivo negativo. LCR: 1100leucocitos (87%N, 13%M), 81glucosa, 51proteínas, no gérmenes. Serología *Rickettsia coronii* positivo. Juicio clínico: Meningitis por fiebre botonosa mediterránea. Evolución: A su ingreso se inició tratamiento empírico con ceftriaxona y doxiciclina con buena evolución clínica, diplopia transitoria autolimitada los primeros días. Siendo alta a los 10 días asintomático y afebril. Discusión: La fiebre botonosa mediterránea es una enfermedad infecciosa causada por *Rickettsia coronii* tiene un curso benigno, pero en un 10% de los casos presenta complicaciones graves. Suele producir cierto grado de bradipsiquia, cefalea y mialgias durante los primeros días de la enfermedad, y, con menor frecuencia, alteración del VIII par craneal, que cursa con vértigo e hipoacusia autolimitados. Sin embargo, las manifestaciones neurológicas mayores son muy infrecuentes. Nuestro caso sufrió una clínica aguda de meningitis que posteriormente mejoró por haber sido tratado precozmente con doxiciclina. El diagnóstico se fundamentó en la clínica, el entorno epidemiológico y la serología.

Conclusiones:

La presencia de signos neurológicos asociados a un proceso febril primario en un área endémica y en época estival obligan a tener presente a la fiebre botonosa en el diagnóstico diferencial. La demora en el diagnóstico y tratamiento, principalmente en pacientes con enfermedades crónicas, aumenta el riesgo de desarrollar formas clínicas graves con complicaciones sistémicas y neurológicas.

CASOS CLÍNICOS

A-754

SÍNDROME DE KOUNIS TRAS LA INGESTA DE PESCADO CRUDO

RA Serrano Benavente, A Pérez Ruiz, MC Pérez Huetto
Hospital Comarcal de la Axarquía, Málaga.

Palabras claves: anafilaxia, síndrome de Kounis, infarto de miocardio alérgico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 55 años, sin alergias conocidas ni antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Tras cenar atún crudo a los veinte minutos presenta síncope. A la llegada de los servicios de emergencias se encuentra hipotenso, mal perfundido, con eritema cutáneo difuso y edema facial, inician tratamiento con sueroterapia, dexclorfeniramina e hidrocortisona, siendo trasladado al servicio de urgencias hospitalarias. A su llegada comienza con dolor centrotorácico opresivo y diaforesis. Exploración física: TA: 70/40, FC:120 lpm, Sat O2:98%. Eritema generalizado. Edema facial. ACP: Ruidos rítmicos sin soplos. Murmullo conservado. Resto anodino. Pruebas complementarias: ECG: Taquicardia sinusal a 120 lpm, Infradesnivelación del ST con onda t negativa desde V4aV6, RX tórax: normal. Analítica: normal. Enzimas de lesión miocárdica normales. Triptasa elevada. Ecocardiograma: normal. Coronariografía: normal. Juicio clínico: Síndrome de Kounis tipo I. Evolución: Se estabilizó al paciente con: sueroterapia intensiva, metilprednisolona, dexclorfeniramina, ranitidina, ante el comienzo de dolor centrotorácico con ECG patológico se inicio tratamiento con AAS y cloruro mórfico con control del dolor, soporte vasoactivo con noradrenalina por persistencia de hipotensión y se trasladó a UCI. A las 24horas se normalizo el ECG con estabilidad clínica del paciente, con buena evolución durante el ingreso en planta. Al alta fue derivado a Alergología. Discusión: El síndrome de Kounis, angina alérgica o infarto miocárdico alérgico, ha sido descrito como la aparición de SCA de diversa etiología (espasmo o enfermedad coronaria, y trombosis intra-stent entre otros) en el contexto de una reacción alérgica. La liberación de mediadores inflamatorios produce vasoespasmo coronario y degradación del colágeno, con rotura o erosión de una eventual placa de ateroma. Se puede clasificar en tres variantes: tipo I, en pacientes sin FRCV y arterias coronarias normales, tipo II, en los que se documenta ateromatosis, y tipo III, con trombosis intra-stent coronario. Su manejo, en el tipo I el tratamiento del evento alérgico puede revertir los síntomas, en los tipos II y III, se considera tratar la enfermedad coronaria además de corticoterapia y antihistamínicos.

Conclusiones:

El síndrome de Kounis no es una entidad rara, pero sí infradiagnosticada. Es necesario pensar en ella ante pacientes que desarrollan un SCA en el contexto de reacción anafiláctica, optimizando así el tratamiento en situaciones de riesgo vital.

A-755

COXARTROSIS.. Y ALGO MÁS

T Pardo Vintanel, P Miranda Arto, P Boned Blas,
E Aldea Molina, T de Fernando Gros, N Ortega Jiménez,
A Baguena García

Hospital Royo Villanova (Urgencias). Zaragoza.

Palabras claves: coxartrosis, edema, linfoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 65 años con antecedentes de cirrosis biliar primaria y coxartrosis pendiente de intervención quirúrgica. Acude a Urgencias por dolor intenso en articulación coxofemoral derecha rebelde a analgesia y edema progresivo de unos 2 meses de evolución de la misma extremidad que imposibilitaba deambulación. La paciente había sido vista en varias ocasiones por su médico de familia, había acudido en 3 ocasiones a urgencias hospitalarias por el mismo motivo, pautando analgesia que no era efectiva. Hacía una semana, dado edema importante su médico había remitido a cirugía vascular, quien había realizado un eco doppler donde no se objetivó trombosis venosa profunda y se pautó tratamiento con HBPM y posterior cita en 1 semana para comprobar evolución. En esa cita se vuelve a repetir el eco doppler, donde a nivel inguinal se objetiva una tumoración de contenido semisólido catalogada de posible quiste sinovial, que comprime femoral, remitiendo a nuestro hospital para valoración por traumatología. A la llegada la paciente está estable hemodinámicamente, no tiene fiebre y las constantes son normales. A la exploración de la articulación coxofemoral se palpa tumoración a nivel inguinal de consistencia pétreo, adherida a planos profundos, que la paciente refiere tener desde hace un par de meses. Pulsos presentes y simétricos, aunque se observa edema de toda la extremidad derecha, buena perfusión distal, no signos de TVP. En urgencias se realiza Tc donde se pone de manifiesto una masa heterogénea que impregna de sarcoma de partes blandas con infiltración de múltiples grupos musculares, estructuras óseas y vasos ilio-femorales. Ingresa para estudio, diagnosticando posteriormente tras biopsia ecoguiada de linfoma no Hodgkin B de células grandes.

Conclusiones:

Los linfomas se originan en el tejido linfóide, en caso de los no Hodgkin se coprometen con cierta frecuencia ganglios periféricos como los inguinales. No debemos nunca olvidar el realizar una exploración física completa, más si cabe en dolores rebeldes a analgesia y evolución tórpida, ya que patologías como esta pueden ser el origen de la clínica.

CASOS CLÍNICOS

A-756

PSEUDOANEURISMA FEMORAL POSTCATETERISMO

Y Aranda García, JR Penedo Alonso, L Díaz Vidal,
M Sánchez Pérez, F Roldán Moll, MJ Zamorano Serrano,
C de la Casa Resino

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Palabras claves: pseudoaneurisma, femoral, cateterismo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Motivo de consulta: dolor inguinal y hematoma en muslo derecho
Antecedentes personales: hipertenso, no diabético ni dislipémico. Ex-fumador desde hace 16 años. Fibrilación auricular paroxística documentada sin cardiopatía estructural. Adenocarcinoma de recto intervenido en 2007, con tratamiento quimioterápico y radioterápico posterior. Hiperplasia benigna de próstata. Medicación habitual: tamsulosina, acenocumarol, atenolol. Historia actual: varón de 73 años que acude al SU por presentar bultoma inguinal doloroso y hematoma localizado en región interna de muslo derecho. Refiere que 2 semanas antes del episodio actual, se le realizó la ablación de su fibrilación auricular, mediante cateterismo con canalización de femoral derecha. Niega fiebre ni sensación distérmica, no refiere otra sintomatología. Exploración física: TA 120/70 FC 69 lpm AC: rítmico, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Extremidad inferior derecha: hematoma que abarca cara interna del muslo con palpación a nivel inguinal de masa pulsátil, indurada y dolorosa. Pulsos presentes a todos los niveles. Se realiza ecografía en donde se visualiza pseudoaneurisma de arteria femoral superficial El paciente es ingresado y mediante inyección ecoguiada de trombina se consigue la trombosis del pseudoaneurisma.

Conclusiones:

La arteria femoral es el sitio más comúnmente utilizado como acceso vascular para un amplio número de procedimientos, tanto diagnósticos como terapéuticos. La incidencia de la formación de pseudo-aneurismas femorales en pacientes sometidos a cateterismos y procedimientos de terapia endovascular ha aumentado a medida que estos procedimientos se han hecho más frecuentes, llegando a objetivarse hasta en un 8% de los intervencionismos. El diagnóstico de pseudoaneurisma femoral se sospecha ante la presencia de una masa pulsátil, por lo general dolorosa, con la auscultación de un soplo, en un paciente que ha sido sometido a un procedimiento de terapia endovascular a ese nivel, y se confirma mediante el uso de ultrasonografía, con una sensibilidad del 94 al 97%. El tratamiento se realiza mediante compresión dirigida con ultrasonido o con la trombosis del pseudoaneurisma mediante la inyección percutánea de trombina guiada por ultrasonido Doppler color.

A-757

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA SECUNDARIA A ULCERACIÓN DE MUCOSA GÁSTRICA ECTÓPICA POR IBUPROFENO

M^ºL Morales Cevidanes, M Soler Núñez, M Jiménez Parras,
M^ºM Vázquez Jiménez, J Gea Fernández, E Rosell Vergara

Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: hemorragia digestiva baja, ibuprofeno, divertículo de Meckel

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCION: El divertículo de Meckel (DM) es resultado de un defecto en la involución del conducto onfalomesentérico y se localiza en el borde antimesentérico del íleon. Constituye la malformación congénita más frecuente del tubo digestivo y en casi todos los casos se asocian a la presencia en el mismo de mucosa gástrica ectópica.
CASO CLINICO: Varón de 21 años sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de rectorragia con cortejo vegetativo acompañante. El paciente refería ingesta de ibuprofeno en los últimos 5 días por artralgia postraumática. A la exploración física presentaba marcada palidez cutáneo-mucosa, TA 85/60, 115 lpm, abdomen blando y depresible y tacto rectal con restos de sangre fresca. En la analítica destacaba hematocrito 24% y urea de 52 mgr/dl. Se realizó gastroscopia urgente que resultó normal. Durante su estancia en área de observación de urgencias, presenta cuadro presincopeal que se remonta con fluidoterapia intensiva y hemoderivados. Se decide realizar angioTAC urgente que evidenció estructura tubular dependiente de íleon terminal que presentaba aporte vascular de una rama de la arteria mesentérica superior. Se contacta con Servicio de Cirugía Digestiva quienes deciden laparotomía urgente que confirmó el diagnóstico de DM sangrante.

Conclusiones:

La mayoría de los DM son asintomáticos, la presentación clínica habitual (25-50%) es la Hemorragia Digestiva Baja (HDB), aunque a veces se producen cuadros de obstrucción intestinal (vólvulo o invaginación) o más raramente diverticulitis o perforación. La técnica diagnóstica de elección es la gammagrafía con Tc 99m, debido a su afinidad por la mucosa gástrica ectópica, siendo su sensibilidad en adultos del 62%. La arteriografía y el angioTAC también pueden ser empleados de urgencia, y son capaces de detectar sangrados de bajo débito y/o alteraciones estructurales como ocurrió en nuestro caso. El tratamiento de elección del DM sintomático es su resección quirúrgica y del íleon adyacente (diverticulectomía ampliada). El ibuprofeno disminuye la resistencia de la mucosa gástrica y aumenta su vulnerabilidad al ácido y sales biliares, por lo que creemos que fue este fármaco el desencadenante de la HDB en este caso, al erosionar la mucosa gástrica ectópica del DM.

CASOS CLÍNICOS

A-758

IAM EN PACIENTE VIH

E Martín Mojarro, OJ Troiano Ungerer, J Farré Cerdà,
S Larrondo Pàmies, A Palau Vendrell, S Flores Quesada
Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

Palabras claves: myocardial infarction, HIV, abacavir

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 38 años de edad, VIH+, fumador de 10 cigarros/día + Cannabis, Tratamiento habitual: Kivexa 300/600mg, Sustiva 600mg. Refiere dolor precordial opresivo, no irradiado, náuseas, vómitos y sudoración profusa desde hace 1h, en reposo. Tª. Ax = 34.2°C TAS = 67 mmHg TAD = 41 mmHg FC = 115x' FV = 28x' SAT = 99% Consciente, orientado, pálido, sudoroso. MEG. AC: taquicárdico, sin soplos ni rones. AR: MVC. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Resto normal. ECG: Taquicardia sinusal 120x'. Supradesnivel segmento ST en todas las derivaciones. BRDHH. BRI. Rx tórax y A/S normal. Se pauta tratamiento con doble antiagregación y anticoagulación con Heparina sódica. Se activa código IAM, descartado por Coordinación al no disponer de sala de Hemodinámica el Hospital de referencia aquel día. Se decide fibrinólisis (TNK) a la espera de traslado. Se instauran drogas vasoactivas, mórficos y tratamiento sintomático sin respuesta. 1 h después se objetiva Taquicardia ventricular sin pulso, iniciándose maniobras de RCP avanzada, recuperando ritmo a los 30' tras desfibrilación eléctrica y adrenalina cada 3' + bicarbonato. Pasados 10' presenta nueva parada cardiorespiratoria, reiniciándose maniobras sin éxito.

Conclusiones:

Los paciente infectados por el VIH comparten los factores de riesgo cardiovascular tradicionales con la población general. El VIH aumenta significativamente el riesgo de enfermedad cardiovascular. El control del VIH con TARGA ayuda a reducir el riesgo cardiovascular (RCV) asociado al virus, aunque hay evidencias de que algunos fármacos antrirretrovirales aumentan el RCV desarrollando IAM: abacavir, didanosina, lopinavir/ritonavir e indinavir. El riesgo absoluto de presentar IAM en pacientes con TARGA es muy bajo respecto al alto beneficio obtenido. El aumento del RCV asociado a TARGA se atribuye al efecto deletéreo que ejercen sobre el metabolismo lipídico o la resistencia a Insulina, muy ligados al desarrollo de Síndrome Metabólico o de Lipodistrofia. El aumento del RCV por abacavir podría estar relacionado con el aumento de los marcadores proinflamatorios (PCR, IL-6) y con la presencia de hiperagregabilidad plaquetaria. La isquemia silente detectada por ergometría es un predictor muy fiable de episodios de cardiopatía isquémica. La detección del índice de calcio es un método no invasivo de detección de enfermedad coronaria muy útil para demostrar el riesgo de presentar episodio coronario en pacientes asintomáticos.

A-759

HIPOTERMIA + MIELOPATÍA COMPRESIVA EN EL CONTEXTO DE UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA

J Santaliesta Grua (1), E Castiñeira Restrebada (1),
JJ Eito Cuello (2), V Márquez Sánchez (1), LC Moreno Elías (1),
P López Hernández (1), C Loriente Martínez (2)

(1) Urgencias, Hospital de Lanzarote, (2) Urgencias,
Hospital de Barbastro. Barbastro.

Palabras claves: hypothermia, spinal cord compression, alcoholic intoxication

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Aviso al SVA por varón de 54 años que presenta disminución del nivel de conciencia asociado a hipotermia (34,2°C) tras intoxicación etílica aguda. Ha dormido en una hamaca al lado de una piscina. La mujer refiere que lo ha encontrado donde lo dejó, que abría los ojos al estimularlo y que no hablaba ni movilizaba las extremidades, estaba frío y que ayer bebieron mucho. Antecedentes patológicos de Síndrome de Raynaud, IAM hace 6 años, esófago de Barret en tratamiento con clopidogrel y atorvastatina. Expl física a su llegada a urgencias: TA:151/58,FC:68, SATO2: 99% (VENTIMASK AL 50%) FR:14,tª:34,8° (ótica) Glasgow: 3-4-1 AC: ruidos cardiacos ritmicos. AP: normoventilacion. Abdomen:Normal Pruebas complementarias: Etanol: 158 (valores >100 pueden producir depresión SNC). CK:221 (20-200). Ionograma + hemograma + Resto de la bioquímica sin alteraciones. Tóxicos en orina: negativos ECG: ritmo sinusal a 70lpm. No alteraciones de la repolarizacion. QTc: 0.40 ID: hipotermia + intoxicación etílica aguda. TTO: Se inicia tratamiento con sueros calientes + manta térmica. Evolución: el paciente recupera progresivamente la temperatura y comienza hablar de manera espontanea, persiste cierta confusión pero sigue sin mover las EESS ni las inferiores, empieza a referir dolor cervical intenso. Desconoce la existencia de TCE o trauma cervical, se inmoviliza al paciente y se solicita TAC craneal: Normal, TAC cervical: estenosis C4-C6, impresiona de crónica sin compromiso, sin fracturas según informe de radiodiagnóstico. Ante la persistencia de la clínica se solicita RM urgente: hernia discal C3-C4 que impresiona hacer compresión, no masiva. Se inicio tratamiento corticoideo + analgesico con escasa mejoría. Se comenta con el Servicio de Neurocirugía del Hospital de Gran Canaria y se traslada urgente con diagnóstico de mielopatía compresiva. Al alta de nuestro hospital la exploración motora EESS 0/5 EEII:3/5. El paciente preciso de descompresión quirúrgica con buena evolución tras cirugía.

Conclusiones:

Debemos de ser cuidadosos en la anamnesis y la exploración del paciente que presenta una intoxicación etílica aguda para no pasar por alto patología grave que pase desapercibida o sintomatología que sea atribuida a la propia intoxicación o a sus complicaciones asociadas.

CASOS CLÍNICOS

A-760

DOCTOR, ME FATIGO Y ME HAN SALIDO UNAS VENILLAS EN LA PIEL

L Pérez Ordoño, RF Beijinho do Rosario, J Aranda Salom,
M Jiménez Carrillo, N Bermejo Cabanas, I Fernández Marín,
LT Rodríguez Vázquez

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Palabras claves: disnea, telangiectasias, vena cava superior

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 69 años, con hábito tabáquico previo importante y diagnosticado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que acude al servicio de urgencias por cuadro de un mes y medio de evolución de disnea progresiva y congestión facial junto con tos y expectoración escasamente productiva marronácea que no responde al tratamiento ambulatorio pautado por su médico de atención primaria junto con la aparición posterior de unas lesiones vasculares violáceas en cara anterior del tórax que pone en el contexto de haber recibido terapia de electroestimulación por una omalgia derecha. En la exploración física se evidencia la presencia de taquipnea, congestión facial, edema periorbitario y cervical y la existencia de telangiectasias en cara anterior del tórax. En las pruebas complementarias iniciales se aprecia una leucocitosis de 11300 (8400 neutrófilos), proteína C reactiva 5.69, LDH de 372 y una insuficiencia respiratoria aguda con una oxemia de 56 mmHg. La radiografía de tórax muestra la presencia de una atelectasia del lóbulo superior derecho (LSD) y un engrosamiento del hilio derecho. Ante la sospecha de un síndrome de vena cava superior (SVCS), se realiza un angioTAC de tórax que confirma el diagnóstico por la presencia de una masa pulmonar derecha con extensión mediastínica que condiciona compresión extrínseca de la vena cava superior y atelectasia del LSD con neumonitis postobstructiva. Se inició tratamiento con oxigenoterapia, glucocorticoides y antibioterapia. Durante el ingreso se realizó una broncoscopia con toma de biopsia que confirmó la existencia de un carcinoma de células grandes neuroendocrino, recibiendo posteriormente tratamiento radioterápico urgente mediastínico y quimioterapia sistémica con carboplatino con posterior mejoría clínica y de la circulación colateral.

Conclusiones:

Aunque clásicamente se ha considerado el SVCS como una urgencia oncológica, actualmente se trata de una situación subaguda que requiere un rápido diagnóstico para planificar el tratamiento más efectivo en cada caso, siendo el 90% de los casos secundarios a una neoplasia.

P-761

MIELOPATÍA COMPRESIVA SECUNDARIA A CALCIFICACIÓN DEL LIGAMENTO LONGITUDINAL POSTERIOR

N Gutiérrez Pesquera, JM Armentia Bardeci, O Ercilla
Arguinizoni, FD Muñoz Araujo, O Barrenetxea

Hospital Galdakao-Usánsolo. Bilbao.

Palabras claves: mielopatía compresiva, tetraparesia aguda

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: La mielopatía hace referencia a las patologías que afectan a la médula espinal. La causa aguda más frecuente es la traumática. Otras posibles causas son los tumores, procesos inflamatorios-infecciosos y hematomas. **Objetivos:** 1. Valoración de un caso clínico de tetraparesia aguda. 2. Valoración de tratamiento inicial con corticoides. **PACIENTE:** Varón de 50 años, acude por dolor cervical y parestias, pérdida súbita de fuerza y sensibilidad en las cuatro extremidades sin antecedentes previos. Exploración física, Constantes normales. Glasgow 15. No dolor cervical. Auscultación normal. Neurológico: Paresia con arreflexia en las cuatro extremidades e hipoestesia, manteniendo movilidad en primer y segundo dedo de mano izquierda, tono esfínter anal conservado. TAC cervical: Calcificación ligamento vertebral común posterior en interior del canal vertebral, que contacta con el cuerpo de C5, se extiende hasta la mitad del cuerpo de C4, protruye en canal medular produciendo disminución de 80% del mismo. Tratamiento: Inmovilización, sondaje urinario, analgesia, omeprazol, Solumoderin en bolo y posterior perfusión. Evolución, mejoría de la movilidad en extremidad superior derecha (ESD) y en extremidades inferiores. Trasladado a centro de referencia en Neurocirugía. **Resultados:** RMN: calcificación ligamento longitudinal posterior. Mielopatía compresiva en vertiente anterior a nivel C3-C6 con hiperdensidad medular. Se desestima tratamiento quirúrgico ingresando en Reanimación, permaneciendo 2 meses dadas las complicaciones presentadas. A nivel neurológico, tetraparesia de predominio derecho, afectando a ESD proximal balance a 2/5, resto de grupos musculares a 3-4/5, alteraciones para todas las sensibilidades con nivel medular C4. Se inicia sedestación en silla con buena tolerancia. Posteriormente ingresa en la Unidad de Medulares. Es dado de alta manteniendo marcha autónoma y actividades básicas quedando severa limitación articular y motora a nivel proximal de la ESD. Persiste debilidad proximal ESD 2/5 mejorando hasta 4/5 el resto de grupos musculares.

Conclusiones:

La osificación del ligamento longitudinal posterior no es común, la clínica puede variar de asintomático a una neuropatía incapacitante. Causa desconocida. El diagnóstico que es clínico se confirma con pruebas radiológicas. La mayoría de los pacientes con neuropatía grave son tratados con manejo conservador. Las opciones del tratamiento quirúrgico son: descompresión.

CASOS CLÍNICOS

A-762

DISECCIÓN AÓRTICA, LA GRAN SIMULADORA

L Sánchez Amo, L Hernández Castells, S Sánchez Sánchez,
M Quero Escalada, MJ Domínguez García

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Getafe.

Palabras claves: aortic dissection, aortic disease, thoracic aortic dissection

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 91 años hipertensa y dislipémica, acude a urgencias por malestar general y pérdida de conocimiento. Exploración física: Hipotensión arterial (95/55), desaturación (84%), palidez cutánea y sequedad oral. Pruebas complementarias: D-dímero de 5.240, ECG con BRD y Rx Tórax con elongación aórtica, líquido en cistura y pérdida de volumen en hemifísica derecho. Se solicita angio_TAC para descartar TEP, donde se objetiva disección aórtica torácica tipo A que se confirma en angiografía TC de aorta torácica: Disección desde el inicio de la aorta tubular hasta la salida de los grandes troncos, hematoma mediastínico y pericárdico. Se desestimó para cirugía cardiovascular y permaneció consciente y sin dolor hasta su fallecimiento.

Conclusiones:

La disección aórtica es una enfermedad poco común pero catastrófica, por el desgarramiento de la íntima y la media con formación de una falsa luz. La propagación puede ser distal o proximal, incluyendo grandes vasos y la válvula aórtica entrando en el espacio pericárdico, esta propagación es la responsable de la mayoría de las manifestaciones clínicas. La incidencia es de 2,6 a 3,5 por 100.000 pers/año. Los factores de riesgo incluyen la edad (60-80 años), sexo masculino, hipertensión arterial, preexistencia de aneurisma aórtico y factores de riesgo de arterioesclerosis. En menores de 40 años existen otros factores predisponentes de mayor importancia como enfermedades del colágeno, vasculitis, válvula aórtica bicúspide, coartación aórtica, Sd de Turner, cirugía valvular aórtica, traumatismo... La clasificación más utilizada es la de Stanford, tipo A y B según incluya aorta ascendente o descendente. Se ha sugerido que el D-dímero < 500 ng/mL prácticamente excluye el diagnóstico. Se presenta típicamente con dolor torácico o interescapular si progresa más allá de la subclavia izquierda, un 10% puede no sufrir dolor. Se puede asociar con síncope, síntomas de infarto, insuficiencia cardíaca u otros signos de isquemia visceral. La hipertensión como síntoma de presentación es más frecuente en la disección tipo B. Se recomienda la arteriografía por TC multi-detector como estudio de primera línea. La disección tipo A tiene peor pronóstico, a menudo es necesaria la intervención quirúrgica de urgencia. La tipo B se trata de manera conservadora si no tiene complicaciones.

A-763

UN PARÁSITO LLAMADO NEOPLASIA

B Espinosa Fernández (1), C Benito Romeral (2)

Hospital General Universitario de Alicante

Palabras claves: schistosoma haematobium, urinary tract infections, vaginal neoplasms

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 50 años que acude a urgencias derivada de su urólogo por cultivo positivo a Schistosoma haematobium para ingreso en UEI. La paciente refiere disuria desde hace 3 semanas que su MAP trató con monurol, ciprofloxacino y cefuroxima sin mejoría por lo que solicita urocultivo. La paciente refiere presentar astenia, febrícula, tos seca, artralgias y dolor hipogástrico. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En triaje: O2 88% ambiental, T°37,1°, FC 128, TA 129/84 mmHg BOX: CyO, pálida-ictérica, NH, Sat 85% a O2 ambiental, FC 120lpm, Ac: taquicárdica, Ap: MVC, crepitantes finos en ercio medio izquierdo Abd: byd, doloroso a la palpación en hipogastrio. No se palpan masas pero si ligera hepatomegalia de 2 dedos a través. No signos de irritación peritoneal. PPRBilateral negativa. Peristaltismo conservado. MMII: no edemas, no signos de IVP, pulsos periféricos presentes. E. Neurológica: normal - BQ: G 122 mg/dl, U 30,8 mg/dl, Cr 0,62 mg/dl, FG 108 ml/min CI 98,5 mmol/l, Na 137mmol/l, K4,2 mmol/l Osm 275,7 mOsm/l, Ca 11,7 mg/dl, Prot 6,9 g/dl, BLRt 0,6 mg/dl, FA 376U/l, GPT 39U/l, GOT 71U/l, PCR 20,0 mg/dl - HG Leuco 22.10x10.3, Nutro 18,11x10.3 Erit 4,11x10.6, Hb 12,4g/dl, Hto 36,6%, VCM 89.1fl, HCM 30,2 pg Pla 267x10.3. Coagulación: normal GA (FiO2 21%): pH 7,42, pCO2 31mmHg, pO2 45mmHg, HCO3 20,1 mmol/l, Lact 4mmol/ly PaFi:214 - Rx tórax: compatible con neumonitis - Rx abdomen: heces en marco cólico ECG: RS a 150lpm eje 30°. EV. Sin alteraciones de la repolarización. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: ITU por Schistosoma haematobium, EPI, IRA hipoxémica, neumonitis reactiva.

Conclusiones:

La paciente fue ingresada en la UEI con levofloxacino, ceftriaxona y soltrim, ya que plaziquantel no había en el hospital. Durante su estancia en UEI sufre progresivo empeoramiento clínico, gasométrico y radiológico con IRA hipoxémica progresiva y progresión infiltrado bilateral respectivamente por lo que se ingresa en UCI. Requiere IOT y TAC total body con hallazgos sugestivos de lesión neoplásica de origen ginecológico con probable afectación metastásica pulmonar. Tras MT y AP lesión vaginal: Ca. Escamoso mal diferenciado con extensas áreas de necrosis y hemorragia. Hablamos de tumor intratable, incurable. La paciente es exitus el 16/10/14.

CASOS CLÍNICOS

A-764

CASO INADVERTIDO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

LBL Bort Llorca, S Melero Cabezas, R Fontcuberta,
L Pérez Ollero, A Pérez Zapata, M Betances Javier

Hospital General Universitario de Valencia

Palabras claves: embolism, pulmonary, diagnosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: mujer de 24 años que acude a urgencias por dolor retroesternal opresivo de 48 horas de evolución, sin irradiación ni cortejo vegetativo. Asocia disnea de moderados esfuerzos. No tos ni expectoración, no fiebre, no síncope. Refiere dolor en miembro inferior izquierdo con edema de 5 días de evolución. Como antecedentes personales: Asma leve de perfil extrínseco(en tratamiento con Singulair), fumadora activa de 10 cigarros/día, síndrome de ovario poliquístico (tratado con estradiol), fractura tobillo izquierdo intervenida 20 días antes con retirada de férula hace 7 días y retirada en ese momento del tratamiento profiláctico enoxaparina 40 mg. Exploración física: TA 143/100, FC 96 lpm, SatO2 basal 97%. Regular estado general, consciente y orientada. Taquipnea en reposo. No cianosis, obesidad. ACP soplo sistólico, MVC. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias. Miembro inferior izquierdo doloroso, sin edema. **MÉTODO:** Radiografía de tórax: disminución de la vascularización en campos izquierdos. Eco-doppler miembro inferior izquierdo: trombosis venosa profunda desde femoral superficial distal hasta troncos dislates. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm, eje 60°, sin signos de isquemia. Analítica: hemograma y bioquímica dentro de la normalidad. Dada la persistencia de la disnea en la paciente tras realizar tratamiento con aerosoles se decide ampliar la analítica: Dímero D 2039 ng/ml y con este resultado se solicita AngioTAC tórax: tromboembolismo pulmonar bilateral. **RESULTADO:** Enfermedad tromboembólica venosa- TEP estable clínicamente. Evolución: presentó buena evolución durante su ingreso en neurología siendo tratada con enoxaparina y acenocumarol. Se retiraron anticonceptivos y se inició dieta hipocalórica recomendándose abandono del hábito tabáquico.

Conclusiones:

El TEP es una enfermedad infradiagnosticada debido a que excepcionalmente cursa con síntomas patognomónicos, sino que suelen ser inespecíficos siendo la sospecha clínica baja. Dada su elevada mortalidad requiere un diagnóstico y un tratamiento precoz que mejora significativamente el pronóstico de la enfermedad.

A-765

COMPRESIÓN MEDULAR. UNA AUTÉNTICA URGENCIA QUIRÚRGICA

A Cólera López, E Navarro Guerrero, C Olmo Azuaga,
JM Krivocheya Montero, A Cólera López, K Ghazi El Hammouti

Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: mieloma, afectación D10, laminectomía

Historia clínica

Paciente varón de 73 años que acude al SUHC refiriendo dificultad para movilizar las extremidades inferiores hasta el grado de no poder deambular de 24 horas, con pérdida de la sensibilidad de 72 horas de evolución **EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** NAMC. AP de HTA, anemia crónica y mieloma múltiple en seguimiento por hematología. A la exploración física está consciente, orientado y colaborador. En la exploración neurológica no hay alteración de los pares craneales y funciones cerebrales superiores conservadas. Paraparesia grado IV/V con un nivel sensitivo D10 **Electrocardiograma:** Ritmo sinusal a 65 lpm sin trastornos del ritmo ni de la repolarización. Analítica general Bioquímica: Creatinina 2,11, resto de parámetros dentro de la normalidad **Hemograma:** hematíes 3,97, hemoglobina 12,4, hematocrito 36,5%, resto normal **Coagulación:** Normal Se comenta el caso con internista de guardia (neurólogo) que ante el cuadro y los antecedentes personales recomienda la realización de RMN. **RMN dorso-lumbar:** Se aprecia una masa intrarraquídea, subdural, extramedular que comprime la médula desde la región posterolateral derecha hacia arriba. Lesión a nivel del pedículo D9 que realiza con contraste. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.** Se debe plantear con el ependimoma, astrocitoma, otros tumores intramedulares, tumores secundarios intramedulares, malformaciones vasculares, neurinoma, meningioma, metástasis, tumores óseos primitivos e infecciones como osteomielitis, tuberculosis intrarraquídea, hidatidosis. **DIAGNÓSTICO:** Síndrome de compresión medular asociado a mieloma. **EVOLUCIÓN.** Se realiza una intervención quirúrgica extirpándose apófisis espinosas D8-D9-D10 junto con laminectomía. Evoluciona el paciente con distensión abdominal, vejiga neurógena y retención de esfínter rectal. Con la cirugía mejora el trastorno motor pero no es capaz de sostener las extremidades contra gravedad. No es capaz de sentir la necesidad de miccionar y se le indica sondaje permanente, con tratamiento de tamsulosina y pantomicina. Se le da el alta por mejoría añadiéndole a los tratamientos anteriores fortecton y omeprazol, solicitando revisiones en urología, rehabilitación y hematología

Conclusiones:

El síndrome de compresión medular constituye una auténtica Urgencia, ya que debe ser tratada de forma rápida, y por los cuadros que la originan.

CASOS CLÍNICOS

A-766

FLEBITIS SUPERFICIAL TRAS INYECCIÓN INTRAMUSCULAR DE METAMIZOL

S Melero Cabezas, L Pérez Ollero, A Pérez Zapata,
MJ Betances Javier, L Bort Llorca, P Sánchez Llópez
Consortio Hospital General Universitario de Valencia

Palabras claves: intramuscular, vasculitis, flebitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión y dislipemia en tratamiento. Consulta en el servicio de urgencias por presentar placa eritematosa en glúteo izquierdo, que se extiende dibujando los trayectos venosos de cara lateral de la pierna izquierda hasta dorso lateral del pie, con tinte purpúrico y en algunas zonas pápulas purpúricas palpables, tras la inyección intramuscular de metamizol. Se realiza Ecografía Doppler que objetiva sistema venoso profundo permeable y analítica dentro de la normalidad. Se decide vigilancia clínica diaria ambulatoria y se pauta corticoides en dosis descendente durante 21 días. Tras tratamiento, acude a revisión en consulta, observando mejoría clínica con pigmentación residual y sin necrosis cutánea. El estudio anatomopatológico informó de denso infiltrado perivascular de predominio polimorfonuclear y eosinofílico con focos de vasculitis de pequeño vaso, llegando al diagnóstico definitivo de flebitis química superficial.

Conclusiones:

Se debe tener en cuenta que realizar una mala técnica a la hora de administrar una medicación intramuscular, puede tener consecuencias, como en nuestro caso, que por no haber realizado una aspiración previa a la aplicación del fármaco, hemos provocado una irritación a nivel del trayecto venoso, dando lugar a una flebitis. Por tanto, es muy importante realizar una correcta técnica y cumplir las indicaciones a la hora de administrar la medicación, ya que así evitaremos complicaciones.

A-767

ROTURA ESPLÉNICA DIFERIDA

J Linares Gancedo, M Cardenete Aljama, VJ Navarro González
Urgencias. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Daimiel.

Palabras claves: rotura del bazo, ultrasonografía, traumatismos abdominales

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 47 años, electricista, sin antecedentes patológicos, consulta por dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo sin otra sintomatología acompañante. 12 días antes, durante actividad laboral caída accidental desde una banqueta, con traumatismo directo en costado izquierdo. Atendido de urgencia se diagnóstica fractura del 9º arco costal y contusión de codo izquierdos. Toma analgésicos antiinflamatorios con escasa mejoría. En la exploración física actual constantes vitales normales. Cabeza y cuello sin alteraciones. Tórax estable sin deformidad ni hematomas, doloroso al palpar arcos costales inferiores. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen, palpación dolorosa en hipocondrio izquierdo sin palpar masas ni esplenomegalia ni signos de irritación peritoneal. Puñopercusión fosa renal izquierda dolorosa. Extremidades normales salvo inmovilización con férula de yeso abierta del MSI. Pruebas complementarias. Electrocardiograma, ritmo sinusal, 72 lpm sin bloqueos ni alteraciones en la repolarización. Radiografía de tórax: Fractura no desplazada 9º arco costal izquierdo. Índice cardiorrespiratorio normal. Ausencia de infiltrados y derrames pleurales. Radiografía simple abdomen: Gas intraluminal de distribución normal. Líneas de psoas no borradas. Analítica básica normal. Orina normal. Ecografía abdominal: Esplenomegalia y ecogenicidad heterogénea del parénquima esplénico con múltiples áreas hipoeoicas. Líquido libre en recesso hepatorenal. Juicio clínico: Traumatismo abdominal cerrado y esplénico. Evolución: Interconsulta a Cirugía manejándose de forma conservadora. TAC abdominal al ingreso: Esplenomegalia de 14 cm y laceración esplénica con focos de sangrado parenquimatoso, compatible con traumatismo esplénico grado III. Hematoma esplénico subcapsular. Pequeña cantidad de líquido libre en el espacio subfrénico derecho y de Morrison. Ingresa en servicio de cirugía manejándose de forma conservadora. Alta sin incidencias a los 10 días. Resolución espontánea en TAC control al mes. Control ambulatorio anual con ecografía normal.

Conclusiones:

Las lesiones traumáticas esplénicas pueden resultar letales si pasan inadvertidas. Es frecuente que en un primer momento no tengan repercusión clínica manifestándose diferidamente días o semanas tras un traumatismo. La rotura esplénica ocurre hasta en el 40% de los traumatismos abdominales cerrados siendo una grave complicación con importante repercusión médico legal dependiendo de las consecuencias y causas. La ecografía es la prueba fundamental del médico de Urgencias para poder valorar este tipo de traumatismos en las diferentes situaciones clínicas que puede presentarse.

CASOS CLÍNICOS

P-768

ANISAKIS GÁSTRICO: HALLAZGO ENDOSCÓPICO EN EPIGASTRALGIA AGUDA

J de Burgos Marin (1), L Antón Aguilar (1), A Extremera Martínez (2), C Tirado Valencia (1), E Baena Delgado (1), J Clemente Millán (1), A García Vázquez (1)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía, Córdoba,

(2) Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Palabras claves: anisakis, dolor abdominal, gastroscopia

Historia clínica

Se presenta el caso de una mujer de 51 años que acudió al servicio de urgencias por cuadro de epigastralgia intensa. Como antecedentes, señalar la ingesta previa de boquerones en vinagre. El dolor empeoraba con la alimentación y se acompañaba de sensación de distensión abdominal, con náuseas y sin vómitos. En analítica realizada no presentaba ninguna alteración significativa, así como en la radiografías de física y simple de abdomen. La paciente ingresa en el área de Observación del servicio de urgencias ante la intensidad del dolor que presentaba, por lo cual se realizó TAC abdominal con contraste que mostraba engrosamiento parietal por edema submucoso en paredes de cuerpo y antro gástricos. Dado que los resultados del TAC abdominal no fueron concluyentes para el diagnóstico, se solicitó la realización de EDA, que mostró en cara posterior de curvatura mayor, varios pliegues mucosos engrosados, duros al tacto con pinza de biopsia, con tres gusanos blanquecinos que serpenteaban a través de dichos pliegues. Se realizó extracción endoscópica sin complicaciones y se envió a microbiología confirmándose que se trataba de un *Anisakis* spp.

Conclusiones:

El dolor abdominal es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias. La anisakiasis es una enfermedad con una incidencia creciente por lo que debido a sus importantes repercusiones clínicas, debe ser sospechada e incluida en el diagnóstico diferencial de las enfermedades digestivas. Existen tres formas clínicas de presentación: gástrica, intestinal y extraintestinal. En la forma gástrica, la sintomatología es muy inespecífica, y no se describe tan habitualmente en las series de casos en Europa como la intestinal. En España sigue siendo una enfermedad poco conocida y pocas veces sospechada, por ello su prevalencia real es probablemente mucho mayor que la conocida en un país como el nuestro con gran consumo de pescado.

P-769

DEL ROJO AL BLANCO DE UNA PASADA

MA Acha Martín, M Zarrabeitia Tormes, R Martín Fonseca

Hospital de Basurto. Bilbao.

Palabras claves: diastasis muscular, aneurisma poplíteo, isquemia aguda

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón 61 años fumador 1/2 pq/día y EPOC leve sin tratamiento habitual sin otros antecedentes de interés. Refiere dolor de ins-tauración brusca durante la deambulaci3n de 1 mes evoluci3n en pantorrilla derecha. Etiquetado y tratado como s3ndrome de la pedrada. Desde entonces presenta dolor y parestesias en dedos de pie derecho con aumento significativo en los 3ltimos 3-4 d3as que le impide conciliar el sue3no. No disnea, astenia ni otra cl3nica acompa3ante. A la exploraci3n se objetiva BEG, eupneico en reposo, ACP: sin hallazgos relevantes, abdomen anodino con dolor a la palpaci3n en masa gemelar derecha y aumento de per3metro con fluctuaci3n, sin cambios en coloraci3n y temperatura salvo eritema en 1ª dedo. Homans - no cord3n venoso, pulsos femoral y popl3teo + con ausencia de distales, no d3ficit sensitivo-motor aparente. El no dolorosa, pulso femoral y popl3teo +, pedio -, pie con buen retorno vascular y sensibilidad y motilidad conservada. Plante3ndose como diagn3sticos diferenciales 1. Diastasis muscular/hematoma secundario posible compresi3n venosa 2. Gota 3. Patolog3a vascular aguda. Realizada ecograf3a de partes blandas, durante el proceso se produce trombosis aguda de arteria popl3tea derecha a la movilizaci3n de transductor identific3ndose aneurisma parcialmente trombosado en arteria popl3tea izquierda. Realizado ANGIOTAC confirma aneurisma de ambas arterias popl3teas con signos de trombosis aguda en arteria popl3tea y tronco tibio-peroneo derecho con oclusi3n de arteria tibial posterior y repermiabilizaci3n distal de probable origen emb3lico. Lado izquierdo trombo mural y luz permeable. Anal3tica ck 69, cr 0,9, k 69, hb 14,5, leucos 10.8. Coagulaci3n normal.

Conclusiones:

Diagn3stico: hallazgo casual de aneurisma popl3teo bilateral con trombosis aguda de origen yatrog3nico. Tratamiento quir3rgico BP AFS-TTP con VSI invertida, ligadura y fasciotom3a. El aneurisma popl3teo es una entidad patol3gica que afecta a varones mayores de 65 a3os con m3ltiples morbilidades destacando HTA, tabaquismo, enfermedad coronaria y dislipemia. Se asocia a aneurisma contralateral y otras 3reas como femoral y aorta abdominal. Un 60% de los casos son sintom3ticos (s3ntomas isqu3micos y compresivos) rara vez rotura, en este grupo la amputaci3n se realiza en 20% y mortalidad alcanzar el 5%.

CASOS CLÍNICOS

P-770

GANGRENA GASEOSA CON FATAL DESENLACE

JM Fernández Núñez (1), AM Roco García (1),
A Martín Pérez (2), M Cardenal Falcón (1),
G González Mateos (1), C de Vera Guillén (1)

Servicio de Urgencias, (1) Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. (2) Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Palabras claves: gangrena gaseosa, fascitis necrotizante, *Enterococcus faecalis*

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: La gangrena gaseosa, independientemente de la etiología y órganos afectados, se caracteriza por una rápida progresión y elevadas tasas de morbimortalidad, de ahí la necesidad de un diagnóstico y tratamiento precoces. Presentamos un caso clínico con fatal desenlace. Caso clínico: Mujer de 84 años, con antecedentes de colecistectomía, diverticulosis colónica y prótesis de cadera derecha. En tratamiento con AINE y analgésicos de forma esporádica. Acude a urgencias por dolor abdominal progresivo en hemiabdomen izquierdo de 12 horas de evolución, aumento del volumen del muslo izquierdo, febrícula y malestar general. A la exploración impresionaba de gravedad con hipotensión arterial (85/56 mm/Hg), taquicardia, saturación en pulsioximetría 86%, tendencia al sueño y frialdad cutánea. Llamaba la atención la acrocianosis del miembro inferior izquierdo con livideses en toda su extensión, la presencia de lesiones vesículo-ampollosas a nivel del muslo e ingle izquierdos, así como la crepitación cutánea del muslo. Las pruebas de laboratorio mostraron hemoglobina 8,2 gr%, hematocrito 25,7%, leucocitos 14000 mil/ml (92,85% neutrófilos), pH 7,28, creatinina 2,7 mg% y urea 124 mg%. Se solicitó una tomografía en la que se objetivó un retroneumoperitoneo izquierdo, con neumatosis venosa iliofemoral y renal ipsilateral con "extensa gangrena gaseosa" que disecaba planos musculares de la raíz de ambos muslos, regiones glúteas y de la pared toracoabdominal izquierda, neumorraquis y contenido aéreo también en el fémur, hueso ilíaco y articulación de la cadera izquierdos, mala definición de la pared rectal izquierda con abundante gas en el espacio pararectal homolateral sugerente de perforación local. Se propuso tratamiento quirúrgico pero dado el malestar general de la paciente y su edad, la familia lo rechazó. Fue exitus 10 horas más tarde. En los cultivos realizados a la paciente creció días más tarde *Enterococcus faecalis*.

Conclusiones:

El tratamiento antimicrobiano precoz junto con la exploración quirúrgica son el principal recurso terapéutico de los pacientes con gangrena gaseosa. Pese a ello la alta mortalidad es la norma.

P-771

RABDOMIOLISIS Y HEMATURIA ASOCIADAS AL USO DE SIMVASTATINA

R Escriche Ros, A Baguena García, P Boned Blas,
T de Fernando Gros, T Pardo Vintanel

Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Palabras claves: rhabdomyolisis, hematuria, simvastatin

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente varón de 42 años con antecedentes de nefrectomía derecha hace 16 años tras anomalía congénita detectada casualmente tras accidente de tráfico, e infarto de arteria renal izda en 2011 por lo que estuvo en seguimiento por nefropatía hipertensiva maligna grado IV hasta hace 2 años. Hipertensión arterial bien controlada desde entonces e insuficiencia renal leve basal, dislipemia y síndrome ansioso en seguimiento por psiquiatría. En tratamiento crónico basal con omeprazol 20 mg, torasemida 5 mg, manidipino 10 mg, alprazolam 0.25 mg, trifluoperacina 1 mg y combinación de simvastatina 20 mg con ezetimiba 10 mg. Consulta en el servicio de urgencias por hematuria franca de inicio súbito sin clínica miccional asociada ni fiebre, refiere reanudación de ejercicio físico moderado en las 24 h previas como único antecedente de interés, sin cambios en tratamiento crónico habitual ni consumo de sustancias tóxicas. Realizado estudio complementario se evidencia Cr 1.26 mg/dl, urea 36 mg/dl, Na 141 mEq/L, K 4.4 mEq/L y CK 91527. Con hematuria franca objetivable sin signos infecciosos urinarios. Hemograma y estudio de coagulación sin alteraciones. Realizada ecografía abdominal sin alteraciones. Dada baja probabilidad de episodio de rabdomiolisis secundaria a ejercicio físico descrito, de intensidad leve o muy moderada, se amplía el estudio analítico complementario en urgencias para descartar probable efecto secundario medicamentoso a estatina, confirmando alteración de transaminasas con GOT 517 UI/L, GPT 108UI/L, mioglobulinemia elevada >1340 ng/mL y confirmación de mioglobulinuria en sedimento urinario. El paciente experimenta una evolución tórpida inicial del cuadro, con diuresis escasa a pesar de infusión de líquidos y mantenimiento de cifras elevadas de CK durante las primeras 72 h. Tras suspensión de tratamiento hipolipemiente y adecuación de sueroterapia, se objetiva mejoría clínica progresiva con normalización paulatina de parámetros bioquímicos durante hospitalización.

Conclusiones:

En la práctica clínica diaria es muy frecuente el uso de fármacos hipolipemiantes como prevención secundaria de cardiopatía isquémica. Es conocida la relación de estatinas con la aparición de daño hepático, siendo ampliamente difundida la monitorización de transaminasas, pudiendo pasar más desapercibida la asociación con miopatías que podrían condicionar una mioglobulinemia y mioglobulinuria con insuficiencia renal incluso mortal, lo cual debería tenerse en cuenta en pacientes susceptibles de afectación renal.

CASOS CLÍNICOS

P-772

HEMATOMA ESPINAL ESPONTÁNEO COMO EFECTO SECUNDARIO DEL USO DE ANTICOAGULANTES ORALES

JM Fernández Núñez (1), M Cardenal Falcón (1), A Martín Pérez (2), C de Vera Guillén (1), I Salguero Bodes (1), M Botana Fernández (1)

Servicio de Urgencias. (1) Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. (2) Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Palabras claves: hematoma espinal, paraparesia, acenocumarol

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Los hematomas espinales son una enfermedad neurológica rara y potencialmente grave, que pueden dar lugar a un déficit neurológico permanente si no se tratan adecuadamente. Su diagnóstico precoz es el punto más relevante para asegurar el éxito del tratamiento. El antecedente de la anticoagulación puede estar presente hasta en el 30% de los afectados. Caso clínico 1: Mujer de 60 años con antecedentes de lupus eritematoso sistémico, cardiopatía valvular reumática e hipotiroidismo primario. En tratamiento con bisoprolol, omeprazol, prednisona, acenocumarol y levotiroxina. Fue a urgencias por aparición de dolor súbito en la región lumbar derecha, irradiado hasta el pie por la parte posterior del miembro inferior derecho de carácter mecánico, de 24 horas de evolución. Fue dada de alta por "lumbociatalgia". Acudió de nuevo al día siguiente por presentar paraplejía y anestesia en ambos miembros inferiores con incontinencia urinaria. La exploración clínica confirmaba la paraplejía con ausencia de reflejos osteotendinosos en las extremidades inferiores. La RMN urgente evidenció un proceso expansivo epidural intracanal posterior a lo largo de una extensión craneocaudal de 20 cm (desde D11 hasta L5) con compresión y desplazamiento medular anterior, sugerente de hematoma. El estudio de coagulación mostró INR de 5,2 y actividad de protrombina 29%, siendo el resto de los parámetros analíticos normales. Caso clínico 2: Mujer de 64 años con antecedentes de diabetes mellitus y prótesis aórtica. En tratamiento con acenocumarol e insulina. Durante el sueño comenzó con dolor súbito cervicodorsal con irradiación a miembros superiores. En 10 horas desarrolló paraplejía flácida y paresia en brazos. El estudio de coagulación mostró INR 2,8. En la RMN objetivamos una lesión de C4 a D1, sugerente de hematoma. En ambos casos se procedió a una laminectomía parcial con evacuación del hematoma. Y en ambas pacientes actualmente persiste déficit sensitivo-motor importante.

Conclusiones:

A pesar de ser una causa poco frecuente de compromiso espinal, siempre hay que pensar en esta entidad ante la aparición de dolor cervical, dorsal o lumbar con afectación sensitiva y/o motora de las extremidades, máxime en pacientes anticoagulados. El diagnóstico y el tratamiento precoces son fundamentales para la evolución favorable del proceso.

P-773

INFARTO AISLADO DE VENTRÍCULO DERECHO, UN RETO DIAGNÓSTICO

JL Martín Rodrigo, ID Salguero Bodes, A Martín Pérez, M García Reina, C de Vera Guillén, I Caicedo Martínez, JM Fernández Núñez

Complejo Hospitalario de Badajoz. Badajoz.

Palabras claves: infarto de miocardio, shock, tromboembolismo pulmonar

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Paciente que consulta por dolor de espalda y deterioro neurológico. Es una mujer de 46 años, hipertensa y fumadora, llevada a urgencias del hospital por la familia por encontrarla en la cama con dificultad para moverse, quejas de dolor de espalda y mal estado general. En sala de críticos nos encontramos con la paciente con mala perfusión y cianosis periférica, Glasgow de 8 puntos cifras tensionales de 67/41 mmHg, saturación de oxígeno sin aporte de 83%. En la exploración solo destacan mínimos crepitantes bibasales. De las pruebas complementarias iniciales destaca un pH 7,139 y un ECG con RS, alteraciones del ST inferior y T bifásica en derivaciones precordiales derechas. Ante el cuadro que presenta la paciente pensamos en causas cardiológicas como causante del mismo, entre ellas cardiopatía isquémica, disección de aorta y en tromboembolismo pulmonar. Es valorada por Cardiólogo, tras la realización del Vscan y con los hallazgos ECG que pueden justificarse por HVI descarta causa CI como etiología principal del cuadro. Ante la situación de shock y necesidad de ITO se ingresa en UCI. Se realiza TAC toracoabdominal que descarta TEP, pero se aprecia pancreatitis, colecistitis, infartos esplénicos y renales. En nuevo ECG se aprecia bloqueo AV tercer grado, ascenso ST DIII, y en ecocardiografía disfunción de ventrículo derecho, sin defectos de contractilidad de ventrículo izquierdo. La paciente presenta situación de disfunción multiorgánica siendo exitus a las 20 horas de su llegada a urgencias, con el diagnóstico principal de disfunción multiorgánica por shock de etiología no filiada (vasopléjico) con bloqueo AV de tercer grado y diagnósticos secundarios de infarto espleno, hepático y renales con colecistopancreatitis y acidosis metabólica todo ello debido a un infarto aislado de ventrículo derecho.

Conclusiones:

El infarto aislado del ventrículo derecho es una entidad de suma importancia, con características clínicas propias y un tratamiento específico, distinto al del infarto ventricular izquierdo, es extremadamente raro, aislado aparece raramente en el 3 % de los casos. El reconocimiento está infravalorado, implicando un manejo no adecuado, teniendo su repercusión en cuanto al pronóstico, como así fue en el caso presentado.

CASOS CLÍNICOS

P-774

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA, ¿SIEMPRE EFECTIVA?

T Pardo Vintanel, P Miranda Arto, I Andrés Bergareche, A Báguena García, R Escriche Ros, T de Fernando Gros, P Boned Blas

Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Palabras claves: tromboembolismo, heparina, disnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 46 años con antecedentes de VIH con tto antirretroviral, hepatitis C crónica, VHB, meningitis con derivación ventrículo-peritoneal por hidrocefalia persistente, insuficiencia renal leve, hemorragia intraventricular y hematoma cerebral secundario a trombopenia. Acude a Urgencias remitido por MAP por disnea progresiva de 4-5 días de evolución hasta hacerse de mínimos esfuerzos, acompañada de tos y expectoración escasa blanquecina, afebril en todo momento, no dolor torácico. El paciente había sido dado de alta hace 1 semana del hospital tras intervención quirúrgica (prótesis de cadera derecha por necrosis ósea aséptica de cabeza de fémur), en tratamiento con bemiparina sódica 3500 U sc cada 24 h desde la intervención. A la llegada el paciente tiene buen estado general, sat basal de 96%, constantes mantenidas. Ac Ritmico, sin soplos, AP Normoventilación. Abdomen sin alteraciones, EEII no edemas ni signos de TVP Rx de tórax sin alteraciones, ECG Taquicardia sinusal 100 lpm. Analítica 5900 leucocitos, 63 % N. D dímero 2396 El paciente presentaba disnea intensa con mínimos esfuerzos, ante la escasa posibilidad de cuadro infeccioso desencadenante y antecedente quirúrgico se solicita Tc torácico con la sospecha de tromboembolismo pulmonar, a pesar de tto profilático. Se realiza Tc torácico con contraste objetivando defectos de repleción en extremo distal de ramas principales y en ramas lobares de forma bilateral compatible con TEP bilateral. Se inició anticoagulación con heparina y dado que el paciente se encontraba hemodinámicamente estable ingresa en neumología con buena evolución posterior.

Conclusiones:

Además de el factor predisponente de una cirugía previa con inmovilización, los pacientes VIH pueden presentar alteraciones de la coagulación con deficiencia de proteína S, proteína C, cofactor II de heparina y aumento de niveles de D dímero y fibrinógeno con inhibición del activador tipo I del plasminógeno, conduciendo a un estado protrombótico, desencadenando cuadros de trombosis. En este caso, la profilaxis con heparina de bajo peso molecular no fue suficientemente eficaz dado antecedentes patológicos del paciente.

P-775

ENFERMEDAD DE CUSHING

S Sánchez Ortiz, H Solino Díaz, J Pelayo Lastra, L Piedra Antón, E Vázquez González, MJ Rodríguez Lera

Hospital Sierrallana. Cantabria.

Palabras claves: macroadenoma, hipófisis, cortisol

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica y Objetivos:

Descripción de un caso clínico en el que se diagnostica una enfermedad de Cushing en una paciente con hipertensión arterial rebelde, diplopía e hipopotasemia. El diagnóstico de enfermedad de Cushing es difícil, ya que no todos los pacientes que lo padecen debutan con los mismos síntomas. Material o pacientes y método: Caso clínico de una mujer de 53 años sin ningún antecedente personal de interés. Acude a Urgencias por cifras tensio-nales muy elevadas (TA 210/110 mmHg) refractarias a tratamiento hipotensor intensivo endovenoso. Neurológicamente destaca una diplopía binocular. En la exploración presenta una cara redondeada, con plétora facial y con exoftalmos bilateral leve, obesidad troncular, hirsutismo facial leve y piel fina con atrofia parcial de brazos y miembros inferiores. Se solicita analítica completa, radiografía de tórax, electrocardiograma y dada la clínica neurológica, un scanner craneal. Resultados: En la analítica realizada en Urgencias, solo es destacable una hipopotasemia ($K+2.2$ mEq/l). El ECG y la radiografía de tórax son normales. El scanner craneal muestra un macroadenoma hipofisario con extensión hacia el seno cavernoso. Se ingresó a la paciente en endocrinología, donde se completó el estudio con una RMN, que confirmaba la presencia del macroadenoma. Se observó hipercortisoluria (más de 120 ug/24h) en 3 días distintos y una ACTH muy alta (151 pg/ml), confirmándose así una enfermedad de Cushing por adenoma hipofisario, derivando a la paciente a Neurocirugía.

Conclusiones:

La tensión arterial elevada es habitual en la población general, pudiendo esconder diagnósticos importantes como una enfermedad de Cushing. Ante una tensión arterial rebelde, con diplopía e hipopotasemia, tendremos que pensar en un posible diagnóstico de esta enfermedad.

CASOS CLÍNICOS

A-776

EVITAR SEPSIS CUTÁNEA EN CALCIFILAXIS

MG Díaz Sánchez (1), M Gómez Martínez (2), M Bernad Barcos (2),
H Esnal Amundarain (1), L González Conde (1),
A Illarramendi (1), P Busca Ostolaza (1)

(1) Urgencias. Hospital Universitario de Donostia, (2) Hospital Bidasoa. Irún

Palabras claves: calcifilaxis, arteriopatía urémica calcificante, tratamiento

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: La calcifilaxis es una ulceración isquémica de la piel secundaria a la calcificación de pequeñas arteriolas subcutáneas, también llamada arteriopatía urémica calcificante. Presenta alta incidencia en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) terminal debido a alteraciones del metabolismo calcio-fósforo. De predominio en mujeres con HTA, DMII y obesidad. Poco frecuente pero mal pronóstico por complicación de tipo sepsis cutánea. **MATERIAL:** Mujer de 57 años de edad, con ERC estadio V en hemodiálisis (por probable nefropatía vascular por HTA esencial mal controlada y obesidad exógena) y Calcifilaxis diagnosticada por biopsia hace 9 meses sin mejoría a pesar de tratamiento con cinacalcet y que acude por una lesión indurada con ulceración central en región paraumbilical izda de 5 días de evolución y dolor intenso a la palpación y aparición de lesión de similares características paraumbilical dcha de 24 horas de evolución. Niega fiebre u otra clínica asociada. **Resultados:** Exploración: Presenta ACP normal, PPRB negativa y lesiones induradas, de consistencia pétreas, con ulceración central en ambas regiones paraumbilicales y en mamas, impresionando de infectada la de región paraumbilical izda. Durante su estancia estable hemodinámicamente sin datos de sepsis a pesar de que presenta piuria en orina, leucocitosis con desviación izda, alteración de lactato y procalcitonina y oligoanuria, Diagnóstico: ITU. ERC grado V. Calcifilaxis. **Evolución:** La paciente fue valorada por servicio de Dermatología Nefrología, precisando ingreso de 3 meses para tratamiento con tiosulfato, varios ciclos de antibiótico, corrección del producto calcio-fósforo y aumento de sesiones de hemodiálisis.

Conclusiones:

Destacar la necesidad de una alta sospecha clínica para el diagnóstico de calcifilaxis a pesar de la forma de presentación típica. El tiempo transcurrido desde la aparición de las lesiones, la localización proximal y la afectación de partes blandas parecen ser factores pronósticos desfavorables en la evolución de las lesiones, así como el hecho de que una vez efectuado el diagnóstico, se requiere un amplio abordaje terapéutico multidisciplinar (servicios de Atención Primaria, Urgencias, Nefrología, Dermatología) para controlar las lesiones, evitar la sobreinfección de las mismas evitando así la alta mortalidad por sepsis cutánea.

P-777

SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y HEMORRAGIA DIGESTIVA

C. Jaqués Andrés, R. Garrido López de Murillas
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: isquemia miocárdica, hemorragia gastrointestinal, inhibidores de agregación plaquetaria

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente varón de 71 años con antecedentes de hipertensión y dislipemia. Acude a urgencias refiriendo dolor torácico que ha aparecido mientras caminaba cediendo espontáneamente con el reposo. Historia de cuadro sincopal el día previo etiquetado de síncope vasovagal. En ECG inicial se objetiva bloqueo de rama derecha ya conocido sin otras alteraciones de interés. En analítica de ingreso destacar TnI 3.8 ng/ml y Hb 11.3 mg/dL. Queda ingresado con diagnóstico de SCASEST, por lo que se administra carga de antiagregación (300 mg AAS + 180 mg Ticagrelor) y se inicia anticoagulación con HBPM a dosis terapéutica. En las horas posteriores sufre nuevo episodio sincopal acompañado de severa hipotensión. En analítica destaca caída de 3 puntos de hemoglobina. Se rehistoria al paciente refiriendo heces oscuras en días previos y toma de AAS los días previos por episodios de dolor torácico. Se realiza TAC toracoabdominal, objetivando estómago distendido con abundante contenido en su interior. Tras abundante hematemesis y hallazgos radiológicos se realiza endoscopia urgente visualizando coágulo en cardias que se esclerosa cesando el sangrado por el momento. El paciente ingresa en UCI donde se estabiliza tras transfusión de hematíes y plaquetas. En las siguientes horas nuevo episodio de hematemesis con abundantes melenas, seguido de importante inestabilidad hemodinámica, por lo que se pone en marcha protocolo de hemorragia masiva y se avisa a cirugía general. Finalmente el paciente sufre PCR previa a intervención quirúrgica y fallece a pesar de maniobras de RCP avanzadas.

Conclusiones:

A propósito del caso nos gustaría destacar el importante papel que juegan los antiagregantes en los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo, existiendo en este momento antiagregantes de nueva generación con mayor potencia y rapidez de acción. Por el contrario debemos conocer sus efectos adversos, los cuales fueron fatales en el caso de nuestro paciente, originando una hemorragia masiva y ocasionando el fallecimiento del mismo. También hay que destacar la importancia de la Historia clínica, ya que los antecedentes de hemorragia digestiva no fueron detallados por nuestro paciente en el momento inicial, por lo que se continuó con el tratamiento mencionado.

CASOS CLÍNICOS

P-778

ASPECTO CAQUÉTICO

RM Martín Vélez, IM Fernández Guerrero,
MB Moltó García, J Roca Guiseris

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Palabras claves: ascites, tuberculosis, *Mycobacterium infections*

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 68 años, Antecedentes Personales de Cirrosis enólica B7 Child Pugh. Exfumador. Tratamiento: furosemida, omeprazol, Espironolactona. Anamnesis: Desde 3-4 días cansancio intenso, aumento del perímetro abdominal, no fiebre, dolor abdominal difuso. No disminución de la diuresis no clínica cardiorespiratoria. Pérdida de peso no cuantificada. EXPLORACIÓN Regular estado general, caquético se visualizan espinas dorsales y ligamentos laterales, deshidratado. ACR tonos rítmicos sin soplos murmullo vesical conservado. ABDOMEN. Ascitis a tensión circulación colateral, hepatomegalia de 3 traveses dolorosa. Blumberg negativo, murphy negativo. Miembros inferiores no edemas ni signos TVP. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: coagulación normal; hemograma: destaca hemoglobina 12 g/dl; Bioquímica Urea 61 mg/dl, creatinina 1 mg/dl, LDH normal. GOT 103 IU/dL, GPT 77 IU/dL, PCR 21 mg/dL; sedimento normal; Rx física no derrame no infiltrado no se observan nódulos. Enfisema bilateral. Líquido ascítico amarillento muy denso; bioquímica líquido ascítico leucocitos 3273, 84 % linfocitos, LDH 2191, glucosa 38, proteínas totales 1.5. ADA: líquido ascítico 192, baciloscopia líquido ascítico negativo baciloscopia esputo negativo IGRA pendiente marcadores tumorales normales. Ante los resultados del Líquido ascítico se solicita TAC abdomen Hígado de tamaño aumentado a expensas de lóbulo hepático izquierdo, lesiones focales. Vesícula biliar algo dilatada, pared normal. Engrosamiento peritoneal con mayor captación tras la administración de contraste iv, vascularización abundante. Gran engrosamiento circunferencial e irregular de la pared del recto, mayor en el lado derecho. Signos de edema de la grasa mesentérica y de la pared de asas de delgado. Compatible con afectación peritoneal y del epiplón mayor ("omental cake") con abundante líquido peritoneal. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Linfoma neoplasia primaria peritoneal carcinomatosis peritoneal TBC peritoneal JC: ante el hallazgo de ADA elevado, aunque la baciloscopia sea negativa en diagnóstico fue de TBC peritoneal. Colonoscopia En colon trasverso se observa pólipo plano de unos 16 mm (0IIa, NICE 2) que no se extirpa por malas condiciones del paciente y mala preparación. Se inicia tratamiento con etambutol 400 mg 2 comprimidos/24 h, RIFATER® 4 comprimidos/24 h.

Conclusiones:

TBC peritoneal. El dolor abdominal y la anorexia son los síntomas más frecuentes. El ADA elevada en líquido ascítico puede ser suficiente para el diagnóstico, este hay que sospecharlo si líquido exudativo. Prevalencia 11-16%. Complicaciones obstrucción, peritonitis intestinal en estos casos se recomienda laparotomía y biopsia peritoneal incluyendo resección intestinal extensa. Duración tuberculosestáticos 6 meses.

P-779

DESCARTAR ORGANICIDAD

RM Martín Vélez, AL Mora Gómez, IM Fernández Guerrero,
J Roca Guiseris

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Palabras claves: schizophrenia, Horner syndrome, meningeal neoplasms

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

ANTECEDENTES PERSONALES: varón de 65 años, esquizofrenia paranoide de 40 de evolución. En tratamiento con risperidona, amisulpirida y etumina. Es trasladado por servicio de urgencias extrahospitalario y la policía debido a presentar un cuadro de agitación y agresividad en la vía pública, y que parece estar relacionado con el abandono de su medicación desde hace 2 días. Se localizó a familiares que aportan más información: en días previos no había tenido fiebre, disnea, no síntomas urinarios, digestivos ni cefalea. EXPLORACIÓN: A su llegada está bajo el efecto de clorazepato dipotásico, levometromacina y clorpromacina, Glasgow 10/15 TA: 80/55 fc 78lpm tº 36 sat O2 98% DTT: 80. Pupilas anisocóricas, midriasis derecha areactiva a la luz, pares craneales no valorables, moviliza extremidades. ACR: normal ABD: normal MMII: no edemas ni signos de TVP PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma, bioquímica, coagulación y orina normal. Rx tórax: sin condensaciones ni derrame. GSV: láctico 3,9 ph 7,36. Ante la disminución del nivel de conciencia y la anisocoria se solicita TAC craneal: hallazgos compatibles con neoplasia de la base de cráneo izquierdo con probable origen en seno cavernoso y signos de compresión del encéfalo DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: ingesta de tóxicos, síndrome de Horner, esquizofrenia paranoide descompensada, hemorragia intraparenquimatosa, trombosis cerebral, tumor cerebral, meningitis, encefalitis. DIAGNÓSTICO FINAL: meningioma base del cráneo izquierdo con probable origen en el seno cavernoso EVOLUCIÓN: valorado por psiquiatría, neurocirugía, pendiente de tratamiento por neurocirugía y oncología.

Conclusiones:

Se define anisocoria como una diferencia del tamaño pupilar mayor de 1 mm, en el 10-20% de la población es normal una anisocoria menor de 1 mm. En los pacientes en los que encontremos una anisocoria hay que explorar el reflejo fotomotor, de acomodación, ptosis palpebral. Ante un paciente con antecedentes psiquiátricos que presenta un cuadro agudo de agitación, tenemos limitaciones en cuanto a la anamnesis y en la exploración ya que puede estar necesitado de sujeción mecánica, dificultando además la toma de decisiones. La exploración sistemática y rigurosa nos ayuda a detectar signos de alarma, como la anisocoria. Este hallazgo nos obliga a 'detectar organicidad', coetilla ampliamente usada ante un paciente con antecedentes de patología psiquiátrica de manera muy laxa, encontrando en este caso clínico una verdadera utilidad.

CASOS CLÍNICOS

P-780

GLIOMATOSIS CEREBRAL, UNA RARA PATOLOGÍA QUE NO DEBEMOS OLVIDAR

AC Cabistany Esqué, AM Díaz de Tuesta Chow Quan,
L Usieto López, P Cuadra Giménez, MP Oliete Blanco,
T Fernández Letamendi

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: desorientación, neoplasia, glioma

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Presentamos un caso clínico de un paciente con cambios del comportamiento de instauración aguda con muy mal pronóstico. Se trata de una mujer de 65 años sin antecedentes de interés que desde hace unos 4 meses presenta trastorno conductual, desorientación, aumento de irritabilidad y afectación progresiva del cuidado personal. En la exploración no presenta déficits sensitivo-motores ni focalidad neurológica. Como pruebas complementarias se le realizan: analítica completa, electrocardiograma, Tomografía Axial Computarizada y electroencefalograma, siendo todas ellas normales. Se completa estudio con Resonancia Magnética Nuclear (RMN) craneal con hallazgo de extensa afectación de lóbulos temporales con extensión a hipocampos, tálamo y lóbulos frontales con extensión a cuerpo callosos, sugestivos de Gliomatosis Cerebral (GC). Se desestima intervención terapéutica, dadas las escasas posibilidades de respuesta paliativa y mal pronóstico de la paciente, siendo dada de alta con tratamiento sintomático y control por Neurólogo de área.

Conclusiones:

La GC es una neoplasia cerebral primaria de crecimiento difuso, infiltrativo y no destructivo de naturaleza glial. Su incidencia es baja, constituye el 1% de los tumores cerebrales primarios, con un promedio de presentación entre la cuarta y quinta década de la vida. Es una neoplasia neuroepitelial que afecta al menos dos lóbulos cerebrales, con posible extensión al tallo cerebral, cerebelo, medula espinal y espacio subaracnoideo. La clínica es inespecífica, con una forma de presentación clínica muy variada, siendo la más frecuente las crisis comiciales, lo que determina que sea una enfermedad de difícil diagnóstico. La RMN craneal constituye el gold standard en el diagnóstico, y siempre que sea posible será necesaria una confirmación histológica. La incorporación de quimioterapia (temozolamida) al tratamiento clásico basado en la radioterapia parece ofrecer mayores tasas de respuesta, aunque su impacto en la supervivencia sigue siendo escaso. El pronóstico es malo, con una supervivencia de entre 6 a 12 meses. En conclusión, la GC, pese a su rareza, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones infiltrativas difusas de la sustancia blanca y debe considerarse ante toda sintomatología neurológica inespecífica, como puede ser un cambio de brusco del comportamiento, como en nuestro caso.

P-781

DIFICULTAD IDIOMÁTICA

IM Fernández Guerrero, AL Mora Gómez, RM Martín Vélez,
J Sánchez López, MB Moltó García, R Molina Ruano

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Palabras claves: hipercalcemia, pregnancy, lymphoma, malignant

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

ANTECEDENTES PERSONALES: Paciente de 43 años, oriunda de Senegal, gestante de 12 semanas. Sin AP de interés ANAMNESIS: acude a urgencias de Ginecología por náuseas matutinas, algias musculares generalizadas y astenia. Se realiza una ecografía de control sin hallazgos y se deriva para valoración. La anamnesis es difícil porque la paciente no domina el castellano, aunque tiene un familiar colaborador que ayuda en el proceso. Comenta clínica de astenia intensa, náuseas y algias sobretodo en zona lumbar que le dificulta la deambulación desde hace unos dos meses. No comenta síndrome miccional ni fiebre. No dolor abdominal, tendencia al estreñimiento. EXPLORACIÓN: buen estado general, consciente, orientada, algo bradipsíquica. ACR: buena ventilación, taquicárdica. Abdomen: de gestante sin dolor a la palpación. MMII: sin edemas o signos de TVP, dolor a la movilización de ambos MMII e intenso en zona lumbar y ambas caderas, más en la izquierda. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: -Orina: normal -EKG: ritmo sinusal a 102lpm, QRS 0,12 QTc 338 ms (de Bazet) -Hemograma normal -Bioquímica: destaca LDH 1555, calcio 22, proteínas totales 8,7. -Coagulación: normal DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: hiperparatiroidismo, hipercalcemia tumora, hipertiroidismo, sarcoidosis. EVOLUCIÓN: Con diagnóstico de hipercalcemia severa de novo la paciente ingresó en UCI donde se realizó tratamiento con hidratación intravenosa, metilprednisolona y elcatonina, además de diálisis por mal control de cifras de calcio. Durante su estancia se realizan entre otras pruebas RMN de caderas: múltiples lesiones osteolíticas en fémures, caderas, sacro y columna lumbar sugerentes de mieloma o metástasis de primario desconocido. Masa adenopática de 2 cm en axila que se biopsia con resultado de linfoma de alto grado tipo Burkkit.

Conclusiones:

La hipercalcemia grave es una emergencia vital con síntomas inespecíficos. La presencia de astenia, estreñimiento, confusión y síndrome hiperosmolar nos debe poner en la pista sobre su presencia, fundamentalmente en pacientes de riesgo como onco-hematológicos en tratamiento y con insuficiencia renal. En una paciente gestante además conlleva una dificultad diagnóstica, dada la sintomatología tan larvada y en algún caso mimética con los síntomas propios del embarazo como las náuseas, vómitos y astenia, debiendo adaptarse el diagnóstico y tratamiento a su condición de gestante. Aunque la causa más frecuente de hipercalcemia en el embarazo es el hiperparatiroidismo, hay que indagar otras opciones.

CASOS CLÍNICOS

P-782

HEMATOMA RETROPERITONEAL CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA SECUNDARIO A SANGRADO DE NÓDULO ADRENAL IZQUIERDO

C Neyra Pérez, M Miranda García, R Chico Civera

Hospital Universitario de Torrejón. Madrid.

Palabras claves: hematoma retroperitoneal, nódulo adrenal, suprarrenalectomía

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 86 años, hipertensa, diabética, dislipémica, con una fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol, que acudió a urgencias por dolor en hipocondrio izquierdo (HCI), súbito y progresivo, sin traumatismo previo, de pocas horas de evolución, con varios episodios sincopales asociados. A su llegada a urgencias, en mal estado general con hipotensión arterial, dolor a la palpación de abdomen focalizado en HCI sin peritonismo. La analítica mostró una anemia de 9.3g/dl con previa de 14 e INR de 2.38. Se solicitó tomografía (TAC) abdominal con contraste intravenoso que evidenció una probable rotura de adenoma adrenal izquierdo con sangrado activo y gran hematoma retroperitoneal izquierdo. Tras su estabilización en el servicio de urgencias y valoración por la unidad de cuidados intensivos (UCI) se realizó arteriografía que confirmó sangrado activo sin conseguir control del mismo mediante embolización. Dada la presencia de sangrado activo, se realizó intervención quirúrgica, suprarrenalectomía izquierda. Postoperatorio inmediato en UCI con extubación a las 12 horas y reintubación a las 24 horas por insuficiencia respiratoria. Permaneció con ventilación mecánica por 10 días. Evolución postoperatoria en planta de Cirugía General sin complicaciones, manteniéndose afebril, con buen control analgésico, buena tolerancia oral y buena cicatrización de herida quirúrgica. Dada la complicación hemorrágica de la paciente, se inició antiagregación con aspirina, retirando definitivamente la anticoagulación.

Conclusiones:

Hay una gran correlación entre la hemorragia suprarrenal y las terapias anticoagulantes, lo que se sugiere que la hemorragia sea un evento primario. El adenoma cortical es la neoplasia más común de la glándula suprarrenal. La hemorragia masiva de un adenoma es extremadamente rara. El presente es un caso de sangrado espontáneo en paciente anticoagulado.

A-783

PICOTAZO METATARSOFALÁNGICO

A Rojas Sánchez, I Ortega Gálvez, G Gálvez Santiago, R Manzano Rodríguez, S Rodríguez Bolaños, T García Ruiz

Hospital Comarcal de Baza. Baza.

Palabras claves: fractura, metatarso, necrosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 82 años con antecedentes personales de HTA, diabetes mellitus tipo 2, retraso mental y miopía magna, alérgica a ácido clavulánico y levofloxacino, en tratamiento con losartán 100 mg, omeprazol 20 mg, metformina 850 mg, AAS 100 mg, hierro (II) y pentoxifilina 400 mg, intervenida quirúrgicamente de cataratas en ojo derecho y sin referir hábito tóxicos, acude a Urgencias por cuadro de dolor en 5º dedo de pie izquierdo de aproximadamente dos meses de evolución que no cede con tratamiento analgésico habitual, sin referir traumatismo previo. A la exploración del pie presenta dolor a la palpación en región de articulación metatarsofalángica de 4º y 5º dedo con limitación de movilidad siendo más intenso a la flexión del mismo. No presenta herida en la zona, ni signos de infección articular. Se le realiza radiografía de pie izquierdo en la que se observa articulación metatarsofalángica subluxada y reabsorción de Parte medial de cabeza de 5º metatarso de pie izquierdo.

Conclusiones:

Sospecha clínica de osteonecrosis de 5º metatarso pie izquierdo. Se trata con analgesia y reposo hasta valoración por Traumatología. Como diagnóstico diferencial se plantea la fractura-luxación cerrada de 5º metatarso. En la valoración por traumatología se plantea realización de TAC de pie izquierdo compatible con osteonecrosis de 5º metatarso y tratar con plantillas de descargar y zapatos anchos.

CASOS CLÍNICOS

P-784

HIPERPOTASEMIA Y DIGOXINA, ¿SE PODRÍA HABER EVITADO LA TORMENTA ARRITMOGÉNICA?

M Gil López, F Moreno Calatrava, E Prado Mel
Hospital Nuestra Señora de la Merced. Osuna.

Palabras claves: digoxin, arrhythmia, cardiac, hyperkalemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria - Comarcal

Historia clínica

La digoxina interviene frecuentemente en las interacciones medicamentosas de pacientes polimedicados así como los niveles de potasio en la terapia cardiovascular. Una revisión de la terapia multidisciplinar de pacientes crónicos podría evitar muchas reacciones adversas. Se describe un caso de hiperpotasemia con hiperdigoxinemia en paciente que ingresa en los servicios de urgencias por tormenta arritmogénica: mujer de 69 años de edad, con insuficiencia renal leve, hipertensión arterial tratada con candesartán 32 mg al día, diabetes mellitus tipo II tratada con metformina 850 mg cada 8 h y glibenclámid 5 mg cada 24 h, fibrilación auricular tratada con carvedilol 6,25 mg cada 24 h y digoxina 0,25 mg cada 24 h. Dislipemias tratada con simvastatina 20 mg cada 24 h y valvulopatía mitral-insuficiencia cardiaca tratada con furosemina 40 mg y espironolactona 25 mg cada 24 h. Ingresa con mal estado general objetivándose en monitor situación de tormenta arritmogénica que concluye en asistolia requiriendo maniobra de RCP avanzada. En analítica se observaron niveles de digoxina de 4,7 ng/ml, potasio 9,51 mEq/l, creatinina de 5,63 mg/dl y acidosis metabólica severa. Se realiza tratamiento con 3 mg de atropina en bolos de 1 mg, 300 mg de amiodarona, 30 ml de gluconato cálcico al 10% y desfibrilación a 200 julios. La paciente se estabiliza presentando un trazado electrocardiográfico con fibrilación auricular con frecuencia cardiaca controlada.

Conclusiones:

La paciente presentaba un tratamiento habitual con múltiples interacciones medicamentosas que habrían podido contribuir al motivo del ingreso. La simvastatina, espironolactona y carvedilol producen un aumento de los niveles de digoxina en sangre. Al mismo tiempo el uso concomitante de carvedilol, digoxina y espironolactona producen aumento en los niveles de potasio. Por otra parte la paciente presentaba una insuficiencia renal leve y estaba en tratamiento con metformina a dosis máxima. El ajuste del tratamiento domiciliario podría haber evitado esta situación clínica.

P-785

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON ABDOMEN AGUDO

MC Sánchez Díaz, AA Oviedo García, M Algaba Montes,
A Martínez Márquez, MR Mejías Calderón
Servicio de Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla.

Palabras claves: ultrasonography, intestinal pertoration, pneumo-peritoneum

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

El uso y expansión de la ecografía entre los médicos de urgencias (MU) en España está siguiendo una curva exponencial, incrementándose día a día los servicios de urgencias (SU) que disponen de ecógrafos y cuyos profesionales están formados y continúan formándose en las distintas aplicaciones de la ecografía clínica en urgencias.

Objetivo:

Conocer la utilidad de la ecografía en urgencias ante un paciente con abdomen agudo.

Material y método:

presentamos el diagnóstico de un neumoperitoneo mediante el uso de una ecografía a pie de cama del paciente en urgencias. Disponemos de un ecógrafo Sonosite-M- Turbo, con sonda convex C60e/5-2MHz. Resultados: varón de 81 años, con buena calidad de vida, hipertenso, diabético que acude a urgencias por dolor intenso abdominal de 2 horas de evolución, presentando muy mal estado general, muy inquieto, sudoroso, hipotenso y taquicárdico, taquipneico, desaturando, con mala perfusión periférica y con abdomen en tabla. El MU le realiza una ecografía a pie de cama observando líquido libre peritoneal con ecos en su interior (burbujas de aire), junto con un línea hiperecogénica peritoneal que provocaba artefactos de reverberación (similar a las líneas B de la ecografía pulmonar), y que cambiaban de localización al modificar la posición del paciente, datos descritos en la literatura compatibles con neumoperitoneo asociado a perforación de víscera hueca. Dada la mala situación clínica, tras una reposición hemodinámica intensiva, el paciente fue llevado al quirófano donde se objetivó una úlcera duodenal perforada.

Conclusiones:

Aunque la detección de neumoperitoneo, y sus signos asociados, mediante ecografía no está suficientemente validados en manos de los MU es imperativo que los médicos de emergencia estemos familiarizados con los hallazgos ecográficos asociados a un abdomen agudo, como pueden ser la detección de un aneurisma aórtico abdominal, una hemorragia intraabdominal o con la perforación de una víscera hueca, entre otros... Los autores sugerimos que la ecografía a pie de cama del paciente crítico, con abdomen agudo y sospecha de neumoperitoneo puede ser una herramienta muy útil, cuando la situación hemodinámica del paciente dificulta su traslado al servicio de radiodiagnóstico, como en el caso que presentamos.

CASOS CLÍNICOS

P-786

APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS ECOGUIADAS EN URGENCIAS

MC Patricio Bordomás, M Algaba Montes, AA Oviedo García,
MC Sánchez Díaz, A Martínez Márquez, MR Mejías Calderón
Servicio de Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla.

Palabras claves: emergency medicine, emergency medical services, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: Las competencias de los profesionales de Urgencias (PU) en Ecografía, tanto médicos como enfermeros, se vienen debatiendo desde hace décadas. La evidencia científica actual avala el uso de la Ecografía por el PU de forma rotunda, por su rapidez, agilidad y seguridad para el paciente, pero en España estamos aún muy lejos de que todos los servicios de urgencias dispongan de un ecógrafo y todos sus profesionales se encuentren formados y capacitados para la utilización del mismo.

Objetivo:

Conocer la utilidad de la ecografía en urgencias para la realización de una gasometría arterial.

Material y método:

Presentamos la realización ecoguiada de una gasometría arterial (GSA) en urgencias realizada por un enfermero. Disponemos de un ecógrafo Sonosite-M-Turbo, con sonda lineal HLF38x de 6-13 MHz. Resultados: mujer de 68 años, hipertensa, diabética, obesa mórbida, que acude a urgencias por disnea intensa, taquipneica, sudorosa y somnolienta, con saturación de 90% a FIO₂ 1.0. Ante la sospecha de insuficiencia respiratoria global (IRG), se intenta en varias ocasiones realizar una GSA en varias ocasiones y por varios puntos de acceso distintos, resultando infructuoso. Al disponer de un ecógrafo y de formación adecuada, la enfermera responsable del paciente le realiza una GSA ecoguiada canalizando la arteria radial derecha al primer intento. Finalmente se confirmó la sospecha de IRG con acidosis respiratoria severa, iniciándose ventilación mecánica no invasiva tipo Bi-PAP, mejorando la situación de la paciente en pocas horas.

Conclusiones:

Incorporar la ecografía en los Servicios de Urgencias, disminuye los tiempos globales de atención, puesto que los PU somos más efectivos, eficientes y dinámicos en el manejo de urgencias "tiempo-dependiente", aportando mayor seguridad clínica al paciente. El retraso en el diagnóstico y tratamiento de las patologías urgentes influyen negativamente en el pronóstico del paciente. La ecografía permite asociar la información clínica y ecográfica en las mismas manos, con el aumento de eficacia diagnóstica y terapéutica que de ello se deriva. Por tanto, es fundamental establecer y protocolizar programas de formación, dirigidos a los médicos y enfermeros de urgencias, que con distintos niveles de capacitación y siguiendo criterios de calidad, garanticen la seguridad y eficacia de la ecografía en nuestras manos.

P-787

CANALIZACIÓN ECOGUIADA DE UNA VÍA VENOSA PERIFÉRICA EN URGENCIAS

M Patricio Bordomás, AA Oviedo García, M Algaba Montes,
MR Mejías Calderón, MC Sánchez Díaz
A Martínez Márquez

*Servicio de Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla.
Castilleja de la Cuesta.*

Palabras claves: emergency medicine, emergency medical services, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: Las competencias de los profesionales de Urgencias (PU), tanto médicos como enfermeros, en Ecografía se vienen debatiendo desde hace décadas. La evidencia científica actual avala el uso de la Ecografía por el PU de forma rotunda, por su rapidez, agilidad y seguridad para el paciente, pero en España estamos aún muy lejos de que todos los servicios de urgencias dispongan de un ecógrafo y todos sus profesionales se encuentren formados y capacitados para la utilización del mismo.

Objetivo:

Conocer la utilidad de la ecografía en urgencias para la canalización ecoguiada de una vía venosa periférica (VVP) en un paciente con acceso venoso difícil.

Material y método:

Presentamos la canalización ecoguiada de una VVP en urgencias, realizada por un enfermero. Disponemos de un ecógrafo Sonosite M-Turbo, con sonda lineal HLF38x de 6-13 MHz. Resultados: varón de 84 años, hipertenso, diabético, obeso, con bronquitis crónica y cardiopatía isquémica, que acude a urgencias por malestar general, fiebre, y deterioro general, presentando taquipnea, taquicardia, somnolencia e hipotensión. Se intenta en varias ocasiones canalizar una vía venosa periférica, para soporte hemodinámico y aporte de antibióticos empíricos, por varios puntos de acceso distintos, resultando infructuoso. Al disponer de un ecógrafo y de formación adecuada, el enfermero responsable del paciente le realiza una canalización ecoguiada de una VVP en el miembro superior derecho, permitiendo una reanimación hemodinámica intensiva del paciente, evitándose la canalización de una vía venosa central, mejorando sus parámetros clínicos y confirmándose a posteriori que el paciente presentaba una sepsis de origen urinario.

Conclusiones:

Incorporar la ecografía en los Servicios de Urgencias, disminuye los tiempos globales de atención, puesto que los PU somos más efectivos, eficientes y dinámicos en el manejo de urgencias

CASOS CLÍNICOS

“tiempo-dependiente”, aportando mayor seguridad clínica al paciente. El retraso en el diagnóstico y tratamiento de patologías urgentes influyen negativamente en el pronóstico del paciente. Por tanto, es fundamental establecer y protocolizar programas de formación, dirigidos a los profesionales de urgencias (médicos y enfermeros) con distintos niveles de capacitación, que siguiendo criterios de calidad, garanticen la seguridad y eficacia de la ecografía en nuestras manos.

A-788

LA INESTIMABLE AYUDA DE LA ECOGRAFÍA EN MANOS DEL MÉDICO DE URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL DE CAUSA POCO HABITUAL

MC Sánchez Díaz, M Algaba Montes, AA Oviedo García,
MR Mejías Calderón, A Martínez Márquez

Servicio de Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla.

Palabras claves: emergency medicine, abdominal pain, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: El dolor abdominal es uno de los síntomas por el que con más frecuencia el paciente acude a Urgencias, constituyendo casi el 10% de las asistencias. El retraso en el diagnóstico y tratamiento influye negativamente en el pronóstico del paciente. La Ecografía abdominal es un método incruento, rápido, portátil, repetible, y barato que nos aporta gran cantidad de información a los médicos de urgencias (MU).

Objetivo:

Conocer la utilidad de la ecografía en urgencias ante un paciente con dolor abdominal.

Material y método:

Presentamos el diagnóstico de un infarto esplénico mediante el uso de una ecografía realizada por el propio MU. Disponemos de un ecógrafo Sonosite-M-Turbo, con sonda convex C60e/5-2MHz. Resultados: varón de 56 años, ex adicto a drogas vía parenteral, totalmente deshabituado desde hace años, con infección VIH estadio C3, con co-infección por VHC, buen cumplidor del tratamiento antiretroviral, manteniendo carga viral indetectable y cifras de CD4 de 142 células/uL, que acude a urgencias por dolor abdominal en flanco izquierdo, con irradiación a fosa renal izquierda, etiquetado inicialmente como cólico nefrítico. El paciente se encontraba clínicamente estable, las analíticas y la radiografía resultaron anodinas, pero el paciente no respondió adecuadamente al tratamiento analgésico, por lo que el MU le realizó una ecografía sospechando una complicación del cólico nefrítico (ureterohidronefrosis, urinoma...), pero lo que observó fue una imagen triangular, de base periférica, hipoeogénica, en el bazo, compatible con infarto esplénico, quedando el paciente ingresado y anticoagulado, teniendo una buena evolución y siendo alta a los pocos días sin haber presentado complicaciones.

Conclusiones:

La ecografía en Urgencias es una herramienta potente, lo que sumado a su bajo coste y ausencia de efectos adversos la hace imprescindible en el día a día de nuestra práctica clínica. Con esto

CASOS CLÍNICOS

no pretendemos discutir las indicaciones, en un contexto urgente, de una ecografía clásica que requiere una elevada cualificación profesional que debe ser realizada por un ecografista experto y que supone la utilización de un equipo de alta gama, pero si creemos firmemente en este recurso como prolongación de la mano del médico de Urgencias y en su integración al acto médico de orientación de las patologías urgentes.

P-789

DIAGNÓSTICO ECOCARDIOGRÁFICO POR EL MÉDICO DE URGENCIAS DE UNA COMPLICACIÓN MECÁNICA CARDIACA EN UN INFARTO DE MIOCARDIO

A Martínez Márquez, M Algaba Montes, AA Oviedo García,
MC Sánchez Díaz, MR Mejías Calderón

Servicio de Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla. Dos Hermanas.

Palabras claves: emergency medicine, myocardial infarction, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

La ecocardiografía es una técnica de diagnóstico no invasiva que utiliza ondas de ultrasonidos para crear imágenes del corazón. Está incluida en los programas de formación en ecografía para médicos de urgencias (MU) de sociedades científicas internacionales de gran prestigio como WINFOCUS (World Interactive Network Focused on Critical Ultrasound), en la americana de American College of Emergency Physicians (ACEP), e incluso en los programas de formación en ecografía de nuestra sociedad, SEMES, ya que la evidencia científica actual avala el uso de la ecocardiografía por el MU de forma rotunda, por su rapidez, agilidad y seguridad para el paciente.

Objetivo:

Conocer la utilidad de la ecocardiografía en urgencias ante un paciente con un infarto de miocardio.

Material y método:

Presentamos el diagnóstico de una comunicación interventricular como complicación mecánica de un infarto miocárdico septal anterior, mediante el uso de una ecocardiografía realizada por el propio MU. Disponemos de un ecógrafo Sonosite-M-Turbo, con sonda P21 de entre 1 y 5 MHz, y con software de Ecocardiografía. Resultados: mujer de 85 años, hipertensa y diabética, con buena calidad de vida, que acude a urgencias por dolor torácico opresivo de varios días de evolución, presentando mal estado general, sudorosa, taquicárdica y con hipotensión severa (70/30), mostrando en el EKG un QS anterior compatible con infarto anterior evolucionado. El MU le realiza una ecocardiografía a pie de cama observando una solución de continuidad a nivel del tabique interventricular apical, con shunt izquierda-derecha, con disquinesia del septo medio-apical y anterior media-apical, todo compatible con infarto anterior evolucionado, con rotura del tabique y comunicación interventricular. Dados los hallazgos la paciente fue descartada para la realización de cateterismo urgente, iniciándose sedación y analgesia, falleciendo finalmente 24 h después de su llegada al hospital.

CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

Incorporar la ecocardiografía en Urgencias disminuye los tiempos globales de atención, puesto que el MU es más efectivo, eficiente y dinámico en el manejo de urgencias "tiempo-dependiente", aportando mayor seguridad clínica al paciente. Por desgracia en este caso, la paciente no se pudo beneficiar de un tratamiento curativo, pero la ecocardiografía evitó que se sometiera a un intervencionismo innecesario, que no evitaría el fatal desenlace.

P-790
VENTAJAS DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO SIN CAMBIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS

A Martínez Márquez, AA Oviedo García, M Algaba Montes, MC Sánchez Díaz, MR Mejías Calderón

Servicio de Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla.

Palabras claves: emergency medicine, aortic diseases, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: la disección aórtica es relativamente poco frecuente, pero se puede presentar como una patología catastrófica para el pronóstico del paciente, por lo que un diagnóstico y tratamiento precoces son cruciales para su supervivencia. Se han utilizado 2 sistemas de clasificación de esta patología, siendo la más usada la de Stanford que clasifica la disección en tipo A, si afecta a la aorta ascendente, y en tipo B todas las demás tipos de disección.

Objetivo:

Conocer la utilidad de la ecografía clínica en manos del médico de urgencias (MU), a pie de cama del paciente crítico, ante la sospecha de un paciente con síndrome aórtico agudo.

Material y método:

Presentamos el diagnóstico de una disección aórtica tipo B de Stanford realizada por el propio MU. Disponemos de un ecógrafo Sonosite-M-Turbo, con sonda P21 de entre 1 y 5 MHz. Resultados: varón de 76 años, hipertenso y fumador, que acude a urgencias porque le ha despertado un dolor intenso, transfixiante, opresivo, centrotorácico con irradiación a la espalda, acompañado únicamente de náuseas. Mostraba las constantes conservadas y la exploración resultó anodina. La analítica mostró un Dímero D de 6222, con enzimas cardíacas y electrocardiograma normales, pero mostrando una elongación aórtica con ensanchamiento mediastínico en la Rx de tórax, por lo que el MU le realiza una ecografía que mostró una doble luz en la aorta abdominal, hasta las ilíacas. Inmediatamente se realizó TAC-toracoabdominal con contraste que confirmó una disección aórtica tipo B, desde la subclavia izquierda hasta la bifurcación ilíaca, con falsa luz en posición posterior, sin afectación de troncos supraaórticos ni ramas viscerales. El paciente fue ingresado en UCI, optándose por un tratamiento conservador, siendo dado de alta a planta sin complicaciones posteriormente.

Conclusiones:

La ecografía se ha convertido en los últimos años en una herramienta indispensable para el MU, existiendo una amplia biblio-

CASOS CLÍNICOS

grafía internacional que apoya, recomienda y nos exige su uso en beneficio de nuestros pacientes, pero su uso no es infallible, por lo que realización de la técnica y su interpretación por médicos no expertos, debe ir supervisada por otros con más experiencia que les guíen y se eviten posibles errores diagnósticos.

P-791

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA DE UN PACIENTE CRÍTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

MR Mejías Calderón, AA Oviedo García, M Algaba Montes,
MC Sánchez Díaz, A Martínez Márquez

Servicio de Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla.

Palabras claves: emergency medicine, abdominal pain, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

La colecistitis enfisematosa (CE) es una rara entidad que representa el 1% de todas las colecistitis, con clínica indistinguible, pero con un peor pronóstico (25% mortalidad) y un mayor número de complicaciones, por lo que requiere un diagnóstico precoz, que permita un manejo adecuado lo antes posible con el fin de evitar un desenlace fatal.

Objetivo:

Conocer la utilidad de la ecografía clínica en manos del médico de urgencias (MU), a pie de cama, ante un paciente séptico.

Material y método:

Presentamos el diagnóstico de una CE realizada por el propio MU. Disponemos de un ecógrafo Sonosite-M-Turbo, con sonda convex C60e/5-2MHz. Resultados: varón de 71 años, que acude a urgencias por dolor en hipocondrio derecho, de varios días de evolución, con astenia, vómitos y fiebre. A la exploración se mostraba afectada, hipotenso, taquicárdico, sudoroso, febril... en situación clínica de sepsis... con dolor a la palpación en hipocondrio derecho. En el mismo box de críticos, se le realizó una ecografía a manos del MU observando una vesícula distendida, de pared engrosada, con áreas hiperecogénicas en la pared, que provocaban sombra acústica posterior, y barro biliar en su interior, todo ello compatible con CE. Se iniciaron medidas de soporte hemodinámico intensivas, antibioterapia empírica precoz y se indicó cirugía urgente. La evolución resultó favorable sin complicaciones posteriores, siendo dado de alta en 7 días.

Conclusiones:

La ecografía es la técnica diagnóstica de elección para el diagnóstico de la colecistitis aguda, es segura, rápida y exacta, con una sensibilidad entre 90-95%, y una especificidad 70-90%. Los autores pensamos que el uso de la ecografía abdominal en urgencias debería extenderse a todos los MU, ya que nos permite un diagnóstico rápido y versátil, junto con un tratamiento adecuado de inicio precoz ante pacientes graves, como en el caso que presentamos, siendo esto vital para un mejor pronóstico y una buena evolución de nuestros pacientes, evitando graves complicaciones y aportando mayor seguridad clínica al paciente.

CASOS CLÍNICOS

P-792

**RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA
ECOCARDIOGRAFÍA CLÍNICA PARA EL MÉDICO DE
URGENCIAS**MR Mejías Calderón, AA Oviedo García, M Algaba Montes,
MC Sánchez Díaz, A Martínez Márquez

Servicio de Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla.

Palabras claves: emergency medicine, endocarditis, ultrasonography**Ámbito del caso:**

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: actualmente la endocarditis infecciosa (EI) se suele presentar como una enfermedad aguda. El diagnóstico se basa en una combinación de factores, incluyendo una cuidadosa historia y examen físico, los cultivos de sangre y otros estudios de laboratorio seleccionados, sin olvidar la radiografía de tórax y la ecocardiografía. Los criterios de Duke modificados son los criterios aceptados actualmente para el diagnóstico de la EI (con una sensibilidad y especificidad >80%), donde la ecocardiografía se considera un criterio mayor si se consigue visualizar la vegetación valvular.

Objetivo:

Conocer la utilidad de la ecocardiografía en manos del médico de urgencias (MU), ante una paciente con sospecha de endocarditis.

Material y método:

Presentamos el diagnóstico de una vegetación en la válvula mitral, en el contexto de una EI, realizada por el propio MU. Disponemos de un ecógrafo Sonosite-M-Turbo, con sonda P21 de entre 1 y 5 MHz. Resultados: mujer de 58 años, que acude a urgencias después de varias consultas previas, por fiebre intermitente de varias semanas de evolución. Presentaba las constantes preservadas y únicamente llamaba la atención un soplo sistólico multifocal II/VI. La analítica únicamente mostró una elevación ligera de la PCR, al igual que en ocasiones previas. Ante la asociación de un soplo no descrito previamente y fiebre intermitente, el MU le realiza una ecocardiografía observando una gran masa en la valva mitral anterior, con movimiento péndulo y que originaba una insuficiencia mitral moderada. Se inició antibioterapia empírica precoz, confirmando posteriormente los hallazgos mediante una ecocardiografía transesofágica reglada, descartándose inicialmente cirugía reparadora urgente y quedando ingresada en el servicio de infecciosos.

Conclusiones:

Según las guías actuales se debe realizar una ecocardiografía en todos los pacientes con sospecha moderada-alta de EI, pues permite la detección de vegetaciones valvulares, regurgitaciones, valorar la situación hemodinámica del paciente... siendo la transtórica la primera a realizar en estos pacientes, resultando positivo el estudio si detecta vegetación, pero su ausencia no excluye el diagnóstico. El caso que presentamos muestra la rentabilidad que la ecocardiografía puede tener en manos del MU, que combinando los datos clínicos y ecográficos, llega a un diagnóstico certero e inicia tratamiento antibiótico adecuado de forma inmediata.

CASOS CLÍNICOS

P-793

PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA FEMORAL TRAS CANALIZAR UNA VÍA VENOSA CENTRAL ¿DEBERÍAMOS USAR SIEMPRE LA ECOGRAFÍA EN ESTOS PROCEDIMIENTOS?

AA Oviedo García, M Algaba Montes, MC Sánchez Díaz,
A Martínez Márquez, MR Mejías Calderón

Servicio de Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla.

Palabras claves: emergency medicine, central venous catheterization, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

La canalización de una vía venosa central (VVC) es necesaria en urgencias ante pacientes críticos, y debe ser una habilidad básica de los médicos de urgencias (MU). Sus principales indicaciones incluyen la necesidad de reanimación rápida de fluidos, administración central de fármacos, y la monitorización hemodinámica en pacientes graves. Como cualquier procedimiento invasivo presenta un riesgo de complicaciones, que según la bibliografía puede ser muy variable, oscilando del 5%-19%, entre las que se encuentran infecciones, trombosis, lesión de los grandes vasos, la formación de hematomas, arritmias, embolias gaseosas, neumotórax...

Objetivo:

Conocer la utilidad de la ecografía a la hora de canalizar una vía venosa central femoral.

Material y método:

Presentamos el diagnóstico de un pseudoaneurisma de la arteria femoral, tras la canalización clásica siguiendo referencias anatómicas de una VVC femoral. Disponemos de un ecógrafo Sonosite-M-Turbo, con sonda lineal HLF38x de 6-13 MHz. Resultados: mujer de 72 años, en situación clínica de sepsis urinaria que precisa la inserción de una VVC para control hemodinámico y administración de fluidos y fármacos. El MU se decide por un acceso femoral y tras varios intentos consigue canalizar la vena, pero a las pocas horas la paciente presenta una gran tumefacción en la zona de punción. El MU a cargo de la paciente en ese momento le realiza una ecografía que muestra un gran pseudoaneurisma de la arteria femoral, por punción accidental de la misma durante el procedimiento previo. Tras consultar con cirugía vascular deciden su reparación quirúrgica en quirófano de forma urgente, pasando posteriormente a planta.

Conclusiones:

La bibliografía científica actual demuestra que la ecografía disminuye la incidencia global de complicaciones al acceder a VVC, siendo incluso obligatorio su uso en muchos países occidentales para evitar complicaciones tales como en el caso que presentamos. Según las recomendaciones vigentes del American College of Emergency Physicians y de otras sociedades internacionales entre las habilidades básicas del MU deben situarse los accesos venosos centrales ecoguiados, pero en España estamos aún lejos de que todos los MU estemos formados en estos procedimientos y que incluso todos los servicios de urgencias dispongan de ecógrafo.

CASOS CLÍNICOS

P-794

TUMORACIÓN SUPRACLAVICULAR
Y ENFERMEDAD DE CROHN

A Pérez Ruiz, RA Serrano Benavente, MC Pérez Huetto
Hospital Comarcal de la Axarquía, Málaga.

Palabras claves: Crohn's disease, colorectal cancer

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Anamnesis: mujer de 50 años sin alergia a medicamentos conocida. Enfermedad de Crohn estable. Fumadora activa. Acude a urgencias por tumoración supraclavicular izquierda de inicio el día anterior, que ha ido aumentando, con sensación de picor y calor. Niega fiebre, disnea ni traumatismos. Tampoco clínica infecciosa respiratoria ni en cavidad oral. Deposiciones diarreicas con sangre y moco con dolor abdominal cólico. Exploración física: TA: 110/60, FC: 60 lpm, SatO₂: 99%. Buen estado general. Eupneica. Eritema amigdalario. No caries. Tumoración en fosa supraclavicular izquierda con dolor y empastamiento. No bocio ni adenopatías. Auscultación cardiopulmonar, exploración neurológica y abdominal normales. Pruebas complementarias: 12.400 leucocitos. D- Dímero: 0.24. VSG de 45. Resto de analítica de sangre incluidas PCR, perfil hepático y tiroides, normales. ECG y Rx de tórax normales. Ecografía hueso supraclavicular izquierdo: imagen sugestiva de trombosis venosa del sistema superficial. Juicio clínico: Celulitis supraclavicular izquierda con tromboflebitis superficial (Síndrome de Trousseau?). Brote leve de enfermedad de Crohn. Evolución: La paciente fue ingresada en Medicina Interna realizándose: TAC craneal y Mamografía que fueron normales y TAC tórax (edema en el hueso supraclavicular izquierdo). Recibió tratamiento con corticoides, ciprofloxacino, y heparina subcutánea. Evolucionó favorablemente desapareciendo la clínica digestiva y mejorando la celulitis supraclavicular. Revisión en consulta externa posteriormente con remisión completa de la celulitis y la trombosis. Discusión: El síndrome de Trousseau es un síndrome paraneoplásico que se caracteriza por un estado de hipercoagulabilidad asociado a cáncer en el que se producen eventos tromboembólicos múltiples tanto arteriales como venosos. Puede originarse tras el desarrollo de una enfermedad neoplásica o como signo premonitorio de la existencia de un cáncer oculto. Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen un riesgo de aproximadamente un 15% de padecer cáncer colorrectal.

Conclusiones:

Existe un riesgo mayor de padecer cáncer colorrectal en los pacientes que sufren de EII. El Síndrome de Trousseau se puede presentar asociado a una neoplasia conocida, o como primer signo de un cáncer oculto o no diagnosticado. En nuestro caso, afortunadamente, se descartó que hubiera datos de cáncer en aquel momento. Pero en otros puede ser el estado inicial de una enfermedad grave que podemos diagnosticar en estadios precoces y que nos puede ayudar a darles a nuestros pacientes un mejor pronóstico y calidad de vida.

P-795

LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS
MUSCULOESQUELÉTICAS EN URGENCIAS

AA Oviedo García, M Algaba Montes, MC Sánchez Díaz,
A Martínez Márquez, MR Mejías Calderón

Servicio de Urgencias. Hospital de Valme, Sevilla.

Palabras claves: emergency medicine, musculoskeletal diseases, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Las lesiones del cuádriceps son comunes entre deportistas y/o adultos activos, está compuesto por cuatro músculos: el recto femoral, el vasto lateral, el vasto intermedio y el vasto medial. Su acción básica es extender la rodilla. El recto femoral es el único de sus cuatro componentes que cruza las articulaciones de la rodilla y la cadera y por tanto está involucrado a su vez en la flexión de la cadera. La mayoría de las lesiones de este músculo ocurren en deportes que implican sprint o movimientos explosivos como saltar, en los cuales se precisa que el cuádriceps genere gran energía. Los ejemplos típicos incluyen el baloncesto, voleibol o el salto de altura en los que la energía necesaria para realizar saltos explosivos pone al deportista en riesgo de sufrir este tipo de lesiones.

OBJETIVO:

Conocer la utilidad de la ecografía a la hora de diagnosticar una rotura del cuádriceps en urgencias.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el diagnóstico ecográfico de un rotura del recto femoral realizado por el propio médico de urgencias. Disponemos de un ecógrafo Sonosite-M-Turbo, con sonda lineal HLF38x de 6-13 MHz. Resultados: Varón de 65 años, sin antecedentes de interés que acude por dolor y tumefacción del miembro inferior derecho a nivel del cuádriceps, tras realizar un salto desde 1 metro de altura y notar un chasquido junto con dolor intenso 7 días antes. A la palpación se notaba un cordón doloroso de unos 10 cm de longitud a nivel del cuádriceps, de consistencia dura. El médico de urgencias (MU) le realiza una ecografía apreciando una imagen redondeada, heterogénea, de unos 10 x 2 cm en el espesor del recto femoral, compatible con rotura del mismo evolucionada.

Conclusiones:

La ecografía es rápida y fiable en el diagnóstico de patologías musculoesqueléticas. El MU debe adquirir nuevas destrezas, como la ecografía, que asocie la información clínica y ecográfica en las mismas manos, con el aumento de la eficacia diagnóstica que de ello se deriva. La ecografía en manos del MU podría facilitar el diagnóstico rápido y certero de patologías musculoesqueléticas en urgencias, evitando graves consecuencias y aportando mayor seguridad clínica.



CASOS CLÍNICOS

P-796

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON SOSPECHA DE MONOARTRITIS DE RODILLA

M Algaba Montes, AA Oviedo García, A Martínez Márquez,
MR Mejías Calderón, MC Sánchez Díaz

Servicio de Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla.

Palabras claves: emergency medicine, musculoskeletal diseases, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

El Colegio Americano de Médicos de Urgencias (American College of Emergency Physicians -ACEP-), publicó en 2009 su último consenso para el uso de la ecografía por parte de los médicos de urgencias, basándose en que la realización de una ecografía, a pie de cama, y en manos del urgenciólogo encargado del caso puede ayudar a orientar el cuadro más rápidamente y favorecer la administración precoz de un tratamiento eficaz, es más, también nos puede servir como guía de procedimientos de urgencias, las llamadas técnicas ecoguiadas (accesos vasculares, toracocentesis, artrocentesis...)

OBJETIVO:

Conocer la utilidad de la ecografía a la hora de diagnosticar y evacuar un absceso profundo de rodilla.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el diagnóstico ecográfico y drenaje ecoguiado de un absceso de rodilla, realizado por el propio médico de urgencias. Disponemos de un ecógrafo Sonosite-M- Turbo, con sonda lineal HLF38x de 6-13 MHz. Resultados: Varón de 57 años, diabético, que tras un traumatismo presenta dolor y tumefacción de la rodilla derecha desde hace varios días, presentando fiebre en las últimas 24 horas. La rodilla se mostraba tumefacta, eritematosa, con aumento de temperatura y limitación dolorosa de la movilidad. La analítica mostró una leucocitosis con neutrofilia y elevación de la PCR. Ante la sospecha de una monoartritis de rodilla, el urgenciólogo encargado del caso le realiza una ecografía objetivando en la cara lateral de la rodilla una colección líquida a 1,5 cms de profundidad, pero de localización extra-articular, procediendo a la evacuación ecoguiada de la misma, extrayendo 7 cc de pus, desapareciendo por completo la colección. Se inició tratamiento antibiótico inmediato intravenoso, mejorando el cuadro rápidamente y siendo alta horas después.

Conclusiones:

La ecografía en manos del urgenciólogo facilita el diagnóstico rápido y certero de patologías urgentes, así como su tratamiento, evitando graves consecuencias y aportando mayor seguridad

clínica al paciente, como en el caso que presentamos, ya que se aún en las mismas manos toda la información clínica y ecográfica. Sin embargo hay que tener en cuenta que es sólo un elemento más en la evaluación clínica de los pacientes urgentes, además es altamente explorador- dependiente, siendo fundamental una adecuada formación para evitar errores diagnósticos.





CASOS CLÍNICOS

P-797

SEPSIS Y ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS. UNA DUALIDAD INSEPARABLE

M Algaba Montes, AA Oviedo García, MR Mejías Calderón,
MC Sánchez Díaz, A Martínez Márquez

Servicio de Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla.

Palabras claves: emergency medicine, abdominal pain, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

La incidencia de cálculos renales se ha ido incrementando en los últimos años, y por tanto el cólico renal como resultado de una urolitiasis es una causa frecuente de dolor agudo severo en urgencias. El cólico renal es un síndrome agudo de dolor en el flanco unilateral, que surge debido a la obstrucción de una de las vías urinarias. La ecografía es un método incruento, rápido, portátil, repetible, y barato que nos aporta información sobre el grado de ectasia pielocalicial del riñón pudiendo diagnosticar además complicaciones tales como ureterohidronefrosis, urinomas, pionefrosis...

OBJETIVO:

Conocer la utilidad de la ecografía en urgencias ante una paciente séptica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el diagnóstico pionefrosis, realizado por el propio médico de urgencias. Disponemos de un ecógrafo Sonosite-M-Turbo, con sonda convex C60e/5-2MHz. Resultados: mujer de 62 años, obesa y diabética, con antecedentes de cólicos nefríticos, que acude a urgencias por dolor cólico en fosa renal derecha irradiado a fosa iliaca, acompañado de cuadro vegetativo y fiebre. A la exploración se encontraba afectada febril, sudorosa, hipotensa, taquicárdica... con percusión renal derecha positiva, y dolor a la palpación en hemiabdomen derecho. Se le realizó una ecografía clínica en el mismo box de urgencias, objetivando una ureterohidronefrosis derecha moderada, junto con una imagen ecogénica yuxtavesical en ureter distal derecho, que deja sombra acústica posterior, llegando al diagnóstico de litiasis renal derecha obstructiva, pionefrosis y sepsis secundaria. Iniciamos tratamiento empírico precoz con mórficos y Ceftriaxona intravenosa, medidas de soporte hemodinámico, comentando a continuación el caso con Urología que le realizó una derivación mediante catéter doble-J, drenando abundante líquido purulento del riñón afecto.

Conclusiones:

La ecografía nos facilita unir en las mismas manos toda la información clínica y ecográfica, ayudándonos a los médicos de urgencias en el difícil proceso de la toma de decisiones, de forma inmediata

y a pie de cama del paciente urgente. El uso de la ecografía en urgencias nos permite un diagnóstico rápido y versátil de patologías urgentes, facilitando por tanto un tratamiento adecuado de inicio precoz, siendo esto vital para una buena evolución de los pacientes con patologías potencialmente muy graves, como en el caso que presentamos.



CASOS CLÍNICOS

P-798

INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR

MC Pérez Hueto, RA Serrano Benavente, A Pérez Ruiz
Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga.

Palabras claves: lithium intoxication, chronic kidney disease, iatrogenic

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Anamnesis: Mujer, 54 años, diabética tipo 2, hipotiroidea, trastorno bipolar en tratamiento con litio más de 20 años. Tratamiento: biperideno 4 mg, mianserina 30 mg, Litio 400 mg, loracepam, propranolol 40 mg, lormetazepam 2 mg, risperidona, eutirox y metformina. La paciente es derivada al servicio de urgencias tras detectarse en una analítica cifras de creatinina: 3 (previas normales), hiperpotasemia y litemia elevada (2,4). La paciente está asintomática, con ligeros edemas en miembros inferiores, presentado desde hace años poliuria y polidipsia. Exploración física: TA: 130/93 mmHg, FC: 101 lpm, afebril. Bradipsíquica, no déficits neurológicos focales. Cabeza- Cuello: No Ingurgitación yugular. ACP: rítmica, Murmullo vesicular conservado. Abdomen: No doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. EEL: Edemas maleolares. Pruebas complementarias: Analítica: Hemograma y coagulación normales. Bioquímica: Glucosa 104 mg/dL, Creatinina: 3,07 mg/dL, Filtrado glomerular (FG): 16, Osmolaridad: 273, Sodio: 131 mEq/L, Potasio: 7,1 mEq/L. Sistemático de orina: Sodio urinario 36. Fracción de excreción de Sodio: 1,95. EKG: Ritmo sinusal a 95 lpm. Rx tórax y abdomen: sin alteraciones. Juicio clínico: nefropatía intersticial secundaria a ingesta crónica de litio. Evolución: La paciente ingresa en observación presentando buena evolución. Se retira litio y se sustituye por Acido valproico. Al alta Creatinina: 2,7. Es derivada al servicio de Nefrología, en posteriores revisiones presenta cifras de creatinina: 1,58 y FG: 34. Discusión: El fallo renal progresivo ocurre aproximadamente en el 20 % de los pacientes que toman litio durante largo tiempo. Asociado a distintas formas de daño renal: diabetes insípida nefrogénica, nefropatías tubulointersticiales con afectación de la función renal. El factor predisponente más importante es el tiempo de exposición, apareciendo clínica de toxicidad a los 5 años, teniendo en cuenta también variantes como la edad y comorbilidad.

Conclusiones:

La intoxicación por litio es un cuadro clínico poco frecuente pero grave y potencialmente letal que debemos prevenir. En nuestro caso tras la retirada del fármaco hubo buena evolución con recuperación completa de la función renal, pero en la mayoría de los casos la fibrosis renal es irreversible y es necesario diálisis. Es importante la monitorización de niveles séricos de litio y cifras de creatinina.

A-799

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO CON ENFISEMA SUBCUTÁNEO CERVICAL

L Pérez Ollero, A Pérez Zapata, M García Sanchís,
M Betances Javier, L Bort Llorca, S Melero Cabezas

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Palabras claves: neumomediastino, enfisema subcutáneo cervical, dolor torácico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: El neumomediastino es una enfermedad infrecuente caracterizada por la presencia de aire en el mediastino que afecta generalmente a jóvenes sin factores de riesgo ni antecedentes clínicos. Objetivo: Analizar la sintomatología, las pruebas diagnósticas, el manejo terapéutico y la evolución del neumomediastino a propósito de un caso. Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 15 años, sin antecedentes clínicos de interés, que consulta en el servicio de urgencias por dolor torácico de 10 horas de evolución en hemitórax izquierdo, de tipo punzante, no irradiado, que empeora con la tos y con los cambios posturales asociando dolor en el cuello. Refiere clínica catarral los días previos con odinofagia y tos sin fiebre termometrada. A la exploración física el paciente se encontraba estable hemodinámicamente con buen estado general, consciente y orientado, con buena coloración e hidratación, eupneico en reposo, llamando la atención crepitación bilateral en zona cervical y roce pericárdico en la auscultación cardíaca. La analítica (hemograma, bioquímica y coagulación) y el ECG fueron normales. La radiografía de tórax mostraba enfisema subcutáneo supraclavicular bilateral por lo que se solicitó un TAC toraco-cervical que informaba de neumomediastino con enfisema que diseca musculatura cervical, sin objetivarse neumotórax. Se ingresa al paciente en el servicio de Cirugía torácica permaneciendo en observación durante 3 días con tratamiento analgésico y antibiótico sin presentar complicaciones. Resultados: la clínica más habitual de presentación suele ser el dolor torácico. La pruebas de laboratorio suelen ser normales necesitando de las pruebas radiográficas para llegar al diagnóstico.

Conclusiones:

Conclusión: Es una patología poco frecuente y la extensión con afectación de tejido subcutáneo de la región cervical, lo es aún más. Es un diagnóstico diferencial a tener en cuenta en el servicio de urgencias cuando existe dolor torácico con sintomatología cervical puesto que llegar al diagnóstico definitivo en un primer contacto, si no existen signos de alarma, es difícil al tratarse generalmente de pacientes jóvenes con clínica inespecífica. El curso clínico de la enfermedad es generalmente benigno y autolimitado pero en algunos casos se puede desarrollar neumomediastino a tensión o neumotórax.

CASOS CLÍNICOS

A-800

RICKETTSIOSIS, ¿ENTIDADES EMERGENTES?

D Martínez Castellón (1), MA Ochoa Rojas (1), A Fournier Bedoya (1), M Amparo Reyes (1), D Mejía Escolano (1), C Cuartero Casín (1), D Doste Larrull (2)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital San Jorge, Huesca, (2) Centro de Salud Santo Grial, Huesca.

Palabras claves: rickettsiosis, pediatría, tibia

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria (Pública/Privada) - Equipos de atención primaria

Historia clínica

Las rickettsiosis están cobrando especial protagonismo a raíz de nuevas especies descritas en los últimos años. La más frecuente en nuestro medio es la infección por *Rickettsia conorii*, que produce la llamada Fiebre Botonosa Mediterránea. Recientemente se incluye con más frecuencia en el diagnóstico diferencial la denominada TIBOLA (Tick-borne lymphadenopathy) o DEBONEL (Dermacentor-borne necrosis eritema lymphadenopathy), cuya primera confirmación serológica data de 1997 en Francia y que es transmitida por la garrapata *Dermacentor marginatus*, producida por *R. slovaca* entre otras y con similares características clínicas con la fiebre botonosa mediterránea. Se presenta el caso de una niña de 8 años de edad que acude a los Servicios de Urgencias con la presencia de fiebre y aparición de una lesión costrosa, de aspecto necrótico en cuero cabelludo así como adenopatías de localización cérvico-occipital y retroauricular, refiriendo picadura de garrapata hace 15 días. El diagnóstico se confirma mediante la presentación clínica y serologías cruzadas con *Rickettsia conorii*. Tras pauta de Eritromicina a dosis de 40 mg/kg/día durante 8 días se evidencia desaparición progresiva de las lesiones a lo largo de un mes.

Conclusiones:

La linfadenopatía transmitida por garrapata (o TIBOLA) se ha descrito en los últimos años en diversos países europeos y según la literatura revisada parece tratarse de una patología infradiagnosticada, debido entre otras cosas a la falta de sospecha clínica y a la dificultad de acceso a las pruebas diagnósticas específicas necesarias, pudiendo tratarse tras la Fiebre Botonosa Mediterránea de la enfermedad por garrapata más prevalente en Europa.

A-801

PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA

CE Romero Jiménez, AM Comino García, C Luque Amado, T Sánchez Damián, NS Bolognia Nardone

Hospital de La Línea de la Concepción. Mijas Costa.

Palabras claves: pancreatitis, inflammation, hypertriglyceridemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer 28 años con antecedentes de hipertrigliceridemia (HTG) familiar que acude con dolor epigástrico punzante, irradiado en cinturón hacia la espalda asociado a vómitos de contenido bilioso sin fiebre. -Exploración física. A su llegada hemodinámicamente estable, afebril, buen estado general, consciente y eupneica. Auscultación cardiopulmonar normal. A la palpación presenta dolor epigástrico. Signo de Murphy dudoso. No irritación peritoneal. Exploración complementaria. Analítica con marcada leucocitosis, neutrofilia y trombocitosis. Discreto aumento de amilasa (194U/L), triglicéridos 748 mg/dL, glucemia 242 mg/dL, glucosuria intensa y cetonuria. Test de gestación negativo. Radiografía de tórax y electrocardiograma normales. Ecografía abdominal con esteatosis hepática sin LOES, signo de Murphy ecográfico negativo. La tomografía axial con contraste intravenoso evidencia aumento homogéneo del tamaño del páncreas sin lesiones focales parenquimatosas, con colección semilunar de 40*10 mm en contacto con pared anterior de cabeza/cuerpo pancreático con líquido libre en flanco derecho y adenopatías reactivas locorregionales. Diagnóstico diferencial de urgencias. Pancreatitis aguda por HTG, diabetes mellitus tipo I y II con cetoacidosis diabética, embarazo, alcohol, suplementos hormonales con estrógenos, medicamentosa, hipotiroidea. Diagnóstico final. Pancreatitis aguda por HTG. Debut diabético cetósico. Buena evolución clínica-radiológica con resolución del exudado peripancreático, mínimas loculaciones líquidas residuales en margen inferior duodenal. Se procede al alta con dieta con restricción de grasas y azúcares refinados, tratamiento profiláctico con antidiabéticos orales y dislipémicos para evitar recurrencias y complicaciones.

Conclusiones:

La HTG es la tercera causa más frecuente de pancreatitis aguda después del alcohol y los cálculos biliares. Su riesgo comienza a aumentar con niveles de triglicéridos mayores de 500 mg/dl (5,6 mmol/l). La presentación clínica es similar a la de pancreatitis aguda pero se debe pensar en esta etiología si hiperlipemia familiar o personal. Además del tratamiento convencional de la pancreatitis aguda se debe disminuir los niveles de triglicéridos a <500 mg/dL. Se aconseja aféresis cuando los triglicéridos > 1.000 mg/dL más lipasa > 3 veces su valor, signos de hipocalcemia, acidosis láctica, o signos de inflamación o disfunción de órganos, salvo que exista contraindicación o si glucosa > 500 mg/dL, iniciar el tratamiento con insulina regular intravenosa. Los trastornos genéticos y secundarios al metabolismo de lipoproteínas se asocian con esta patología.

CASOS CLÍNICOS

P-802

**INGESTA MASIVA DE SALFUMÁN.
MANEJO DE UN CASO**

JA Vega Reyes, M Villalba Calvente, Y Herrero González,
MA de Dios Ruiz, JU Giménez Ruiz, R Lucchini Leiva,
I Vega Reyes

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Palabras claves: salfumán, aguarrás, intoxicación

Ámbito del caso:
AmbosHistoria clínica

Motivo de consulta: Mujer de 57 años que con fines autolíticos ingiere de manera masiva, una cantidad indeterminada de Salfumán (aguarrás) 15 minutos antes de su llegada a Urgencias. Antecedentes personales: Síndrome depresivo con tres intentos autolíticos previos fallidos por ingesta medicamentosa. Exploración física: Glasgow 15. PA 150/80. FC 105. FR 18. Sat. 99 %. Agitada y poco colaboradora. Examen orofaríngeo: olor a salfumán, palidez mucosa orofaríngea sin edema. Auscultación respiratoria normal. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos. Abdomen doloroso a la palpación del epigastrio. Pruebas complementarias iniciales: Gasometría arterial: pH 7.04, PCO2 51, PO2 100, CO3H 13.8. Hemograma: leucocitos 20000 (81% neutrófilos), con serie roja y plaquetas normales. Bioquímica: glucosa 279, AST 441, ALT 621. Resto de parámetros normales. Estudio de coagulación: TP 39 %. TTPa ratio 2.91. TAC toracoabdominal con contraste: sin imágenes de perforación de viscera hueca tanto en mediastino como en abdomen. Hipercaptación mucosa intestino. Ausencia de contraste en el bazo, venas mesentéricas y porta (bajo gasto o "fenómenos de isquemia"). Manejo de la paciente: Monitorización en la sala de emergencias, canalización de vía venosa periférica y sedoanalgesia con midazolam y fentanilo. La intensidad del dolor y la agitación era tal que precisó la intubación orotraqueal con respiración asistida. El tratamiento administrado inicialmente, fue: pantoprazol, hidrocortisona y bicarbonato 1 M para corregir la acidosis. Se traslada al paciente a la UCI, donde se realiza una endoscopia digestiva alta con el siguiente resultado: Sangre en cavidad oral con mucosa desnudada. El esófago, desde el esfínter esofágico superior muestra una mucosa pálida con áreas parcheadas azulAAadas/negruzcas, sobre todo a nivel del esófago inferior. Afectación grave del cuerpo gastrico, con áreas de necrosis y abundante líquido no hemático que se aspira. En conclusión "Esofagitis y gastritis caústica grave con áreas de necrosis (Clasificación de Zargar IIIb). Se decide laparotomía urgente, mediante incisión media suprainfraumbilical hallándose una necrosis coagulativa del esófago distal, estómago, asas de intestino delgado, duodeno, bazo, reborde hepático y pared abdominal. Ante los hallazgos, se finaliza la intervención por no tener criterios de viabilidad.

Conclusiones:

Dadas las pocas opciones terapéuticas en caso de ingesta masiva, lo primero es garantizar la ausencia de dolor y sufrimiento.

A-803

**SÍNDROME SENSITIVO CORTICAL, UN DIAGNÓSTICO
DIFÍCIL DE ESTABLECER EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS**

J Beteta Moya, JE Cobo Muñoz, AF Perea Fernández,
ML Aguayo Ocaña

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras claves: examen neurológico, trastornos sensitivos, lóbulo parietal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón, 43 años, antecedentes de migraña con aura visual y episodio de miocarditis focal en Agosto de 2013. No factores de riesgo cardiovascular, consumo de tóxicos ni tratamiento farmacológico domiciliario. A las 8:00 Horas del día del ingreso, sin referir malestar previo, inicia adormecimiento de miembro inferior derecho (MID) , seguido tras 5 segundos, de falta de control sobre miembro superior derecho (MSD), calificándolo de "mano ajena", adoptando movimientos distales de torsión, que ceden transcurridos 10 minutos, persistiendo el adormecimiento de MID. No alteración del lenguaje ni conciencia. Sí aqueja cefalea final leve, con dudosa fotofobia que cede tras tratamiento con paracetamol intravenoso. El día previo practicó atletismo sin dificultad o síntomas posteriores. Exploración Física: Normal, incluidas auscultación cardiorespiratoria y exploración neurológica: funciones superiores y pares craneales conservados, pupilas normoreactivas, sensibilidad táctil superficial normal, no paresias, ROT simétricos, marcha normal. Pruebas complementarias: Normales, incluido TAC craneal: megacisterna magna sin otros hallazgos reseñables. Diagnóstico diferencial en urgencias: 1. Migraña con aura. 2. Patología vascular. 3. Proceso tumoral. 4. Enfermedad Sistémica de Nervios Periféricos o Polineuropatía. 5. Enfermedad Desmielinizante. 6. Cuadro Funcional. Evolución: Ante persistencia (más de 5 Horas consecutivas), referida por el paciente, de adormecimiento en MID, aunque en menor intensidad, no objetivable en exploración neurológica, se cursa su ingreso a cargo del Servicio de Neurología para completar estudio. Diagnóstico final: Durante su ingreso hospitalario, se le realiza electroencefalograma (normal) y RNM y angio RNM Craneal-TSA en la que se apreciaron varias lesiones focales en el espesor de la sustancia blanca frontoparietal bilateral, de localización periventricular y media, hiperintensas, sin realce tras las administración de contraste intravenoso, en relación con lesiones de probable origen vasculodegenerativo. Diagnóstico principal: síndrome sensitivo cortical. Instauran tratamiento con AAS 100 mg/día.

Conclusiones:

El síndrome sensitivo cortical, también llamado síndrome parietal, resulta de un daño de la corteza parietal que afecta los aspectos

CASOS CLÍNICOS

discriminativos y elaborados de la sensibilidad. Sus principales etiologías son: patología vascular, procesos tumorales, atrofas cerebrales, traumatismos. Los trastornos sensitivos son difíciles de evaluar pues no hay modo de objetivar o apreciar lo que otro individuo dice sentir. Por ello debe hacerse una anamnesis minuciosa y un examen neurológico completo y metódico. De lo contrario, podemos sobrevalorar o desestimar un síntoma, llegando con ello a un diagnóstico erróneo.

A-804

FALLO HEPÁTICO FULMINANTE POR AMANITA PHALLOIDES

MA Gispert Ametller, MC Carmona García, C Ramió Lluch,
M Tarrés Abella, G Limón Josa, I Zurita Figueras,
M Casamitjana Farré

Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Girona.

Palabras claves: fallo hepático, intoxicación, amanita

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 56 años de edad, alérgica a penicilina, con antecedentes de hipertensión arterial, lupus eritematoso sistémico y adenocarcinoma de mama tratado con cirugía y quimioterapia hasta agosto del 2012. La familia consulta el lunes por la mañana al servicio de urgencias del Hospital comarcal por un cuadro de vómitos y malestar general después de consumir una tortilla de setas el domingo por la noche. Se realiza una analítica general que muestra leve alteración de las transaminasas (GGT:247) y se orienta como gastroenteritis aguda, siendo dada de alta a domicilio con normas de reconsulta. A las 48 horas, la paciente persiste con vómitos y empeoramiento clínico, por lo que la familia llama al servicio de emergencias médicas. A su llegada, la paciente presenta bradicardia y apnea, por lo que se decide intubación orotraqueal y administración de atropina y adrenalina. A la llegada a nuestro centro la paciente presenta una constantes vitales de TA:60/40, FC:92, FR:15, SatO2:100%, T:36°. Pasa al box de críticos donde se inician maniobras de reanimación hemodinámica con sueroterapia y drogas vasoactivas. La paciente presenta sangrado espontáneo vaginal, rectorragia y hemorragia digestiva alta. Se procede a transfusión desesperada de 3 concentrados de hematies y un pool de plasma. Se coloca vía central para soporte hemodinámico. Dado el antecedente de consumo de setas y sin tener todavía confirmación por parte del laboratorio de la positividad de amanitina, se inicia tratamiento con N-acetilcisteína y silibilina. Después de 4 horas y media de reanimación intensiva, la paciente es éxitus.

Conclusiones:

La intoxicación por *Amanita phalloides* debe sospecharse siempre que se inicie un cuadro gastrointestinal pasadas 6 horas del consumo de las setas. Iniciar de forma precoz el tratamiento con carbón activo, silibilina y n-acetilcisteína puede prevenir el fallo hepático fulminante y mejorar el pronóstico de los pacientes.

CASOS CLÍNICOS

A-805

¿PACIENTE ESTABLE, PACIENTE GRAVE O PACIENTE CRÍTICO?

E L A (1), JR Pérez Mas (1), M Cordero (1), M Carrizosa Bach (1), I Cabello Zamora (1), S Simo Meléndez (2), I Bardés Robles (1)

(1) Hospital Universitari Bellvitge, (2) Fundació Althaia Manresa. Vilafranca Penedès. Barcelona

Palabras claves: gasto cardíaco, capnografía, ecocardiografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades Historia clínica

Introducción.

La constantes vitales normales no siempre son sinónimo de gasto cardíaco conservado y su normalidad puede llegar a distraer al clínico en la estratificación de gravedad y en el manejo terapéutico. Es preciso el uso de herramientas no invasivas que permitan estimar el gasto cardíaco de manera fiable.

Objetivo:

Resaltar la ecocardiografía clínica y la capnografía como herramientas en la monitorización no invasiva en urgencias.

Paciente-metodo:

Mujer 75 años, hipertensa, diabética y dislipémica. Acude a urgencias 7 días después de una intervención ortopédica por disnea, fiebre, hiperglicemia y disuria. Está obnubilada, frialdad acral, T° 38,3°C, TA 111/68 mmHg, FC 100 lpm, FR 40 rpm y SaO₂ 96% basal. AR: Murmullo vesicular conservado. AC: rítmico, no soplos. Pruebas complementarias (valores de interés) GAB : pH 7.451, pCO₂ 29, pO₂ 88, Sat O₂ 96%. BIOQUÍMICA: Glucosa 27.4 mmol/L, Urea 15.6 mmol/L, resto ok. Hemograma: Hb 102g/L, Hto 31.70%, VCM 86fl, HCM 28pg, Pla 329.000, Leucos 15.200 (N 88%, L 7.3%). Dímero D: 5250 ug/l Lactato : 4.58 mmol/L Troponinas: 1995 ng/l. ORINA: leucos 234, Bacterias 1867. Sodio 10 mmol/L, potasio 61 mmol/L, cloruro 22 mmol/L, RX TÓRAX: derrame pleural bilateral. No cardiomegalia ni infiltrados pulmonares. ECG: RS 95 LPM, descenso del ST en DI, DII, V4-V6. Resultados: ¿La paciente está estable por tensión y diuresis conservada, pero grave por los marcadores analíticos y por signos de hipoperfusión? ¿Está séptica/hipovolémica o tiene un TEP o tiene un SCASEST? ¿Antibiótico, anticoagulación o intervencionismo coronario?, ¿volumen, inotropos o aminas? ¿Hospitalización convencional o UCI? El TC torácico descartó el TEP. Mostró derrame pleural bilateral y congestión hepática. La capnografía mostró un valor de 25 mmHg que no se modifica tras la realización de PLR. La ecocardiografía mostró un ventrículo izquierdo global y severamente hipoquinético, vena cava inferior dilatada e inmóvil y ausencia de derrame pericárdico.

Conclusiones:

La capnografía y la ecocardiografía permitieron en un tiempo medio de 10 minutos demostrar la inestabilidad clínica que las constantes vitales no detectaron: bajo gasto de origen cardiogénico, guiaron la actitud terapéutica (dobutamina) y estratificó como crítica por lo que ingresa en UCI.

CASOS CLÍNICOS

A-806

CAUSA INFRECUENTE DE DESACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS

NDM Domínguez Manzano (1), J Enríquez Aragón (2),
C Baena Gallardo (1)

(1) Epes-061 Andalucía, (2) Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras claves: código ictus, disección aórtica, inconsciencia

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Se presenta una paciente de 47 años sin antecedentes destacables que de forma súbita sufre pérdida de conocimiento con relajación de esfínteres evidenciándose tras la recuperación hemiparesia izquierda, diartria y afasia. Es atendida por el Equipo de Emergencias 061 y trasladada al hospital tras activación del CÓDIGO ICTUS, presentando un NIHSS inicial de 18 puntos. Durante el traslado se aprecia una discreta recuperación de la focalidad, aunque mantiene a su llegada al hospital criterios de trombolisis. Tras recepción en Área de Reanimación se realiza TAC Craneal urgente que no muestra datos de sangrado intracraneal, por lo que se decide realización de trombolisis sistémica. Mientras se prepara el material para la realización de la técnica se aprecia desaparición completa de la focalidad neurológica, por lo que se aborta el procedimiento. Mientras la paciente permanece en observación refiere dolor torácico de características atípicas siendo la radiología torácica, EKG y marcadores de daño miocárdico normales. Dada la persistencia del dolor y la escasa respuesta a la analgesia, y tras reevaluar el caso, se realiza Angio TAC torácico ante la sospecha de síndrome aórtico agudo. En el mismo se evidencia disección de aorta torácica tipo A, por lo que la paciente, tras evaluación por parte del Servicio de Cirugía Torácica es sometida a intervención quirúrgica urgente, siendo la evolución favorable en todos los aspectos.

Conclusiones:

El tratamiento fibrinolítico en pacientes con ACVA isquémico ofrece una mejora del pronóstico cuando la aplicación de la terapia se realiza en una ventana temporal adecuada, lo que hace imprescindible un código de activación precoz (en nuestro caso CÓDIGO ICTUS). Entre las causas más frecuentes de no aplicación de la fibrinólisis sistémica está la modificación de la escala NIHSS, quedando el paciente fuera de rango, y la presencia de ictus hemorrágico. En el presente caso, la recuperación neurológica evitó la aplicación de la terapia trombolítica que de haberse realizado hubiera tenido consecuencias deletéreas para la paciente.

P-807

DOLOR TORÁCICO EN JOVEN AFRICANO

MR López Díaz, EM Guirado Granados, S Martínez Saldumbide,
M Sánchez García, F Sánchez Salmerón, L Sánchez Martínez,
MB Melchor Molina

Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena. Murcia

Palabras claves: chest pain, radiography, adenocarcinoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Objetivos.

Presentar los diagnósticos diferenciales y dificultad en el estudio ambulatorio de paciente joven de origen africano.

Material y metodos.

Varón de 22 años de origen africano que acude a urgencias por referir dolor torácico de 1 día de evolución sin otra clínica acompañante. En antecedentes encontramos que fue valorado en urgencias con hallazgo casual de imagen radiológica derivado preferente a neumología para estudio (no acudió). Exploración física buen estado general auscultación cardiopulmonar rítmicos sin soplos con hipoventilación leve basal derecha. RESULTADOS. Hemoglobina 15.7 leucocitos 10730 neutrófilos 6.120 plaquetas 231000 creatinina 0.82 pcr 4.1 Radiografía de Tórax: imagen redondeada con bordes bien delimitados de diámetro de 7 cm aproximadamente, de probable origen en mediastino anterior derecho. Ecocardiografía: pericardio integro, sin compresión extrínseca y presencia de una masa de aspecto multiquístico, trabeculada de unos 7 centímetros de diámetro. TAC tórax: masa en mediastino anterior, a nivel ángulo cardiopulmonar derecho y numerosos vasos periféricos con colapso del parénquima pulmonar subyacente del lóbulo superior derecho y lóbulo medio. BAG Y DIAGNÓSTICO: adenocarcinoma pulmonar mucinoso, bien diferenciado con patrón lipídico. Se presenta el caso en comité de tumores el 17 de diciembre decidiéndose tratamiento con QT + RT.

Conclusiones:

Los tumores mucinosos primarios del pulmón son unas neoplasias extremadamente raras e incluyen formas consideradas benignas y malignas. La mayoría son benignos pero pueden malignizar o presentar focos de adenocarcinoma considerándose tumores mucinosos primarios de baja malignidad. Su hallazgo es excepcional (desde 1966-2003 en bibliografía solo hay 10 casos descritos). En este caso que presentamos además de la dificultad del diagnóstico por la poca incidencia de esta patología, queríamos hacer referencia a la dificultad de las vías preferentes o rápidas de ciertas poblaciones. El paciente de origen africano (Marruecos) que presentaba barrera idiomática no acudió la primera vez que fue valorado y diagnosticado de masa a estudio. Existen determinadas poblaciones en las que podemos sospechar que el estudio ambulatorio preferente va a ser de difícil seguimiento por lo que deberíamos valorar desde urgencias otros medios de estudio.

CASOS CLÍNICOS

A-808

ANGIOEDEMA SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA

C Fernández Alcalá, M Villegas Pablos, M Sola García,
E Ruiz García, MI Aceituno Azaustre
Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras claves: angioedema, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, icatibant

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Datos clínicos: Mujer de 72 años, sin antecedentes de alergia ni atopía, acudió a urgencias por macroglosia de 2 horas de evolución, que se extiende a suelo de boca y paladar, que limita la oclusión bucal, y se asocia de disartria, odinofagia, disfagia y sensación disneica. No presenta lesiones cutáneas. La paciente padece de depresión, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial (en tratamiento con amlodipino y lisinopril). Antecedentes previos: En los últimos meses, presentó dos episodios similares, menos intensos, que precisaron asistencia hospitalaria urgente, y una vez resueltos, fue derivada a consulta de Alergología, que realizó estudio analítico (hemograma y bioquímica normales, IgE normal, niveles de inh-C1, actividad inh-C1, C1q y C4 normales. Pruebas de provocación a alérgenos negativas). Se diagnosticó de angioedema de probable origen histaminérgico. Plan de actuación: La paciente es trasladada al Área de Observación donde se le administra tratamiento intravenoso con dexclorfeniramina 5 mg, hidrocortisona 200 mg y metilprednisolona 120 mg, sin mejoría clínica, por lo que se decide uso intramuscular de adrenalina 0,3 mg, y se le realiza fibroscopia que evidencia edema faringolaríngeo, sin respuesta a los fármacos administrados. Se decide, cambiar de estrategia, en favor de la sospecha de angioedema mediado por bradicinina, secundario al uso de lisinopril, que es un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), y se pauta un vial intramuscular de icatibant, un antagonista de los receptores de bradicinina, con mejoría clínica a los 60 minutos, y remisión completa a las 10 horas, todo ello documentado con imágenes obtenidas mediante fibroscopia.

Conclusiones:

El angioedema de origen histaminérgico está presente en el 80 % de los casos de angioedema, y ello es motivo de que el tratamiento inicial, si no hay antecedentes familiares ni diagnóstico previo, se realice con antihistamínicos, corticoides y adrenalina. Sin embargo, no debemos olvidar ese pequeño porcentaje de pacientes no diagnosticados, que presentan angioedema mediado por bradicinina, desencadenado por fármacos, y que únicamente responden al tratamiento anti-bradicinérgico. Un diagnóstico y tratamiento precoz y adecuado, evita la realización de una traqueotomía, a veces necesaria por la severidad que cursan algunos episodios no tratados eficazmente.

A-809

POR UNA SIMPLE DIARREA INGRESO EN UCI

M Sánchez García (1), S Martínez Saldumbide (1),
F Sánchez Salmerón (1), E Guirado Granados (1),
MR López Díaz (1), MB Melchor Molina (2)

(1) Servicio de Urgencias Hospitalarias, Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, (2) Sue Los Dolores. Cartagena. Murcia.

Palabras claves: gastroenteritis, metformin, acidosis, lactic

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

A propósito de un varón adulto diabético tipo 2 con diarrea aguda y toma de metformina. Objetivos: Presentar las complicaciones metabólicas que puede presentar un paciente con depleción de volumen por gastroenteritis que además tome metformina en su tratamiento crónico.

Material o paciente

Varón de 62 años que acude a urgencias por cuadro de debilidad en el contexto de dolor abdominal y diarrea de unas 20 deposiciones al día, sin productos patológicos, de 4 días de evolución. Afebril. No náuseas ni vómitos. El paciente mantuvo tratamiento habitual excepto disminución de dosis de insulina. Tras resultados iniciales y el tratamiento inicial en urgencias no presenta la mejoría suficiente por lo que ingresa en UCI para hemodiálisis y corrección del desequilibrio hidroelectrolítico. Exploración física buen estado general, palidez cutánea leve, sequedad de mucosas. Auscultación cardiaca: taquicardia rítmica. Auscultación pulmonar: algún roncus difuso. Abdomen: cicatriz de colecistectomía, blando y depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo presente. Miembros inferiores sin edemas, pulsos pedíes débiles pero conservados. El tratamiento de elección es etiológico y de soporte, e incluye la retirada del fármaco, la administración de insulina intravenosa, sueroterapia, corrección hidroelectrolítica, es fundamental la diálisis ya que corrige el equilibrio ácido base, elimina los aniones lactato, reduce los niveles de metformina. Resultados: Hemoglobina 15.4 Leucocitos: 9.43 Neutrófilos: 6.8 Linfocitos: 1.58. Plaquetas: 262.0 Glucosa: 173. Urea: 198.0 Cr: 8.51 Sodio: 132.0. Potasio: 6.3. Orina: Cetonuria: 0.0 Glucosuria: 0.0. Gasometría: PH: 7.01, HCO₃: 9.5, RX abdomen: dilatación colon transversal. Calcificación arterias ilíacas ECO abdominal con riñones de tamaño normal sin dilatación de la vía excretora. Diagnóstico: Gastroenteritis aguda con insuficiencia renal secundaria. Acidosis metabólica secundaria a insuficiencia renal y tratamiento con metformina.

Conclusiones:

La severidad del cuadro y la elevada mortalidad hacen que sea importante considerar el diagnóstico de acidosis láctica en pacientes que toman metformina y que presentan cuadros agudos de depleción de volumen o son sometidos a procedimientos que pueden provocar insuficiencia renal. Esto puede ocasionar la acumulación del fármaco y la aparición de acidosis láctica.

CASOS CLÍNICOS

A-810

CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

M Gómez Lozano, R García Paredes, U Gajownik,
JM Serrano Navarro, C Marín Bernabé, B Gallego Pérez,
RS Lázaro Meca

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Palabras claves: obstrucción intestinal, tumor renal células claras, metástasis intestinal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Presentamos a una mujer de 63 años, hipertensa, diabética y diagnosticada en 2009 de tumor renal izquierdo de células claras con metástasis pulmonares, ganglionares, óseas y hepáticas, por lo que se le realizó nefrectomía total recibiendo posteriormente radioterapia y quimioterapia, agotando cinco líneas de tratamiento, actualmente con Sorafenib. Consulta por cuadro de tres días de evolución con dolor abdominal difuso de tipo cólico, acompañado de náuseas y seis episodios de vómitos, sin tolerancia a ingesta oral y mal estado general. No había presentado fiebre ni otra sintomatología. A la exploración dolor a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal, y hepatomegalia. Se le realizó analítica básica y gasometría objetivándose empeoramiento de la función renal y acidosis metabólica. En TC importante dilatación y engrosamiento de la pared de todo el duodeno y yeyuno por intenso edema de la submucosa, con disminución de la luz intestinal. Posteriormente se realizó una esofagogastroduodenoscopia, donde se evidenció un duodeno con pliegues ampliamente engrosados con abundante líquido intraluminal, siendo todo ello histológicamente compatible con infiltración submucosa por adenocarcinoma de células claras. Desestimándose medidas agresivas y con evolución desfavorable a los tres días la paciente fallece.

Conclusiones:

La obstrucción intestinal es la alteración de la progresión del contenido intestinal por oclusión de la luz, que puede ser funcional o debido a una obstrucción mecánica, aguda o crónica. Las causas más frecuentes de obstrucción mecánica son las adherencias postoperatorias y las hernias, existiendo otras etiologías menos frecuentes, como la enfermedad metastásica, tal y como nos ocupa en este caso. Los tumores renales constituyen el 2% de los cánceres del adulto, y es el adenocarcinoma renal el tipo histológico más frecuente (85%), siendo de mal pronóstico dada su escasa expresividad clínica en estadios iniciales, presentando enfermedad metastásica al diagnóstico en el 25% de los casos. El curso clínico del cáncer renal es difícil de predecir, ya que años después del tratamiento radical puede presentar tumores metastásicos en cualquier sitio anatómico, la afección del intestino representa 1 a 2% de los casos. Lo más común es el debut con hemorragia digestiva alta, siendo la obstrucción intestinal una presentación clínica poco frecuente.

P-811

MANIFESTACIONES PSIQUIÁTRICAS EN RELACIÓN A ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO EN ADULTOS

C Reyes Aguilar (1), E Ayllón Clemente (1), A Extremera Martínez (2), J Clemente Millán (1), C Medinilla Montenegro (1), A García Vázquez (1), E Martínez Acevedo (1)

1) Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del adulto y Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba (2) Hospital S. Carlos Madrid.

Palabras claves: hiperamoniemia, ciclo de la urea, agitación

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Presentamos un caso de una mujer de 28 años que acudió a Urgencias por presentar episodio de desconexión del medio y Babiniski bilateral, ingresa en UCI por sospecha de status epiléptico. En las 48 horas previas había sido asistida en Urgencias por agresividad con sus familiares, agitación psicomotriz, insomnio y apatía, se realizó TAC craneal y punción lumbar y analítica sin hallazgos patológicos. Valorada por Psiquiatría, fue catalogada como síndrome ansioso-depresivo y pautando tratamiento con mirtazapina y citalopram. En los tres meses previos la paciente había consultado con su médico de Atención Primaria por episodios de vómitos y opresión precordial, se realizó ecografía abdominal que no mostró hallazgos patológicos y se inició tratamiento por sospecha de crisis de ansiedad. Durante el ingreso en UCI permaneció sedada y con VMI, no se consiguió controlar la HTIC, se sospechó encefalitis autoinmune. En analítica se detectaron niveles elevados de amonio de hasta 1300 ng/dl. No alteración de la función hepática. Evolución tórpida con aparición de edema cerebral en el contexto de hipertensión craneal refractaria y posterior éxitus.

Conclusiones:

Los errores congénitos del metabolismo, pueden presentarse en la edad adulta como trastornos psiquiátricos. Debido a la poca frecuencia en su presentación en esta etapa de la vida, se tiene relativamente escasa experiencia en el manejo de los mismos. Por esta razón, es vital la sospecha que ayude a un diagnóstico temprano. En adolescentes y adultos los síntomas más frecuentes son neurológicos crónicos y psiquiátricos, con problemas de conducta, episodios de desorientación, letargia, psicosis y encefalopatías asociadas a la ingesta de proteínas, catabolismo o estrés.

CASOS CLÍNICOS

P-812

**TROMBOEMBOLISMO PULMONAR:
PRESENTACIÓN ATÍPICA**

A Báguena García, R Escriche Ros, T de Fernando Gros, P Boned Blas, T Pardo Vintanel, S Hamam Alcober, C Medina Sanz
Urgencias, Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Palabras claves: tromboembolismo, pulmonar, *delirium*

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 45 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y Fumador de un paquete de cigarrillos diario. Remitido a urgencias por cuadro de agitación, confusión y desorientación de una hora de evolución. A su llegada a urgencias presenta ligera disnea con una SO₂:93%. TA:150/80. Afebril. Exploración: Consciente, agitado, desorientación temporoespacial, no déficit motor ni sensitivo. Auscultación cardiopulmonar: taquicardia a 112 lpm. Se realiza ECG: Taquicardia sinusal, a 110 lpm con BCRD-HH. Rx Física: Signos de broncopatía crónica. Analítica de sangre sin alteraciones y TAC cerebral: Normal. Durante su estancia en urgencias comienza con desaturación brusca, presentando una SO₂:85%, motivo por el que se solicita una gasometría arterial: PH:7,4, PO₂:57, PCO₂:35, SO₂:88%, y D dimero:6853. Con estos resultados solicitamos TAC torácico con contraste, siendo diagnóstico de Tromboembolismo pulmonar. Se pautó oxigenoterapia y anticoagulación, evolucionando favorablemente y pasando a ingresar a cargo de Neumología.

Conclusiones:

El Tromboembolismo pulmonar (TEP) es la obstrucción de la arteria pulmonar o de una de sus ramas. Se estima una tasa de diagnóstico en la población general de 103/100000. Se calcula que la mortalidad del TEP no tratado es de un 30%. La presentación clínica es muy variable y, en ocasiones, atípica. Es importante sospecharlo y tener siempre en mente esta patología para su diagnóstico precoz.

A-813

FIBRILACIÓN AURICULAR SECUNDARIA A FÁRMACO

LBL Bort Llorca, S Melero Cabezas, R Fontcuberta, L Pérez Ollero, A Pérez Zapata, M Betances Javier
Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Palabras claves: arrhythmia, mirabegron, drug

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Introducción: varón de 79 años remitido desde Atención Primaria al servicio de Urgencias por cuadro de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida presentando mareo y palpitaciones de 12 horas de evolución. Sus antecedentes personales son HTA, insuficiencia renal crónica estadio 3 y neoplasia de próstata en tratamiento con radioterapia hace 20 años. Tratamiento habitual: zyloric 100 mg 1 al día, paracalcitol 1 comprimido cada 48 horas, mirabegron 50 mg al día iniciado hace 4 días para la incontinencia urinaria, carduran 4 mg al día. Exploración física: TA 153/88, FC 196 lpm, SatO₂ basal 99%. Buen estado general, consciente y orientada. ACP arrítmico, MVC. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias. Miembros inferiores sin edema, pulsos periféricos conservados, no signos de TVP. Método: Exploraciones complementarias: Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos. ECG: fibrilación auricular a 200 lpm, eje 60°, sin signos de isquemia. Analítica: hemograma, bioquímica y hemostasia dentro de la normalidad exceptuando niveles de creatinina y urea (sin cambios respecto a previas). Resultado: Diagnóstico: Fibrilación auricular *de novo* secundaria a mirabegron. Evolución: presentó buena evolución y se retiró tratamiento con mirabegron ya que en casos poco frecuentes puede ocasionar fibrilación auricular.

Conclusiones:

Conclusiones: es importante en diagnósticos *de novo* de arritmias cardíacas descartar que sean secundarias a fármacos, principalmente en pacientes ancianos pluripatológicos y con anamnesis dificultosa. Además no hay que olvidar declarar dichos efectos adversos.

CASOS CLÍNICOS

A-814

CERVICALGIA POSTRAUMÁTICA: LA ANTESALA DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

B López Cañas (1), T Blanco Barcenilla (2), JM García Alfaro (2), A Cherino Talens (3), N Campos Olivé (3), A Gil Díaz (3)

(1) Hospital de Llíria, (2) Hospital de Manises, (3) Hospital de Llíria. Valencia.

Palabras claves: arteria carótida interna, traumatismo cerebrovascular, infarto cerebral

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 48 años fumador, sin otros antecedentes médicos de interés, que acude al servicio de urgencias ante presencia de hemiparesia izquierda, desviación de comisura bucal hacia mismo lado y disartria tras levantarse de la siesta 2 horas antes. Como dato de interés refiere caída esa misma mañana mientras montaba en bicicleta con probable TCE con contusión frontal derecha sin síncope pero presencia de cervicalgia de características mecánicas sin aparente traumatismo directo a ese nivel con aumento progresivo de intensidad del dolor. No otra clínica acompañante. A la exploración a su llegada a urgencias presenta regular estado general, estabilidad hemodinámica con Glasgow 15 y hemiparesia izquierda con desviación de comisura bucal hacia mismo lado sin otros signos que indiquen focalidad neurológica y dolor a la palpación en musculatura paravertebral cervical de predominio derecho y musculo ECM ipsilateral sin soplos carotídeos audibles. Resto de exploración dentro de la normalidad. Ante sospecha de ACV isquémico de etiología desconocida se activa código ictus. Se realiza TAC cerebral y angioTAC de troncos supraaórticos y polígono de Willis objetivándose disección de carótida interna derecha a 3.5 cms de la entrada al cráneo con flujo filiforme en segmento petroso y émbolo en M1 distal. El paciente ingresa en UCI y se realiza interconsulta a Cirugía Vascular que recomienda actitud expectante. Se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas y se mantiene en observación en dicha unidad durante 72 horas con recuperación paulatina de déficits neurológicos. Ante estabilidad clínica y hemodinámica el paciente pasa a planta de hospitalización donde se mantiene asintomático.

Conclusiones:

Presentamos este caso por tratarse de un accidente cerebrovascular de etiología inhabitual por émbolo vascular procedente de disección carotídea de origen traumático, ya que es una de las vasculopatías no arterioescleróticas que más frecuentemente causan ictus en adultos jóvenes. De este modo, cabe destacar la importancia de su sospecha ante una clínica compatible y antecedente traumático para un correcto diagnóstico etiológico precoz en el servicio de urgencias y la optimización de su manejo.

P-815

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CON DÍMERO-D NEGATIVO

NJ Torres Yebes, MD Martín Azcárate, L Cabeza Osorio, EE Lozano Rincón, M Arroyo Gallego,

E Espinosa de los Mont Márquez, MS Ruiz Grinspan
Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid.

Palabras claves: tromboembolismo pulmonar, dímero D, trombosis venosa

Historia clínica

Mujer de 26 años que acude a Urgencias por dolor en el costado derecho y disnea. Se trata de una mujer sin alergias medicamentosas conocidas, factores de riesgo cardiovascular ni hábitos tóxicos, que no presenta antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, salvo una cesárea realizada en febrero de 2013. Refiere un aborto espontáneo previo hace unos años. Antecedentes familiares sin interés. No realiza tratamiento diario habitual. Acude por presentar dolor torácico en costado derecho, no irradiado, y disnea, de aparición súbita, de 3 horas de evolución. El dolor se acentúa con los movimientos respiratorios, y no aumenta a la palpación de la zona afecta. La paciente no refiere náuseas vómitos, sudoración ni palpitaciones. Niega situación de inmovilidad previa. Al explorarla la encontramos alerta y orientada en las tres esferas, con una frecuencia respiratoria de 40 respiraciones por minuto, fatigándose al hablar, incapaz de acabar frases. Se encuentra hemodinámicamente estable (tensión arterial de 115/75 mmHg y frecuencia cardíaca de 91 latidos por minuto). La auscultación cardíaca es rítmica, sin escucharse ningún soplo. La auscultación pulmonar detecta un leve descenso del murmullo vesicular en hemitórax derecho. Las extremidades inferiores no presentaban edemas ni signos de trombosis venosa profunda, con pulsos pedios conservados y simétricos. Se le realiza EKG (sin alteraciones), Rx de tórax (Aumento de densidad seudonodular en base derecha, de carácter inespecífico), y analítica (sin alteraciones destacables, Dímero D (turbidimétrico) 240.0 µg/L) Ante la alta sospecha de TEP se realiza Angio-TC de arterias pulmonares: Imagen sugestiva de infarto pulmonar en base derecha con imagen de posibles defectos de repleción subsegmentarios a nivel de arterias subsegmentarias en el lóbulo inferior derecho. Leve dilatación de cavidades derechas, lo que podría estar en relación con repercusión hemodinámica.

Conclusiones:

Con este caso queremos mostrar que en casos de alta sospecha de tromboembolismo pulmonar, un resultado de dímero-d no excluye el diagnóstico, siendo este útil principalmente en casos de baja sospecha clínica (Sensibilidad del 90-95% y una especificidad del 40-68% en pacientes con TEP. Presenta un alto valor predictivo negativo, que depende de la probabilidad pretest de TEP y de la técnica empleada para su medición).

CASOS CLÍNICOS

P-816

¿SEDACIÓN O CARDIOVERSIÓN?

I Aguilar Cruz, ML Lopez Pérez, J Hortal Carmona,
A García Moron, A Amezcua Fernández, B Amini Shervin
Hospital de Alta Resolución de Guadix, Granada.

Palabras claves: arritmias cardiacas, antiarrítmicos, sedación
consciente

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 48 años sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por clínica de palpitaciones, dolor torácico y cortejo vegetativo tras intoxicación etílica moderada y negando consumo de otras sustancias. A la llegada, se encontraba consciente y orientada con signos de embriaguez y algo agitado. Eupneica, bien perfundida, sin focalidad neurológica. Saturación O₂: 97%, tensión arterial (TA): 190/100 mmHg, frecuencia cardiaca (FC): 180 lpm. Auscultación cardiorrespiratoria taquicárdico, arrítmico, murmullo vesicular conservado. Resto de exploración sin alteración. Las pruebas complementarias (parámetros analíticos y radiográficos) sin alteraciones. El electrocardiograma (ECG) evidenció fibrilación auricular (FA) a 180 lpm, sin alteraciones en la repolarización, con eje normal y sin signos de hipertrofia. Ante el diagnóstico de FA de escasas horas de evolución, con FC de 180 lpm y sin evidencia de cardiopatía estructural, se decidió en primera instancia administrar varios bolos de Esmolol (100 µg/kg/min), separados por 15 minutos. Se consiguió control transitorio de la FC, pero a los 30 minutos aproximadamente, comenzó nuevamente con dolor torácico y frecuencias en torno a 150 lpm, decidiéndose entonces cardioversión eléctrica. Se administraron 80 mg de Propofol previo a la cardioversión eléctrica, encontrándose un minuto después, un ECG con ritmo sinusal a 80 lpm, sin alteraciones en la repolarización.

Conclusiones:

El propofol es un agente hipnótico que, debido a su corta vida media es ampliamente usado para procedimientos como la cardioversión eléctrica y que ocasionalmente produce efectos hemodinámicos como hipotensión y bradicardia, muchos de estos efectos dosis dependientes. Se han publicado diversos casos sobre el posible efecto antiarrítmico del propofol, debido a su efecto de ralentización sobre la frecuencia auricular espontánea, provocando también una prolongación del intervalo de conducción del nodo AV y del sistema His-Purkinje. Este caso, junto con la evidencia científica publicada, hace que se pueda considerar al propofol como sedante de primera elección en la cardioversión eléctrica, para mejorar las tasas de éxito en el tratamiento además si a esto se le une su efecto electrofisiológico.

A-817

LUXACIÓN METACARPOFALÁNGICA DEL PULGAR EN EL NIÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO

S Hamam Alcober, A Baguena García, R Escriche Ros,
P Boned Blas, T de Fernando Gros, T Pardo Vintanel ,
S Ballestín Sorolla

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: luxación, metacarpofalángica, pulgar

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 9 años sin antecedentes de interés que acude remitido a urgencias desde atención primaria tras haber recibido un golpe en el primer dedo de mano derecha. En centro de salud les impresiona de luxación de primer dedo de mano derecha, intentando reducción de la misma sin éxito. En la exploración a su llegada a urgencias presenta: desviación de primer dedo hacia afuera, hematoma y dolor a la palpación a nivel de la articulación metacarpofalángica del primer dedo. Se realiza Rx dedo: Luxación metacarpofalángica dorsal completa-compleja. Solicitamos valoración por Traumatología y se cursa ingreso del niño en Hospital Infantil para intervención quirúrgica urgente. En quirófano se realiza reducción abierta tras liberación de aparato flexor y placa volar interpuestos. Posteriormente inmovilización con manopla de yeso postcirugía. Tras el seguimiento habitual en consultas, el paciente alcanzó un balance articular completo con articulación estable.

Conclusiones:

La luxación metacarpofalángica dorsal completa-compleja del pulgar es un tipo de luxación muy rara, más aún en el niño. Una maniobra de reducción incorrecta, realizando tracción en el eje del dedo, puede provocar la interposición del aparato flexor en la articulación, obligando a la realización de cirugía abierta. La maniobra correcta comienza realizando flexión para destensar el aparato flexor, seguido de empuje sobre la base de la falange proximal luxada.

CASOS CLÍNICOS

A-818

DOCTOR, ESTA HERIDA NO MEJORA

EM Guirado Granados, F Sánchez Salmeron,
MR López Díaz, S Martínez Saldumbide,
M Sánchez García, R Cardos Fernández

Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena. Murcia.

Palabras claves: fever, sepsis, mediastinitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 61 años que consulta por dos días de fiebre, tos productiva amarillenta con escalofríos, artromialgias y malestar general. Refiere sensación disneica y dolor esternal alto, que no sabe definir y que no se acompaña de cortejo vegetativo. Entre su antecedentes personales destaca: intervención aorta tipo A hace 8 meses, HTA. Exploración física: Regular estado general, buena coloración piel y mucosas. Taquipneico 40 rpm, TA 90/50. Tª 39.2°C auscultación cardiopulmonar: taquiarrítmico a 150 lpm, crepitantes bibasales de predominio derecho. Lesión sobre herida quirúrgica esternal con supuración espontánea (desde hace más de 1 mes) abdomen blando, depresible, hepatomegalia no dolorosa. No signos de irritación. Extremidades: pulsos presentes, lesiones purpúricas en piernas y región lumbosacra. Pruebas complementarias: hemograma: hemoglobina 13, leucocitosis 19560 (neutrofilia 17800), Plaquetas 56000. BQCA: creatinina 1.46, PCR 32, procalcitonina 7.08, troponina 0.09. Coagulación: TP 1.3. Gasometría arterial: pH 7.35, pO₂ 63, pCO₂ 35, stO₂ 93% ECG: ACxFA RVR 150 lpm. Radiografía física, patrón enfisematoso sin infiltrados. Diagnóstico diferencial: infección respiratoria vías bajas, ACxFA RVR con insuficiencia cardíaca, infección herida quirúrgica. Evolución: en urgencias se extraen hemocultivos x2 (donde crecen posteriormente *S. aureus*), urocultivo, muestras exudado faríngeo para influenzae, exudado herida quirúrgica (*S. aureus*) y se inicia tratamiento antibiótico empírico amplio espectro, digoxina para controlar FC, O₂ y sueroterapia intensiva, al recibir analítica y persistir la hipotensión, oliguria y gravedad del paciente se solicita TAC torácico que informa: a nivel de la esternotomía, tercio medio, se aprecian pequeñas burbujas de aire en el tejido suprayacente, esternón y tejidos subyacentes al esternón, así como en mediastino anterior, compatible con foco infeccioso. Diagnóstico definitivo: sepsis secundaria a mediastinitis anterior tras cirugía vascular ingresando el paciente en UCI para tratamiento y desbridamiento quirúrgico.

Conclusiones:

La mediastinitis postquirúrgica es una complicación grave y con una alta mortalidad que puede presentarse tras cirugía vascular torácica. Su rápido diagnóstico y tratamiento son claves en la reducción de la morbimortalidad la secreción serohemática a través de la herida quirúrgica, inestabilidad esternal, fiebre y dolor esternal pueden ser ejemplos que nos deben hacer sospechar en el diagnóstico de mediastinitis cuyo tratamiento es un rápido desbridamiento quirúrgico. La sepsis es un proceso tiempo-dependiente y su identificación y manejo en urgencias trascendental.



CASOS CLÍNICOS

P-819

¿ALGO MÁS QUE UN DOLOR DE GARGANTA!

E Palanca Gracia, E Martín Mojarro, O Troiano Ungerer,
A Nieto Rodríguez, S Flores Quesada,
S Larrondo Pamies, C Polanco Martínez

Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

Palabras claves: retropharyngeal abscess, infection, antibiotics

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón, 38 años, sin antecedentes de interés, que presenta odinofagia, fiebre, disnea y aumento del perímetro cervical de tres días de evolución a pesar de ibuprofeno y penicilina. T°:38,6°C, TA:122/77mmHg, FC:150x', SAT:95%. Ansioso, taquipneico. Orofaringe: hiperémica, aumento de volumen cervical. Cardiopulmonar y abdomen normales. Diagnóstico diferencial: infecciones amigdalares y periamigdalares, angina Ludwig, sialoadenitis, linfadenitis retrofaríngea... En analítica destaca neutrofilia con 6% neutrófilos en banda, creatinina:1,18mg/dl, sodio: 128mmol/l y PCR: 394 mg/l. TAC cervical: absceso retrofaríngeo, probable origen en pilar amigdalino derecho con extensión a espacios anteriores y centrales del cuello. Se inicia tratamiento antibiótico empírico a la espera de resultados de hemocultivos (negativos). Se realiza cervicotomía urgente obteniéndose gran cantidad de material purulento extendiéndose a cadena yugular izquierda, espacio retrofaríngeo y laríngeo. Se dejan múltiples drenajes cursando cultivos y tinción de Gram. A pesar del desbridamiento quirúrgico permanece en shock séptico. TAC Torácico postquirúrgico: derrame pleural bilateral, trabeculación del tejido graso mediastínico superior. Ante sospecha de empiema se coloca tubo pleural con salida de material purulento abundante. Ante la persistencia de fiebre con requerimientos de drogas vasoactivas, se realiza toracotomía y desbridamiento mediastínico. Posteriormente, presenta mejoría progresiva de la clínica con desbridamiento cervical diario, lavados y administración de fibrinolíticos por drenajes torácicos, antibioterapia con meropenem + fluconazol tras resultados de cultivos (Staphylococcus epidermidis, enterobacterias y candida albicans).

Conclusiones:

El absceso retrofaríngeo es una infección profunda del cuello, más frecuente en menores de 3 años y suponen el 40-80% de los abscesos cervicales en la infancia. En adultos se asocia a traumatismos penetrantes de faringe (huesos, espinas...) y menos frecuentemente por infecciones dentarias o abscesos periamigdalinos. Normalmente resulta de infecciones polimicrobianas procedentes de mucosas contiguas. Se inicia con odinofagia, trismus, disfagia y fiebre. El TAC es la técnica de elección para su diagnóstico dado que localiza el proceso, define su alcance y ayuda a la planificación del abordaje quirúrgico e inicio del

tratamiento antibiótico. Estas infecciones cervicales son poco frecuentes en la era postantibiótica. Tienen un inicio rápido y pueden progresar a complicaciones que amenazan la vida. Los médicos deben ser conscientes de esta patología y no deben subestimar su potencial.



CASOS CLÍNICOS

A-820

INFILTRADOS QUE CONFUNDEN

E Lozano Rincón, M Arroyo Gallego, L Cabeza Osorio,
J Torres Yebes, L Mao Martín, S Ruiz Grinspan

Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid.

Palabras claves: tromboembolismo pulmonar, neumonía, neumotórax

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 63 años, sin RAMC y sin factores de riesgo cardiovascular. No antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. No tratamiento crónico. Acude a urgencias por un cuadro de 2 semanas de evolución de disnea de moderados esfuerzos y dolor pleurítico derecho. Durante estas dos semanas refiere episodios febriles aislados (máximo de 38,5°C). Tos sin expectoración. No otra clínica acompañante. En la exploración física está consciente y orientado. Taquipneico a 35 rpm, Sat O2 basal: 92%, que mejora a 97% con gafas nasales a 2 lpm. TA: 144/81 mmHg. La auscultación cardíaca era rítmica, a 130 lpm y la pulmonar mostraba hipofonesis en base izquierda. La exploración abdominal, de miembros inferiores y neurológica resultaron normales. Solicitamos las siguientes pruebas complementarias: ECG: taquicardia sinusal a 130 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Analítica: *Hemograma: leucocitos 13.860 μ L, neutrófilos 12.300 μ L, hemoglobina 16.2g/dL, V.C.M 99.5fL, plaquetas 270.000 μ L *Coagulación: dentro de la normalidad. *Bioquímica: glucosa 152 mg/dl, urea 29 mg/dl, creatinina 1.08 mg/dl sodio 134 mmol/L, potasio 3.8 mmol, troponina I (TnI) < 0.017 μ g/L, LDH 234 U/L, proBNP 422.0 pg/mL, proteína c reactiva 126.3 mg/L. Resto de parámetros dentro de la normalidad. *Sistemático y sedimento de orina: hematíes y leucocitos aislados. *Gasometría arterial: pH 7.46, PCO2 28.6mmHg, PO2 55.5mmHg bicarbonato 19.8 mmol/. Radiografía de tórax PA: posible infiltrado en campo inferior izquierdo. Ante la sospecha de neumonía, se inicia tratamiento antibiótico empírico (ceftriaxona y levofloxacino). Se solicitaron además: hemocultivos, antigenurias (neumococo y legionella) y lavado nasal gripe A todos, negativos. Durante su estancia en urgencias se reagudiza, con aumento de la disnea y del dolor pleurítico izquierdo y mayor trabajo respiratorio. Ante esto se solicitan nuevas pruebas complementarias: AngioTAC de arterias pulmonares: TEP con infartos pulmonares bilaterales. Los principales diagnósticos fueron: neumonía, neumotórax espontáneo; tromboembolismo pulmonar, pericarditis, insuficiencia cardíaca; ansiedad. Consideramos como primera posibilidad diagnóstica un proceso infeccioso, que fue descartado ante la evolución clínica del paciente, sugiriendo como primera posibilidad el tromboembolismo pulmonar, que fue confirmado por las pruebas de imagen.

Conclusiones:

La importancia de este caso, radica en el diagnóstico diferencial, ya que la existencia de infiltrados alveolares no siempre se correlaciona con un proceso infeccioso, sino que puede ser el signo principal de una entidad clínica diferente.

CASOS CLÍNICOS

A-821

INTOXICACIÓN AUTOLÍTICA POR PARACETAMOL

M Villegas Pablos, C Fernández Alcalá,
A Perea Fernández, E Ruiz García, M Sola García,
MI Aceituno Azaustre

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras claves: intoxicación, paracetamol, n-acetilcisteína

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Datos clínicos: Mujer de 22 años, sin antecedentes psiquiátricos ni orgánicos de interés, es derivada a Urgencias por ingesta, hace 4 horas, de 40 g de paracetamol, con intencionalidad autolítica, tras discusión con pareja. A su llegada a Urgencias presenta dolor abdominal a nivel epigastrio, con sensación nauseosa. Se administra carbón activado y se realiza lavado gástrico, con expulsión de un número indeterminado de comprimidos. Pruebas analíticas: hemograma, bioquímica general, renal y hepática, coagulación, gasometría venosa normal. Niveles paracetamol 221,2 (vn >200 tras 4 horas). Triage tóxicos en orina normal. Plan actuación: N-acetilcisteína antídoto en bolo inicial de 150 mg/kg en la primera hora, seguido de 50 mg/kg en las siguientes 4 horas y 100 mg/kg en las siguientes 24 horas. Evolución: A las 4 horas, solicito nuevo control analítico renal, bioquímico, hepático, coagulación y ph venoso manteniéndose en la normalidad, así como niveles de paracetamol que se reducen 47,8 (vn >200 tras 4 horas). La paciente está asintomática. Se decide permanencia en observación hasta 48 horas después que finalice la perfusión de N-acetilcisteína. Durante dicho periodo se repiten los controles analíticos ya mencionados sin cambios en los mismos, por lo que una vez cumplido el tiempo, y ante la ausencia de sintomatología se decide realizar interconsulta a psiquiatra, que decide alta hospitalaria y seguimiento en consulta externas.

Conclusiones:

Las intoxicaciones agudas por paracetamol, tanto en niños (150 mg/kg), como en el adulto (125 mg/kg), presentan un riesgo de hepatotoxicidad que puede ser letal, si no se inicia tratamiento precoz con n-acetilcisteína durante las primeras 24 horas, así como reevaluar clínica y analíticamente durante las siguientes 48 horas.

A-822

CON EL TRABAJO ME HA ENGORDADO EL BRAZO

M Blanca Segura, E Piñero Flores, F Vara Morate
Urgencias Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches.
Pozoblanco, Córdoba.

Palabras claves: thrombosis, upper, extremity

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica:

Varón de 42 años que acude a urgencias por dolor, tumefacción, impotencia funcional y aumento de temperatura en miembro superior derecho de 4 días de evolución. Días previos había iniciado un trabajo en la construcción, manipulando un martillo neumático. No tos, no disnea ni fiebre. No alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Ningún tratamiento de forma habitual. Hábitos tóxicos: fumador de unos 10 cigarrillos al día. Bebedor de varias cervezas al día. Niega consumo de otros tóxicos. Exploración física: eupneico, afebril. Tensión arterial 134/71 mmHg, frecuencia cardíaca 79 lpm. Auscultación cardio respiratoria: rítmico sin soplos. Hipoventilación global sin ruidos añadidos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación sin signos de irritación peritoneal. No masas ni visceromegalias. Miembros inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Miembro superior derecho: aumento de diámetro respecto al contralateral, con aumento de temperatura y empastamiento. Pulso radial conservado y simétrico respecto a contralateral. Pruebas complementarias: Analítica: dímero D de 116°. Radiografía de tórax: no condensación, infiltrado ni nódulos parenquimatosos. Senos costofrénicos libres. Refuerzo hiliar dcho. Índice cardiotorácico normal. Doppler-venoso de miembro superior derecho: se observan signos directos de trombosis venosa profunda en vena subclavia, axilar, cefálica y braquiales de miembro superior derecho. Marcado edema de tejido celular subcutáneo. Diagnóstico diferencial en urgencias: tromboflebitis superficial, celulitis, rotura fibrilar.

Conclusiones:

La trombosis venosa profunda de miembros superiores supone entre un 4-13% de las trombosis venosas profundas. Su incidencia se ha incrementado por la utilización de catéteres venosos centrales, la implantación de marcapasos y la posibilidad de realizar el diagnóstico a través de la ecografía.

CASOS CLÍNICOS

P-823

NEUMOTÓRAX A TENSIÓN EN UNA GESTANTE A TÉRMINO. A PROPÓSITO DE UN CASO

E Muñoz Triano, L Piccone Saponara,
F Bermejo Fernández, MA de Prada Rodríguez,
L Canales Rodríguez, E Cano Sanz, ML Manescu
Hospital Universitario Quirón, Madrid.

Palabras claves: pregnancy, pneumotórax, diagnosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Caso Clínico: mujer de 34 años secundigesta de 39 semanas que presenta disnea intensa y súbita, dolor en costado derecho transfixiante de 2 horas de evolución. Padecía asma (sensibilización: plátano de sombra- olivo-gato-encina). No consumo de tóxicos. Control por neumología en cinco ocasiones desde la semana 23 del embarazo por agudización asmática con respuesta parcial a broncodilatadores-antibioticoterapia- corticoides sistémicos, persistiendo tos/expectoración. Exploración física: trabajo respiratorio/habla suspiriosa/22 rpm/ingurgitación yugular negativa/bien perfundida/tonos cardiacos rítmicos- rápidos/abolición del murmullo vesicular en hemitórax derecho/roncus en el izquierdo/abdomen gestante/extremidades normales. TA: 121- 77. FC:111/ spo2-fio2 0.21: 96%, temperatura: 35.8°C. Electrocardiograma: taquicardia sinusal 115 lpm, qrs 76°, pr 0.12, sin signos de sobrecarga. Gasometría arterial basal. Hemograma/Bioquímica/Coagulación/Dímero-D/Péptido natriurético cerebral/Radiografía antero-posterior de tórax: neumotórax masivo derecho con colapso pulmonar derecho. Se trató con: broncodilatadores nebulizados/aporte de oxígeno/monitorización de ritmo cardiaco/de constantes vitales/prednisona 30 mg vía oral/monitorización fetal hasta la confirmación diagnóstica. Se coloca Pleurecath® derecho con reexpansion pulmonar/Cesárea cervical baja el día programado, presentando en post-operatorio enfisema subcutáneo toraco-cervical extenso con fuga mantenida espiratoria por tubo de drenaje torácico. Tac torácico post-cesárea, al cuarto día del puerperio se realiza resección segmentaria de complejo bulloso apical derecho mediante toracoscopia video-asistida con 3 puertas de entrada y pleurectomía de toda la cavidad torácica con intención de pleurodesis. A las 48 horas del postoperatorio no existen fugas y drenaje de 150 ml serohemático por Argyle® y se procede a su retirada. Discusión: Ante esta clínica de debut hay que tener un elevado índice de sospecha ya que los cambios fisio-anatómicos que comporta la gestación dificultan su manifestación clásica. Manejo eficaz de las pruebas diagnosticas elegidas que no demoren el tratamiento definitivo, de elección la radiografía de tórax. Existen publicados entre 41-55 casos según fuentes, el 50% en las últimas semanas de gestación, afectando más al hemitórax de-

recho. Su verdadera incidencia parece estar subestimada. Comporta compromiso respiratorio/cardiovascular materno y riesgo de hipoxemia/exposición a radiación ionizante fetal, aunque ésta parece ser mínima. El tratamiento definitivo depende de la magnitud del neumotórax </> 20% hemitórax afecto. El pronóstico es favorable.

Conclusiones:

El neumotórax espontáneo en la mujer gestante es poco frecuente, la radiografía de tórax y la colocación del tubo de drenaje torácico conducen a pronósticos satisfactorios.

CASOS CLÍNICOS

P-824

¿QUÉ HACER CUANDO FALLA EL DAI?

M García Ribes (1), C Fleitas Quintero (1), A Cosío Pacheco (1), M Vidal Arata (2), R Gómez Izquierdo (2), A Quintanal García (1)
(1) Cotoño 2, (2) Hospital de Laredo. Santander.

Palabras claves: DAI, atención primaria, urgencias

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria (Pública/Privada) - Equipos de atención primaria

Historia clínica

MOTIVO DE CONSULTA: paciente de 58 años que acude al Servicio de Urgencias de AP por clínica de 30 minutos de evolución y de aparición brusca de cansancio, palpitaciones, debilidad y mareo. Historia clínica AP: Miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa y portador de un DAI. Sin choques desde el implante y normofunción del sistema en las revisiones periódicas. EF: Sin hallazgos de interés salvo taquicardia. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 120/65 mmHg. FC 175pm. Sat. O₂: 96% ECG: Taquicardia regular de QRS ancho a 176 pm. Compatible con Taquicardia. JUICIO CLÍNICO: Taquicardia ventricular en ausencia de activación de DAI. TRATAMIENTO: Ante la estabilidad hemodinámica se pospone cardioversión externa, se activa UVI y se traslada monitorizado a centro de referencia. EVOLUCIÓN: Se procedió a la reprogramación del DAI que administró una cardioversión interna de 70 julios, pasando el paciente a ritmo sinusal.

Conclusiones:

1. ¿Por qué no cardiovirtió el DAI? La causa más frecuente de ausencia de intervención es la "frecuencia de corte" inadecuada, como en nuestro caso. La frecuencia de la TV (176 pm) es más lenta que la programada en el dispositivo para iniciar la terapia (180 pm en nuestro caso), por lo que el dispositivo, que es normofuncionante no inicia la terapia. Al alta se disminuyó esta frecuencia de corte para que englobara la de la TV. 2. ¿Se puede realizar cardioversión eléctrica externa en un paciente con DAI? Si la TV fuera mal tolerada clínica/hemodinámicamente se debe realizar CV externa sincronizada. En ese caso, para minimizar las posibilidades de que la descarga dañe el DAI, se debe aplicar la menor energía posible, separar las palas del generador al menos 15cm, siendo la posición ideal de las mismas la anteroposterior, pues la corriente incide perpendicularmente al electrodo. 3. ¿Se debería haber pautado algún fármaco en nuestro caso? Si la tolerancia es aceptable, como en nuestro caso, lo ideal es reprogramar el DAI con el analizador e indicar la terapia apropiada. En caso de no poder acceder al mismo se podría intentar la cardioversión farmacológica de la TV con procainamida o amiodarona, procediéndose si no fueran eficaces a la cardioversión externa sincronizada.

A-825

NO SIEMPRE LA ASCITIS ES DE CAUSA DIGESTIVA

MT Fernando Gros (1), P Boned Blas (1), E Aldea Molina (1), N Ortega Jiménez (2), T Pardo Vintanel (1), P Miranda Arto (1)
(1) Hospital Royo Villanova, (2) MAZ. Zaragoza.

Palabras claves: ascites, edema, cardiomyopathy dilated

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón 72 años con antecedentes de Fibrilación auricular, Insuficiencia aórtica severa, Hipertensión arterial en tratamiento con anticoagulantes e IECAS, que acude por presentar en las dos últimas semanas aumento de su perímetro abdominal y oliguria. TA 105/85. Frecuencia cardíaca 157 lpm, taquipneico. Flapping ++. IY + AC: arritmico soplo sistólico panfocal grado II-III. AP: hipofonosis generalizada. Abdomen: globuloso, importante aumento de perímetro abdominal, signo de oleada +. Edema peneoescrotal. EEL: edema con fovea + hasta muslo. Analítica: creatinina 2,3 urea 119 resto normal. ECG AcxFA a 157. Derrame pleural bilateral en placa de tórax. Ante importante edema peneoescrotal y presentando imposibilidad para sondaje vesical se realizó talla vesical pese a estar anticoagulado, causa por la que se descartó punción de líquido ascítico. Se inició tratamiento con seguril a dosis máximas y digoxina persistiendo oliguria y frecuencias cardíacas elevadas que precisaron añadir a tratamiento amiodarona. En Ecocardiograma se objetivó miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa y fracción de eyección del 45%. Insuficiencia mitral moderada. Hipertensión pulmonar moderada. Con sospecha de miocardiopatía dilatada y anasarca ingresó en Cardiología, donde se realizó ecocardiograma de control a las 24 horas objetivando grave empeoramiento con fracción de eyección del 20% e importante derrame pericárdico. Hipertensión pulmonar severa. Insuficiencia mitro-aórtica severa. Ante mala evolución y mal estado general del paciente, se consensuó con la familia la limitación del esfuerzo terapéutico, falleciendo a las pocas horas.

Conclusiones:

La miocardiopatía dilatada es una enfermedad del músculo cardíaco que hace que el corazón se agrande y disminuya su contractilidad. Las causas son inciertas y variadas: víricas, autoinmunes, abuso de alcohol, coronariopatías, hipertensión y enfermedades valvulares, que pueden llegar a desencadenar Insuficiencia Cardíaca, pudiendo en el peor de los casos ser congestiva cursando con edemas, derrame pleural, ascitis y anasarca en estadios finales. La prueba diagnóstica más fiable es el ecocardiograma y el tratamiento se basa en el control de la frecuencia cardíaca y tensión arterial y refuerzo de diuresis. En casos muy avanzados o cuando presentan arritmias severas, la opción más indicada suele ser el trasplante cardíaco o colocación de DAI. La probabilidad de fallecimiento en los estadios finales es elevada.

CASOS CLÍNICOS

P-826

NO SIEMPRE ES COSA DE NIÑOS

P Boned Blas, T de Fernando Gros, A Baguena García,
R Escriche Ros, T Pardo Vintanel, D Alquezar Blasco,
E Alfaro García-Belenguer

Hospital Royo Villanova, Zaragoza

Palabras claves: anemia, celiaco, edema

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente mujer de 44 años sin antecedentes importantes. Acude a urgencias por presentar edemas de extremidades inferiores bilaterales y faciales acompañado de disnea y astenia importante, no alteración del ritmo deposicional, amenorrea de tres meses. Exploración: Palidez importante de piel y mucosas, resto anodina salvo los edemas. Pruebas complementarias: Hemograma Hb 7.1, Hto 21, VCM 147, plaquetas 139.000. Eco abdomen: hepatomegalia con aumento de su ecogenicidad sugestivo de esteatosis. Se solicita estudio de anemia previo a transfusión y se ingresa en Medicina Interna. Gastroscoopia normal, Análisis de sangre. Ac. folico > 20 ng/ml, AC antiendomisio negativos, AC antitranglutaminasa 10 (positivo). Transito intestinal con engrosamiento de asas yeyunales compatible con cuadro celiaco, biopsia de intestino delgado: duodenitis crónica con atrofia marcada de vellosidades. Se diagnostica de déficit de ácido fólico y enfermedad celiaca y se trata con suplementos de folato y dieta sin gluten. Durante el seguimiento en consultas presenta elevación de transaminasa, GGT 788 y hepatomegalia, parestesias en extremidades persistentes acompañadas de pérdida de fuerza, ingresa nuevamente para concluir estudio realizándose EMG compatible con polineuropatía sensitiva de predominio axonal en grado moderado, biopsia hepática esteatohepatitis, fibrosis pericelular. Durante el ingreso se normalizan la hipertransaminasemia, no podemos atribuir a carencias nutricionales la polineuropatía ni el aumento de ferritina y VCM, pero debido a las alteraciones existentes así como a la presencia de teleangectasias e hipertrofia de parótida nos hace pensar en un consumo perjudicial de alcohol, por lo que se inicia rehabilitación durante el ingreso.

Conclusiones:

La enfermedad celiaca es la intolerancia total y permanente a proteínas presentes en trigo, avena, cebada y centeno, que provoca atrofia vellositaria de mucosa de intestino delgado con la consecuente malabsorción de nutrientes. Habitualmente se manifiesta al introducir el gluten en la dieta, pero puede aparecer tardíamente en la juventud o edad adulta. La forma mas frecuente es la clásica con diarrea esteatorreica, desnutrición, distensión abdominal y detención del crecimiento. La forma atípica aparece anemia refractaria, edemas en miembros inferiores, tetania, osteomalacia y osteoporosis como es nuestro caso. Todas estas variantes pueden inducir al retardo diagnóstico. La biopsia intestinal sigue constituyendo la regla de oro del diagnóstico.

A-827

¿QUISTE HIDATÍDICO COMPLICADO?
UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE URGENCIAS

Y Aranda García, AF Braña Cardeñoso, L Díaz Vidal,
M Sánchez Pérez, MJ Zamorano Serrano,
JR Penedo Alonso, F Roldán Moll

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Palabras claves: quiste, hidatídico, ecografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 34 años natural de Rumanía que acude por cuadro de 4 días de evolución de dolor en hemiabdomen derecho con predominio en hipocondrio derecho, niega fiebre así como otra sintomatología. Como antecedente de interés el paciente presenta diagnóstico previo de quiste hidatídico, motivo por el cual esta en tratamiento con Albendazol. Exploración física: Estable clínica y hemodinámicamente, afebril. Auscultación cardiopulmonar sin datos a destacar. Abdomen con defensa, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. Análítica discreta elevación de transaminasas con bilirrubina normal, leucocitosis sin desviación sin otros datos de interés. Se realiza ecografía a pie de cama, siguiendo protocolo FAST donde se objetivan 2 quistes hidatídicos, uno de 7 cm y otro de 9 cm de diámetro mayor, sin datos de complicación, ni líquido libre. El paciente presenta mal control analgésico, y se decide ingreso en Cirugía General, para control analgésico y tratamiento definitivo.

Conclusiones:

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria de alta endemicidad en algunos países de América del Sur, sobre todo en Argentina, Chile, Uruguay y Brasil. Producida por la forma larval de *Echinococcus granulosus*, se localiza principalmente en el hígado y los pulmones. La utilidad y la validez de la ecografía en el diagnóstico de la hidatidosis humana han sido ampliamente verificada tanto en pacientes sintomáticos como en portadores asintomáticos. La sensibilidad y especificidad de la ecografía se han estimado en 100 y 96 a 97%, respectivamente. Tradicionalmente, la hidatidosis en el hombre se ha considerado un estado patológico de resolución quirúrgica. La cirugía es todavía el tratamiento de elección aunque en los últimos años han comenzado a aplicarse con éxito la quimioterapia con mebendazol y albendazol y los tratamientos quirúrgicos poco invasores como la punción-aspiración-inyección-reaspiración (PAIR) en pacientes con síntomas de la enfermedad.

CASOS CLÍNICOS

P-828

SÍNDROME FRONTAL COMICIAL DE ORIGEN VASCULAR

B Muñoz González (1), I Egido Pérez (2), C Porcar Ramells (2),
R Reixach Casula (2), E Palau Gil (2)

Clínica Girona. Sta. Cristina d'Aro. Girona.

Palabras claves: síndrome, comicial, vascular

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 59 años con antecedentes personales de HTA en tratamiento y sin alergias conocidas, acude a urgencias traído por sus familiares por presentar una disminución de conciencia de aparición súbita después del desayuno, con desorientación y dificultad para caminar. A la exploración física el paciente mantiene constantes vitales normales, afebril, normocoloreado y eupneico. Auscultación cardiopulmonar normal, con buena perfusión distal. Consciente y colaborador, pero totalmente desorientado en tiempo y espacio, adormecido y no recordando lo sucedido, con pérdida de fuerza en las extremidades, sin dismetrías y ROT conservados, no rigidez de nuca ni afectación facial. Se realizan pruebas complementarias resultando analítica básica de urgencias normal, calcio y transaminasas normales, radiografía de tórax normal, tóxicos en orina negativos, gasometría arterial normal, TAC cerebral sin hallazgos de sangrado y estudio de LCR: Cristal de Roca. Durante la exploración y la realización de las pruebas complementarias, el paciente permanece adormecido con apertura de ojos a la voz. Se realiza angioRNM cerebral: Lesión frontal izquierda hiperdensa y de aspecto vascular, que en el estudio postcontraste muestra realzamiento de contraste, observándose una estructura venosa y una araña vascular (compatible con anomalía de desarrollo venoso). El paciente queda ingresado en el Servicio de Neurología con remisión completa del cuadro inicial en 24 horas y se diagnostica de síndrome frontal comicial por patología venosa de probable origen congénito.

Conclusiones:

Diagnóstico diferencial del síndrome confusional agudo en urgencias, de paciente sin antecedentes previos neurológicos, que tras realizarse pruebas complementarias de urgencia con resultados normales, requiere realización de angioRNM para llegar al diagnóstico.

A-829

DIAGNÓSTICO DE UN SÍNDROME DEL NODO ENFERMO, TRAS LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE 6 MG DE ADENOSINA

J Beteta Moya, JE Cobo Muñoz, AF Perea Fernández,
ML Aguayo Ocaña

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras claves: Síndrome del Nodo Enfermo, síndrome bradicardia, taquicardia, adenosina

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer, 77 años, sin antecedentes de interés: no factores de riesgo cardiovascular, hábitos tóxicos ni intervenciones quirúrgicas previas. Toma ocasionalmente diazepam 5 mg por insomnio. Refiere síntomas de catarro de vías altas de 3 días de evolución que ha tratado con paracetamol 1 g. Ante escasa mejoría, acude a su médico de cabecera, quien en la exploración detecta frecuencia cardíaca elevada, derivándola por ello a nuestro servicio. La paciente no ha presentado en ninguna ocasión dolor torácico, sensación disneica ni semiología de insuficiencia cardíaca. Tampoco síncope, mareo o vértigo, ni sensación de palpitaciones. Exploración física: hemodinámicamente estable, eupneica. Sólo destacan tonos cardíacos taquicárdicos. No presencia de ruidos sobreañadidos. Pruebas complementarias: ECG: Taquicardia rítmica de QRS estrecho con una respuesta ventricular en torno a 180 lpm. Evolución: En todo momento asintomática. Ante los hallazgos electrocardiográficos, y tras la realización de maniobras vagales que resultan inefectivas, se procede a realizar cardioversión farmacológica administrando 6 mg de adenosina intravenosa, objetivándose tras ello, bradicardia extrema y paro sinusal superior a 5 segundos, sintomático (la paciente sufre episodio sincopal), con recuperación posterior a ritmo sinusal y trazado ECG con imagen de BIRDHH y hemibloqueo posterior izquierdo (HBPI). Por ello, junto a elevación del valor del dímero D (805) se solicita AngioTAC Torácico para descartar tromboembolismo pulmonar, el cual resulta normal, al igual que el resto de pruebas complementarias, incluidos marcadores cardíacos e iones. Se comenta el caso con el Servicio de Cuidados Intensivos, decidiendo ingreso de la paciente a su cargo para implante de marcapasos definitivo (Bicameral). Diagnóstico final: síndrome del Nodo Enfermo. Síndrome bradicardia. Taquicardia. Trastorno de conducción cardíaco (BIRDHH+HBPI).

Conclusiones:

El Síndrome del Nodo Enfermo, constituye un grupo de ritmos cardíacos anormales, presumiblemente causados por un trastorno en el nodo sinusal que es el marcapasos natural del corazón. Es común en personas de la tercera edad, donde la causa es frecuentemente la degeneración cicatricial del sistema de

CASOS CLÍNICOS

conducción cardíaca. La adenosina es un fármaco que ayuda al diagnóstico de las taquicardias con complejos amplios o estrechos debido a la disminución transitoria que produce de la velocidad de conducción auriculoventricular. Debe ser administrada bajo vigilancia médica y monitorización electrocardiográfica, por médicos que dispongan de medios para realizar reanimación cardiopulmonar.

A-830

DOLOR TORÁCICO POR METÁSTASIS ÓSEAS

JF Alija Castro, MV Alonso Pino

Hospita! Punta Europa. Cádiz.

Palabras claves: dolor torácico, equivalentes anginosos, dolor mecánico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica:

Paciente de 65 años que acude derivado desde su C.S. por cambios eléctricos en EKG y dolor torácico. Portador de MP bicameral DDD por bradicardia sinusal sintomática, con EKG con ritmo de marcapasos con funcionamiento normal. Refiere dolor torácico de tres semanas de evolución que no mejora con analgesia habitual ni fisioterapia. Dolor en hemifísica izquierdo de tipo mecánico con irradiación a MSlzq con empeoramiento nocturno. No dolor de tipo opresivo, sin cortejo vegetativo ni clínica de angor. AP de DMID, HTA, DLP, EPOC y SAHOS con CPAP domiciliaria. A la exploración BEG, COC, G15/15, discreta palidez facial, eupneico en reposo. TA: 135/85 mmHg, T° 37°C, SatO2: 99%, FC 70 lpm. Glucemia capilar 150 mg/dL. ACP: tonos puros y rítmicos, sin soplos. MVC, sin ruidos sobreañadidos. Dolor a la palpación en parrilla costal izquierda inframamaria y dolor a la movilización de hombro izquierdo con limitación en el balance articular, así como dolor a la palpación de huesos largo de forma selectiva en tercio superior de cara interna de humero. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ANALÍTICA: hemograma normal. Coagulación con elevación de fibrinógeno. Bioquímica con PCR 5,67. Rx física: con signos de redistribución broncovascular sin datos de infiltración. Rx hombro a nivel diafisario de húmero izquierdo lesión ósea con patrón permeativo con festoneado cortical externo e interrupción de la cortical medial, lesión ósea sugestiva de agresiva. EVOLUCIÓN: el paciente queda ingresado a cargo de MI con estudio de extensión en los días posteriores observándose lesiones hepáticas sugestivas de hepatocarcinoma como primario con múltiples metástasis a nivel intraabdominal y óseo. El paciente no fue subsidiario de tratamiento ya que falleció a las dos semanas de ser diagnosticado. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: dolor torácico de perfil isquémico o anginoso, hombro doloroso, dolor mecánico. DIAGNÓSTICO FINAL: dolor torácico de tipo mecánico secundario a metástasis ósea en humero izquierdo.

Conclusiones:

El dolor torácico es una de las principales consultas en los servicios de urgencias, por lo que su anamnesis y su orientación diagnóstica debe ser siempre precisa. En pacientes cardíopatas podemos caer en el error de descartar exclusivamente patología de perfil isquémico como patología urgente sin hacer un diagnóstico diferencial riguroso buscando otras causas igualmente relevantes.



CASOS CLÍNICOS

A-831

ECOGRAFÍA DEL MÉDICO DE URGENCIAS EN DOLOR ABDOMINAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

I Moreno Montero (1), MM Cillero Rodríguez (2),
C Muñoz López (2), M Sánchez Ruiz (2), A Sánchez Valencia (2),
CA Moreno Caycedo (3), J Paz Galiana (1)

Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real. Córdoba.

Palabras claves: ultrasonografía, colecistitis, dolor abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas, Hipertensa, diabética, glaucoma, dolor torácico atípico en estudio. Tratamiento habitual: AAS 100, dafiro, simvastatina, zomarist, miniodiab, timolol colirio, omeprazol, lormetazepam. Motivo de consulta: Mujer de 86 años, que acude por dolor abdominal localizado en el hipocondrio derecho de varios días de evolución, no irradiado, continúa con dolor a pesar de analgesia, asocia vómitos no relacionados con la ingesta. No fiebre, no intolerancia a la ingesta. No cuenta acolia ni coluria. No disuria, Depositiones de características habituales, no estreñimiento, No dolor torácico, no disnea ni otra clínica. Exploración-Auscultación: Tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos audibles. Murmullo vesicular conservado en todos los campos sin otros ruidos añadidos. Abdomen: blando y depresible, globuloso, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, no signos de irritación peritoneal. Murphy positivo. Pruebas complementarias: Radiografía simple de abdomen: imagen sugestiva de colelitis, resto sin hallazgos Analítica: hemograma con 25000 leucocitos a expensas de neutrófilos, plaquetas normales. Coagulación normal. Bioquímica: urea 80, glucemia 212, resto de los parámetros, incluyendo creatinina, calcio, GPT, GOT, Bilirrubina total, amilasa, iones y troponinas, dentro de la normalidad. Ante los hallazgos previos y no disponer de radiólogo por las tardes en Hospital, se realiza Ecografía por Médico de Urgencias, donde se visualiza imagen de vesícula biliar distendida con contenido litiásico en su interior, de pared anterior engrosada e imagen sugestiva de ser aire en su interior. Juicio clínico: Colecistitis complicada. Diagnóstico Diferencial: Colecistitis aguda no complicada, colecistitis agudas complicada, colangitis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, perforación de víscera hueca. Se avisa a Cirugía, que solicita TAC, que confirma el diagnóstico (colecistitis aguda litiásica complicada con fístula en marco cólico, leve cantidad de líquido en lecho vesicular, cambios inflamatorios por contigüidad en la grasa adyacente, alteración de la perfusión hepática perivesicular) y precisa cirugía urgente.

Conclusiones:

En la actualidad, el uso del ecógrafo en la sala de Urgencias resulta fundamental y de algún modo, obligatorio. En el caso de la paciente, marcó la diferencia del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. En algunos países ya supone una prueba rutinaria en las consultas tanto de atención primaria como de Urgencias. Se necesita mayor formación de los profesionales e inclusión en manuales y guías clínicas que protocolizan las acciones del médico de Urgencias.



CASOS CLÍNICOS

P-832

DIAGNÓSTICO DE ENDOCARDITIS POR NEUMOCOCO SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA EN URGENCIAS

R Segura Granda, M Andrés Gómez, L Prieto Lastra, N Ovalle González

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Palabras claves: endocarditis, infectious, valvular

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 64 años antecedentes de cardiopatía reumática, doble recambio valvular mitral y aórtico seis años antes, disfunción ventricular con FE 20%, taquiarritmia sinusal y mediastinitis postquirúrgicas, portador de marcapasos VVI-R por BAV y FA y hepatopatía congestiva sugestiva de hígado de estasis. Acude 24 horas antes al servicio de urgencias por malestar general, fiebre y tiritona, siendo valorado en primera instancia, se extraen hemocultivos y es diagnosticado de ITU comenzando tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Se notifican los primeros resultados de los hemocultivos, detectándose crecimiento de neumococo en frasco de aerobios como anaerobios, nos ponemos en contacto con el paciente para nueva valoración. En la nueva evaluación del paciente no se detectan focos claros de infección salvo fiebre, con Rx tórax sin datos patológicos y un perfil de sepsis positivo. Aunque el neumococo es un agente causal muy poco frecuente de endocarditis, la ausencia de foco claro y sus antecedentes, se pone en conocimiento del servicio de Cardiología y se comienza tratamiento empírico con penicilina G y gentamicina. Realizado ecocordio transtorácico se observa imagen sobre válvula mitral protésica compatible con vegetación vs. restos de aparato subvalvular preservado. El paciente evoluciona satisfactoriamente, se realiza de manera diferida ecocordio transesofágico donde ya no se visualizan imágenes compatibles con endocarditis bacteriana, siendo dado de alta.

Conclusiones:

La endocarditis por *Streptococcus pneumoniae* es una infección de curso agresivo con rápida destrucción valvular y altas tasas de mortalidad. Es una patología poco frecuente, algunos estudios plantean rangos que van de un 1 a 3% de todos los casos de endocarditis con una incidencia de 0,6 a 3 casos por millón de habitantes. La presentación clásica de la endocarditis neumocócica es la triada de Osler que consiste en neumonía, meningitis y endocarditis, que se da preferentemente en pacientes de edad avanzada. No suele haber estigmas periféricos de endocarditis y tampoco se asocia a esplenomegalia por lo que el diagnóstico suele retardarse, debido a la baja sospecha clínica. De esta manera se puede concluir que la realización de hemocultivos en pacientes con fiebre sin foco en urgencias es una herramienta valiosa en el diagnóstico precoz de endocarditis que puede contribuir a un mejor pronóstico de la enfermedad.

P-833

PACIENTE PEDIÁTRICO CON DOLOR TORÁCICO: COLAPSO PULMONAR

M Nogués Herrero, M^aJ Morales Acedo, E Moriel Santaella, AR Camuña Salido, P del Pino Valverde, M^aC Ruiz Ciudad

Hospital de Antequera, Málaga.

Palabras claves: atelectasia pulmonar, colapso pulmonar, dolor torácico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

El colapso pulmonar o atelectasia, son regiones pulmonares colapsadas donde no se realiza, por tanto, el intercambio gaseoso. Esta pérdida del volumen pulmonar puede ser subsegmentaria, segmentaria, lobar o envolver todo un pulmón. Las manifestaciones clínicas dependen de la enfermedad subyacente así como del grado del colapso pulmonar. Cuando la atelectasia es relativamente pequeña no hay síntomas. La tos puede ser el único síntoma en casos leves. Sin embargo, si la atelectasia envuelve una porción significativa del pulmón puede haber disnea y cianosis. La etiología suele ser: 1. Disminución de la tensión superficial en las pequeñas vías aéreas y alvéolos. 2. Compresión del parénquima pulmonar por procesos intratorácicos o extratorácicos. 3. Obstrucción de las vías aéreas tanto por causa exógena (cuerpo extraño) como endógena (tapón mucoso, asma, neumonía, fibrosis quística, pólipos). DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO. Niño de 8 años, sin antecedentes de interés, con correctas vacunaciones y sin enfermedades previas, remitido desde urgencias extrahospitalarias por dolor torácico de características pleuríticas y distrés respiratorio. Refiere catarro en días previos (tos, mucosidad y afebril). En la exploración física destaca: TA 120/80, FC 125 lpm, T^a 37°C, Saturación O₂ 93% (basal) y 95% (VMK-FiO₂ 0.4). Discreta taquipnea. Auscultación pulmonar con hipofonía hemitórax derecho, buena entrada de aire en pulmón izquierdo. Taquicardia a 130 lpm. RESULTADOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y TRATAMIENTO EN URGENCIAS. Se realiza Rx de tórax: atelectasia pulmón derecho. TAC tórax s/c: atelectasia masiva pulmón derecho, de probable causa endobronquial (sospecha de tapón mucoso). Analítica con hemograma, coagulación y bioquímica correctas. PCR 0.2 mg/dl. Gasometría correcta. Se inicia tratamiento en urgencias con β,2 adrenérgicos, esteroides y oxigenoterapia, cursándose ingreso en pediatría. En planta se mantiene tratamiento con β,2 adrenérgicos, esteroides, oxigenoterapia y fisioterapia respiratoria, observándose una reexpansión pulmonar derecha a las 48 horas.

Conclusiones:

Ante un niño con dolor torácico acompañado de auscultación patológica y síntomas como tos, disnea o cianosis, hay que plantear diagnóstico diferencial con atelectasia pulmonar, neumonía, derrame pleural, timo, tumores, quistes pulmonares.

CASOS CLÍNICOS

A-834

FRACTURA CERRADA TRAUMÁTICA DE CARTÍLAGO TIROIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO

A Sánchez Valencia, C Moreno Caycedo,
I Moreno Montero, N Brufman, M Sánchez Ruiz,
M Cillero Rodríguez

Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real.

Palabras claves: heridas y traumatismos, cartílago tiroides, cuello

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Paciente de 44 años, con antecedentes exclusivos de enolismo y tabaquismo. Valorado primariamente en centro de salud por agresión en un bar tras una discusión con otro cliente sufriendo contusión facial y cervical. Acude 12 horas mas tarde por disnea de inicio súbito con estridor laríngeo y tiraje así como dolor en región centrocervical. A la exploración eupneico con tiraje y estridor inspiratorio, afonía, SO₂ 94% ta 120/50 fc 70 lpm dolor intenso sin deformidad cervical a la exploración del cartílago tiroides. Hematoma orbicular izquierdo sin crepitación ósea, auscultación pulmonar sin ruidos patológicos sin otros hallazgos a la exploración. Rx vía aérea con obstrucción baja a nivel de cartílago tiroides. Paciente derivado a hospital de referencia en UVI Móvil valorado por ORL que ingresa con tratamiento conservador en servicio de UCI tras valoración por fibrolaringoscopia y TAC cervical. FIBROLARINGOSCOPIA: Hematoma de supraglotis sobre todo de ambos aritenoides, se extiende hacia cuerdas vocales pero hay luz suficiente, movilidad conservada y no laceraciones ni exposición de cartílagos. TAC cervical: línea de fractura en la porción anteroinferior del cartílago tiroides no desplazada, asocia edema de la mucosa endolaríngea a nivel de las cuerdas vocales con importante compromiso de la vía aérea. Patología inflamatoria en ambos senos maxilares, con engrosamiento mucoso de los dos. Paciente ingresado en UCI 48 horas no precisó soporte ventilatorio con evolución favorable, con corticoides inhalados y sistémicos. Posteriormente ingreso en planta donde se optó por tratamiento conservador.

Conclusiones:

Las fracturas de cartílagos traqueales cerrados presentan como gran complicación la obstrucción de la vía aérea, que precisa de intubaciones y en ocasiones de traqueostomía urgente por lo que se considera una Urgencia médica, que suele precisar intervención quirúrgica inmediata. En múltiples ocasiones si no existe complicaciones adyacentes y permanece la apertura de la vía aérea rara vez requiere tratamiento quirúrgico directo. Optándose por un tratamiento conservador con estrecha vigilancia.

A-835

PACIENTE PEDIÁTRICO CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA GIGANTE

M Nogués Herrero, M^aJ Morales Acedo,
P del Pino Valverde, AR Camuña Salido,
E Moriel Santaella, M^aC Ruiz Ciudad

Hospital de Antequera. Málaga.

Palabras claves: hernia, diafragmática, hipoventilación

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Las hernias diafragmáticas se definen como el paso del contenido abdominal a la cavidad torácica a través de un defecto en el diafragma. Se dividen en congénitas (anteriores o de Morgagni y posterolaterales o de Bochdalek) y adquiridas (traumáticas). La corrección del defecto anatómico en el diafragma debe intentarse una vez se ha hecho el diagnóstico, lo que puede lograrse mediante abordajes quirúrgicos por vía abdominal o torácica. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO. Niño rumano de dos años y medio de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, correcto cumplimiento calendario vacunal en Rumanía, sin ingresos hospitalarios y sin tratamiento habitual, que consulta en nuestro servicio por malestar general y fiebre hasta 38,5°C. En la exploración física destaca congestión nasal, con orofaringe eritematosa e hipoventilación en base izquierda. RESULTADOS. Ante sospecha de posible lesión parenquimatosa pulmonar izquierda se realiza radiografía PA tórax con los siguientes hallazgos: ocupación de la mitad inferior del hemitórax izquierdo por asas intestinales, con desplazamiento del mediastino al lado contralateral. Parénquimas pulmonares bien. Ventilados. También se realiza ecografía abdominal: elevación del colon y el bazo sin conseguir identificar banda diafragmática. Clara respiración paradójica con ascenso de estructuras abdominales durante la inspiración. Los hallazgos sugieren más bien un diafragma hipoplásico o eventración diafragmática, pero sin poder descartar una hernia diafragmática verdadera. Ante la sospecha clínica de hernia diafragmática se traslada a Hospital Materno Infantil (Hospital quirúrgico infantil de referencia) tras contactar con pediatra de guardia para valoración por cirujano pediátrico.

Conclusiones:

Toda sospecha de hernia diafragmática en edad pediátrica debe ser valorada por cirugía infantil para corregir el defecto anatómico con abordaje quirúrgico.

CASOS CLÍNICOS

P-836

SÍNDROME SWEET ASOCIADO A INFECCIÓN POR VEB

CC Carrasco Vidoz, V Vilchez Aparicio, R García de Pedro,
C Fernández Palacios, D Fernández Suárez, E Vicente Tobar

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: Síndrome de Sweet, dermatosis neutrofílica aguda febril, síndrome febril

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

El Síndrome de Sweet, es una dermopatía recidivante poco frecuente, caracterizado por la aparición de pápulas inflamatorias dolorosas que se convierten en placas y se asocia con fiebre, leucocitosis y artralgias. La edad de aparición son los 30-60 años. Se trata de un Varón de raza blanca, de 44 años con antecedentes personales de síndrome depresivo en tratamiento desde hace 6 años con citalopram y lexatin. Nociurugías. Acude a urgencias por fiebre de hasta 39°C, MEG, cefalea moderada continua, sin alteración del nivel del conciencia. Artralgias moderadas y lesiones cutáneas pustulosas dolorosas. Niega diarrea o tos ni expectoración ni otros síntomas. No síntomas urinarios ni exudación genital. A la exploración física presenta multitud de pápulo-nódulos eritematosos intensos muy inflamatorios en tronco, MMSS, MMII, cara, cuello y cuero cabelludo, algunos de los cuales están centrados por pústula no folicular, en algunos de ellos se aprecia pseudovesiculación en superficie. Condritis en pabellón auricular derecho. En mucosa oral: abundantes pústulas con lesiones de similares características, en algunos casos más erosivas. Resto de la exploración normal. En las pruebas complementarias realizadas destaca leucocitosis de 13.96 con neutrofilia del 85.9%. Hemoglobina 13.7 g/dL, Fibrinógeno elevado y PCR de 220.0 mg/L (0.0-5.0). La Rx de física, TAC toraco-abdomino-pélvico son normales. Biopsia de piel: informa de dermatosis neutrofílica compatible con síndrome de Sweet. Serología: + para VEB IgM. Con el diagnóstico de síndrome de Sweet en probable relación con VEB se inicia tratamiento con Prednisona a dosis de 1 mg/kg con disminución importante de las lesiones cutáneas, al alta habían desaparecido el tono violáceo de las lesiones, que solo eran eritematosas y ya estaban en proceso de resolución. Las lesiones mucosas habían disminuido notablemente, desapareciendo las pústulas.

Conclusiones:

El síndrome de Sweet es una dermatosis neutrofílica aguda febril. Sus formas clínicas: clásico, con fiebre, neutrofilia, lesiones eritematosas cutáneas y respuesta rápida a esteroides, asociado a malignidad o a fármacos. Entre 20-25% de los casos llevan asociado una neoplasia, siendo las más frecuentes las hematológicas. Aunque es poco frecuente, podría estar relacionada con enfermedades importantes, de ahí la importancia del diagnóstico precoz.

CASOS CLÍNICOS

A-837

DAÑO CEREBRAL TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR CRISIS CONVULSIVA

L Pérez Ollero, A Pérez Zapata, M Betances Javier,
M García Sanchis, L Bort Llorca, S Melero Cabezas
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Palabras claves: crisis convulsiva, parada cardiorrespiratoria, encefalopatía postanóxica

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: las crisis convulsivas son atendidas frecuentemente en los servicios de urgencias. Las manifestaciones clínicas son muy variables y generalmente autolimitadas. Objetivos: analizar un caso en el que se produce una de las consecuencias posibles de las crisis convulsivas: la parada cardiorrespiratoria con el posterior daño cerebral. Material y métodos: Presentamos a una paciente mujer de 61 años que acude a urgencias derivada desde otro hospital para valoración por cardiología por sospecha de SCASEST. Como antecedentes únicamente destaca un SAHS en tratamiento con CPAP nocturna. Los familiares refieren que inició sensación de mareo con marcha inestable y seguidamente trismus y desconexión del medio con movimientos tónico-clónicos y parada cardiorrespiratoria. El SAMU realiza reanimación cardiopulmonar con recuperación espontánea. La paciente llega intubada con saturación a 82%. En la exploración física destaca una herida incisa en tercio anterior de la lengua y restos hemáticos en coanas. Se aporta analítica donde destaca un dímero D de 79700 y una acidosis metabólica severa con TAC cerebral sin hallazgos. Se realiza ECG que muestra una taquicardia sinusal y un ecocardiograma que no muestra alteraciones en la contractilidad. Ante todos estos hallazgos se realiza angioTAC de tórax que descarta la presencia de tromboembolismo pulmonar y se procede a ingreso en unidad de reanimación. Durante el ingreso se realiza electroencefalograma que no es valorable y TACs cerebrales sin mostrar cambios. Neurológicamente se mantiene con un glasgow de entre tres y cuatro con mioclonías persistentes a pesar de sedación y tratamiento anticonvulsivo. Finalmente, tras una semana de ingreso la paciente fallece por muerte encefálica. Resultados: se trata probablemente de una encefalopatía secundaria a hipoxemia grave en una paciente con parada cardiorrespiratoria tras convulsión tónico clónica. Esta, junto con el estatus epiléptico, son dos de las consecuencias más graves ante una crisis comicial.

Conclusiones:

La encefalopatía hipoxémica es una de las causas poco frecuentes de daño cerebral adquirido. Nuestra actuación en el periodo previo a la lesión y en la fase de tratamiento, son primordiales a la hora de prevenir las secuelas en ocasiones irreversibles que se pueden producir.

P-838

¿APENDA QUÉ? APENDAGITIS

JF Alija Castro, MV Alonso Pino
Hospital Punta Europa. Cádiz.

Palabras claves: apendagitis, infarto epiploico, apéndice epiploico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 57 años que acude por dolor en hemiabdomen derecho de tres días de evolución con sensación distérmica no termometrada. Mala respuesta domiciliar a analgésicos habituales. El dolor empeora con la ingesta. No anorexia. No náuseas ni vómitos. No disuria ni alteraciones del tránsito intestinal. No AP de interés. EXPLORACIÓN: aceptable estado general, COC, NHyP, eupneico en reposo. TA: 130/90 mmHg, T° 37,5°C, Sat O2: 99%, FC 75 lpm. ACP: tonos puros y rítmicos, sin soplos. MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho con irritación peritoneal, blumberg positivo. RHA conservados. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: serie roja y plaquetaria normal. Leucocitosis con neutrofilia. Bioquímica PCR elevada. Resto con coagulación normal. Orina negativa. Rx Abdomen: luminograma aéreo conservado. EVOLUCIÓN: Ante la sospecha de abdomen agudo y mal control del dolor se solicita ecografía-abdominal y posteriormente se pasa a la mesa de TAC. En TAC se describe como comentario digestivo, en espacio parietocólico derecho, a nivel de unión entre colon ascendente y ángulo hepático de colon, se observa un aumento de la atenuación del tejido graso adyacente en forma de una imagen ovoidea con halo hiperdenso, en relación con proceso inflamatorio local sugestivo de apendagitis o infarto epiploico. Apéndice cecal de 5mm de grosor, mostrando estructura conservada, sin que se aprecie aumento de la atenuación del tejido graso circundante. En resumen, TAC abdomino-pélvico concluye con proceso inflamatorio parietocólico derecho (posible apendagitis). Esteatosis hepática difusa, coledocistitis milimétrica. Pequeños quistes renales. Hipertrofia prostática (35 mm). El paciente quedó ingresado para control del dolor (no precisó antibioterapia ni cirugía) y evolución del cuadro resolviendo en los días posteriores, siendo dado de alta sin incidencias. DIAGNÓSTICO: apendagitis o infarto epiploico.

Conclusiones:

La apendagitis es una causa inusual de dolor abdominal. Frecuentemente se confunde con un abdomen agudo (apendicitis o diverticulitis) condicionando laparotomías exploratorias. Su diagnóstico es radiológico. Tanto la torsión del pedículo graso longitudinalmente como la trombosis espontánea o secundaria a procesos inflamatorios vecinos conllevan a una disfunción circulatoria intraapendicular con infarto, necrosis grasa y fibrosis/calcificación. Por ello debe ser uno de los diagnósticos diferenciales tanto para el clínico como para el radiólogo ante un dolor abdominal sugestivo de abdomen agudo.

CASOS CLÍNICOS

A-839

LESIONES ULCERATIVAS EN HOMBRE SANO

N Conde López (1), A Barceló López (1), V Balaguer Ruiz (1),
M Zaragoza Estela (2), Z Serrano Soler (1), P Sainz Belchí (2),
A Navarro Juanes (1)

(1) Hospital Marina Salud (Denia), (2) Centro de Salud de Pego.
Denia.

Palabras claves: Stevens-Johnson syndrome, erythema multiforme, exfoliative dermatitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria - Comarcal

Historia clínica

Paciente varón de 69 años de raza negra (natural de Senegal) que acude a urgencias por presentar lesiones ulcerativas en cavidad oral y labios y región peneana. Comenta haber estado en tratamiento con septrin por inflamación testicular y posteriormente comenzó con erupción cutánea, por lo que se cambió a ciprofloxacino. Presenta también tumoración laterocervical derecha con afectación cutánea. No fiebre y niega viajes recientes. Antecedentes de interés: No RAMc, HTA, PSA elevado, orquiepididimitis. Tratamiento actual: Tamsulosina, amlodipino. Exploración física: Lesiones blanquecinas y ulcerativas con frialdad de mucosas en cavidad oral y labios. Tumoración laterocervical derecha no pétreas con ulceración de la piel. Tumefacción testicular con lesiones ulcerativas en dorso del pene y en la región del glande. Diagnóstico diferencial: Eritema multiforme de inicio de afectación mucosa. Síndrome de LYELL Síndrome de Stevens Johnson inducidos por fármacos (cotrimoxazol) Evolución y diagnóstico final: Al ingreso se pauta corticoides con resolución progresiva de las lesiones cutaneomucosas. Persiste síndrome miccional. Se le asocia ciprofloxacino por sospecha de prostatitis aguda. Discusión: La sospecha diagnóstica inicial fue de eritema multiforme y posteriormente de Síndrome de Stevens Johnson inducido por fármacos, debido al antecedente de haber tomado tratamiento antibiótico.

Conclusiones:

Se considera el caso de interés dada la clínica del paciente, estableciendo la sospecha diagnóstica de Síndrome de Stevens Johnson desde atención primaria con confirmación posterior en ámbito hospitalario, atendiendo a criterios clínicos (sin alteración analítica), dada la respuesta favorable al tratamiento administrado. El Síndrome de Stevens Johnson es el eritema multiforme mayor, es decir, la más grave de sus manifestaciones. Está causada generalmente por reacciones a medicamentos. Consiste en una reacción de hipersensibilización que afecta a la piel y a las membranas de las mucosas, aunque pueden quedar implicados algunos otros órganos. Presenta una alta tasa de mortalidad junto con la necrólisis epidérmica tóxica.

P-840

**24 AÑOS Y TRES SEMANAS CON FIEBRE...
¿POR QUÉ?**

LT Vázquez Rodríguez, M Clemente Murcia,
L Santos Franco, V González García, L Andrés Berian,
T Pablos Pizarro, N Sánchez Prida

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Palabras claves: fiebre, mialgia, virus

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 24 años, sano. Acude a urgencias por cuadro de tres semanas de fiebre, cefalea, odinofagia, adenopatías laterocervicales dolorosas, lesiones cutáneas eritematosas y pruriginosas, astenia y malestar general. Impresiona de mal estado general. Fiebre de 39 C, hemodinámicamente estable, signos de deshidratación. Adenopatías cervicales móviles, dolorosas. Auscultación cardiopulmonar normal. Rash cutáneo y lesiones por rascado. No focalidad neurológica. Se solicita analítica completa, radiografía de tórax, electrocardiograma y se envían muestras para hemocultivos y urocultivo, serológica urgente para Virus Epstein BAAr (VEB) y exudado faringeo para Gripe. Se inicia tratamiento sintomático con sueroterapia y antitermicos, con mejoría. Resultados de las pruebas: VEB y Gripe negativos. Elevación de enzimas hepáticas: GOT 543, GPT 1015, GGT 165, LDH 970. Plaquetopenia de 103400. Linfopenia con leucocitos absolutos normales. Resto de analítica normal. Se amplía serología para virus hepatotropos y virus inmunodeficiencia humana (VIH). Se completa anamnesis y el paciente asegura no haber realizado viajes al extranjero, ni contacto con animales, ni visitas recientes al odontólogo. Pareja heterosexual estable desde hace 10 meses, con la que no utiliza método barrera. Resultado de serologías negativas para virus hepatotropos pero positiva para VIH. Se cursa ingreso hospitalario y se confirma diagnóstico de VIH mediante Western Blot. Se completa estudio de resistencias así como linfocitos CD4 y carga viral.

Conclusiones:

El síndrome mononucleósico por primoinfección por VIH presenta manifestaciones clínicas inespecíficas: fiebre, malestar general, cefalea, faringitis, linfadenopatías, artromialgias, diarrea, rash cutáneo e incluso clínica neurológica aguda. Puede aparecer leucopenia y trombopenia, y a menudo aumento de transaminasas. Hasta un 70% de los pacientes puede presentar síndrome mononucleósico como primera manifestación clínica. Si bien, no hay correlación entre el haber debutado con un síndrome mononucleósico y la evolución posterior de la enfermedad por VIH. Debemos tener una alta sospecha clínica, en función de datos epidemiológicos, clínicos y analíticos, para orientar el diagnóstico y proporcionar el tratamiento precozmente. El diagnóstico de Síndrome mononucleósico es clínico y su tratamiento sintomático. El diagnóstico de VIH se obtiene mediante pruebas de laboratorio. El inicio de tratamiento antirretroviral dependerá del estudio y situación inmunológica del paciente.

CASOS CLÍNICOS

P-841

PSICOSIS PROVOCADA POR LEVETIRACETAM

R Calvo Rodríguez (1), FB Quero Espinosa (1), C Martos Órpez (1), A García Olid (2), JJ Giménez Ruiz (1), LM Jiménez Murillo (1)
(1) Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, (2) Hospital Alto Guadalquivir de Andújar, Jaén.

Palabras claves: levetiracetam, psicosis, epilepsia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón 36 años con antecedentes de hidrocefalia-malformación de Dandy-Walker y epilepsia secundaria. Tratamiento: oxcarbamacepina 600 mg c/8 h y levetiracetam 1000 mg c/12 h. Debido al aumento en la frecuencia de crisis comiciales de características habituales (desconexión, clonias y giro cefálico) en las últimas semanas se aumentó dosis de levetiracetam 1.000 mg c/8 h (3.000 mg/día). Ingresa en urgencias por un trastorno progresivo del comportamiento con alteraciones de conducta, confusión, inquietud-agitación y alucinaciones auditivas-visuales. Afebril. Analítica normal, excepto sodio 127. TAC craneal: Importante hidrocefalia tetraventricular. Megacisterna magna en comunicación de IV ventrículo. Hipoplasia de ambos hemisferios cerebelosos y vérmix. Agenesia del cuerpo calloso y *septum pellucidum*. Sin cambios respecto al control previo. EEG: Actividad bioeléctrica cerebral de base con interferencias de frecuencias rápidas de probable origen farmacológico. Sin anomalías paroxísticas. Evolución: Los primeros días el paciente permaneció confuso a ratos con tendencia a la inquietud-agitación por lo que precisó tratamiento sedante neuroléptico. Se valoró la posibilidad de hidrocefalia descompensada, se solicitó interconsulta a neurocirugía indicando monitorización de la PIC que resultó normal con algunas ondas B escasas y de baja amplitud. No impresiona de hidrocefalia descompensada. Dada la sospecha de psicosis secundaria al aumento de dosis de levetiracetam se disminuyó dosis de Levetiracetam a 2000 mg/día, Oxcarbamazepina 600 mg 1/2-1/2-1, Clobazam 10 mg 1/2-0-1/2, Risperidona 0,5 mg/noche. A partir del 6º día del ingreso se distanció la ideación delirante, desapareciendo por completo al alta a los 14 días del ingreso. DISCUSIÓN: El levetiracetam (LEV) es un nuevo antiepileptico que con frecuencia se asocia a efectos adversos psiquiátricos entre los cuales se encuentran la depresión, trastornos de conducta y la psicosis. Los factores que lo favorecen son: antecedentes psiquiátricos, epilepsia, y el inicio del tratamiento aunque también con aumento de dosis en tratamientos a largo plazo, como en nuestro caso. En el caso que presentamos hay una relación temporal estrecha con la aparición del episodio psicótico y la subida de dosis, así como la mejoría tras la disminución de la dosis.

Conclusiones:

Es conveniente revisar los antecedentes antes incrementar dosis de levetiracetam, ya que se trata de un nuevo antiepileptico que con frecuencia se asocia a la aparición de efectos adversos psiquiátricos.

A-842

VÓMITOS Y TRÁNSITO RÁPIDO

N Conde López (1), A Barceló López (1), V Balaguer Ruiz (1), M Zaragoza Estela (2), Z Serrano Soler (1), J Cardozo Arango (1), A Navarro Juanes (1)
(1) Hospital Marina Salud, Denia, (2) Centro de Salud de Pego. Denia.

Palabras claves: Bouveret's syndrome, biliary ileo, colédoco, duodenal fístula

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente mujer de 68 años que acude a urgencias por vómitos y deposiciones diarreicas de una semana de evolución que no cesan a pesar de cambios en el ámbito dietético. Acude a su MAP que le prescribe metoclopramida jarabe y paracetamol. Al cabo de unos días acude a urgencias hospitalarias por escasa respuesta al tratamiento donde se le diagnostica de gastroenteritis aguda y le indican seguir con tratamiento pautado. La paciente regresa a los cinco días a urgencias por dolor abdominal, ya sin vómitos ni deposiciones diarreicas. Antecedentes de interés: No RAMc, HTA, anemia crónica. Tratamiento actual: olmesartan. Exploración física: BAG, normocoloreado, mucosas secas. ACP normal. Abdomen normal excepto una discreta defensa involuntaria en hipocondrio derecho y un peristaltismo aumentado. Resto de exploración física normal. Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda. Íleo biliar. Síndrome de Bouveret. Evolución y diagnóstico final: El dolor no cede a pesar del tratamiento endovenoso y se le realiza una analítica que resulta ser normal y un TC abdominal en la que destaca una distensión en la cámara gástrica, en la primera y segunda porción duodenal secundaria a imagen cálcica compatible con litiasis vesicular y una fístula vesico-duodenal, con vesícula vacía secundaria a vaciamiento de la misma. Discusión: La sospecha diagnóstica inicial fue de gastroenteritis aguda y posteriormente de síndrome de Bouveret, debido al resultado de las pruebas complementarias realizadas en urgencias hospitalarias.

Conclusiones:

Se considera el caso de interés dada la clínica del paciente, estableciendo la sospecha diagnóstica de gastroenteritis aguda desde atención primaria con confirmación posterior en ámbito hospitalario, atendiendo a pruebas complementarias. El síndrome de Bouveret es una rara entidad clínica consistente en una obstrucción duodenal secundaria al paso de cálculos desde la vesícula biliar al duodeno, a través de una fístula colédoco-duodenal.

CASOS CLÍNICOS

P-843

INTOXICACIÓN POR LITIO

E Jiménez Pérez, I Ocaña Rojo, D Navarro González,
L Yanguas Amatrias, L Sánchez Íñigo
Hospital García Orcoyen. Estella.

Palabras claves: litio, envenenamiento, efecto secundario

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón 26 años en tratamiento con litio y paliperidona por esquizofrenia paranoide, acude a urgencias tras la ingesta autolítica de 40 comprimidos de Litio 400 mg hacía 5 horas. A su llegada presenta náuseas y se realiza analítica, electrocardiograma y se extrae litemia 6 horas post ingesta. Se inicia diuresis forzada neutra con 2000 ml de suero fisiológico y 1000 de suero glucosado al 5% en 24 horas y descontaminación intestinal con polietilenglicol 17,5gr cada 15 minutos durante 3 horas. Se repite litemia a las 12 horas con valores de 2 mmol/L y al las 24 horas con valores de 1.3 mmol/L. Tras permanece en observación durante 24 horas sin cambios se deriva a psiquiatría.

Conclusiones:

La dosis tóxicas en paciente en tratamiento con litio es mayor de 50 mg/kg. Los síntomas iniciales son digestivos, pero son los neurológicos los más graves y que pueden dejar secuelas. La irregular absorción de litio y su lenta distribución tisular hacen que los síntomas neurológicos puedan comenzar a partir de las 12 horas de la ingesta. Los valores de litio entre las 6 y 12 horas estarán sobreelevados y será a partir de ese período cuando la litemia refleje adecuadamente el grado de impregnación tisular y la gravedad de la intoxicación. Ante la ingesta de una dosis tóxica se procederá a la descontaminación digestiva con: Ipecacuana si hace menos de 2 horas de la ingesta, al lavado gástrico tras 2-6 horas y al lavado intestinal con polietilenglicol si hace 6-12 horas de la ingesta. El carbón activado es ineficaz. La diuresis forzada neutra está indicada en todos los casos y la necesidad de hemodiálisis se establecerá tras esas 12 horas, según el grado de gravedad clínico-analítica.

P-844

CAUSA DE MUERTE SÚBITA

A García Notario (1), MA Rienda Moreno (2), MJ Pacheco de la Casa (3), AB Ruiz Álvarez (1), E Aparicio Mansilla (4), S Pozuelo Pozuelo (4), E Carrasco Fernández (1)

(1) Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares, (2) Hospital General Universitario de Ciudad Real, (3) Hospital Santa Bárbara de Puertollano, (4) CS de Abenojar. Manzanares.

Palabras claves: coronaria única, angiografía coronaria, cardiopatía congénita

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

ANTECEDENTES PERSONALES. No alergias medicamentosas. HTA, dislipemia, exfumador en julio 2014. SCASEST inferior Killip II en el 2006 fibrinolizado. Fibrilación auricular con cardioversión farmacológica. Angor hemodinámico en relación a FA. Tratamiento: adiro 100 mg, Airtal 100 mg, Atorvastatina 80 mg, dioresal 10, pergabalina 150 mg, Valasartan 80 mg, Ranitidina 150 mg. ENFERMEDAD ACTUAL. Varón de 51 años que acudió el día de ayer por presentar dolor centrotorácico de características típicas y siendo diagnosticado de SCASEST, que exige el alta voluntaria, volviendo al día siguiente traído por el 112 tras parada cardiorrespiratoria y realizar cinco desfibrilaciones, saliendo en ritmo nodal y con elevación del ST en cara inferior. Se traslada para la realización de angioplastia. Se activa CORECAM. Exploración física: TA: 103/62 FC: 82 lpm Sat O2 100% con reservorio al 50%. VM. Inconsciente, mal estado general, sudoroso, eupneico, bien perfundido e hidratado. Expl. neuro: pupilas medias reactivas, retira al dolor. Expl. pulmonar: crepitantes bibasales. Expl. cardio: Rítmica, soplo sistólico. Expl. abdomen: blando, no doloroso, no palpo masas ni megalias. Ruidos intestinales conservados. Puño percusión negativa. Expl. MMII: No edemas ni signos de TVP. ECG: Ritmo sinusal, descenso de ST V1-V3, aplanamiento de T en I, aVL y aVF, Q en II. (diferente al del día previo) Analítica: inicialmente la analítica no mostraba mucha alteración. Cr 1,2 GOT 75, GPT 122 CPK 96 TROPO 0,05 pH 7,21. Llegando posteriormente a pico de CPK 1842, MB 100 y troponina de 19,3. Evolución: Tras la realización de angioplastia se objetiva arteria coronaria única con oclusión aguda de la arteria marginal. Diagnóstico: SCASEST inferior. Killip IV. Angioplastia primaria sobre arteria coronaria única.

Conclusiones:

Las anomalía de arteria coronaria única es una entidad poco frecuente, que puede no tener repercusión clínica o manifestarse como angor, infarto, insuficiencia cardíaca o muerte súbita. El pronóstico es desconocido pero hay evidencia de mayor incidencia en muerte súbita, sobre todo en gente joven. La isquemia se puede producir por angulaciones del vaso o por compresión así como por sufrir lesiones ateroscleróticas. Debe sospecharse ante el fracaso al visualizar alguna arteria coronaria en la coronariografía y sobre todo ante la aparición de episodios cardíacos mayores en gente joven.

CASOS CLÍNICOS

P-845

NEUMOMEDIASTINO Y ENFISEMA SUBCUTÁNEO COMO EVENTO POSTOPERATORIO DE EXOSTOSIS DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

C Rodríguez Ramírez, A Valencia Dutor, FJ Garcés Molina
Hospital Universitario Sureste. San Sebastian de los Reyes. Madrid.

Palabras claves: subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, exostoses

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

El neumomediastino (NM), enfisema mediastínico (ESC), se describe como la presencia de gas extraluminal en el mediastino. El NM puede ser espontáneo, traumático o iatrogénico. Los síntomas en el adulto aparecen como dolor retroesternal, irradiado a hombros y brazos, con espasmo de tos, estornudo o vómitos. Puede haber disnea. El diagnóstico de NM se lleva a cabo con radiografía de tórax, y también con la tomografía computarizada (TC). Como es un proceso autolimitado, requiere observación, tratamiento sintomático y seguimiento radiológico. Se resuelve en 4-5 días, aunque en ocasiones requiere ventilación asistida.

Material o paciente y método:

En este trabajo se presenta un caso clínico de NM y ESC en un varón de 73 años, en el postoperatorio de 9 días de evolución de exostosis de conducto auditivo externo (CAE) por otorrinolaringología. Resultados: Se observó en la radiografía de tórax enfisema subcutáneo en región supraclavicular derecha: mínimo neumomediastino sin colecciones aparentes. En la fibrolaringoscopia, no se observó patología otorrinolaringológica aguda. En la Tc cuello y tórax se observó importante enfisema que va desde la región periorbitaria derecha extendiéndose inferiormente por el tejido celular subcutáneo siendo más llamativo a nivel de la región facial y laterocervical derecha llegando hasta el tercio medio del hemitórax derecho con neumomediastino y afectación del espacio retro faríngeo y para faríngeo derecho con efecto de masa y desplazamiento medial de la pared lateral derecha de la orofaringe y rinofaringe sin apreciar claramente el origen. Finalmente la broncoscopia mostró mínimos estigmas de intubación en cuerdas y espacio subglótico. No se apreció alteración relevante en mucosa traqueal.

Conclusiones:

En nuestro caso, el de un hombre de 73 años en el postoperatorio de exostosis de CAE, se produjo un ESC y, en la radiografía de tórax, se comprobó un NM, posiblemente debido a la dificultad de la intubación, aunque no se objetiva el origen del mismo en las pruebas complementarias. La resolución fue espontánea y no hubo secuelas.

P-846

¿DEBE UN MÉDICO DE URGENCIAS LLEVAR MARTILLO?

B García Marina, R Parada López, J Garrido Dorronsoro,
L Cano Alcalde, P Tranche Álvarez-Cagigas,
J del Cañizo Canto, C Bibiano Guillén
Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: mieloma múltiple, compresión de la médula espinal, trastornos neurológicos de la marcha

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 79 años con antecedentes personales de: hipertensión arterial en tratamiento con ramipril, dislipemia en tratamiento con atorvastatina, diabetes mellitus en tratamiento con metformina. Ictus lacunar en 2010 sin secuelas desde entonces antiagregada con AAS 100 mg. Presenta un aplastamiento vertebral D7-D8 en seguimiento por traumatología. Consulta en urgencias por imposibilidad para la marcha con pérdida de fuerza bilateral y simétrica con sensación de acorchamiento de 24 horas de evolución. No presenta incontinencia, niega antecedente traumático, niega fiebre. En la exploración destaca incapacidad para la marcha y ROT exaltados de manera bilateral y simétrica. Dados los antecedentes de la paciente se solicita Rx en donde se identifica masa paravertebral izquierda de 3,5 x 3,9 cm con extensión vértebras adyacentes, se amplía estudio con CT en donde se identifica masa sólida hipercaptante, de comportamiento agresivo paravertebral izquierdo que invade el canal raquídeo comprimiendo y desplazando el canal medular en D7-D8. Se pauta dexametasona 8 mg y se deriva a centro de referencia su llegada presenta mejoría de la clínica, se realiza RMN y la paciente queda ingresada para estudio con diagnóstico posterior de Mieloma múltiple con afectación ósea múltiple.

Conclusiones:

En este caso tenemos a una paciente con debilidad muscular bilateral localizada e hiperreflexia aguda, esto nos indica trastorno de primera motoneurona, dado el curso hiperagudo (24 horas) de la patología, nuestra primera sospecha es patología médula. La primera posibilidad que me planteé fue patología vertebral dados los antecedentes de la paciente, pero ante sospecha de compresión medular siempre debemos completar diagnóstico con TAC/RMN de columna que en este caso fue el que nos indicó la causa de la compresión. El diagnóstico de compresión medular es una urgencia neurológica y antes su sospecha se debe llegar al diagnóstico lo antes posible iniciar tratamiento en fase aguda con corticoides a dosis alta y valorar RT si existen antecedentes tumorales.

CASOS CLÍNICOS

A-847

MUERTE TEMPRANA POR UN DOLOR DE HOMBRO...

LT Vázquez Rodríguez, M Cuadrado Fernández,
L Yubero Salgado, N Bermejo Cabanas,
F Jiménez Morillas, L Pérez Ordoño, S Mateo Álvarez

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Palabras claves: hombro, artralgia, neoplasia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

El caso clínico se refiere a un varón de 50 años, fumador de 40 cigarrillos al día, sin otros antecedentes de interés. Consulta en Urgencias por cuadro de 15 días de evolución de dolor en hombro derecho, no incapacitante, pero que no cede con analgesia habitual. No ha sufrido traumatismo ni realizado sobre esfuerzo. Se asocia extensión del dolor por todo el miembro superior derecho (MSD) y en los últimos tres días, parestesias en mano. En la exploración física presenta constantes vitales normales. Buen estado general aunque afectado por dolor. Tumoración supraclavicular derecha, pétreo y dolorosa. Leve ptosis derecha, disminución de la sensibilidad en MSD y pérdida del reflejo tricipital. Resto de exploración física general, normal. Se solicitan radiografías de tórax y hombro derecho, en las que se objetiva aumento de densidad en lóbulo superior derecho (LSD) y destrucción del cuerpo de las tres primeras costillas. La analítica de sangre no muestra alteraciones relevantes. Se cursa ingreso para completar estudio. En planta de Hospitalización se realiza Tomografía Axial Computerizada (TAC) objetivándose masa en vértice pulmonar derecho, que se extiende hasta el nivel de la carina. Destrucción ósea de las tres primeras costillas derechas y adenopatías mediastínicas con carcinomatosis lingangítica. Se completa estudio con broncoscopia: pared lateral del bronquio principal derecho con mucosa irregular que sugiere infiltración, produciendo estenosis casi total del segmento apical y posterior del lóbulo superior y ensanchamiento de la carina. Resto del sistema bronquial, normal. Se toman muestras para Anatomía Patológica con resultado de carcinoma broncogénico de células no pequeñas. Estadío T4N2M9 Se inicia tratamiento paliativo con quimioterapia y radioterapia. El paciente fallece a los 44 días de ingreso.

Conclusiones:

El hombro doloroso es una patología frecuente y su etiología, en la mayoría de los casos, benigna. No obstante, como en este caso, puede ser manifestación de una enfermedad grave y con mal pronóstico. Es preciso, por tanto realizar una exploración física completa, prestando atención a signos de afectación neurológica incipiente. El Síndrome de Pancoast es secundario a infiltración del pleno braquial inferior por un tumor apical de origen pulmonar, mama, esófago, pleura o linfomas. Puede asociarse al síndrome de Claude-Bernard-Horner. Su presencia, conlleva mal pronóstico.

A-848

¿APENDICITIS EN APENDICECTOMIZADOS?

R Moyano García (1), C Tirado Valencia (2), J de Burgos Marín (1), MA García Vázquez (1), E Martínez Acevedo (1), MC Medinilla Montenegro (1), V Palomar Alguacil (1)

(1) Hospital Reina Sofía, (2) Hospital San Juan de Dios. Córdoba.

Palabras claves: tiflitis, apendicitis, sepsis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Se presenta el caso de un varón de 90 años de edad, que acudió al Servicio de Urgencias, por un cuadro de dolor abdominal, localizado en FID, con Blumberg +, Rovsing + y Murphy +, con signos de complicación (hipotensión, palidez, sudoración fría) y con analítica de sepsis grave, (leucocitosis, alteración de la coagulación, elevación de PCR y de procalcitonina). Como antecedentes solo refería una intervención quirúrgica años atrás, por perforación gástrica, asegurando que le extirparon la vesícula y el apéndice, pero sin ningún informe clínico que confirmara este hecho. Ante esta clínica, y dudando de la posible apendicectomía, ingresa en observación, con el diagnóstico de abdomen agudo (posible apendicitis aguda complicada). En la ecografía urgente no se puede visualizar el apéndice y tampoco se encuentra la causa de este abdomen agudo. Se realiza TAC abdominal con contraste en el que se localiza el origen de este cuadro: tiflitis aguda.

Conclusiones:

La tiflitis (enteropatía ileocecal neutropénica o enterocolitis necrotizante), es una infección aguda bacteriana de la mucosa del ciego generalmente causada por *Clostridium*, pero que ya han sido encontrados otros gérmenes, como neumococo. Corresponde a un compromiso variado del tracto gastrointestinal, encontrándose edema, inflamación, ulceración, necrosis o infarto localizado en ciego, íleon terminal o colon ascendente. Aunque ha sido una enfermedad muy poco frecuente, es aconsejable pensar en ella como causa potencial de sepsis aguda y de dolor abdominal similar al de la apendicitis aguda, especialmente en pacientes neutropénicos.

CASOS CLÍNICOS

P-849

VOLVER SI EMPEORA

MB Molto García, IM Fernández Guerrero,
RM Martín Vélez, AL Mora Gómez, J Sánchez López
Hospital Universitario de Granada. Granada.

Palabras claves: pneumonia, lymphoma, lung abscess

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

ANTECEDENTES PERSONALES: Sin interés salvo toma de anti-conceptivos. ANAMNESIS: Paciente de 33 años con clínica de tos seca, fiebre de 39°C, dolor costal derecho y sensación disneica hacia dos meses atrás con ingreso previo por neumonía necrotizante. Ante la evolución tórpida y persistencia de la fiebre con dolor torácico y aumento de disnea de mínimo esfuerzo consulta nuevamente en las urgencias. EXPLORACIÓN: Regular estado general, palidez, taquipnéica en reposo con uso de musculatura accesoria, taquicárdica. TA 100/60, fC 110, t° 36, SO2 91%. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: leucocitosis 28.850 (84.6%PMN), LDH 732, PCR 21.44, procalcitonina normal, Dímero D 4.5. Escala Pretest Wells moderada. Se solicita angioTC informado como sospecha en primer lugar con neumonía necrotizante o abscesificada, derrame pericárdico y pleural derecho en cantidad mínima. Se ingresa en Medicina Interna por sospecha de infección pulmonar y adenopática con reacción medular, afectación neoplásica linfóide madura, primario de pulmón con adenopatías. Informe de anatomía patológica: Se realiza PAAF de adenopatías donde se detecta linfoma de alto grado agresivo con rasgos anaplasicos y tras diagnóstico diferencial entre linfoma anaplásico, linfoma de Hodgkin depleción linfocítica y Linfoma B se realiza cepillado bronquial donde se llega finalmente al diagnóstico. Durante su estancia en planta la paciente presenta estabilidad desde el punto de vista respiratorio, manteniendo ligera sensación disneica.

Conclusiones:

Las neumonías necrotizantes son procesos típicamente de enfermos con patologías graves e inmunodeprimidos que de pacientes jóvenes sin antecedente. Esta situación debe alertar al médico de urgencias sobre la posible existencia de un proceso de base, no filiado (en nuestro caso clínico un linfoma). Sin resultar alarmistas en la valoración clínica, la coletilla al alta de 'volver si empeora', puede dar resultados satisfactorios.

P-850

SÍNDROME CONFUSIONAL METABÓLICO

R Moyano García (1), C Tirado Valencia (2), J de Burgos Marín (1), E Martínez Acevedo (1), MA García Vázquez (1), J Barbudo Merino (1), A Benítez Laguna (1)
(1) Hospital Reina Sofía. Córdoba, (2) Hospital San Juan de Dios.

Palabras claves: hipercalcemia, confusión, metabolismo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Se presenta el caso de un varón de 81 años de edad, que acudió al Servicio de Urgencias, por un cuadro de desorientación temporo-espacial, apatía, y somnolencia. El paciente solo se quejaba de dolor dorsal por una caída en su domicilio, por lo que su médico de atención primaria le recetó derivados morfínicos para combatir dolor. Sus hijos lo achacaban a un cuadro de depresión secundarios al fallecimiento hace pocos días de su esposa y al inicio de este tratamiento analgésico. La analítica de rutina es rigurosamente normal. TAC craneal con lesiones isquémicas crónicas. Se administra naloxona y el paciente recupera parcialmente su nivel de conciencia habitual. Ingresa en observación para mantener la perfusión de este medicamento y si no mejora realización de punción lumbar, para filiar el origen del síndrome confusional. Al no mejorar la clínica se amplía la solicitud de pruebas complementarias (analítica incluyendo iones y Rx de la zona dorsal. La determinación de los niveles de calcio (hipercalcemia tóxica) y la Rx de columna lumbar, donde se aprecia un fractura vertebral, filian el origen de este cuadro, sin requerir pruebas más agresivas y quedando completamente asintomático a las 48 h de este diagnóstico.

Conclusiones:

Los trastornos iónicos, y en especial la hipercalcemia, es la causante de muchos casos clínicos que, bajo el diagnóstico de síndrome confusional agudo, ingresan en el área de observación para, entre otras técnicas agresivas, realización de una punción lumbar. La determinación protocolizada de pruebas complementarias y siguiendo un orden riguroso y estricto, es la base para una buena actuación médica y evitan, en la mayoría de los casos, otras pruebas que pueden suponer para el paciente más riesgo de lo estrictamente permitido. La hipercalcemia aguda sintomática puede acompañarse de clínica muy variada, que va desde los calambres musculares, hasta el coma y posterior muerte, pero no suele pensarse en este trastorno como el único causante de la clínica neurológica, cuando una simple analítica de rutina puede salvar una vida.

CASOS CLÍNICOS

P-851

COMPLICACIONES POCO FRECUENTES DE LAS INFECCIONES OROFARÍNGEAS. MEDIASTINITIS

E Caro Vázquez, E Rodríguez Conesa, R Infantes Ramos, C Yago Calderón, JA Rivero Guerrero, E Rosell Vergara
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: mediastinitis, amigdalitis, mononucleosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 24 años sin AP de interés que acude en tres ocasiones diferentes a nuestro servicio de Urgencias por cuadro de consistente en odinofagia y fiebre, diagnosticado en primera instancia de amigdalitis pultacea. En segunda ocasión de Sd mononucleósido (linfocitosis e hipertransaminasemia con cifras de PCR elevadas, tras ser visto por tercera ocasión a los pocos días presenta un deterioro generalizado con derrame pleural izquierdo y ensanchamiento del mediastino con alteraciones en la coagulación (PT-Act 60%) y leucocitosis con desviación izquierda (28.000 Leucocitos y PCR 400). Se realiza TAC de Física evidenciándose mediastinitis aguda, (numomediastino con múltiples colecciones, aumento de atenuación de la grasa mediastínica y burbujas aéreas en mediastino anterior, medio y posterior con extensión a espacios cervicales). Instauramos tratamiento con antibióticos de amplio espectro (piperacilina-tazobactam 4 g/8 horas), AINE, oxigenoterapia y ansiolíticos, dejando al paciente en dieta absoluta, acto seguido es derivado a cirugía torácica para realizar toracotomía de urgencias.

Conclusiones:

Lo que en principio fue diagnosticado de infección faríngea terminó presentando una mediastinitis, entidad grave que requiere de manejos específicos. Aunque es una patología poco frecuente, hay que tenerla en cuenta dentro de las complicaciones de las infecciones orofaríngeas dada la alta mortalidad que presenta.

P-852

DOLOR ABDOMINAL EN MUJER DE 30 AÑOS, MÁS ALLÁ DE LA APENDICITIS AGUDA

B García Marina, J Garrido Dorronsoro, R Parada López, L Cano Alcalde, P Tranche Álvarez-Cagigas, J del Cañizo Canto, C Bibiano Guillén
Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: dolor abdominal, isquemia, trastornos de la coagulación sanguínea

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 30 años sin antecedentes de interés, salvo "patología de la aorta" diagnosticada en su infancia en Rumanía, por la que no sigue tratamiento ni seguimiento. Acude a la urgencia por presentar dolor en epigastrio irradiado a flancos, vómitos y diarrea, afebril. Niega posibilidad de embarazo. En la exploración física destaca dolor en epigastrio con defensa abdominal generalizada y Blumbreg positivo. Se solicita analítica en donde destacan: leucocitos 23.120 (N 20.300, L 2000); LDH 241; coagulación normal. Se reexplora a la paciente y presenta dolor más localizado en FID. Ante sospecha diagnóstica de apendicitis aguda solicito ecografía, se decide completar estudio con CT abdominal, con resultado de trombosis porto mesentérica con cavernomatosis portal en hilio hepático y circulación colateral circulación colateral en abdomen superior. Significativo engrosamiento mural concéntrico de un asa de intestino delgado con edema del meso, sugerente de isquemia intestinal secundaria a la trombosis venosa como primera posibilidad. La paciente es valorada por cirugía quien realiza resección de íleon terminal, presenta buena evolución postoperatoria. Se continúa estudio, la paciente niega sintomatología articulares, lesiones cutáneas o problemas oculares, sin embargo indica que su madre falleció de una trombosis y su tía presenta TVP de repetición. Tras buena evolución clínica se decide alta con juicio clínico de: trombosis venosa portal y mesentérica probablemente crónica. Isquemia intestinal secundaria segmentaria. Resección ileal segmentaria. Enfermedad tromboembólica de repetición y enfermedad familiar (probable trombofilia hereditaria (hemopatía o SAF) se indica anticoagulación indefinida y la paciente decide continuar estudio en su país de origen.

Conclusiones:

Ante una paciente con abdomen agudo descartada la sospecha inicial de apendicitis se debe realizar una profunda anamnesis. En este caso la anamnesis resultaba dificultosa al existir una barrera idiomática y en una primera entrevista no se llegaron a conocer los antecedentes familiares de enfermedad. Pese a ser una patología poco frecuente, dada su gravedad no se puede pasar por alto su existencia y se debe sospechar a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de abdomen agudo.

CASOS CLÍNICOS

P-853

PIENSA MAL Y ACERTARÁS

M Flores Hernán, I Narváez Mayorga, C Martín Sierra,
F Sabatel Pérez, I García Ormazábal

Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

Palabras claves: acute coronary syndrome, mitral valve insufficiency, papillary muscles

Ámbito del caso:

Desde que se realiza reperfusión urgente las complicaciones mecánicas tras un SCA son infrecuentes. Pero aún así es importante sospecharlas debido a su alta mortalidad. Historia clínica Varón de 82 años con antecedentes de etilismo moderado, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos y sin toma de medicación de forma habitual que consulta por astenia y malestar general junto a empeoramiento de clase funcional y cortejo vegetativo. 48 horas antes había presentado episodio de dolor centrotorácico en reposo irradiado a espalda de varias horas de duración que cedió de forma espontánea. A la exploración presenta semiología de insuficiencia cardíaca congestiva de predominio izquierdo, destacando a la auscultación cardíaca la existencia de soplo sistólico II/VI, piante, en foco mitral que irradia a ápex. En las pruebas complementarias destaca un ECG con FA a 150 lpm y descenso del ST en cara anterior, en analítica urgente presenta una elevación de marcadores de daño miocárdico. Ante los hallazgos se realiza ecocardiograma urgente que evidencia FEVI moderadamente deprimida con alteraciones de la contractilidad segmentaria a nivel inferoposterior y lateral y rotura del músculo papilar posteroinferior que condiciona insuficiencia mitral muy severa.

Conclusiones:

Desde que se realiza reperfusión coronaria urgente las complicaciones mecánicas tras un SCA son infrecuentes. Pero aún así es importante sospecharlas debido a su alta mortalidad. Existen signos clínicos que nos ayudan a su diagnóstico. Por ejemplo, ante un soplo sistólico no conocido en foco mitral irradiado a axila sospecharemos insuficiencia mitral aguda bien por isquemia o bien por rotura del músculo papilar, si nos encontramos con un soplo holosistólico, rudo, localizado en borde paraesternal izquierdo pensaremos en una comunicación interventricular secundario a rotura del septo interventricular, y si por el contrario lo que tenemos son unos tonos apagados en un paciente inestable hemodinámicamente debemos sospechar una rotura libre de pared del ventrículo izquierdo con un hemopericardio masivo secundario. La aparición de dichas complicaciones suele ser precoz, dentro de las 48 horas desde el inicio de los síntomas del infarto, y generalmente se asocia a oclusión coronaria completa en ausencia de colaterales. Su pronóstico es malo (mortalidad superior al 50%), siendo el tratamiento de elección la cirugía, la cual deberá realizarse de forma urgente.

P-854

NO ES ORO TODO LO QUE RELUCE...

I Narváez Mayorga, C Martín Sierra, M Flores Hernán,
M Lázaro Salvador, I Zafar Iqbal, M Lopes Nogueras

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Palabras claves: heart failure, hypertension, pulmonary, ventricular dysfunction, right

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 27 años, sin factores de riesgo cardiovascular, con antecedentes de hidrocefalia en la infancia intervenida con derivación ventriculoatrial. Acude al servicio de urgencias por cuadro de epigastralgia, diarrea y fiebre de una semana de evolución, acompañada de astenia y disnea de mínimos-moderados esfuerzos del mismo tiempo de evolución. En la exploración física presenta regular estado general, destacando en la auscultación pulmonar soplo sistólico III/VI en BED irradiado a BEI. Respecto a las pruebas complementarias, en el electrocardiograma destaca eje desviado hacia la derecha con datos de crecimiento de cavidades derechas. En la Rx de tórax se objetiva hipertensión pulmonar precapilar de predominio derecho. Analíticamente, la bioquímica básica, hemograma y coagulación no muestran alteraciones. Ante la presencia del binomio soplo y fiebre se solicita ecocardiograma urgente para descartar endocarditis, en el que se aprecia dilatación e hipertrofia de cavidades derechas, con insuficiencia tricuspídea severa e hipertensión pulmonar muy severa. Con estos datos ecocardiográficos, se solicita TAC para descartar TEP, con resultado de defectos de repleción para ramas segmentarias de LSD, LM y LII, confirmando TEP agudo. El paciente ingresa a cargo de medicina interna para continuar estudio del cuadro y tratamiento anticoagulante. Durante el ingreso, se completa estudio con RMN cardíaca que confirma los resultados del ecocardiograma, además de aislamiento C. difficile en heces y la realización de TC abdominal que muestra datos de fallo cardíaco derecho. Además, se amplía estudio de hipercoagulabilidad que muestra homocigosis para factor V Leiden. Se trata por tanto de un varón de 27 años, con datos de hipertensión pulmonar severa de tiempo indeterminado (ya presenta hipertrofia de ventrículo derecho), con dilatación de cavidades derechas, que ingresa en insuficiencia cardíaca. La causa de dicha hipertensión pulmonar puede ser enfermedad tromboembólica pulmonar crónica (ya que es portador factor V Leiden con mayor propensión a trombosis pulmonar).

Conclusiones:

Como conclusión, destacar que un cuadro triado en el servicio de urgencias como diarrea y fiebre, con sospecha de cuadro vírico como responsable, gracias a una Historia clínica detallada se convirtió en un insospechado caso de insuficiencia cardíaca derecha en un paciente joven.

CASOS CLÍNICOS

P-855

DERRAME PLEURAL SUBAGUDO EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO TRAS GOLPE DE TOS

E Rodríguez Conesa, E Caro Vázquez, M Buforn Jiménez,
C Yago Calderón, R Infantes Ramos, F Calbo Ortín
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: derrame pleural, eco urgencias, fracturas costales

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 76 años. Vida Independiente. Antecedentes Personales. Sin alergias Medicamentosas. Bocio. Asma bronquial, Hipotiroidismo, Osteoporosis Severa, Insuficiencia Renal crónica con Anemia de Trastornos Crónicos. Sobrepeso. Diabetes. Hipertensión. Portadora de Marcapasos por Bloqueo Aurículo Ventricular de alto Grado. En tratamiento con: Enfermedad Actual: Acude a Urgencias por molestias abdominales difusas de 2,5 mese de evolución consistente en periodos que alteran diarreas con estreñimientos y tos seca que no mejoraba con los broncodilatadores habituales. Exploración Física: Constantes Normales, Sat basal del 94%. Afebril. Auscultación: Hipoventilación izquierda con crepitantes húmedos. En la palpación del tórax averiguamos cavidad en costado izquierdo de un palmo de diámetro por la que se propaga contenido fluctuante que coinciden la espiración profunda. Abdomen Globoso y sin signos de irritación perinola ni foco doloroso. Extremidades con mínimos edemas cardiogénicos. Pruebas Complementarias: Analítica: No presentaba hallazgos relevantes. Excepto un ProBNP de 2.300 compatible con su Insuficiencia Cardíaca Crónica. Orinas: No signos de infección ni proteinuria. ECG: Marcapasos a 70 lpm. Radiografía de Física: Marcapasos Unicameral con punta de electrodo en Ventrículo Derecho e Imagen de Derrame Pleural hasta campo medio izquierdo con cardiomegalia. ECO por Médico de Urgencias: Se aprecia un derrame pleural con lengüeta del Lóbulo inferior izquierdo colapsado, sin líquido en cavidad abdominal. El Líquido pleural oscilaba con la espiración profunda así como el prolapso del parénquima pulmonar desde la cavidad torácica hacia la superficie. TAC Física: Derrame pleural izquierdo con colapso secundario del lóbulo inferior izquierdo y segmentos declives del lóbulo superior izquierdo, asocia fracturas en fase de formación de callo en arcos costales posteriores 9º, 10º y 11º. El derrame pleural se hernia a pared torácica izquierda por el 9º y 10º espacio intercostal. Plan de actuación: Se ingresó en observación para inicio del tratamiento deplectivo y evolución. Reinterrogando a la paciente afirmó que hace unos 2 meses estuvo con un proceso febril que le produjo tos muy intensa.

Conclusiones:

Es poco frecuente que el derrame pleural sea causado por tos, pero hay que tener en cuenta la osteoporosis de la paciente ante la posibilidad de fracturas óseas.

P-856

PÚRPURA PALPABLE: UN RETO DIAGNÓSTICO

S Melero Cabezas, L Pérez Ollero, A Pérez Zapata,
MJ Betances Javier, L Bort Llorca

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Palabras claves: púrpura, vasculitis, leucocitoclástica

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Mujer de 62 años que presenta desde hace 15 días una lesión ampollosa en 4º dedo de ambos pies, secundario a rozadura de zapato. Empeoramiento de la lesión del pie derecho asociando fiebre, por lo que acude a su médico e inicia tratamiento con amoxi-clavulánico. Ante persistencia de la clínica acude a urgencias del hospital siendo diagnosticada de infección cutánea del 4º dedo pie derecho con celulitis y eczema paratraumático asociado, modificándose el tratamiento antibiótico por clindamicina y ciprofloxacino. Ante aparición y extensión de lesiones vasculíticas en miembros inferiores la paciente acude de nuevo a urgencias. A la exploración presenta lesiones purpúricas en miembros inferiores confluentes en muslo, que no desaparecen a la vitopresión, con lesiones satélite en abdomen y manos. Lesión necrótica en 4º dedo pie derecho con área de celulitis asociada en antepié. Conserva sensibilidad y movilidad. Resto de la exploración por aparatos sin hallazgos. Se realiza analítica con estudio inmunológico, orina y radiografía pie derecho siendo normal. Se obtiene biopsia de lesión del muslo informada como vasculitis leucocitoclástica, sin observarse flora microbiana y siendo el cultivo negativo. Cultivo del exudado fue positivo para *S. aureus* con hemocultivos negativos. Tras las pruebas complementarias llegamos a diagnóstico definitivo de Vasculitis leucocitoclástica (secundaria a fármacos o infecciosa). Evolución clínica: Se decide ingreso en Medicina Interna ante sospecha diagnóstica. Se realiza valoración por dermatología ante resultado de biopsia, tratándose con corticoides, antibióticos y cura de la herida. Ante buena respuesta al tratamiento y mejoría es dada de alta, desapareciendo en consultas sucesivas la totalidad de las lesiones.

Conclusiones:

Tenemos que tener en cuenta que en el diagnóstico de la vasculitis, aparte de la confirmación histopatológica, es imprescindible realizar una analítica completa de sangre y orina para descartar afectación visceral. La mayoría de los pacientes tienen un pronóstico excelente, como ocurre en nuestro caso, con una duración corta de una a dos semanas, sin dejar secuelas ni complicaciones.

CASOS CLÍNICOS

P-857

PIENSA EN GLOBAL

AL Mora Gómez, IM Fernández Guerrero ,
MB Moltó García, RM Martín Vélez, J Sánchez López
Hospital Universitario de Granada

Palabras claves: dyspnea, respiratory insufficiency, ALS

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 70 años, AP de HTA, FA. ANAMNESIS: acude por disnea de meses de evolución con empeoramiento en los últimos días hasta hacerse de reposo. Niega clínica infecciosa, semiología de insuficiencia cardíaca ni otra sintomatología aguda. En el interrogatorio sobre su situación basal destaca un cuadro de meses de evolución de debilidad muscular progresiva que ha motivado caídas frecuentes y dificultad para actividades diarias, incluyendo manuales. Alteraciones del comportamiento, tipo desinhibición. En las últimas semanas empeoramiento de la clínica con cambios en la voz y dificultad deglutoria. EXPLORACIÓN: Mal estado general, consciente y orientado, taquipneico, con tiraje. SatO₂: 84% con FiO₂: 21%. ACR: hipoventilación, crepitantes secos en bases. Neurológica: lenguaje fluido sin disfasia ni disartria. Voz nasalizada. Claudicación leve en extremidades superiores (4/5) siendo mayor y asimétrica en extremidades inferiores (3/5). Reflejos exaltados. Cutaneoplantar indiferente bilateral, signo de Hoffman ausente. Fasciculaciones. Atrofia interósea. Sensibilidad, pares craneales y exploración cerebelosa normal. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma normal. Bioquímica destaca CPK 605. PCR, BNP. GSA: Ph: 7.29, PCO₂: 77, PO₂: 55, HCO₃: 35. Ac. láctico: 1.5. Rx tórax: sin hallazgos. ECG: taquicardia sinusal. TAC craneal: sin lesiones estructurales. Infarto lacunar crónico. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Insuficiencia respiratoria de origen pleuropulmonar, cardíaco y vascular como causas más frecuentes. Origen psicógeno, metabólico y enfermedades neuromusculares. EVOLUCIÓN: Valorar globalmente al paciente hizo considerar una enfermedad neuromuscular degenerativa que pudiera estar en relación con el cuadro de insuficiencia respiratoria. Desde el punto de vista respiratorio precisó VMNI y posteriormente ingresó en neurología.

Conclusiones:

El manejo del paciente con insuficiencia respiratoria requiere establecer un posible diagnóstico etiológico. Valorar no solo el cuadro de insuficiencia respiratoria, motivo de visita a urgencias, sino indagar en la situación basal del paciente (sintomatología neurológica y cronología de la misma) fue la clave para el diagnóstico y manejo de nuestro paciente. Una exploración neurológica detallada junto con la forma de instauración, localización y evolución de la sintomatología neurológica hizo sospechar una la existencia de un proceso neuromuscular crónico (enfermedad de 1ª y 2ª motoneurona sin tratamiento específico) en vez de otras enfermedades neuromusculares agudas (síndrome de Guillain Barré o *miastenia gravis*) que hubieran requerido un tratamiento médico específico.

P-858

EL SHOCK: CUANDO LAS PRUEBAS APUNTAN A LA NORMALIDAD, LA CLÍNICA DICE LA VERDAD

CM Navarro Osuna, M Rodríguez Cola, AM Lizcano Lizcano,
I Jiménez Velasco , M Andrés Fernández,
AN Piqueras Martínez, P Jiménez Aranda
Complejo Hospitalario de Toledo.

Palabras claves: choque, hemoperitoneo, cirrosis hepática

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Se trata de un paciente varón de 73 años, con mareo, inestabilidad y sudoración. Como antecedentes de interés, es hipertenso, destaca cirrosis hepática etílica avanzada (C 10-11, Meld 17) con varios episodios de descompensación edematoascítica. Presenta cuadro de dos horas de mareo, inestabilidad, náuseas y disminución del nivel de conciencia, en relación con maniobra de Valsalva, sin sangrado externos. Acude a urgencias en situación de hipotensión con taquicardia, afebril y taquipneico, con mal estado general, sequedad de mucosas y frialdad. En el resto de exploración destaca abdomen distendido y doloroso generalizado de manera leve con edemas con fovea en miembros inferiores. Se inicia terapia con fluidos endovenosos y oxígeno. Se descarta sangrado digestivo alto y en paracentesis guiada por ecografía, se evidencia salida de sangre. En las pruebas complementarias destaca anemia leve, leucocitosis con discreta neutrofilia, deterioro de la función renal, coagulopatía más acusada y acidosis metabólica con hiperlactacidemia. En TC urgente abdominal presenta importante cantidad de líquido libre peritoneal, siendo en muy pequeña cuantía sugestivo de hemoperitoneo, sin datos de sangrado activo. Posteriormente el paciente presenta deterioro clínico con inquietud y dolor lumbar, con normalización de la tensión arterial, siendo incongruente con la situación clínica, con progresiva debilidad de pulsos centrales y deterioro respiratorio, precisando soporte vasoactivo, intubación orotraqueal y traslado a UCI. En ese momento presenta Hb 6 g y pH 7.1 con lactato >100. Posteriormente se realiza arteriografía selectiva localizándose arteria hepática izquierda que irriga nódulo hepático hipervascular, embolizándose. Cursa con inestabilidad hemodinámica, precisando laparotomía urgente con evidencia de hemoperitoneo masivo secundario a hepatocarcinoma roto de 2cm. Evoluciona en UCI hacia un síndrome hepatorenal y fallece 8 días después.

Conclusiones:

El interés del caso que se presenta es el del diagnóstico diferencial del shock, a pesar de resultados contradictorios, optimizando el soporte hemodinámico. La sospecha clínica principal fue un sangrado intraabdominal desde el principio, sobre todo tratándose de un paciente cirrótico, donde el hemoperitoneo espontáneo es una causa a tener en cuenta, con una mortalidad del 70% con tratamiento quirúrgico y del 100% sin tratamiento.

CASOS CLÍNICOS

P-859

LA CISTITIS ENFISEMATOSA UNA ENTIDAD RARA, PERO DE PRONÓSTICO BUENO

M Cárdenas Antón, AF Perea Fernández,
J Beteta Moya, JE Cobo Muñoz
Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras claves: cistitis, diagnóstico, pronóstico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente varón de 80 años con cuadro clínico de 5 días de evolución con malestar general y fiebre, tratado por su médico con levofloxacino por sospecha de infección respiratoria. Antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2 y prostatismo. Posteriormente persiste fiebre, agitación y desorientación con alucinaciones por lo que acude a urgencias. A su llegada a urgencias mal estado general, desorientado y palidez cutáneo mucosa. Destaca en analítica leucocitosis de 31.640 con neutrofilia del 93%, un fracaso renal con creatinina 2,4 mg/dl y PCR 350. Se realiza TAC craneal urgente que es normal. Se realiza punción lumbar con LCR claro y presión normal, con toma para cultivo. Se recogen también hemocultivos y urocultivo. Se realiza TAC abdomen encontrándose: neumatosi de pared vesical sugerente de cistitis enfisematosa con extensión de la neumatosi a pelvis y retroperitoneo, con afectación perivascular, perimúsculo y hueso sacro. Se inicia antibioterapia empírica, y dado que persiste el estado de obnubilación, hipotensión y mala perfusión periférica se ingresa en UCI dada su situación de shock séptico con necesidad de aminas vasoactivas y con posterior intervención quirúrgica para desbridamiento, lavado y drenaje. A nivel infeccioso se aisló una *E. coli* sensible a antibióticos pautados con respuesta adecuada inicialmente, pero con mala evolución posterior secundaria a problemas respiratorios.

Conclusiones:

La cistitis enfisematosa es una entidad rara que se caracteriza por la presencia de gas tanto en el interior de la vejiga como en la pared o en ambos, producida por la presencia de bacilos Gram negativos principalmente, formadores de gas. Los factores de riesgo que predisponen son la diabetes, sexo femenino, infección urinaria de repetición, obstrucciones del tracto urinario, vejiga neurógena y estados de inmunosupresión. La clínica que presentan es similar a la de una infección urinaria. Otros casos como dolor abdominal o como hematuria. También puede manifestarse como malestar general y sepsis fulminante. Ya que la clínica es tan inespecífica, hay que sospecharla en pacientes que presenten los factores de riesgo anteriormente citados, llegando al diagnóstico por pruebas de imagen, TAC. Generalmente tiene una resolución rápida con antibioterapia iv, según antibiograma, colocación de sonda vesical para reposo de la vejiga. Aunque existen casos de mortalidad, son raros. Una de las principales complicaciones, es la pielonefritis enfisematosa, ruptura vesical y sepsis.

A-860

ANABOLIZANTES Y ROTURAS TENDINOSAS, SU MANEJO EN URGENCIAS

M Jiménez Parras, ML Morales Cevidanes, M Soler Núñez,
J Gea Fernández, J Ruiz del Pino, E Rosell Vergara
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: rotura tendinosa, anabolizantes, traumatismo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

El tendón rotuliano es uno de los más potentes del cuerpo humano y forma parte del mecanismo extensor de la rodilla. La rotura del tendón rotuliano puede ser la fase final de una tendinopatía crónica o una lesión aguda, por un traumatismo directo o indirecto. Entre las causas de las agudas se encuentran el uso reiterado de esteroides anabolizantes, provocando debilidad del tendón. CASO CLÍNICO. Varón de 30 años, culturista y consumo de anabolizantes, con antecedentes de rotura del tendón del bíceps y tendón pectorales que acude al Servicio de Urgencias por dolor e impotencia brusca para extender la rodilla izquierda tras un traumatismo directo jugando al fútbol. A la exploración física presentaba rodilla globulosa, tumefacta, con signo de hachazo en zona infrarotuliana con imposibilidad para la extensión activa de la rodilla, contracción muscular y elevación patelar de la misma. Vasculonervioso conservado. En Rx sólo se observa una mínima elevación de la rótula, ante la sospecha clínica se solicita ecografía, con estudio comparativo con tendón contralateral, apreciándose solución de continuidad completa a 1.2 cm del borde inferior rotuliano, retracción de fragmentos, engrosamiento y heterogeneidades izquierdo con una separación aproximada de los cabos de 5.2 cm. Se procede a inmovilización y preoperatorio para tratamiento quirúrgico, contactando con COT de guardia. Se realiza reconstrucción del tendón rotuliano con plastia de banco de refuerzo y revisiones en Unidad de Rodilla.

Conclusiones:

La rotura del tendón rotuliano es una lesión rara. Suele ocurrir tras una contracción violenta del músculo del muslo o cuádriceps, como al golpear una pelota. En las roturas agudas, los factores más comunes son el sobrepeso y los deportes de salto, el levantamiento de peso, la musculación excesiva o el uso reiterado de esteroides anabolizantes, que debilitan el tendón, pudiendo favorecer esta lesión. Muchos de los deportistas que sufren esta grave lesión no tenían molestias, sin embargo puede existir una tendinopatía crónica. En los culturistas, la sobrecarga muscular y la ingesta de anabolizantes afecta al metabolismo del colágeno, provocando rotura tendinosa como se demuestra en el caso descrito.

CASOS CLÍNICOS

P-861

SIGNO DE CHILAITITI: DOS HALLAZGOS CASUALES

A Cantero Sandoval, R Rojas Luán, JM Marín Martínez,
MJ Conesa Nicolás, V Asensio Villanueva, E Quero Motto,
MJ Huertas Sánchez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar, Murcia.

Palabras claves: Chilaiditi sign, rare disease, colonic interposition

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón 1: 81 años. CLÍNICA: dolor intenso en hemitórax derecho tras caída fortuita el día previo. Antecedentes: EPOC, demencia senil. VARÓN 2: 73 años. Clínica: dolor en hipocondrio izquierdo irradiado a región lumbar, intermitente y de 10 días. Afebril. Estreñido. Antecedentes: adenocarcinoma de pulmón curado. Cardiopatía isquémica. Exploración física: ambos normotensos, afebriles, FC y FR normales. Sat O2 100%. Varón 1: dolor a la palpación de parrilla costal derecha, sin crepitación. Varón 2: abdomen blando y depresible. Dolor a la palpación profunda de hipocondrio y flanco izquierdos. Sin signos de irritación peritoneal. PPRB negativa. Exploraciones complementarias: analíticas normales. Rx tórax (VARÓN 1): fracturas costales posteriores (3º a 7º). Gas infradiaphragmático derecho. ECO Abdominal (varón 2): hígado no valorable por interposición de gas intestinal. Divertículos sin diverticulitis. Resto normal. Diagnóstico diferencial: Neumoperitoneo por perforación intestinal (postraumática); absceso subfrénico; hernia diafragmática. Diagnóstico: signo de Chilaiditi.

Conclusiones:

El signo de Chilaiditi es una alteración anatómica en la que se interpone una parte del colon derecho entre el hígado y el diafragma. Dada su escasa frecuencia, su variada sintomatología (llamándose entonces síndrome) y su buena respuesta a tratamiento conservador es preciso conocerlo para sospecharlo y confirmarlo radiológicamente. Como hallazgo casual tiene una incidencia de 0,02% a 0,14% (mayor en pacientes con cáncer de pulmón, como nuestro varón 2). Más frecuente en varones mayores de 65 años, EPOC y con hábito intestinal estreñido. El diagnóstico es siempre radiológico, mediante radiografía simple de tórax o abdomen (preferentemente en bipedestación) o con TAC o ECO abdominales. El tratamiento del síndrome es conservador en la mayoría de los casos. Pacientes con dicha anomalía presentan tendencia a desarrollar vólvulos de colon con más frecuencia, por lo que debe pensarse en cuadros de dolor agudo.

P-862

TROMBOSIS VENOSA PORTOMESENTÉRICA:
CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

E Moriel Santaella (1), M Nogués Herrero (2), MJ Morales
Acedo (2), RG Mesa Ramos (2), M Zaheri Beryanaki (2)

(1) Hospital Comarcal Antequera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. Residente de Familia. Área Sanitaria Norte de Málaga, (2) Hospital de Antequera. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. Antequera. Málaga.

Palabras claves: abdominal pain, portomesenteric venous thrombosis, oral contraceptive

Ámbito del caso:

Hospitalaria - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 50 años, en tratamiento con anticonceptivos orales (ACHO), que consulta en urgencias por dolor epigástrico irradiado a resto de abdomen de una semana de evolución y sin otra sintomatología acompañante. A la exploración presenta buen estado general, normocoloreada, con ACP sin alteraciones. Abdomen blando y depresible, con dolor generalizado de predominio epigástrico y en ambos hipocondrios, mayormente izquierdo. No signos de peritonismo. Peristaltismo presente. Extremidades inferiores sin signos de TVP. Pruebas complementarias: analítica de sangre con hemograma normal, fibrinógeno 721, creatinina 0,7 mg/dl, bilirrubina y enzimas hepáticas normales, PCR 10,49 mg/dl. Analítica de orina: 15-20 leucocitos/campo. ECG: ritmo sinusal a 88 lpm, HBAI. Radiografía de tórax: anodina. Ecografía abdominal: trombosis venosa evolucionada que asciende por abdomen por una vena mesentérica superior dilatada (2 cm de calibre) rellena de abundante material ecogénico trombótico, continúa por la porta extrahepática y se introduce en hígado, estando parcialmente organizada (se encuentra transformación cavernomatosa en rama derecha portal). Resto sin alteraciones. Diagnóstico final: trombosis del sistema venoso portomesentérico, sin objetivar causa evidente pero como factor predisponente consumo de ACHO. Evolución y tratamiento: tras descartarse tratamiento quirúrgico, la paciente es ingresada en servicio de Medicina Interna, donde se realiza estudio complementario sin hallazgos significativos. Finalmente es dada de alta con tratamiento anticoagulante, retirada de ACHO y con seguimiento por servicio de Aparato Digestivo de nuestro hospital.

Conclusiones:

La trombosis venosa portomesentérica (TVPM) es una patología infrecuente, potencialmente letal y con amplio espectro de presentaciones. Debemos considerarla en caso de dolor abdominal, ya que el diagnóstico precoz proporciona la posibilidad de tratamiento conservador y evita métodos invasivos, mejorando morbilidad y pronóstico del paciente. La TVPM puede manifestarse de forma aguda/subaguda o crónica. La primera suele cursar con

CASOS CLÍNICOS

dolor abdominal, pero la velocidad con que se forma el trombo en la forma subaguda permite el desarrollo de colaterales que evitan el infarto intestinal (cavernomatosis portal). Los factores etiológicos son numerosos y los estados protrombóticos adquiridos (como consumo de ACHO) favorecen su aparición. El diagnóstico se basa en una alta sospecha clínica y en los estudios complementarios, tratándose fundamentalmente con anticoagulación o intervención quirúrgica si hubiese compromiso de vitalidad intestinal.

P-863

¿NOS RELAJAMOS CON LOS PSICOFÁRMACOS?

A Martín Pérez, C de Vera Guillén,
JM Fernández Núñez, JL Martín Rodrigo,
ID Salguero Bodes, I Caicedo Martínez

Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Palabras claves: psicofármacos, clozapina, litemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

La ingesta medicamentosa voluntaria de psicofármacos es una de las causas más frecuentes de intoxicaciones agudas en los servicios de urgencias. Es importante tener en cuenta que el tratamiento continuado con estos fármacos en ocasiones origina intoxicaciones potencialmente graves que pueden pasar desapercibidas. Caso 1: paciente de 43 años esquizofrénico e hipertenso en tratamiento con clozapina, candesartán, clorazepato dipotásico y amisulpirida. Acude a urgencias con fiebre elevada de 2 días de evolución sin otra sintomatología acompañante. La exploración física es rigurosamente normal salvo temperatura de 39,4°C. En analítica se objetivan 1.200 leucocitos con 600 neutrófilos en valores absolutos. Radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. El paciente es dado de alta con diagnóstico de probable viriasis y tratamiento con antitérmicos. El paciente vuelve a las 48 h por persistencia de la fiebre sin aparición de otros síntomas. En el hemograma se objetivan 600 leucocitos con 0% neutrófilos, por lo que el paciente ingresa en el servicio de Hematología por neutropenia febril. Tras completar estudio y tratamiento con evolución favorable es dado de alta con el diagnóstico de agranulocitosis por Clozapina. Caso 2: mujer de 43 años con antecedentes de trastorno bipolar y asma bronquial en tratamiento con alprazolam, fluoxetina, litio y beclometasona/formoterol. Acude a urgencias por inestabilidad en la marcha de 2 días de evolución junto con vómitos y diarrea de 24 horas. A la exploración se objetiva hipotensión (TA 85/55) y febrícula sin otros hallazgos. Electrocardiograma, radiografía de tórax y abdomen sin alteraciones. En analítica destaca hiponatremia e hipopotasemia leves y litemia 8,03 nmol/L (valores normales 0,60-1,20). La paciente pasa a Observación con monitorización y sueroterapia intensiva ingresando en planta de Medicina Interna con diagnóstico de intoxicación por litio para completar tratamiento y control evolutivo. Es dada de alta a los 4 días con desaparición de la clínica y litemia de 0,39 nmol/L.

Conclusiones:

El extendido uso de psicofármacos en el momento actual debe obligarnos en estos pacientes a la monitorización de niveles y control sintomático, tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias.

CASOS CLÍNICOS

P-864

**TAQUICARDIA COUMEL EN JOVEN CON
PALPITACIONES Y MOLESTIAS TORÁCICAS
INESPECÍFICAS**

MC Martínez Buendía, JF Martínez López, D Viciano Garófano,
P Vega Gutiérrez, MJ Luque Hernández

Servicio de Urgencias. Hospital Quirón, Málaga.

Palabras claves: accessory pathway, permanent junctional reciprocating tachycardia, radiofrequency catheter ablation

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 21 años sin antecedentes de interés con sensación de palpitaciones y disnea. Eupneica, tensión: 110/50 mmHg, tonos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Sin edemas en pies. Bien perfundida. Electrocardiograma (ECG): Ritmo regular 170 lpm, con P negativa en DII, DIII, y aVF, también en DI y V4-V6, QRS estrecho, RP>PR. Ecocardiografía: El ventrículo izquierdo (VI) tiene tamaño normal con función sistólica global y segmentaria conservada. Grosor diastólico pared VI normal. Analítica completa con hormonas tiroideas normales. Se trata como taquicardia paroxística supraventricular (TPS) con adenosina y verapamilo. Se alcanzan 110 lpm manteniendo P negativas inferiores. Vuelve al día siguiente por encontrarse mal con 120 lpm. Hemodinámicamente estable. Es ingresada con flecainida. Holter: Frecuencia cardíaca (FC) media 90 lpm (mínima 70 lpm, máx 120 lpm). Se intenta cardioversión eléctrica (CVE) sin conseguir modificación. La paciente queda pendiente de estudio electrofisiológico por sospecha de taquicardia incesante de Coumel.

Conclusiones:

La taquicardia descrita por Coumel es una forma infrecuente de taquicardia paroxística supraventricular asociada a una vía accesoria de conducción lenta retrógrada. La mayoría de las veces es incesante (permanente). En otras pocas es paroxística. Su frecuencia oscila entre 100-240 lpm. Se inicia en la infancia y con el tiempo pueden asociar disfunción reversible del VI en niños y jóvenes. Si el paciente tiene historia de palpitaciones de inicio y final brusco, frecuencia media entre 180-220 lpm, las ondas P son difícilmente visibles y, en su caso, RP<PR, lo más probable es que se trate de una taquicardia intranodal típica. Si la historia del paciente es de palpitaciones y molestias torácicas inespecíficas bien toleradas y de más larga data (lo más frecuente, asintomático). Frecuencias sobre 100-120 lpm, se ve onda P con RP>PR, y en cara inferior ondas P negativas, podría tratarse de una taquicardia de Coumel. Probablemente ese paciente va a consultar en urgencias por sensación de palpitaciones y la mayoría de las veces, si es bien tolerada, su FC será 110-120 lpm. Seguramente, si no nos fijamos en las P negativas inferiores, lo confundamos con una taquicardia sinusal. En otras ocasiones, podría presentarse con palpitaciones

peor toleradas, síncope, disnea de esfuerzo o insuficiencia cardíaca congestiva secundaria a taquicardiomiopatía de larga data. Si la sospechamos, podríamos evitar situaciones mal toleradas posteriores. Podría ser alta con flecainida (que controla parcialmente la FC) hasta estudio electrofisiológico y considerar ablación. La CVE está contraindicada para control sintomático dado su carácter incesante.

CASOS CLÍNICOS

P-865

ABSCESO DE PARED POR METOTREXATE

M Blanca Segura, S López Escudero, E Piñero Flores

Urgencias Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches.
Pozoblanco, Córdoba.

Palabras claves: abscess, abdomen, methotrexate

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica:

Mujer de 84 años que acude a urgencias por notarse un bulto en el abdomen, que molesta al roce y ha crecido de forma progresiva. No alergias medicamentosas conocidas. Enfermedades que padece: Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, pólipos gástricos y artritis reumatoide de inicio en 2012. Intervenido de apéndice y neo de mama en 1998. Su tratamiento habitual es metotjet 20 mg/0.40 ml solución inyectable /7 días, deflazacort 6 mg/24 h, ácido fólico 5 mg/48 h, calcio carbonato 1,50 mg/24 h, metformina 850 mg/12 h, glicazida 30 mg/24 h, lansoprazol 30 mg/24 h, atenolol 50 mg/24 h, amlodipino 10 mg/24 h, eprosartan 600 mg/hidroclorotiazida 12.50 mg/24 h. Exploración física: eupneica en reposo, afebril. Tumoración en línea media supraumbilical de 8*8 cm adherida a plano profundo, dolorosa. Punción de material necrótico/purulento (se realiza el desbridamiento del absceso con configuración en reloj de arena). Pruebas complementarias: Analítica: leucocitosis con neutrofilia. Coagulación y bioquímica con valores normales. TAC abdomen: hallazgos compatibles con hematoma de pared abdominal vs neoplasia de pared (neoplasia de sigma). Colección de pared a nivel umbilical. RNM abdominal: masa de pared abdominal. No parece comunicar con peritoneo. Probable implante metastásico peritoneal con afectación a la musculatura recta de abdomen en su línea media. PAFF: se extrae material purulento. Diagnóstico diferencial en urgencias: hematoma de pared abdominal, metástasis de neo de sigma, absceso secundario por inoculación.

Conclusiones:

El metotrexato (MTX) es el fármaco modificador de la enfermedad de primera elección en artritis reumatoide. Inhibe parcialmente el sistema inmunitario y, reduce la inflamación articular a largo plazo. Inhibe competitivamente la dihidrofolato-reductasa. Una exposición prolongada, incluso a dosis bajas, puede producir una citotoxicidad y toxicidad significativas, provocando necrosis muscular.

P-866

**MASA MEDIASTÍNICA EN MUJER DE 33 AÑOS
DIAGNOSTICADA DE CRISIS DE ANSIEDAD**

R Infantes Ramos (1), C Fernández-Figares Montes (1),
E Caro Vázquez (1), J Valero Roldán (2), E Rodríguez Conesa (1),
C Yago Calderón (1)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria,

(2) Hospital Regional Carlos Haya. Málaga.

Palabras claves: masa mediastínica, crisis de ansiedad, linfoma Hodking

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer 30 años. Ex-fumadora hace 7 años. Antecedentes personales: Hidrosalpix en trompas uterinas, nódulos mamarios en seguimiento. CIN grado II de reciente diagnóstico pendiente de conización. Antecedentes familiares: tía materna fallecida por CA de ovario, abuelo materno fallecido por CA de cavum. Sin intervenciones quirúrgicas ni tratamiento actual. Enfermedad actual: Acude a urgencias remitida desde hospital privado por imagen de masa mediastínica en radiografía de tórax de preoperatorio. La paciente refiere dolor en hemitórax izquierdo, zona escapular izquierda y dolor centrotorácico acompañado de pérdida de peso de 2 kg de 2 meses de evolución. Había sido valorada en urgencias y centro de salud con diagnóstico de crisis de ansiedad secundario a intervención ginecológica. Pruebas complementarias: Analítica sin hallazgos de interés. Radiografía física: Masa mediastínica anterior, TAC física: Masa mediastino anterior/segmento 3 del lobulo superior izquierdo de 55,8 mmLL por 64,9 mmCC por 43,5 mm AP que comprime la vena inominada sin obstruirla e infiltra el bronquio del segmento 3 del LSI. No adenopatías mediastínicas, resto sin hallazgos. Se ingresa por Neumología y se realiza biopsia con escasos microfragmentos con celularidad linfoide T (CD3+) y ocasionales células epiteliales (cK AE1-AE3+) artefactadas. Se decide intervención quirúrgica por cirugía torácica realizándose mediastinotomía anterior izquierda con diagnóstico histológico de linfoma de Hodking clásico tipo esclerosis nodular. Posteriormente en seguimiento con oncología y en tratamiento quimioterápico (esquema ABVD) con evolución favorable.

Conclusiones:

En muchas ocasiones, en urgencias, relacionamos la patología de base del sujeto con el motivo de consulta y nos olvidamos de realizar de forma sistemática la Historia clínica. Así una correcta anamnesis y exploración física nos permitirá llegar a un diagnóstico certero.

CASOS CLÍNICOS

P-867

**LA RAMA QUE DEJÓ VER EL BOSQUE,
ENTEROCOLITIS NEUTROPÉNICA**

Á Martín Pérez, C de Vera Guillén, JM Fernández Núñez,
ID Salguero Bodes, JL Martín Rodrigo

Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Palabras claves: enterocolitis neutropénica, sin tratamiento quimioterápico, tríada de Gorchluter

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

La enterocolitis neutropénica (ECN) es una enfermedad cuya prevalencia ronda el 5-7% de los pacientes con enfermedad maligna hematológica. Suele ser un proceso infradiagnosticado y potencialmente mortal. De ahí que un diagnóstico rápido y certero en los servicios de urgencias hospitalaria (SUH) suponga un reto para la calidad de la atención de estos pacientes. Presentamos el caso de un paciente afectado de ECN que consultó en nuestro servicio. Caso clínico.- Varón de 71 años intervenido de valvulopatía aórtica reumática que consultó en el SUH por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha e hipogastrio con fiebre de hasta 38,5° C de 2 días de evolución y deposiciones blandas frecuentes sin productos patológicos. No refería otra sintomatología salvo cierta astenia. En el examen físico se objetivaron signos de irritación peritoneal y dolor intenso en hipogastrio a la palpación superficial, siendo el resto de la exploración clínica normal. Se solicitó analítica completa que mostró una neutropenia severa con poblaciones sugestivas de neoplasia hematológica. En el hemograma pancitopenia: hemoglobina 4,1 mg/dl y hematocrito 11,4%, 70000 plaquetas, sin poder descartar inicialmente otros cuadros como una apendicitis aguda o una colitis pseudomembranosa incluso. Ante estos hallazgos se solicitó una tomografía abdominal urgente que mostró un engrosamiento concéntrico de 12 mm de aspecto edematoso de las paredes de ciego y colon ascendente, con afectación de la grasa adyacente y trabeculación a nivel del colon transversal, adenopatías mesentéricas y apéndice normal. Ante los hallazgos clínico-radiológicos (tríada de Gorchluter: fiebre, dolor abdominal y engrosamiento de la pared intestinal superior a 4 mm) se sugirió el diagnóstico de ECN. El paciente ingresó en UCI para prevenir complicaciones con manejo conservador con buena evolución.

Conclusiones:

La ECN es un síndrome clínico que se asocia a neoplasias hematológicas, especialmente en aquellos pacientes con tratamiento quimioterápico activo, no siendo el caso de este paciente. Se presenta como resultado de la alteración de la mucosa colónica y la progresión de bacterias productoras de endotoxinas. El reconocimiento de este síndrome supuso un esfuerzo diagnóstico dada su presentación atípica.

P-868

**TETRAPARESIA AGUDA PROXIMAL EN PACIENTE
CON GASTROENTÉRITIS AGUDA**

R Infantes Ramos (1), E Caro Vázquez (1), J Valero Roldán (2),
C Fernández-Figares Montes (1), C Yago Calderón (1),
M Bufforn Jiménez (1)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria,

(2) Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Palabras claves: tetraparesia aguda, polirradiculoneuropatía aguda inflamatoria, Síndrome de Guillain-Barré

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 54 años. No alergias medicamentosas. Bebedor de 1-2 copas de vino al día. No fumador. Antecedentes personales de Hipertensión arterial y dislipemia leve sin tratamiento. Tratamiento habitual: Enalapril 10 mg cada 24 horas. Enfermedad actual: Acude por cuadro de pérdida de fuerza en cuatro extremidades, de predominio en MII, acompañado de sensación de adormecimiento en ambas manos, de unas 48 horas de evolución, que ha ido aumentando progresivamente en contexto de cuadro de gastroenteritis aguda. Exploración física: constantes normales, PICR, lenguaje normal. Pares craneales normales. Tono normal. No atrofia. Tetraparesia de predominio proximal con fasciculaciones en masa gemelar bilateral a la percusión. ROT abolidos en miembros superiores, presentes en inferiores. RCP flexor bilateral. Pruebas complementarias: Analítica sangre y orina sin hallazgos de interés. RX física: sin hallazgos significativos. TAC craneo: Imagen de 17x6,5 mm en cisterna ambiens compatible con lipoma, resto sin hallazgos LCR: hemáties 100, leucocitos 0, glucosa 70, proteínas 52,30, ADA 4.1 y xantocromía negativa. Durante ingreso en Neurología se inicia tratamiento con Inmunoglobulinas IV y se realizan RM medular completa con y sin contraste, RM craneal con y sin contraste y AngioTC sin evidenciarse ningún hallazgo patológico, serologías de LCR y suero sin hallazgos, y electromiograma que muestra neuropatía desmielinizante sensitiva segmentaria y focal de ambos medianos con respuestas F alteradas. Durante ingreso el paciente mejora parcialmente con tratamiento IV de inmunoglobulinas y rehabilitación física. Actualmente en seguimiento en consultas externas.

Conclusiones:

A pesar de no ser muy prevalente, ante un paciente con debilidad muscular ascendente progresiva, acompañado o no de déficit sensitivos, y con historia de infección aguda (respiratoria o gastrointestinal) en días previos, debemos pensar en una polineuropatía aguda inflamatoria.

CASOS CLÍNICOS

P-869

¡NO JUGAR CON FUEGO!

ID Salguero Bodes, JL Martín Rodrigo

Urgencias. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Palabras claves: taponamiento cardiaco, hemopericardio, pericardiectomía

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Paciente de 25 años alérgico al metamizol, operado de adenoides de pequeño, que refiere disparo de arma de fuego accidental jugando en el campo con una escopeta de balines con localización precordial izquierda y un solo orificio de entrada. En una primera exploración en centro de salud el paciente se mantiene vigil, orientado, colaborador, mantiene buen estado general, con tensión arterial de 145/75 mmHg, frecuencia cardiaca de 104 latidos por minuto, tórax con orificio de proyectil pequeño 2 mm de diámetro con entrada subxifoidea, con mínimo sangrado en sabana y auscultación cardiaca rítmica taquicárdica y pulmonar, murmullo vesicular controlado sin ruidos sobreañadidos. Sucedió en un pueblo a 90 kilómetros del centro hospitalario de referencia traumatológica, y se llamo a unidad medicalizada para transporte, durante el cual el paciente empeora en su estado general en trayecto y llegada al Servicio de Urgencias, con hipotensión de 70/40 mmHg, y taquicardia de 140 latidos, aumento evidente de la ingurgitación yugular, sudoración profusa y disminución del murmullo cardiaco. Se canalizan dos vías periféricas pidiéndose preoperatorio completo con hemoglobina de 10,4 mg/dl, y resto de parámetros bioquímicos y coagulación normales y radiografía de tórax en la que se observa dicho proyectil (IMAGEN). Se realizó un diagnóstico diferencial con las etiologías traumáticas que cursan con hipotensión e ingurgitación yugular, neumotórax a tensión o taponamiento cardiaco, que se resolvió a favor de éste por la presencia de un claro pulso paradójico. Evolución y tratamiento: se realizó de urgencia bajo sedación una pericardiocentesis con aguja (apical, subxifoidea), con mejoría clínica y tensional. (IMAGEN DE TAC). Diagnóstico final: taponamiento pericárdico por herida de arma de fuego con pericardiectomía de urgencia.

Conclusiones:

Una herida cardiaca pequeña va a presentarse usualmente como un taponamiento cardíaco, mientras que una herida grande lleva a hemorragia exanguinante de forma súbita, y por supuesto peor pronóstico. El manejo inicial de todo paciente que se presenta con una herida penetrante en el tórax es esquematizado, como el ABC de la reanimación. Si el paciente se mantiene estable, debemos descartar una herida cardiaca oculta. Las herramientas diagnósticas de más valor han demostrado ser la ecocardiografía, uso este extendido en servicios de urgencia extrahospitalaria.

P-870

MANEJO DE ANEMIA DE ETIOLOGÍA TUMORAL COMO CAUSA DE SÍNCOPE EN URGENCIAS

I Robles Pérez, ME Moreno Martín-Vivaldi, I Osorio González, GA Cañadas de la Fuente, JL Gómez Urquiza

Urgencias, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Palabras claves: anemia, syncope, emergencias

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

ANTECEDENTES PERSONALES: No refiere. ANAMNESIS: Mujer de 46 años que es traída al servicio de Urgencias Hospitalarias por presíncope en domicilio, sin presenciar pérdida de conocimiento, cortejo vegetativo ni relajación de esfínteres. Previamente asintomática, salvo por dolores generalizados tras caída en domicilio hace cinco días por lo que tomaba antiinflamatorios sin protector gástrico. EXPLORACIÓN FÍSICA: Consciente y orientada, sin focalidad neurológica. Afebril. Gran palidez mucocutánea. Taquicardia a 160 latidos/minuto. Taquipneica. Hipotensión arterial. Mal estado general. Presenta lesión ulcerada de gran extensión en región precordial que deforma ambas mamas con probable infiltración a esternón y planos profundos, maloliente con eritema perilesional. La auscultación cardiorrespiratoria presenta tonos taquirrítmicos y crepitantes gruesos bibasales. El abdomen es anodino. En miembros inferiores destacan importantes edemas con fóvea positiva hasta ambas ingles sin signos de trombosis aunque con escasa movilización debido al dolor. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS: Presíncope, Hipoglucemia, Anemia grave multifactorial, Cáncer de mama evolucionado. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Analítica completa, tomografía axial computerizada (TAC) de cráneo, toraco-abdomino-pélvico. 1. Analítica, donde destaca: Proteína C reactiva 59.41 mg/dL, Hemoglobina 2gr/dL con características microcíticas, 28,500 leucocitos con 87% de neutrófilos y coagulación alterada con dímero D 2.7mg/L. 2. Informe de radiología: 2.1. TAC de cráneo: normal. 2.2 TAC toraco-abdomino-pélvico: Carcinoma de mama con adenopatías axilares y mediastínicas y metástasis a nivel óseo y pulmonar. Fractura patológica en cuello femoral derecho. Afectación bilateral del parénquima pulmonar con signos de edema, sin poder descartar linfangitis carcinomatosa. DIAGNÓSTICO FINAL: Anemia grave en paciente con carcinoma de mama estadio IV con metástasis óseas, pulmonares y cutáneas. TRATAMIENTO: Se monitorizó y estabilizó hemodinámicamente a la paciente en el área de urgencias donde fue valorada por digestivo, oncología, cirugía general, traumatología y medicina interna que procedió a ingreso a su cargo. EVOLUCIÓN: La paciente estuvo ingresada durante 23 días y actualmente sigue en tratamiento y seguimiento por oncología con quimioterapia y curas de región precordial.

Conclusiones:

Una buena anamnesis en urgencias permite rentabilizar el tiempo y el trabajo interdisciplinar en la atención del paciente crítico para su correcto manejo en el ámbito hospitalario.

CASOS CLÍNICOS

P-871

DE LITIASIS A ÍLEO BILIAR

EA Alfaro García-Belenguer, A Baguena García,
T de Fernando Gros, P Boned Blas, C Ayuda Alegre,
E Arnal Pérez, R Rueda Rubio

Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Palabras claves: ileum, lithiasis, multiple organ failure

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 71 años sin RAM, con AP de HTA, DLP, DM tipo 2. Refiere posible litiasis biliar asintomática diagnosticada hace 10 años sin tratar. Tratamiento actual con metformina, furosemida y simvastatina. Acude a urgencias hospitalarias por vómitos de repetición, escalofríos y malestar general. En la analítica destaca una leucocitosis de 16000/mm³ y Cr de 1.85 mg/dl. Tras hidratación, omeprazol y buscapina, mejora y es dada de alta al día siguiente con diagnóstico de gastroenteritis, insuficiencia renal 2ª a deshidratación y descompensación diabética. Vuelve 4 horas después por intenso malestar general y vómitos de aspecto fecaloideo. Presenta TA 155/95, FC 120 lpm, SatO₂ 95%, T°36.2°C. A la exploración destaca un abdomen distendido, no doloroso a la palpación, blando y depresible, timpánico, sin otros signos de irritación peritoneal, sin palpar masas o megalias. Tacto rectal sin hallazgos. En la AS destaca: Glucosa 323, Cr 1.65, PCR 17.80 y Leucocitos 16800/mm³. Radiografía de abdomen: Neumatización intestinal. TAC abdominal: Masiva dilatación gástrica, SNG bien situada. Marcada dilatación intestinal con abrupto cambio de calibre en región de flanco derecho (a dicho nivel, litiasis impactada, de presumible origen vesicular). Marco cólico de calibre normal. Vesícula colapsada. Aerobilia en LHI. Ausencia de líquido libre o aire extraluminal. Resumen: Obstrucción intestinal, probable ileo biliar. Se realiza cirugía de urgencia bajo anestesia general (enterotomía longitudinal y extracción del cálculo). La paciente presenta una mala evolución postoperatoria, teniendo que reintervenirla por deshiscencia de las suturas y evisceración, durante la cual realiza una aspiración de contenido gastrointestinal. Ingresa en UCI donde evoluciona a insuficiencia respiratoria severa 2ª a broncoaspiración, shock séptico y fallo multioránico irreversible.

Conclusiones:

El íleo biliar es una patología digestiva que suele pasar inadvertida, interpretándose en ocasiones como un cólico biliar o una colecistitis, lo que hace que su diagnóstico sea difícil. Las complicaciones y la mortalidad están relacionadas con el tiempo de evolución y el estado del paciente, y dado su elevado porcentaje debemos de estar atentos a los signos de alarma que nos pueden hacer sospechar del cuadro y actuar en el menor tiempo posible.

A-872

MANIOBRA DE HEIMLICH EN PERSONAL LEGO

M Rocha Llorente, U Blanco Fuentes

Emergentziak Osakidetza. Bilbao.

Palabras claves: atragantamiento, parada cardiorrespiratoria, infección respiratoria

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria (Pública/Privada) - Equipos de emergencias

Historia clínica

Varón de 25 años, mientras estaba cenando con unos amigos en una hamburguesería, comienza con un cuadro súbito de dificultad respiratoria y disminución del nivel de consciencia. Tras realizar preaviso al equipo de emergencia, el centro coordinador da indicaciones para realizar maniobras de Heimlich para personal lego siendo inefectivas por desconocimiento por parte de sus amigos. A la llegada del Equipo de Emergencia, se inician dichas maniobras, expulsando parcialmente el bolo alimenticio. El varón comienza con mejoría del nivel de consciencia y disminución de la disnea, se traslada al Hospital de referencia. Durante el ingreso hospitalario, se procede a la intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica durante las primeras horas y se inicia tratamiento con antibioticoterapia de amplio espectro por empeoramiento del cuadro respiratorio y aumento de reactantes de fase aguda. Tras 6 días de ingreso hospitalario, es dado de alta sin secuelas.

Conclusiones:

Se define atragantamiento como la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño, provocando un cuadro repentino de asfixia, que si no se resuelve provoca una hipoxia grave, que da lugar a inconsciencia, seguida de parada cardiorrespiratoria y muerte en pocos minutos. El conocimiento de medidas de soporte vital básico para realizar técnicas de resucitación cardiopulmonar componen los tres primeros pasos de la cadena de supervivencia que serían suficientes para hacer frente a una situación como la que se ha descrito.

CASOS CLÍNICOS

A-873

**SUSPENDIDO EL FÁRMACO,
SE ACABO EL PROBLEMA**

C Vázquez López, E Espínola Coll, JM Krivocheyva Montero,
L Berrueto Buendía, RJ Martín-Vivaldi Jiménez,
AM Matas Cobos

Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: enalapril, pancreatitis, Ramson y Baltazar

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente mujer de 85 años acude al SUHC por presentar cuadro de dolor epigástrico agudo, irradiado en cinturón hacia espalda, acompañado de náuseas, pero sin vómitos y acompañado de cuadro diarreico en escasa cuantía. ANTECEDENTES PERSONALES: Alergia al Paracetamol. Fibrilación auricular, gonartrosis con múltiples fracturas, queratosis actínica en región malar derecha, dos episodios de pancreatitis en un espacio de 15 días entre ellas. Tratamiento con Emconcor, Enalapril, Clexane, Fosavance y Pradaxa. EXPLORACIÓN FÍSICA: COC, BEG, bien nutrida e hidratada, buena coloración cutáneo-mucosa. Afebril. TA 105/53, FC 85 lpm ACR: Tonos rítmicos sin soplos a 85 lpm RVC. MVC sin ruidos patológicos Abdomen globuloso, depresible, blando, doloroso a la palpación sin signos de irritación, peristaltismo presente, no se aprecian ni masas ni megalias. Bloomberg y Murphy negativos. No edemas ni signos de TVP en MMII PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Análisis general Bioquímica: Glucemia 170, urea 61, sodio 134, Amilasa 1238, Lipasa 6367 Hemograma: Normal Coagulación: Actividad de protrombina 68,9, INR 1,34, TTPA 22,8 Ecografía abdominal: Páncreas discretamente aumentado de tamaño de ecoestructura heterogénea con infiltración de la grasa peripancreática en relación a pancreatitis edematosa. Vesícula de pared fina sin colelitiasis. Vía biliar intra y extrahepática sin alteraciones. EVOLUCIÓN: Se decide nuevo ingreso a cargo de Digestivo, se le realiza TAC a las 48 horas para evaluar el pronóstico sin signos de necrosis intra y peripancreática, por lo que estamos hablando, según los criterios de gravedad de pancreatitis, en una pancreatitis leve. Colangio RMN dentro de la normalidad. Se decide cambiar de tratamiento de Enalapril por Parapres, por que en la literatura se describe como causa de pancreatitis, aunque muy extraña. Finalmente se da de alta a la paciente con buena tolerancia a la alimentación y sin dolor. No se ha vuelto a repetir episodios. DIAGNÓSTICO: Pancreatitis medicamentosa por Enalapril. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Debemos valorar las causas de crisis recurrente de pancreatitis sin un origen evidente: microlitiasis, fármacos, hipertrigliceridemia, cáncer, páncreas dividido, alteración del esfínter de Oddi, fibrosis quística

Conclusiones:

La pancreatitis de origen medicamentoso es raro encontrarla, siendo más frecuente unos fármacos que otros. En ficha técnica la pancreatitis por Enalapril es de 1/100 a 1/1000, poco frecuente.

P-874

**CUANDO EL SÍNDROME CONFUSIONAL REFLEJA LA
CONFUSIÓN DEL MÉDICO EN URGENCIAS**

P Matías Soler, JL Lechuga Martos, FJ Martín Sánchez,
JM González del Castillo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: meningoencefalitis, síndrome confusional, urgencias

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente mujer de 79 años con AP de HTA y dislipemia, con buena situación funcional basal, independiente para las actividades básicas que acude a urgencias por disminución de nivel de conciencia y fiebre de 39°C. Refieren sus familiares cuadro progresivo de varios días de confusión hasta desconexión del medio el día previo, con febrícula de 37,5°C y ruidos de secreciones respiratoria. La familia refería lumbalgia y leve incontinencia urinaria de 15 días de evolución. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Inicialmente afebril, buenas constantes a la llegada y saturación de 98% con gafas nasales. La paciente se encontraba desorientada en tiempo y espacio y taquipneica. En la auscultación cardiopulmonar se objetiva roncus en ambos hemitórax y sibilancias. En la analítica destacaron 12600 leucocitos con neutrofilia, PCR normal y sodio de 128. En la placa de tórax se evidenciaba un probable infiltrado retrocardiaco con pinzamiento de SCF izquierdo y el sedimento de orina fue normal. Con dichos resultados fue diagnosticada de síndrome confusional secundario a infección respiratoria y se solicitó ingreso en planta de Geriátrica. Durante la espera de cama, permaneciendo la paciente en la sala de agudos de Urgencias, horas después de iniciar tratamiento antibiótico, la paciente presenta un mayor deterioro de nivel de conciencia, aumento de la fiebre y clonías por lo que se realiza un TAC cerebral sin alteraciones relevantes y una punción lumbar con un 93% de mononucleares, 66 proteínas, 80 glucosa y un ADA de 5,7, datos compatibles con meningitis vírica. Tras mala evolución clínica la paciente es ingresada en UCI falleciendo días después El juicio clínico fue meningoencefalitis viral, infección respiratoria de probable origen broncoaspirativo e hiponatremia leve.

Conclusiones:

El síndrome confusional es una patología frecuente en ancianos, normalmente asociada a otras patologías subyacentes, siendo frecuente la asociación con patologías infecciosas como la infección respiratoria o urinaria. Hay otros cuadros etiológicos menos frecuentes pero más graves con una sintomatología similar como puede ser en nuestro caso que pueden pasar desapercibidos sin una exploración y pruebas complementarias meticulosas y un periodo de observación adecuado que detecte fluctuaciones del nivel de conciencia no justificadas por los otros cuadros más leves inicialmente sospechados.

CASOS CLÍNICOS

P-875

DOLOR TORÁCICO AGUDO Y FRIALDAD EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO

J Mansilla Collado, J Esplugues Marrahi, R Abu Raiya,
C Moncho Alarcón

Urgencias, Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva.

Palabras claves: disección, aorta, aneurisma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Hombre de 52 años de edad que acude al servicio de urgencias por dolor torácico de características punzantes sin cortejo vegetativo asociado no irradiado de 1 hora de duración aproximadamente. Además, el paciente refiere sensación de frialdad en el miembro inferior derecho. Antecedentes personales: Octubre 2014: ingresado por volet costal y neumotórax secundario a trauma torácico por accidente con una bicicleta. Noviembre 2014: ingresado por hemotórax como complicación del ingreso de Octubre. No otros antecedentes de interés ni tratamientos. A la exploración física destacar el mal estado general del paciente con inquietud, una tensión arterial 112/47 mmHg, Frecuencia cardiaca de 58. A la auscultación hipofonesis en base pulmonar derecha. Pulsos simétricos en ambos miembros superiores. Dolor difuso abdominal sin masas pulsátiles y palidez y frialdad de miembro inferior derecho con el pulso a nivel femoral debilitado en comparación con el contralateral. Ante estos datos clínicos nos planteamos los siguientes posibles diagnósticos: Síndrome coronario agudo. Complicación secundaria al volet costal y hemotórax de 2014. Síndrome aórtico agudo. En las pruebas complementarias el hemograma, la bioquímica (excepto la creatinina que es de 1.4), y la coagulación normales. La gasometría arterial y el electrocardiograma sin alteraciones. En el TAC se evidencia disección aórtica tipo I desde el nacimiento de la aorta torácica ascendente por toda la aorta torácica y abdominal, continuándose por la ramificación iliaca. También se detecta falta de perfusión del riñón derecho y trombosis de los 2/3 distales de la arteria iliaca externa derecha. Diagnóstico principal Aneurisma disecante de aorta torácica y abdominal y trombosis iliaca derecha. Tras el diagnóstico se administra tratamiento analgésico con cloruro morfínico, 2 vías con fluidos, con constante monitorización del paciente. Se contacta con el hospital de referencia con el especialista de cirugía cardiaca y se activa traslado. A su llegada a hospital de referencia se inicia tratamiento quirúrgico con colocación de endoprótesis de aorta torácica. Tras tratamiento, el paciente ingresa en unidad de cuidados intensivos con evolución favorable.

Conclusiones:

Ante cualquier dolor torácico intenso con impresión de gravedad y con un electrocardiograma sin alteraciones significativas, descartar siempre entre los posibles diagnósticos un síndrome aórtico agudo.

A-876

UN TUMOR DE UN COMPORTAMIENTO UN TANTO EXTRAÑO

KB Anano Hach-Driss, JM Krivocheya Montero,
J Arjona Soriano, YM Ibáñez Meléndez, C Pagan Fernández,
RM Verdugo López-Blanco, L Berruezo Buendía,

Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: astrocitoma, espectroscopia, biopsia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente mujer de 41 años acude al SUHC por un episodio de primera crisis convulsiva. Nos la relata como una crisis tónico-clónica generalizada con relajación de esfínteres, quedando poscrítica durante unos segundos hasta volver a recuperar la conciencia. Refiere además cefalea ANTECEDENTES PERSONALES: Sordomudez. NAMC. No otros AP de interés. No toma ningún tipo de medicación EXPLORACIÓN FÍSICA Afebril, normotensa, constantes vitales dentro de la normalidad Neuro-lógico: Consciente, bien orientada, en actitud libremente escogida, movilizándose espontáneamente extremidades. Pares craneales sin alteraciones. Sistema motor con fuerza y tonicidad globalmente conservada. Sistema sensitivo conservado con ROTs presentes y simétricos. Resto de órganos y aparatos sin alteraciones evidentes PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica general Lo único destacable es una microcitosis sin anemia. Resto sin alteraciones Electrocardiograma Ritmo sinusal a 75 lpm sin trastornos del ritmo ni de la repolarización TAC craneal: Supratentorialmente, en el lóbulo frontal derecho, en la sustancia blanca superomedial se aprecia proceso intraaxial mal delimitado que parece extenderse a la sustancia gris frontal anterior y desplaza a la línea media hacia la izquierda. Tras la administración de contraste yodado por vía intravenosa no se aprecia realce significativo, pero si se aprecia el realce del segmento proximal de la arteria cerebral anterior derecha con un trayecto desviado a la izquierda (descarta ACV de esta zona) EVOLUCIÓN: Se decide ingreso en planta a cargo del servicio de Neurocirugía y se completa estudio con: RMN cerebral: Extensa área de edema a nivel frontal derecho que compromete a la sustancia blanca y gris y se extiende a través de la cabeza del cuerpo calloso hasta el frontal contralateral sin realzar contraste. Espectroscopia: Aumento del ácido láctico en todas las regiones analizadas, disminución de NAA y aumento de colina con áreas infiltrativas. Sugiere astrocitoma grado II Finalmente se biopsia, que confirma un astrocitoma grado II con áreas de infiltración. Se realiza cirugía y posterior quimioterapia y radioterapia DIAGNÓSTICO: Astrocitoma grado II con comportamiento extraño. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Teniendo en cuenta la edad de la paciente, y que no está en tratamiento anticonvulsivo, debemos descartar ACV, traumatismos, tumores, abstinencia alcohólica y alteraciones electrolíticas

Conclusiones:

Es peculiar en este caso que el astrocitoma grado II tenga áreas de infiltración, motivo por el cual exponemos el caso.

CASOS CLÍNICOS

P-877

ABSCESO TORÁCICO

C Hidalgo Collazos, J del Cañizo Canto, J Garrido Dorronsoro, JL Fraile González, L Cano Alcalde, P Tranche Álvarez-Cacigas, C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor, Madrid.

Palabras claves: abscess, cholecystitis, chest

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 90 años, fue admitido en el servicio de Urgencias por deterioro progresivo del estado general, astenia, anorexia y crecimiento progresivo, en las tres últimas semanas, de masa en hemitórax derecho, superpuesta a parrilla costal, dolorosa a la palpación. El paciente no había presentado fiebre, náuseas ni vómitos. No recordaba traumatismo previo a ese nivel recientemente, sí hace 8 meses. Como antecedentes personales, una pancreatitis aguda de origen biliar grave con colecciones peri pancreáticas 7 años antes y una colecistitis litiasica hace 6 meses tratada de manera conservadora. Cirrosis hepática de origen enólico con hipertensión portal y varices esofágicas. A la exploración, hipotensión 94/62, FC 90 lpm, saturación basal 94%, afebril, masa de aproximadamente 9-10 cm de diámetro, superpuesta a arcos costales 7º y 9º, blanda, mal definida, fluctuante y dolorosa. Abdomen no doloroso, sin masas y sin signos de peritonismo. No adenopatías. Se solicita analítica en la que destaca leucocitosis 11.890/ μ l (83% neutrófilos), INR 1.44, Creatinina 1.8 mg/dl, Bilirrubina 1.7 mg/dl, Fosfatasa alcalina 377U/L, FGlom estimado MDRD-4 37.86 ml/min/1.73m² y Proteína C Reactiva 119.4 mg/L, Resto (CPK, LDH, GPT, GPT, amilasa y lipasa) normal. En radiografía de tórax se observa masa extrapulmonar superpuesta a parrilla costal. Ante estos hallazgos, se solicita TAC toracoabdominal informado como: "Absceso subfrénico derecho con gas en su interior de 15x12x13.8 cm (CCxTxAP) que se localiza lateral al hígado deformando su contorno. Se extiende caudalmente al lecho vesicular con imagen sugestiva de coledocistitis. Lateralmente se extiende a través de pared torácica entre los 7-8 y 8-9 arcos costales hacia tejido subcutáneo con medidas 7.7x3.7 cm. Catéter interno de drenaje biliar. Conclusión: Absceso subfrénico derecho con componente en tejido subcutáneo secundario a colecistitis evolucionada" Comentado caso con Cirugía se realiza drenaje percutáneo entre arcos costales 8º y 9º con anestesia local, de donde se extraen aproximadamente 1800 ml de material purulento. Se inicia antibioterapia con Piperacilina Tazobactam ajustado a función renal. Ingresa para continuar tratamiento conservador, siendo dado de alta tras cumplir 3 semanas de tratamiento antibiótico IV.

Conclusiones:

Hay que sospechar orígenes extratorácicos como causa de abscesos de localización torácica, además de las habituales.

A-878

ECOCARDIOGRAFÍA REALIZADA POR NO CARDIÓLOGOS EN URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

O A G, A E E, J J G D, G Z I, S V D, M S F

Hospital de Galdácano. Usánsolo.

Palabras claves: ecocardiografía, endocarditis, profilaxis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

La aparición de la ecocardiografía supuso un antes y un después en la cardiología. Tras ese despegue y ayudado por la miniaturización de los equipos, su práctica se adecuaba a otras especialidades, entre ellas la Medicina de Urgencias. Conscientes de ello, el laboratorio de ecocardiografía de nuestro centro imparte formación a otras especialidades adecuada a las recomendaciones de la S.E.C. Caso clínico Varón de 53 años, diabético e hipertenso en tratamiento (enalapril, metformina), con una I.M. Severa previa por rotura tendinosa. Acude a urgencias por fiebre de 2 días y síndrome general de 2 meses (en seguimiento por medicina interna) con pérdida de peso, anorexia y astenia tras inyección i.m. de corticoide por lumbalgia. A la exploración destaca la febrícula (37.8°C) y un soplo sistólico (conocido). Analítica con PCR 140, radiografía de tórax y sedimento de orina normales. Se realiza ecoscopia transtorácica en urgencias observándose una IM severa con 2 chorros (antes uno), dos imágenes en válvula mitral sugestivas de verruga en velos anterior y posterior no descritas. Se consulta con cardiología y ante sospecha de endocarditis, se inicia tratamiento empírico con ampicilina + cloxacilina + gentamicina. Al día siguiente se realiza ETE, mostrando 2 vegetaciones en festón medio en velo anterior, en velo posterior conglomerado de vegetaciones con pseudoaneurisma perforado y doble jet de I.M. Los hemocultivos fueron positivos para S. mitis. Es trasladado al Hospital de Basurto para sustitución valvular siendo dado de alta 15 días después.

Conclusiones:

Si bien la valoración de masas en cavidades y válvulas no forma parte de la formación de ecocardiografía para no cardiólogos, en ocasiones su visualización ayuda a la orientación diagnóstica, confirmando que la ecocardiografía en urgencias es una herramienta que aporta resolución en la práctica clínica diaria.

CASOS CLÍNICOS

A-879

HACIENDO EL AMOR ME PARTO DE RISA

EM Paulino Martínez, JA Álvarez Grégori, A Galiana Ivars

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo.

Palabras claves: ACVA, cefalea, sexo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 30 años, natural de Colombia, no Ramc, diestra, con antecedentes de rinoconjuntivitis y asma por alergia a pólenes y caballo, fumadora social, toma vino de forma usual, madre e hijo de 11 años con antecedentes de Migraña, no refiere abortos, portadora de anillo vaginal desde hace 1 año. Amigdalectomía en la infancia. Presenta de madrugada durante el acto sexual, un primer episodio de cuadro brusco de risa inmotivada seguido de alteración en la fluencia verbal y debilidad en hemicuerpo derecho. A su llegada a urgencias se objetiva mejoría en la alteración del lenguaje, desarrollando postura anómala con miembro superior derecho en flexión y mano en garra. No cefalea inmediata, pero sí náuseas, un episodio de vómito y cefalea posterior. A la exploración neurológica presenta pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz, pares craneales normales, postura en flexión con mano en garra de MSD que cede tras la movilización pasiva, inconsistencia durante maniobra de Barré sin déficit motor asociado, hemihipoestesia facio-braquial derecha, no clínica sensitivo-motora crural, RCP derecho extensor en un principio, luego flexor bilateral, ROT presentes y simétricos no exaltados, resto de la exploración anodina. Se realizan varias pruebas complementarias que incluyen: Analíticas urgentes y en planta, tóxicos en orina, estudio de trombofilia, serología, autoinmunidad, ECG, Rx tórax, Tac craneal, angio RM, Doppler TSA, angio TSA, punción lumbar, todo esto sin ningún dato relevante, también se realiza un ecocardiograma en donde se visualiza un forámen oval permeable sin datos sugestivos de aneurisma del septo y una RM con hallazgos en relación con infartos corticales en fase aguda-subaguda.

Conclusiones:

Se trata de un ictus isquémico cortical fronto-parietal izquierdo, causado por un posible infarto migrañoso con factores vasculares predisponentes de causa inhabitual, como lo es el forámen oval permeable más el uso de anticoncepción hormonal asociado a la migraña.

A-880

EL DIAGNÓSTICO DE NEUMOTÓRAX A Tensión ES CLÍNICO Y LA RADIOGRAFÍA PERMITE CONFIRMARLO Y TRATARLO

C Fernández Alcalá, MR Rivas Martínez, AF Perea Fernández

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras claves: neumotórax, clínica, radiografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente varón de 61 años con antecedentes de adenocarcinoma broncogénico T1N0M0 con lobectomía superior izquierda en octubre del 2014 y en seguimiento por oncología, EPOC y fumador activo hasta hace 4 meses. Comienza el día anterior a su llegada a urgencias con disnea súbita, no acompañada de dolor torácico ni palpitations, no síntomas catarrales ni fiebre, no ortopnea ni síncope. De madrugada empeora de la disnea, con inquietud y mayor trabajo respiratorio. Por la mañana acude a urgencias donde es tratado con oxigenoterapia con VMK a alto flujo y posterior VMNI modo BIPAP por no mejoría. A pesar de la VMNI, no mejora persistiendo la hipoxemia severa con gran aumento del trabajo respiratorio. Se avisa a UCI y se decide su ingreso, en tratamiento con BIPAP sin clara mejoría, con hipoxemia y desaturación. Se realiza Rx tórax urgente que evidencia neumotórax a tensión derecho, el cual es drenado de forma urgente con éxito, mejorando rápidamente de la insuficiencia respiratoria y permitiendo retirar la VMNI con saturaciones de O2 con VMK al 99%. Se pasa a planta de cirugía torácica en pocas horas para su seguimiento. Se le realizó TAC torácico y Rx tórax de control tras retirada de drenaje torácico. Las imágenes muestran una mínima cámara aérea apical derecha, sugestiva de enfisema bulloso pulmonar. Clínicamente estable el paciente se da de alta con seguimiento y controles posteriores.

Conclusiones:

Las causas de neumotórax son múltiples: iatrogénico, traumático, barotrauma (ocurre en los pacientes con ventilación mecánica) y espontáneos primarios o secundarios (destaca los EPOC como causa más frecuente y se debe a la rotura de bullas intrapulmonares, otras causas son neoplasias y entre ellas el cáncer de pulmón). El neumotórax a tensión debe sospecharse ante la presencia de taquicardia, hipotensión y cianosis. Los síntomas y la exploración física permiten hacer un diagnóstico de sospecha de neumotórax. El diagnóstico de certeza lo proporciona la radiografía posteroanterior de tórax. El TAC de tórax puede estar indicado ante la sospecha de enfermedad pulmonar subyacente, neumotórax recidivante, fuga aérea persistente, o para planificar tratamiento quirúrgico. El neumotórax a tensión es el tipo más grave de neumotórax. Puede ocurrir en el 3% de los neumotórax. Este cuadro requiere un drenaje inmediato, progresa rápidamente y es mortal si no se trata rápidamente.

CASOS CLÍNICOS

A-881

ENFOCANDO UN DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS

J Linares Gancedo, MC Álvarez Galán, I Vallez Huertas
Urgencias, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Palabras claves: dolor abdominal, ultrasonografía, neoplasias hepáticas

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer 76 años, independiente, en tratamiento por hipertensión, fibromialgia y antecedentes de apendicetomía, remitida a Urgencias por dolor en hemiabdomen derecho de semanas de evolución y estreñimiento. No presenta fiebre ni cuadro constitucional. No antecedente traumático. Examen físico: Buen estado general, respira sin dificultad, constantes vitales normales. Cabeza, cuello y tórax sin alteraciones. Abdomen globuloso, blando, depresible, doloroso al palpar profundamente en hipocondrio derecho. Signos de Murphy y Blumberg negativos. Puñopercusión renal derecha dolorosa. No se palpan masas ni hernias. Extremidades con signos de IVC. PC: ECG normal. Rx Tórax: Anodina. Rx Abdomen: Luminograma inespecífico. Heces en marco cólico. Líneas de psoas no borradas. Hematimetría, coagulación, bioquímica sanguínea y elemental de orina sin alteraciones. El diagnóstico diferencial del dolor en hipocondrio derecho es patología biliar, complicación de masas hepáticas como hemangiomas, abscesos, absceso subdiafragmático, otros tumores hepáticos, patología del riñón derecho, patología del colon, neumonías y derrame pleural derecho. Evolución en Urgencias: Se realiza ecografía abdominal enfocada al dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho evidenciando masa que ocupa el lóbulo hepático derecho de contornos bien definidos, ecogenicidad heterogénea e importante vascularización. Ausencia de líquido libre abdominal. Diagnóstico en urgencias: LOE hepática en HCD. Actitud Terapéutica: Analgesia e ingreso en Servicio de Digestivo. Evolución: Durante ingreso se completa estudio analítico obteniendo alfafetoproteína >1000 y PAAF compatible con Hepatocarcinoma. Estudio de extensión negativo.

Conclusiones:

La ecografía es la prueba de imagen a realizar ante un paciente que consulta en urgencias hospitalarias por dolor localizado en hipocondrio derecho, sin embargo su indicación urgente o ingreso hospitalario pueden no estar justificados en ausencia de otros síntomas o alteraciones en las pruebas. No obstante el médico de urgencias debe dar una respuesta. En nuestro caso la ecografía abdominal realizada en Urgencias fue determinante para responder de forma adecuada. Solo el 5% de los casos de carcinoma hepatocelular aparece en no cirróticos. El pronóstico depende del tamaño tumoral, la disfunción hepática y los síntomas constitucionales. El trasplante hepático es el tratamiento ideal, ya que resuelve el problema tumoral y la enfermedad de base. En la mayoría el tratamiento es paliativo como el caso presentado.

A-882

HORMIGUEOS Y ADORMECIMIENTOS EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

CA Moreno Caycedo, A Sánchez Valencia, I Moreno Montero, MM Cillero Rodríguez, J Paz Galiana, M Sánchez Ruiz
Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real

Palabras claves: tingling, hypocalcemic, renal insufficiency

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Presentamos una alteración metabólica de importante prevalencia que puede llevar a alteraciones sistémicas importantes de fácil diagnóstico y tratamiento. Para establecer su etiología es básica una historia y examen físico detallados enfocados en las causas predisponentes. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hipertensión arterial. DM(diabetes mellitus) tipo 2. Dislipemia. FA (fibrilación auricular) persistente. IRC(Insuficiencia renal crónica). IQ(intervenciones quirúrgicas): facoemulsificación, Colectectomía. Índice de KatzB. Tratamiento habitual: Fosfatos, Seguril, Colemin, Omeprazol, Digoxina, Insulatard. AF(antecedentes familiares): No. Motivo de consulta: Mujer de 82 años que acude por malestar general con dolor óseo generalizado de dos semana de evolución. En la última semana tos seca sin fiebre, junto con temblor generalizado con hormigueo y adormecimiento de los dedos y alrededor de la boca. Exploración Física: REG(Regular estado general). Consciente. Orientada. Eupneica. Saturación O2 95%. Afebril. AC (auscultación cardiaca): Arritmica. AP(auscultación pulmonar): MVC sin ruidos sobre añadidos. Abdomen: sin hallazgos Miembros: Sin alteraciones. Exploración neurológica: Temblor 'en salvas' fino de predominio distal generalizado. Pares craneales normales, no focalidad motora, marcha titubeante. Signo de Chovstek positivo. Signo de Trousseau negativo. Exploraciones Complementarias: Electrocardiograma: Fibrilación auricular a 96 lpm, con prolongación del segmento ST. Rx de tórax: cardiomegalia grado II, no signos congestivos. Analítica destaca: Urea 151, Cr 3.14, Na 135, K 5.2, Ca iónico 3.2, Ca 7.50, P 7.20, al ingreso: 1.25DHV D3 3.0, PTH 55 pgr. Diagnóstico diferencial: Hipoparatiroidismo. Tratamiento con diuréticos, Hipomagnesemia, Hipoalbuminemia, Mala absorción. Juicio clínico: Hipocalcemia sintomática secundaria a insuficiencia renal crónica (déficit de vitamina D/ pseudohipoparatiroidismo-resistencia ósea a la PTH). Tratamiento: Gluconato cálcico al 10%.

Conclusiones:

La hipocalcemia en IRC es secundaria a la síntesis reducida de 1,25-dihidroxi vitamina D y presencia de hiperfosfatemia, provoca un aumento del fosfato de calcio y precipitación en los tejidos, disminuyendo las concentraciones del calcio circulante. Los pacientes pueden desarrollar síntomas de irritabilidad neuromuscu-

CASOS CLÍNICOS

lar, parestesias peribucles y en los dedos de los pies y de las manos, calambres, espasmos carpedales, convulsiones de cualquier tipo y arritmias cardiacas con prolongación del intervalo QT del electrocardiograma. Dada su prevalencia y consecuencias hay que tener presente en un servicio de urgencias.

A-883

SÍNCOPE Y AGITACIÓN PSICOMOTRIZ SECUNDARIOS A HIPONATREMIA SEVERA YATROGÉNICA

MT Fernando Gros, P Boned Blas, MP Poveda Serrano,
A Baguena García, R Escriche Ros, E Alfaro García-Belenguer,
C Ayuda Alegre

Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Palabras claves: hyponatremia, brain edema, syncope

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 71 años con antecedentes de Hipertensión, Dislipemia y Síndrome Depresivo, en tratamiento con Enalapril 20, Bisoprolol 5, Rivotril y Deprax, a la que desde hace 4 días se le añade a tratamiento, Hidroclorotiazida por HTA mal controlada. Acude por presentar pérdida de conciencia sin pródromos y recuperación espontánea, con cefalea posterior postraumática. A la exploración, bradipsíquica, orientada temporoespacialmente, sin focalidad neurológica aparente. AC-P normal. En analítica se objetiva sodio plasmático 124 meq/l, resto de analítica, ECG y Rx tórax compatibles con la normalidad. La paciente pasa a observación donde presenta episodio de desorientación, agitación y posterior mutismo. Glasgow 6-4-0, afasia completa. Analítica de control: sodio 117. Ante empeoramiento clínico y analítico se procede a realizar TAC craneal con resultado normal y se procede a corregir hiponatremia. Ante persistencia de síntomas y empeoramiento por agitación, que precisa Midazolam iv, se procede a realización de punción lumbar compatible con la normalidad y hormonas tiroideas normales descartando encefalitis vs hemorragia subaracnoidea vs coma mixodematoso. Iniciada reposición de sodio de forma lenta según fórmula y administración de suero salino hipertónico al 3% se avisa a UCI donde ingresa la paciente con sospecha de edema cerebral (pese a no objetivarse en TAC) secundario a hiponatremia grave secundario a tiazidas. La paciente evoluciona favorablemente pasando a planta y alta posterior con cifras de sodio normalizadas.

Conclusiones:

La hiponatremia es el trastorno hidroeléctrico mas frecuente intra y extrahospitalario por lo que conocer su diagnóstico y tratamiento es muy necesario. Para este primero es suficiente con la determinación de sodio plasmático por debajo de valores de 135 mmol/l (meq/l). Una vez confirmada la hiponatremia, en la mayoría de los casos sera suficiente con una correcta anamnesis para llegar a la causa etiológica desencadenante. También es importante conocer y calcular el volumen extracelular para discernir entre hiponatremia hipo, normo o hipervolémica, ya que la causa etiológica y el tratamiento variaran. Dicho tratamiento ira encaminado a la corrección de la causa primaria y la instauración en cada caso, de la sueroterapia correcta. Solo las hiponatremias severas se asocian a síntomas neurológicos y deben ser tratadas de forma urgente por el riesgo de edema cerebral y encefalopatía.

CASOS CLÍNICOS

A-884

SEPSIS POR SALMONELLOSIS

MJ Betances Javier, L Bort Llorca, M García Sanchís,
S Melero Cabezas, L Pérez Ollero, A Pérez Zapata
Consorcio Hospital General Universitario Valencia.

Palabras claves: sepsis, salmonella, hipotensión

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Se trata de mujer de 45 años la cual presenta dolor abdominal tipo cólico de predominio en fosa iliaca izquierda y flanco izquierdo, náuseas sin vómitos, fiebre 38°C, diarrea sin producto patológico. Refiere ingesta aliimenticia los días previos en un restaurante. Antecedentes Patológicos: Anemia Ferropénica en tratamiento con hierro. Ingresó en 2004 por salmonellosis. Intervención quirúrgica: Cesárea. Exploración física regular estado general, pirética, deshidratación de mucosas, ligera palidez cutánea, sudoración profusa, tensión arterial 90/60 mmHg, frecuencia cardiaca 120lpm, temperatura 37°C, Saturación de oxígeno 98%. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos sin soplos, Auscultación Pulmonar murmullo vesicular conservados sin ruidos añadidos, Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación en todo marco cólico, no masas ni megalias, ruidos hidroaéreos aumentados. Miembros inferiores: no edemas, pulsos periféricos presentes y simétricos. Neurológico: sin déficit. Tacto rectal: dedil manchado de heces marrones. Exploraciones Complementarias: Hemoglobina:11.6 g/dl, Hematocrito: 37%, Leucocitosis 24,600, Neutrofilia 98.4%, Linfocitosis 3.2%, Hipopotasemia 3.4mEq/L, enzimas hepática normales, Función renal normal, Proteína C Reactiva 22.5 mg/dl, Índice de Quick 56%. Sedimento orina: 25-50 hematíes/campo. 2-5 leucocitos/campo. Ferritina: 127, Hierro: 5, Índice de saturación de transferrina: 1.9%, Proteína totales: 5.4 g/dl, Albumina:3 g/dl. Serología virales negativa. Radiografía abdomen: luminograma aéreo inespecífico. Ecografía abdominal: normal. Hemocultivos. Negativos. Coprocultivos se aísla salmonella enteritis. Tras las pruebas complementarias se llega al diagnóstico de sepsis por *Salmonellosis*. Durante su estancia en urgencias a pesar de hidratación con fluidoterapia cristaloides 2000 ml se mantiene con oliguria unos 200 ml en 14 horas. Se ingresa con antibioterapia con ceftriaxona, a pesar de esto mantiene leucocitosis, se le realiza un ecocardiograma transtóraco y se descarta endocarditis, se añade clindamicina al tratamiento previo. Tras lo cual se mantiene estable con recuperación de tensión arterial y disminución de deposiciones diarreicas y dolor abdominal. La paciente fue controlada por el servicio de infecciosas, recuperándose completamente.

Conclusiones:

La salmonella enteritis generalmente no requiere tratamiento antibiótico. Sin embargo, en las personas en situación de riesgo tales como lactantes, niños pequeños, los ancianos, la Salmonella puede ser muy grave, dando lugar a complicaciones, como ocurre en nuestro caso, que aunque la paciente no era de alto riesgo acabo complicándose con una sepsis y requiriendo antibióticos intravenosos.

A-885

MÚLTIPLES EMBOLIAS SÉPTICAS A PARTIR DE UN RITUAL INDIO

C Ramió Lluch, MA Gispert Ametller, C Batlle Perales,
A Armengou Arxe, X Salgado Serrano, RM de Ribot Martínez
Servicio Urgencias, Hospital Dr. Josep Trueta. Girona.

Palabras claves: sepsis, *Staphylococcus aureus*, embolias sépticas

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Hombre de 53 años, hipertenso controlado con dieta, acude a urgencias por coxalgia izquierda e impotencia funcional de una semana de evolución, tratado ambulatoriamente con antiinflamatorios con mejoría parcial inicial, a lo que se añade fiebre, crisis bacteriémicas y dolor en muñeca derecha, zona lumbar y articulación metatarsalofalángica del primer dedo de forma bilateral. Como único antecedente epidemiológico relevante destaca herida superficial en cara anterior de ambos hemitórax secundaria a excéresis de piel como parte de un ritual indio. La exploración física destaca mal estado general, múltiples manchas de Janeway en ambas manos y piernas, dos nódulos de Osler en dedo índice izquierdo, hemorragias en astilla, hipofonesis basal derecha con hepatomegalia dolorosa, edema con eritema en articulaciones metacarpofalángicas, codos y hombros, pústulas en ambas piernas y flexión antiálgica cadera izquierda. Analíticamente presenta leucocitosis con formas jóvenes, insuficiencia renal, elevación de reactantes de fase aguda. La radiografía de tórax muestra elevación diafragmática derecha sin condensación. Ante la sospecha de proceso séptico de dudoso origen, con probables émbolos sépticos, se inicia antibioticoterapia amplio espectro. Ingresa en medicina interna y se completa estudio con TC abdomen que muestra múltiples colecciones intramusculares sobretudo en hemipelvis izquierda sugestivas de abscesos. Se procede a drenaje percutáneo guiado radiológicamente con éxito pero a las 48 horas el paciente sufre anemización y aumento del dolor, por lo que se repite TC abdominal que muestra aumento de la colección de psoas izquierdo hacia fosa renal con gran hemoretroperitoneo. Dado el alto riesgo de iatrogenia quirúrgica, se decide tratamiento conservador ajustando antibiótico según resultados de hemocultivos que resultan positivos por *S. aureus* meticilin sensible. Se realizan ecocardiografías transtorácicas y transesofágica que descartan presencia de vegetaciones. Aun así, al cabo de 1 mes, persiste febricular por lo que se realiza segundo drenaje percutáneo de colección retroperitoneal con resolución de la infección.

Conclusiones:

Se trata de una bacteriemia por *S. aureus* con múltiples embolias sépticas compatible con endocarditis según los criterios de Duke, puesto que cumple 1 criterio mayor (hemocultivos positivos) y 3 menores (fiebre > 38°C, lesiones vasculares de Janeway y lesiones inmunológicas de Osler), cuya puerta de entrada posiblemente fue la lesión cutánea torácica.

CASOS CLÍNICOS

A-886

LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

C Conde Díaz, M González Tejera

Hospital General Universitario de Elche

Palabras claves: dolor, abdomen, masa

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Descripción del caso: Varón de 76 años que presenta dolor abdominal intermitente en fosa iliaca izquierda desde hace 10 días. Refiere que el dolor apareció forma brusca, aumentando con los movimientos e irradiándose a hemiabdomen inferior. Asimismo, el paciente refiere aparición de una masa dolorosa a ese mismo nivel. Última deposición la mañana del ingreso, de características habituales. No fiebre en domicilio. Niega otra sintomatología. Exploración física: Temperatura: 36,6 °C. Tensión arterial: 174/73 mmHg. Estado general conservado. Consciente, orientado y colaborador. Normocoloreado, normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo y respirando aire ambiente. Abdomen: blando, depresible, no distendido. Doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda con signos de irritación peritoneal. Masa palpable y dolorosa a ese mismo nivel. Peristaltismo disminuido. Resto de la exploración sin hallazgos patológicos. Pruebas complementarias: Hemograma: Hb 15,1 g/dL, Hto 44,9 %, VCM 93,9 fL, HCM 31,6 pg, leucocitos 11.810/μL (neutrófilos 9.190/μL, linfocitos 1.530/μL), plaquetas 233.000/μL. Bioquímica: urea 33 mg/dL, creatinina 1,23 mg/dL, proteínas totales 7,00 g/dL, bilirrubina total 0,70 mg/dL, PCR 67,1 mg/L. Coagulación: APTT 27,2 s, TP 10,3 s, IQ 100 %, INR 1,0, fibrinógeno 1.003 mg/dL. Gasometría venosa: pH 7,447, bicarbonato 25,3 mmol/L, glucosa 142 mg/dL, sodio 140 mmol/L, potasio 4,3 mmol/L, lactato 3,9 mmol/L. Juicio clínico: Masa abdominal dolorosa en varón de 76 años. Diagnóstico diferencial: Diverticulitis de sigma. Neoplasia perforada de sigma. Apendagitis epiploica. Infarto omental. Apendicitis y malrotación intestinal. Ileítis y malrotación intestinal. Diverticulitis de intestino delgado. Perforación del tracto gastrointestinal. Litiasis ureteral.

Conclusiones:

Tras la anamnesis y la exploración física compatibles con dolor abdominal con signos de irritación peritoneal, se solicitó una TC abdomino-pélvica urgente con hallazgos compatibles con plastrón apendicular por apendicitis aguda en contacto con pared abdominal. Ante los hallazgos radiológicos, se solicitó valoración por cirugía general de guardia, que decidió intervención quirúrgica urgente, realizándose apendicectomía abierta por laparotomía media.

A-887

LA MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO, UNO DE LOS IMITADORES DEL INFARTO DE MIOCARDIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

FB Quero Espinosa, R Calvo Rodríguez, AM Jiménez Aguilar, FJ Montero Pérez

Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Adulto. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Palabras claves: Takotsubo, miocardiopatía de estrés, infarto de miocardio

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer, 65 años sin factores de riesgo cardiovascular, presenta dolor torácico opresivo irradiado a mandíbula y brazo izquierdo, estando en el funeral de un familiar, mejorando con nitroglicerina intravenosa, apareciendo posteriormente hipotensión. El ECG muestra elevación de ST en cara anterior, la ecoscopia cardiaca (se adjunta vídeo) que muestra una aquinesia apical extensa, con una FE subjetiva del 25-30%. Se administra trombolisis sin signos de reperfusión, con pico de troponina I de 3,65 μg/ml. Posteriormente se practica cateterismo cardiaco, con coronarias normales. A los pocos días se repite ecocardiografía con función del 41% y RNM cardiaca con función del 69%, desapareciendo las anomalías electrocardiográficas iniciales.

Conclusiones:

La Miocardiopatía de Takotsubo o cardiomiopatía por estrés, es un infrecuente síndrome que provoca disfunción sistólica transitoria de los segmentos fundamentalmente apicales del ventrículo izquierdo, imitando al infarto de miocardio en sus estadios iniciales, pero con ausencia de enfermedad coronaria obstructiva. Se desconoce su etiología, proponiéndose anomalías microvasculares, fenómenos simpáticos o infecciones virales como posibles causas. Debe sospecharse en mujeres posmenopáusicas que presentan un síndrome coronario agudo tras una situación estresante, con manifestaciones clínicas y electrocardiográficas desproporcionadas con el grado de elevación de biomarcadores cardíacos, que suele ser moderado. Su rápido reconocimiento puede evitar la innecesaria y costosa administración de fibrinolíticos (con el consecuente riesgo de complicaciones hemorrágicas) o de nitratos (con probable empeoramiento de la disfunción al provocar aumento del gradiente dinámico). El diagnóstico diferencial (aparte de la cardiopatía isquémica) debe incluir al Síndrome X, angina de Prinzmetal, miocarditis o abuso de cocaína. Su tratamiento es de soporte, si hay inestabilidad hemodinámica se recomienda dopamina o dobutamina, los betabloqueantes están indicados si se asocia obstrucción en la salida del ventrículo izquierdo. Los criterios diagnósticos más utilizados son los de la Clínica Mayo (deben cumplirse todos): -alteraciones transitorias

CASOS CLÍNICOS

de la contractilidad ventricular (hipocinesia, acinesia, discinesia) con o sin afectación apical, extendiéndose más allá del territorio de una arteria coronaria determinada. Puede haber una situación estresante desencadenante. - Ausencia de enfermedad coronaria obstructiva/ruptura de placa aguda. - Anomalías electrocardiográficas novedosas (elevación del segmento ST/ inversión de onda T) o ascenso moderado de troponina cardiaca. - Ausencia de feocromocitoma o miocarditis.

A-888

SCHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A NEUMONÍA MULTILOBAR. GRIPE B

A Fernández Gómez, ML Abolafia Montes,
JL Martínez Fernández, R Rivas Martínez, P Fajardo Velasco
Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras claves: sepsis, neumonía, gripe

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 42 años con AP de síndrome de Down, institucionalizada desde hace una semana, es derivada al servicio de urgencias por fiebre de hasta 39.5° de varios días de evolución, acompañada de tos y mucosidad, además refiere el acompañante somnolencia en las últimas 24 horas con deterioro de su estado general Constantes: TA 93/52, saturación:90%(con reservorio), Temperatura:37.5°C A la exploración Glasgow 13/15, mal estado general, sudoración, AC: Tonos rítmicos sin soplos,AP:roncus en ambos hemitórax con crepitantes en campo derecho. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Hemograma: Hb: 12.6, htco: 34, leucocitos: 8130, neutrófilos: 87.3. Bioquímica: glucosa: 122, urea: 89, creatinina: 3, PCR: 445. Coagulación: TP:15,AP:61, INR:1.47. Gasometría: PH: 7.43, PCO2:37, PO2:42. Rx de tórax. Condensación multilobar derecha PCR de gripe: positivo para gripe B Antígenos de Legionella en orina: negativos Durante su estancia en área de observación la paciente sufre hipotensión refractaria a pesar de fluidoterapia, e insuficiencia respiratoria, precisando drogas vasoactivas y VMNI, además se pauta tratamiento antibiótico de amplio espectro con ertapenem, claritromicina , se añade oseltamivir y broncodilatadores. Tras estabilización, se ingresa a la paciente en planta de infecciosos.

Conclusiones:

La patología respiratoria tiene una alta prevalencia en los meses invernales en los servicios de urgencias, una de las complicaciones mas frecuentes y graves de la gripe es la neumonía postgripal, la mayor parte de las veces causada por neumococo, hemofilus y estafiloco. Es indispensable instaurar un tratamiento precoz y adecuado,para disminuir complicaciones.

CASOS CLÍNICOS

A-889

EL SÍNDROME HANLD (PSEUDOMIGRAÑA CON PLEOCITOSIS). UNO DE LOS GRANDES SIMULADORES DE PATOLOGÍA NEUROLÓGICA GRAVE. A PROPÓSITO DE UN CASO

AM Jiménez Aguilar, FB Quero Espinosa, G Leal Reyes,
FJ Montero Pérez

Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Adulto. Hospital
Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Palabras claves: síndrome Hanld, pseudomigraña, cefalea

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 29 años que consulta por episodio de alteración en la expresión verbal y agitación a los que se siguió cefalea intensa con vómitos, dificultad motora del miembro superior derecho y febrícula. Ante esta sintomatología se le realizó TAC craneal, analítica sanguínea y radiografía de tórax que no mostraron alteraciones concluyentes. Se le practicó una punción lumbar con resultado de 175 células/ μ L de predominio linfocitario e hiperproteínorrea (75 mg/dL), recibiendo tratamiento con aciclovir intravenoso. Posteriormente se practicó electroencefalograma, con actividad normal y la PCR en líquido cefalorraquídeo para virus habituales resultó negativa. El paciente evolucionó de forma favorable remitiendo los síntomas en 24 horas.

Conclusiones:

Habitualmente los síntomas neurológicos focales en pacientes jóvenes son atribuidos a fenómenos comiciales, eventos migrañosos, patología desmielinizante o más raramente a accidentes cerebrovasculares. La pseudomigraña con pleocitosis (PMP) o síndrome HaNLD es una rara entidad de curso autolimitado y benigno que combina síntomas neurológicos, cefalea y pleocitosis, ofreciendo un amplio y desafiante espectro de diagnóstico diferencial para el médico de urgencias, pudiendo imitar patologías potencialmente graves como meningoencefalitis o ictus. Se desconoce su etiología, se han propuesto alteraciones microvasculares, infecciones virales o anomalías inmunológicas como posibles causas. Su rápido reconocimiento puede evitar la innecesaria y costosa administración de fibrinolíticos, antibióticos, antivirales, inmunomoduladores o realización de procedimientos invasivos como angiografías. Debe sospecharse en varones jóvenes con antecedentes de infección viral sistémica con alteraciones neurológicas focales asociados a dolor de cabeza y leucorraquia linfocítica, aunque la mayoría de los autores opinan que su diagnóstico debe ser de exclusión. El diagnóstico diferencial debe incluir infecciones del SNC, patología vascular cerebral, procesos migrañosos y vasculitis. La PMP tiene un excelente pronóstico a largo y medio plazo. Por ello y ante la ausencia de una etiología clara, los esfuerzos deben centrarse en su manejo sintomático y en el diag-

nóstico diferencial. Entre los criterios diagnósticos más utilizados están los propuestos por Gómez-Aranda (deben cumplirse todos): Al menos un episodio de déficit neurológico transitorio acompañado o seguido por cefalea moderada a severa. Pleocitosis de predominio mononuclear en el LCR. Resolución espontánea del cuadro antes de 4 meses. Estudio etiológico negativo.

CASOS CLÍNICOS

A-890

**DE LA CERVICALGIA AL QUIRÓFANO.
A PROPÓSITO DE UN CASO**

MD Jódar Salas, C Benito Romeral, B Espinosa Fernández,
J Pérez San Roque

Hospital General Universitario de Alicante

Palabras claves: neck pain, myeloma, surgery

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: La cervicalgia constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en la puerta de urgencias del área de traumatología, debido a su alta prevalencia. **OBJETIVO:** Estudio de la cervicalgia en los servicios de Urgencias Hospitalarios y búsqueda de la etiología desencadenante y diferentes opciones de tratamiento. **MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:** Presentamos el caso de una mujer de 49 años que acude a urgencias por persistencia de dolor cervical de 2 meses de evolución a pesar de tratamiento analgésico y relajante muscular prescrito por su médico de cabecera. Niega antecedente traumático evidente. Dolor cervical de características inflamatorias. Picos febriles vespertinos de hasta 38° en los últimos meses y reciente aparición odinofagia. No antecedentes patológicos de interés. Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía. No tratamiento habitual. **RESULTADOS:** Se realiza radiografía cervical que evidencia luxación vertebral cervical cerrada. Se amplía estudio de imagen realizando Tomografía Axial Computarizada y Resonancia Magnética cervical: fractura C2 patológica con listesis anterior, afectación extracompartimental a nivel de pedículo/pars izquierda con evidente compromiso de canal. Se inmoviliza fractura con halo jacket y es intervenida de artrodesis occipito cervical C5. Se completa estudio de imagen hallando lesiones osteolíticas en L5 y costillas. Estudio de orina: banda monoclonal kappa confirmando diagnóstico de mieloma múltiple.

Conclusiones:

Fractura C2 patológica secundaria a mieloma múltiple En la búsqueda bibliográfica realizada, se concluye que los tumores de hueso vertebrales cervicales son raros y dentro de los casos que se reportan, se evidencian fracturas patológicas vertebrales secundarias a metástasis tumorales de neoplasias primarias no conocidas, siendo los más frecuentes: pecho, pulmón y próstata, y otros como linfoma, mieloma múltiple y renal, menos comunes en el diagnóstico final.

A-891

**MANEJO DE LA ARTRITIS SÉPTICA EN URGENCIAS.
A PROPÓSITO DE UN CASO RARO DE ARTRITIS DE
ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR EN UN VARÓN
SIN FACTORES DE RIESGO**

AM Jiménez Aguilar, FB Quero Espinosa, C Martos Órpez,
FJ Montero Pérez, I Bajo Fernández

Unidad de Gestión clínica de Urgencias del Adulto. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Palabras claves: artritis séptica, esternoclavicular, *S. aureus*

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón, 31 años, sin antecedentes, presenta tumoración paraesternal derecha asociada a fiebre, de unos 3 días de evolución, sin recordar traumatismos. A la exploración presenta una tumefacción con enrojecimiento y aumento de temperatura en la zona condroesternal derecha (se aportan imágenes). Se le practicó TAC torácico con hallazgo de una condensación posterobasal del lóbulo inferior derecho con pequeño derrame pleural asociado, y gammagrafía ósea con resultado de hipercaptación del trazador a nivel esternoclavicular derecho, sugestivo de infección articular. Los hemocultivos fueron positivos a *S. aureus*. El paciente evolucionó favorablemente tras antibioterapia con rifampicina y levofloxacina.

Conclusiones:

La consulta de un paciente con una articulación inflamada y fiebre, independientemente de su localización, debe considerarse como una urgencia médica debido a la posibilidad de artritis séptica, que además suele plantear serios problemas diagnósticos para el médico de urgencias pues su principal presentación y semiología a menudo es similar a la de otras formas de artritis, a la vez que las dificultades que puede plantear el difícil acceso para la extracción de líquido sinovial por la propia anatomía de algunas articulaciones. Por ello, la investigación de los factores de riesgo, una detallada anamnesis y una cuidadosa exploración física, son los pilares básicos en los que el urgenciólogo debe basarse a la hora de emitir decisiones diagnóstico/terapéuticas así como de dilucidar el destino del paciente. La infección de la articulación esternoclavicular constituye un 9% de todos los casos de artritis séptica, apareciendo sobre todo en pacientes con factores de riesgo (adictos a drogas por vía parenteral, inmunodeprimidos, diabéticos), por su localización puede originar complicaciones graves como abscesos, mediastinitis, neumonías o empiema. Por consiguiente, algunos autores recomiendan la realización de TAC torácico dentro de su curso diagnóstico. El germen más involucrado es *S. aureus*, debiendo iniciarse antibioterapia precoz con cloxacilina, o vancomicina en el caso

CASOS CLÍNICOS

de resistencias a meticilina, no debe olvidarse *P. aeruginosa* en pacientes con factores de riesgo, debiendo prescribir cefepima o piperacilina- tazobactán. La articulación esternoclavicular está poco vascularizada, por lo que el tratamiento es prolongado. El diagnóstico diferencial incluye artritis no infecciosas, Síndrome de Tietze, tumores de la caja torácica, traumatismos y patología ganglionar y tiroidea.

A-892

INTOXICACIÓN POR ETANOL:
A PROPÓSITO DE UN CASO

MA Fernández Martínez, E Román Conejos

Hospital General Universitario de Elche

Palabras claves: metanol, etanol, intoxicación alcohólica

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente mujer de 66 años, natural de Alemania, sin antecedentes conocidos. Trasladada a nuestro Servicio por SAMU por disminución de la agudeza visual. La paciente refiere ingesta de unos 300 cc de alcohol de quemar (metanol 60%) el día previo tras discutir con su esposo, sin referir otra clínica que la descrita. A su llegada, consciente, colaboradora, GCS 15. Estable hemodinámicamente, exploración normal. Se realiza analítica urgente objetivando acidosis metabólica con anion GAP elevado, por lo que se inicia tratamiento con bicarbonato y etanol intravenosos y se ingresa a la paciente en UCI. En UCI se inicia hemodiálisis y se mantiene la perfusión de etanol durante 4 días, hasta normalizar Osmol GAP. La clínica ocular va mejorando progresivamente, recuperando la visión, siendo al alta prácticamente igual que a su ingreso.

Conclusiones:

El metanol es un alcohol de bajo peso molecular con múltiples aplicaciones tanto industriales como domésticas. A pesar de su accesibilidad, la intoxicación accidental es poco frecuente, siendo el intento autolítico la forma de presentación más frecuente en España. La intoxicación por metanol es un cuadro infrecuente pero extremadamente grave, siendo su mortalidad entre el 25 y el 50%, presentando gran cantidad de secuelas neurológicas y visuales en los casos no mortales. La ingesta de una pequeña cantidad puede dar lugar a una intoxicación grave, presentando una elevada morbilidad, debido en gran parte a la dificultad para confirmar el diagnóstico. El diagnóstico de confirmación viene dado por los niveles de metanol en sangre. Sin embargo, esta prueba no está disponible en muchos centros o presenta mucha demora, por lo que no nos resulta útil en Urgencias, teniendo que iniciar tratamiento con la sospecha clínica y datos analíticos. El pronóstico vital y la aparición de secuelas mejora cuanto menor sea el tiempo de demora entre la ingesta y el inicio del tratamiento, por lo que queremos destacar la importancia de sospechar de forma precoz esta intoxicación en los casos de pacientes con coma de origen desconocido y que presenten acidosis metabólica importante y anion GAP elevado.

CASOS CLÍNICOS

A-893

APENDICITIS AGUDA: ¿DIAGNÓSTICO CLÍNICO O RADIOLÓGICO?

C Monroy Gómez, A Santamaría Marín, B Ballester Rodríguez, R Izquierdo Fernández, A Alberca Páramo), L Rozas Rodríguez

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Palabras claves: apendicitis, radiología, diabetes

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 50 años, fumador, bebedor y con diabetes mellitus tipo 2 (DM- 2), que consulta por dolor en el muslo derecho y sensación distérmica de 1 mes de evolución. Negaba antecedente traumático. En la exploración física, presentaba regular estado general, la presión arterial era 105/64 mm Hg, la frecuencia cardíaca 125 lpm y la temperatura 37,8°C. En la cara interna y proximal del muslo derecho se palpaba una zona indurada, dolorosa, sin eritema ni aumento de la temperatura local. El resto de la exploración era anodina. En la analítica destacaba leucocitos 34.200 miles/ul (neutrófilos 94%), lactato deshidrogenasa 377 UI/L, procalcitonina 0,5-2 ng/ml y PCR 24 mg/dl. Se realizó radiografía de pelvis en la que se observaban burbujas de aire a nivel de la zona proximal del fémur. Se instauró tratamiento analgésico y antibioterapia empírica. Ante la sospecha de absceso del psoas, se completó estudio con TAC, en el que se confirmó la existencia del mismo, con extensión caudal hasta la raíz del muslo, con aire entre los vientres musculares de los adductores y en el compartimento lateral/dorsal, con origen del mismo en fosa ilíaca derecha en relación con apendicitis pasada. El paciente pasó a quirófano donde se evidenció apendicitis retrocecal muy evolucionada y absceso del psoas secundario. Se realizó resección cecal, lavado retroperitoneal y fasciotomía.

Conclusiones:

La apendicitis aguda (AA) es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente en nuestro medio. Existen presentaciones atípicas que dificultan el diagnóstico. En pacientes con patologías asociadas como la DM-2 o la enfermedad renal crónica así como en las edades extremas de la vida, el diagnóstico clínico a veces es complicado, pudiendo cursar con dolor abdominal inespecífico y generalmente de forma tardía. Esto, unido a la localización atípica del apéndice, hace que la forma de presentación no sea la habitual. El propósito de nuestro caso es atraer la atención hacia la diversidad de formas clínicas con las que puede cursar la AA, e insistir en la importancia de las técnicas de imagen para establecer el diagnóstico.

P-894

CRISIS ASMÁTICA CASI FATAL CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA

A Pérez Zapata, MJ Betances Javier, L Bort Llorca, S Melero Cabezas, L Pérez Ollero

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Palabras claves: asma, vasoespasmio, cateterismo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 67 años que acude a urgencias por disnea intensa con gran trabajo respiratorio, sin dolor torácico ni otra clínica infecciosa. Antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y asma bronquial, todo en tratamiento crónico. El último control con Neumología por su Asma es de 6 años antes. Durante el último año ha incrementado el uso de la medicación broncodilatadora de rescate. A su llegada a urgencias, saturación de oxígeno de 87% a aire ambiente, tensión arterial 120/70, taquipnea, con importante trabajo respiratorio. Afebril. La auscultación muestra hipofonesis generalizada con espiración muy alargada, tonos cardíacos rítmicos taquicárdicos sin soplos audibles. Abdomen es normal, no doloroso. No edemas en miembros inferiores. Se decide dado su mal estado comenzar Ventilación Mecánica no Invasiva, y tratamiento con corticoides, broncodilatadores, y sulfato de magnesio, sin respuesta alguna, por lo que posteriormente se decide intubación orotraqueal manteniendo saturación de oxígeno al 100%. En la analítica inicial presenta normalidad en el hemograma y en la bioquímica. Destaca la gasometría arterial con pH 7,09, pCO2 92, pO2 324, HCO3 27 y lactato 2. Electrocardiograma con taquicardia sinusal a 130 latidos y descenso del segmento ST en V3-V6. Rx normal. Trascurridos 5 minutos, se produce parada cardíaca en asistolia que tras 15 minutos de RCP avanzada con administración de 3 ampollas de adrenalina, sale en fibrilación auricular con ascenso del segmento ST en aVR, V1 y V2 con descenso del segmento ST en cara infero-lateral. Se plantea diagnóstico diferencial con Síndrome Coronario Agudo que se descarta con cateterismo urgente que muestra arterias epicárdicas normales. Posteriormente ingresa en UCI, y evoluciona favorablemente con extubación tras 24 horas. En sala de Neumología presenta recuperación completa sin secuelas, y es dado de alta con controles en consultas de Neumología con tratamiento optimizado.

Conclusiones:

El caso representa una crisis asmática grave con vasoespasmio coronario y asistolia posterior que pudo provocar la muerte del paciente. Probablemente, con unos controles adecuados de la enfermedad, y un seguimiento proactivo del paciente con tratamiento correcto se podría haber evitado dicha urgencia médica.

CASOS CLÍNICOS

A-895

OTRA CAUSA DE FIEBRE EN EL PUERPERIO

C Monroy Gómez, A Santamaría Marín, GP Serrano Pradas,
B Ballester Rodríguez, C Pastor Sánchez

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Palabras claves: osteomielitis, pubis, *Streptococcus intermedius*

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 34 años, con antecedente de cesárea hacía una semana por fiebre y sospecha de diástasis de pubis, que acudió a urgencias nuevamente por fiebre. Tras el alta continuó con picos febriles diarios así como aumento progresivo de volumen en el muslo izquierdo. En la exploración destacaba temperatura de 39°C y aumento del perímetro del muslo con eritema, calor y limitación a la aducción. En la analítica destacaba leucocitos 14.000 miles/ul (neutrófilos 82%), LDH 273 UI/L y PCR 22,7 mg/dl. Se realizó ecografía urgente, objetivándose una colección en el músculo adductor izquierdo de gran tamaño, sin otros hallazgos. Se completó el estudio mediante TAC que reveló una osteomielitis del pubis de predominio izquierdo y una colección de 11 x 4 cm en el adductor izquierdo compatible con absceso. Fue valorada por traumatología que indicó manejo conservador, iniciándose tratamiento con ceftazidima y cloxacilina. Ingresó en medicina interna donde se realizó una punción guiada por ecografía del absceso, obteniéndose material purulento en cuya bioquímica se observaron más de 100.000 leucocitos/mm³ (100% polimorfonucleares), glucosa 18 mg/dl, proteínas 1,7 g/dl y LDH 32.383 U/L. Con dicho resultado, traumatología realizó desbridamiento quirúrgico del absceso. En el cultivo se aisló *Streptococcus intermedius*. La evolución clínica fue favorable, con mejoría analítica y radiológica, siendo dada de alta con el diagnóstico de osteomielitis de la sínfisis del pubis por *S. intermedius* y absceso en aductor izquierdo secundario.

Conclusiones:

La osteomielitis de la sínfisis del pubis es infrecuente, representando menos del 1% de las osteomielitis. La mayoría de casos ocurre en mujeres tras un traumatismo pélvico o cirugía ginecológica o urológica recientes, apareciendo en un intervalo de 2-12 semanas después. Suele cursar con dolor pélvico insidioso que progresa hasta aparecer impotencia funcional con imposibilidad para la aducción. La fiebre orienta al diagnóstico, confirmándose con una muestra microbiológica positiva. *S. intermedius* es un estreptococo del grupo milleri, y suele ser responsable de infecciones a nivel del tracto respiratorio, digestivo o genitourinario. De forma excepcional, se han descrito casos en la literatura de osteomielitis por estos agentes, siendo aún más inusual que sean responsables de la formación de abscesos a nivel muscular.

P-896

UNA CAUSA POCO COMÚN DE FIEBRE Y MIALGIAS

JL Fraile González, C Hidalgo Collazos, J Garrido Dorronsoro,
J del Cañizo Canto, R Parada López, L Cano Alcaide,
C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: piomiositis, rabdomiolisis, bacteriemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 50 años con hipertensión arterial, hiperlipemia, diabetes tipo 2 y bebedor importante (más de 80 g día) que acude a urgencias por mal estado general destacando mialgias generalizadas, cervicalgia, y sensación distérmica de 6 días de evolución. Regular estado general, Glasgow 15, TA 103/79 FC 112 T° 37,1. ACP y abdomen normales. Exploración neurológica normal con signos meníngeos negativos aunque dudosa rigidez de nuca. Analítica de urgencias, destacan leucocitosis (18600 10E3/μL) con neutrofilia (95.1%), trombocitopenia (77000 10E3/μL) y PCR 47 ug/dl. Bioquímica con leve colestasis y CPK 874 mg/dl. Resto de la analítica sin hallazgos de interés. Previo TC craneal normal, se decide realizar punción lumbar que es normal. A las pocas horas el servicio de Microbiología avisa por crecimiento de cocos positivos en racimos (Probable *S. aureus*). Se cubrió con Cloxacilina iv 2 g/4 h + Gentamicina 3 mg/kg/día, se realizó ecocardiograma Transtoracico en urgencias que fue normal. El paciente presenta inestabilidad clínica progresiva y ante la ausencia de foco, realizamos TC cérvico-toraco-abdominal, observándose abscesos en múltiples grupos musculares. Los de mayor tamaño fueron drenados de manera quirúrgica (absceso cervical a nivel de C2-C3 y absceso en vasto interno). Inicialmente se decidió manejo conservador del resto de abscesos, pero ante la persistencia de bacteriemia se realiza ecografía de partes con aspiración de las colecciones objetivadas de mayor tamaño. Desde ese momento la sepsis se controló de forma satisfactoria.

Conclusiones:

El paciente fue diagnosticado de piomiositis, se trata de una infección bacteriana del músculo que aparece en ausencia de sitio pre-disponible de infección. El *S. aureus* es responsable del 95% de los casos. Tiene un comienzo subagudo, con síntomas inespecíficos (fiebre, mialgias) y datos analíticos anodinos (rabdomiolisis leve), Por lo que es difícil de diagnosticar al inicio. Los hemocultivos son habitualmente positivos, y es una identidad en la que hay que pensar si se descarta la endocarditis en una bacteriemia por *S. aureus*. Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen la diabetes mellitus, VIH, las neoplasias, las enfermedades del tejido conectivo, la adicción a drogas intravenosas y la contusión muscular. Sin embargo, en un tercio de los pacientes no se reconocen factores de riesgo. El drenaje quirúrgico o la punción aspiración además de antibiótico intravenoso son los tratamientos de elección.

CASOS CLÍNICOS

A-897

GESTANTE CON DOLOR ABDOMINAL

A Santamaría Marín, C Monroy Gómez, Y Roldán Casas, MªM Ramírez Gómez, D Reina Escobar, MªJ Blanco de la Rubia
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Palabras claves: gestación heterotópica, dolor abdominal, técnicas de reproducción asistida

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Gestante de 21 años, con antecedente de inseminación artificial, que acudió en la semana 8 a urgencias por dolor abdominal y síncope. Veinticuatro horas antes consultó por sangrado vaginal, diagnosticándose de gestación intrauterina (GI) evolutiva con pequeño hematoma retrocorial. En la exploración destacaba presión arterial 70/40 mm Hg, frecuencia cardíaca 93 lpm, abdomen doloroso de forma generalizada con irritación peritoneal, cérvix doloroso a la movilización, restos hemáticos en vagina y ausencia de sangrado activo. En la analítica destacaban hemoglobina 10.7 g/dl y beta-HCG 122.314 mUI/ml. En la ecografía transvaginal se visualizó una vesícula gestacional con embrión en su interior con latido cardíaco positivo, anejos aparentemente normales e importante cantidad líquido libre en cavidad abdominal. Se realizó control analítico en el que se objetivó hemoglobina 9 g/dl. Ante la sospecha de hemoperitoneo se realizó laparoscopia urgente que lo confirmó, así como rotura de la trompa derecha con abundantes coágulos, sugestivo de embarazo ectópico (EE) complicado. Se realizó salpinguectomía derecha. El postoperatorio fue favorable, siendo dada de alta a las 48 horas.

Conclusiones:

La gestación heterotópica (GH) se define como la coexistencia simultánea de un embarazo intrauterino y otro extrauterino. Es poco frecuente, aunque en la última década está aumentado tras la introducción de las técnicas de reproducción asistida (TRA). Se han descrito como factores predisponentes: anticonceptivos, enfermedad pélvica inflamatoria, antecedente de cirugía pélvica, embarazo ectópico o gemelar, endometriosis y TRA. Las manifestaciones clínicas son variadas. Las más frecuentes son: dolor abdominal, sangrado vaginal y shock hipovolémico. El sangrado vaginal ocurre cuando la GI se complica con la presencia de hematoma retroplacentario. El diagnóstico se realiza habitualmente por ecografía transvaginal, aunque en ocasiones es durante la cirugía de un abdomen agudo. La utilidad de la beta HCG es menor al estar elevada por la propia GI. El tratamiento de elección es la cirugía laparoscópica. La técnica más habitual es la salpinguectomía. La laparotomía se reserva para los casos de inestabilidad hemodinámica. Existen tratamientos más conservadores la inyección de sustancias por vía vaginal guiada por ecografía (cloruro potásico, prostaglandinas y metotrexate). El cuanto al pronóstico fetal, se estima que hasta el 70% de los embarazos intrauterinos llegan a término.

A-898

ME FATIGO MUCHO

RS Rojas Luán, A Cantero Sandoval, JM Marín Martínez, ML Tornel Martínez, V Asensio Villanueva, M. Torrecillas Gómez
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Palabras claves: tromboembolismo pulmonar, disnea, dolor en el pecho

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente varón de 66 años, dislipémico y ex-fumador que consulta por disnea progresiva de 2-3 meses de evolución que la relaciona con la ingesta de alimentos. Refiere que en los últimos 6 días nota progresión rápida acompañándose de dolor en hemiabdomen superior y torácico. Al ampliar la historia clínica el paciente refiere también dolor a nivel gemelar izquierdo de manera intermitente de una semana de evolución. Exploración física: TA:140/91mmHg, FC:110 lpm, FR:16 rpm, T: 35.7°C. Auscultación cardiopulmonar: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular pasa bien. Abdomen: blando, depresible. No puntos dolorosos. Miembros inferiores: Hommans dudoso, no edema. Pulsos pedios presentes y simétricos. Exámenes auxiliares: ECG:RS a 100lpm, eje -15, Sin alteraciones del ST ni Onda T. Hb:13, Troponina T:135, Dímero D: 3000. Ecografía doppler Miembro inferior izquierdo: Trombosis tercio distal de femoral superficial y popliteas izquierdas. Rx tórax: cardiomegalia. AngioTAC torácico: TEP bilateral extenso con afectación de arterias pulmonares principales en segmento distal, lobares inferiores y superiores. Aumento de tamaño de cavidades derechas. Evolución: El paciente tras inicio de oxigenoterapia queda asintomático. Estando en urgencias se inicia anticoagulación y se decide ingreso hospitalario. Diagnóstico: Enfermedad tromboembólica venosa: Embolismo de pulmón Trombosis venosa profunda de femoral superficial y poplitea izquierda.

Conclusiones:

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) engloba dos entidades las trombosis venosas profundas de miembros inferiores y superiores (TVP) y el embolismo pulmonar (EP). Su incidencia es de 1-2 casos/1000 habitantes. Es un problema médico importante ya que es la tercera causa de muerte en España. Su incidencia aumenta con la edad, llegando a 1 por cada 100 personas y año a los 85 años. A los 6 meses recurren aproximadamente el 7% de los casos, más en pacientes con cáncer. La mortalidad a los 30 días es del 12%, generalmente asociada a cáncer, edad avanzada o comorbilidad cardiovascular. A pesar de la profilaxis de la ETV se cifra la mortalidad global por TEP en unos 20.000 pacientes/año. Es una entidad que siempre debemos tener presente en la atención en urgencias ya que sus síntomas son inespecíficos en un 80% de casos y sus pruebas diagnósticas de baja especificidad y bajo valor predictivo positivo. Cobrando importancia la realización de una buena historia clínica.

CASOS CLÍNICOS

A-899

ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS EN
PACIENTE POLIMEDICADO

C Ibero Esparza, M Díaz Noain, D Navarro González, I Ocaña Rojo, J Abadía Durán

Hospital García Orcoyen. Estella.

Palabras claves: efecto secundario, arritmias cardíacas, toxicidad

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 65 años, diagnosticado de trastorno bipolar en tratamiento con Litio, Lamotrigina, Sertralina y Bupropion, acude a Urgencias por tos, escasa expectoración y disnea de un mes de evolución. No refería dolor torácico ni palpitaciones. En la exploración destacaba febrícula (37.3°), taquipnea (32rpm), Sat 94% e hiperemia faríngea. En el ECG del ingreso se observó un ensanchamiento del QRS con QT alargado no presente en previos. Se solicitó analítica con iones (Mg2+ y Ca2+), niveles de litio y enzimas cardíacas con resultado normal. El test de la gripe fue positivo. Se ingresó al paciente en Observación donde se realizó seriación enzimática y electrocardiográfica. Durante el ingreso se mantuvo el Litio y se suspendió el resto de su tratamiento. Las alteraciones del ECG desaparecieron tras 24 horas, y el paciente fue dado de alta con su registro electrocardiográfico basal.

Conclusiones:

Las interacciones producidas por la toma de varios fármacos están sujetas a numerosas variables, y pueden provocar efectos farmacológicos diferentes en un mismo paciente. La frecuencia de las interacciones va en aumento, consecuencia de la polimedicación creciente. Las consecuencias de las interacciones medicamentosas en los pacientes son difíciles de clasificar y están relacionadas con la idiosincrasia individual. Una forma eficaz para detectarlas es mantener una estrecha vigilancia los primeros días tras la administración de un nuevo fármaco. Y sospecharlas, incluso ante pacientes con síntomas banales como en nuestro caso, la tos. El Bupropion aumentó los niveles de Sertralina, y la Sertralina aumentó los niveles plasmáticos de Litio y Lamotrigina en nuestro paciente. Tanto Litio como la Lamotrigina pueden ensanchar el complejo QRS y prolongar el QT. El mejor tratamiento es la retirada de los fármacos sospechosos, siempre que sea posible.

P-900

SOSPECHOSOS NO HABITUALES

I Fernández Marín, AB Carlavilla Martínez, A García Villa, AP García Marín, LT Vázquez Rodríguez, M Cuadrado Fernández

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Palabras claves: hemorragia gastrointestinal, vómitos, anisakiasis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 42 años hipertenso, con ingreso dos meses antes por IAM no Q con enfermedad de un vaso revascularizada con stent con indicación de doble antiagregación al alta. Acude al servicio de urgencias por deposiciones negras con cuadro posterior de sudoración fría, inestabilidad y sensación de pérdida de conocimiento. En la exploración física se encuentra con buen estado general, afebril, hemodinámicamente estable y eupneico. Dolor a la palpación en epigastrio. Tacto rectal positivo para melenas. Lavado por sonda nasogástrica con posos de café. Analítica con hemoglobina 11,4 gramos/decilitro, urea 67 miligramos/decilitro. Se realiza gastroscopia, resultando incompleta por restos alimentarios. Se mantiene hemodinámicamente estable, con hemoglobina de control 8 gramos/decilitro, por lo que se transfunden dos concentrados de hematíes y se solicita nueva gastroscopia en la que se aprecia úlcera gástrica con fondo de fibrina con visualización de dos parásitos de morfología filiforme sugestivo de anisakis, se procede a extracción de los mismos. Rehistoriando al paciente refiere ingesta en las horas previas al inicio del cuadro de ceviche. Juicio clínico: Hemorragia digestiva alta con anemia en el contexto de úlcera Forrest III en relación con anisakis. El paciente permanece en observación en la urgencia sin incidencias durante la misma, con inicio de tolerancia oral y analítica de control sin anemia posterior a la gastroscopia por lo que se decide alta a domicilio con revisión en consulta de alergia.

Conclusiones:

La anisakiasis gastrointestinal es una patología con aumento de la incidencia en nuestro medio. La práctica de riesgo más común es el consumo de platos elaborados con pescado crudo tratado de manera inadecuada. Puede existir afectación gástrica o intestinal. En los casos de afectación gástrica, tras un período de latencia que varía de 1 a 24 h desde la ingesta del pescado crudo, el síntoma de presentación más frecuente consiste en epigastralgia. La hemorragia digestiva alta en forma de melenas es una manifestación poco frecuente de anisakiasis. El diagnóstico se realiza mediante gastroscopia, precisando la realización de la misma de manera urgente, el tratamiento ideal lo constituye la extracción del parásito durante la realización de la endoscopia.

CASOS CLÍNICOS

P-901

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN: NEUMOPERICARDIO EN RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

R Ollés Puyol (1), E Cortés Virtus (1), L Berriozabal Díaz (1), P Durán López (2), F Melgosa Latorre (1), M Berridi Aguirre (1), A Eguzkitza Ortega (1)

(1) Hospital Alto Deba-Mondragón (Guipúzcoa), (2) HUA-Santiago Vitoria (Álava).

Palabras claves: neumopericardio, fístula, radiografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

OBJETIVO: Presentar un caso clínico de una patología como es el neumopericardio, en la que se puede llegar a un diagnóstico en Urgencias mediante una técnica de imagen como es la radiografía de tórax. **CASO CLÍNICO** Presentamos el caso de una mujer de 60 años, con antecedentes de gastrectomía total por adenocarcinoma gástrico. Es portadora de endoprótesis esófago yeyunal por estenosis postquirúrgica. Acude a nuestro servicio por dolor epigástrico irradiado a zona dorsal derecha y hombros, continuo y punzante. A la exploración se encuentra eupneica, normoperfundida y afebril, con Sat Ox 98%, TA 94/55 y FC 124x'. Destaca: taquicardia rítmica, con soplo sistodiastólico. Auscultación pulmonar: crepitantes finos bibasales. Exploración abdominal: dolor a la palpación en epigastrio y en zona de yeyunostomía. Analíticamente no hay alteraciones reseñables. ECG: taquicardia sinusal con elevación difusa de ST < 1 mm. Realizamos Rx tórax en la que se observa una banda radiotransparente rodeando a silueta cardiaca compatible con neumopericardio. Se solicita TAC torácico informado como neumopericardio con fístula esófago pericárdica. La paciente se derivó a Sº Cirugía Torácica. Inicialmente se decidió tratamiento conservador, pero ante la no mejoría se realizó pericardiectomía y cierre de fístula con evolución lenta pero favorable.

Conclusiones:

El neumopericardio se define como presencia de aire en espacio pericárdico. Es una entidad poco frecuente y potencialmente grave, ya que puede provocar taponamiento cardíaco. Podemos clasificar su etiología en dos grandes grupos: traumáticos (ingesta de cuerpos extraños, broncoscopia, ventilación mecánica...) y no traumáticos (asma severo, úlceras esofágicas, abscesos...). Los pacientes suelen presentar dolor torácico penetrante típicamente irradiado a hombro izquierdo y disnea, además pueden presentar fiebre y shock. El diagnóstico se establece mediante radiografía de tórax, donde se observa una banda radiotransparente que rodea la silueta cardiaca. Se completaría estudio mediante tomografía axial computerizada para buscar posibles trastornos estructurales que pudieran ser los causantes del neumopericardio. El tratamiento se realizará en función de la causa desencadenante. En el caso de fístula esófago pericárdica hay constancia de pacientes que han mejorado con pericardiocentesis y antibióticos. No obstante la mejor opción para aumentar la supervivencia es diagnóstico precoz, drenaje pericárdico y cirugía adaptada a cada caso.

A-902

FARMACOLÓGICO PARECE, PERO NO ES

JR Casal Codesido, R Cuadra San Miguel, B Peleteiro Cobo, E Méndez Rodríguez, B López Prada, M Piñón García, S Macías Fernández

Hospital El Bierzo. Ponferrada, León.

Palabras claves: síndrome confusional, fármacos, meningitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 82 años con antecedentes personales de HTA, dislipemia, tiroidectomía total por carcinoma papilar de tiroides y apendicectomía. Acude, acompañada de su familia, al Servicio de Urgencias, por cuadro de 24 horas de evolución de síndrome confusional sin fiebre ni otra sintomatología acompañante. Destaca cuadro similar, el mes previo, que requirió ingreso hospitalario y se resolvió con ajuste farmacológico. Exploración física: Sin hallazgos patológicos, incluyendo, exploración neurológica sin signos de focalidad neurológica, fuerza y sensibilidad conservadas en las 4 extremidades, reflejos osteo-tendinosos presentes y simétricos y signos meníngeos negativos. Pruebas complementarias: analítica sanguínea: anemia microcítica e hipocrómica, 9000 leucocitos (87200 neutrófilos). Analítica orina: normal. Rx tórax: sin datos sugestivos de patología aguda. TAC craneal: sin signos de isquemia ni hemorragia aguda. Líquido cefalorraquídeo: leucocitos 213 (5% polimorfonucleares, 95% mononucleares). Resto dentro de la normalidad. Diagnóstico diferencial en urgencias: Aunque la etiología más frecuente del síndrome confusional agudo en el anciano, suele ser multifactorial, en el Servicio de Urgencias debemos descartar: • Enfermedades neurológicas: ictus, hematoma subdural, neoplasias, degenerativas como la enfermedad de Alzheimer o de Parkinson. • Trastornos metabólicos sistémicos: infecciones, hipotermia, deshidratación, alteraciones del equilibrio ácido-base o hidro-electrolíticas... • Fármacos: medicación psicoactiva, retirada o modificaciones recientes de medicación. • Cambios en el entorno/ubicación del anciano, privación o sobrecarga de estímulos sensoriales, privación del sueño, control inadecuado del dolor. Diagnóstico final: Meningitis linfocitaria de origen no filiado. Evolución: A las 24 horas del ingreso la paciente comenzó con picos febriles y presentó una crisis comicial generalizada tónico-clónica. Ante los hallazgos del líquido cefalorraquídeo se inició tratamiento antibiótico empírico, quedando la paciente afebril y desapareciendo manifestaciones neurológicas por lo que se decidió alta hospitalaria.

Conclusiones:

• El síndrome confusional agudo constituye una urgencia médica que empeora el pronóstico del enfermo, aumentando el riesgo de demencia, institucionalización y mortalidad. • Es de suma importancia reconocer sus manifestaciones y tratarlas enérgicamente y de forma precoz. • Aunque las manifestaciones clínicas sean similares la etiología del cuadro puede no ser la misma. Esto es especialmente relevante en el paciente anciano por su pluripatología

CASOS CLÍNICOS

A-903

CRISIS ASMÁTICA SEVERA

K Ghazi el Hammouti, L Barba Recio, V Molina Sánchez, V Alarcón Nieto, JM Krivocheya Montero, J Arjona Soriano
Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: acidosis respiratoria, tiraje intercostal, hipoventilación

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 4 años de edad, que acude al SUHC por cuadro de dificultad respiratoria de unas 12 horas de evolución. AP de asma bronquial. Embarazo y parto con periodo neonatal normal. Varias hospitalizaciones por dificultad respiratoria. EXPLORACIÓN FÍSICA Peso 20 Kg, T° 37,5 FC 163 lpm, saturación de oxígeno 78%. Mediano estado general, con cianosis, regular hidratación sin exantemas ni adenopatías significativas ORL: Rinitis Tórax: Disnea, tiraje intercostal severo, taquipnea ACR: Tonos rítmicos sin soplos significativos, hipoventilación bilateral, sibilancias aisladas Abdomen: Blando y depresible, sin palpar megalias. Exploración neurológica: PICNIR, pares craneales normales, fuerza y sensibilidad conservadas, ROT normales, no signos meníngeos. Algo obnubilada. Genitales femeninos normales Analítica Hemograma: Hb 13,1, Hcto 38%, VCM 73, leucocitos 28290 (Neutrófilos 92 %, linfocitos 3%), plaquetas 414000. Bioquímica: Glucosa 161, PCR 0,5 resto de parámetros normales Coagulación: Normal Gasometría arterial: PH 7,29, CO3H 22,8, PCO2 64, PO2 32. Rx tórax: atrapamiento aéreo intenso, tórax hiperinsuflado La paciente recibe tratamiento con metilprednisolona, aerosolterapia con Ventolín y suero fisiológico, antitérmicos y se contacta con Pediatra de guardia que decide su ingreso hospitalario DIAGNÓSTICO: Crisis asmática severa. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Bronquiolitis, neumonías, laringitis, cuerpo extraño bronquial, episodios de hiperventilación (cetoacidosis diabética), anillos vasculares, traqueomalacia, fibrosis quística y disfunción de cuerdas vocales. EVOLUCIÓN: La paciente permanece en planta durante 4 días con los tratamientos referidos anteriormente hasta que es controlada y se procede a su alta hospitalaria con saturaciones del 99%

Conclusiones:

La crisis asmática es la tercera causa más frecuente de ingreso no quirúrgico en España, y si es grave debemos considerarlo como una crisis de riesgo vital, ya que puede requerir ingreso en UCI e incubación orotraqueal de la paciente.

P-904

VARÓN DE 43 AÑOS CON ATAXIA, DIPLOPÍA Y DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

J Gea Fernández (1), MªJ Morales Cevidanes (1), M Jiménez Parras (1), GI Mestre Reoyo (2), F Temboury Ruiz (1), E Rosell Vergara (1)

(1) Hospital Clínico Virgen de La Victoria, (2) Médico EBAP Distrito Sanitario Málaga. Málaga.

Palabras claves: ataxia, diplopia, encefalitis de Bickerstaff

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: La encefalopatía, la ataxia y la oftamoplejía son síntomas que en ocasiones se presentan como una urgencia neurológica, y que a veces incluyen en su diagnóstico diferencial patologías poco frecuentes. CASO CLÍNICO: Varón de 43 años sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por presentar cuadro de inestabilidad para la marcha, diplopia y disminución progresiva del nivel de conciencia, tras cuadro catarral y febril en días previos. A la exploración física destacaba, Glasgow 15/15 con tendencia al sueño, paresia del III y VI par craneal izquierdo, parálisis facial derecha y marcha atáxica. Las pruebas complementarias (RX Tórax, TAC Craneal, Hemograma, Bioquímica, GSV) fueron normales excepto elevación de reactantes de fase aguda (PCR y VSG). La punción lumbar presentó líquido de aspecto claro, con 4 leucocitos/mm³, 500 hematíes/mm³, hiperproteíorraquia con 120.20 mg/dl de proteínas, 73.90 mg/dl de glucosa y 3.2 U/L de ADA. La serología VIH de urgencias fue negativa. Ante la clínica que presentaba el paciente (alteración del nivel de conciencia progresiva, ataxia y oftalmoplejía) se realizó diagnóstico diferencial entre otros con Accidente cerebrovascular de tronco cerebral, Polineuropatía de Guillén-Barré (tipo Miller-Fisher) y encefalitis de Bickerstaff. Desde el Servicio de Urgencias se inició tratamiento con inmunoglobulinas, ingresando el paciente en el Servicio de Neurología para continuar tratamiento, mejorando en 48 h la ataxia y la diplopía. La analítica realizada en planta así como la serología infecciosa y la autoinmunidad fueron negativos. La RMN fue normal. El paciente evolucionó favorablemente con recuperación progresiva del déficit motor, con alta a los pocos días de su ingreso.

Conclusiones:

La encefalitis de Bickerstaff (EB) es una enfermedad neurológica rara, post-infecciosa, que se presenta con alteración de la marcha y diplopia. El diagnóstico se basa en la clínica del paciente, análisis del líquido cefalorraquídeo, detección de anticuerpos IgG anti-GQ1b (no presentes en todos los pacientes), RMN y exámenes neurofisiológicos. En la fase aguda se realizan medidas de sostén, con resultados favorables a la administración de inmunoglobulinas humanas, corticoides y plasmaféresis. La remisión completa de los síntomas se consigue a los seis/ocho, meses en más de la mitad de los pacientes.

CASOS CLÍNICOS

P-905

¿DISNEA REFRACTARIA A VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA?

A Cantero Sandoval, R Rojas Luán, JM Marín Martínez,
ME Torres Marín, E Quero Motto, A Hernández Molina,
B Palazón Cabanes

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar, Murcia.

Palabras claves: lactic acidosis, metformin, acute renal failure

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Hombre de 74 años entre cuyos antecedentes personales destacan DM tipo 2 en tratamiento con Sitagliptina/Metformina y adenocarcinoma de páncreas estadio IV en remisión completa tras QMT y RDT neoadyuvantes y posterior esplenopancreatectomía coprocaudal, tratado actualmente de forma coadyuvante con Gemcitabina. Empeoramiento progresivo de función renal hasta creatinina 4.59 en analítica de último ciclo de QMT, 6 días antes de acudir a urgencias. Consulta por malestar general, vómitos e hipoxemia de 5 días (tras QMT) con oliguria de 24 horas, taquipnea de 3 horas de evolución y deterioro del nivel de consciencia. No proceso infeccioso intercurrente. EXPLORACIÓN FÍSICA: consciente con tendencia al sueño, signos de deshidratación cutánea. TA 84/56, Tª 34.5°C, FC 134 lpm, FR 32 rpm, tiraje costal. AC rítmico. AP MVC con crepitantes finos en ambas bases. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: destaca creatinina 8.42, urea 226, K+ 6.4, pH 6.9, pCO2 15, HCO3- 2.8, lactato 6. Hb 9, Hto 27%, Plaquetas 472000. Ecografía abdominal normal. DIAGNÓSTICO: insuficiencia renal aguda (probablemente secundario a microangiopatía trombotica por Gemcitabina) con acidosis láctica secundaria por intoxicación aguda por metformina. EVOLUCIÓN: se inicia VMNI modo BIPAP, sin mejoría gasométrica ni clínica. Tras tratamiento con reposición hidroelectrolítica, bicarbonato 1M intravenoso y noradrenalina persiste la inestabilidad hemodinámica del paciente, por lo que se deriva a UCI, donde se realiza hemodiafiltración.

Conclusiones:

La acidosis láctica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tratados con metformina, de metabolización íntegramente renal, es una complicación muy rara y, casi siempre, suele coexistir con determinados factores predisponentes, entre los que se incluye la insuficiencia renal (presente en nuestro caso). Este hecho da lugar a excluir la metformina como tratamiento antidiabético en pacientes con insuficiencia renal (creatinina >1.5 mg/dl), disfunción cardíaca o hepática o con mala perfusión tisular. La mortalidad de esta acidosis láctica se estima en torno al 50-80%. El tratamiento es fundamentalmente etiológico, incluyendo la suspensión del fármaco, la expansión del volumen plasmático y la infusión de glucosa. Por último, la hemodiálisis con soluciones de bicarbonato y glucosa es lo que ha demostrado mayor eficacia.

A-906

INTOXICACIÓN AGUDA POR PARACETAMOL.
INTENTO AUTOLÍTICO EN PACIENTE CON REACCIÓN
ALÉRGICA A LA N-ACETILCISTEÍNA

P Ruano García, JL Lasaga Ortega

Hospital General Universitario de Elche

Palabras claves: intoxicación, acetilcisteína, intento de suicidio

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Introducción: Varón 49 años, atendido en el servicio de urgencias, por ingesta diferida de 27 comprimidos de Paracetamol de 24 horas de evolución, con intención autolítica, sin consumo simultáneo de otro tipo de sustancias. Como antecedente, otro intento de suicidio en 2012, por ingesta de 18 comprimidos de paracetamol, donde se objetivó reacción cutánea urticariforme y angioedema, al pautar el tratamiento con N-acetilcisteína, hecho que motivó la suspensión del antídoto. Objetivo: plantear un caso clínico, para mostrar la evaluación y tratamiento de una intoxicación subaguda por paracetamol, en un paciente que ya desencadenó una reacción de hipersensibilidad ante N-acetilcisteína, en intoxicación previa. Paciente y Método: En urgencias se monitoriza, se solicita hemograma, bioquímica incluyendo AST (aspartato aminotransferasa), ALT (alanina aminotransferasa) y bilirrubina total y directa, coagulación y niveles plasmáticos de paracetamol. El paciente se encuentra hemodinámicamente estable, sin signos de focalidad neurológica. En la exploración física se objetiva dolor a la palpación en hipocondrio derecho sin otros hallazgos. En el resultado de bioquímica hepática se objetiva AST 281 u/l y ALT 467u/l. En coagulación, APTT 31.4 seg, Quick 55% e INR 1.4, y niveles plasmáticos de paracetamol 125 g/ml. Se inicia tratamiento con sonda nasogástrica y carbón activado. Resultados: tras valorar opciones terapéuticas, se decide iniciar tratamiento con N-acetilcisteína, premedicando con metilprednisolona y dexclorfeniramina para prevenir la reacción anafiláctica. Se pauta el antídoto a dosis inicial de 150 mg/kg, diluidos en 150 ml SG 5% (suero glucosado al 5%) y perfundidos en 30 min, continuando con 50 mg/kg diluidos en 500 ml SG5% en 4 horas. A continuación 100 mg/kg en 1000 ml SG5% en 16 horas. El paciente es ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Tras 48 horas, se obtienen niveles de paracetamol indetectables, ALT de 278, I. Quick 90% e INR 1.1, cumpliendo criterios para suspensión de tratamiento y traslado a planta de Psiquiatría. Al alta hospitalaria perfil hepático en rango de normalidad.

Conclusiones:

Administración del tratamiento más correcto, en una intoxicación subaguda de paracetamol y alergia previa a N-acetilcisteína, tras valorar distintas opciones terapéuticas.

CASOS CLÍNICOS

P-907

FIEBRE Y EMBARAZO, CUANDO HAY MÁS DE LO QUE PARECE

J Gómez del Canto, JG Zorrilla Riveiro, A Escale Besa,
M Hernández Ribera

Xarxa Assistencial Universitaria Althaia Manresa

Palabras claves: listeriosis, gestante, óbito fetal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 38 años, gestante de 19 semanas mediante fecundación in vitro, que acude a nuestro servicio por cuadro de dos días de astenia, artromialgias generalizadas y fiebre de hasta 39°C. La semana previa tuvo un cuadro catarral. No otra clínica añadida. A la exploración no presenta focalidad semiológica. En sedimento de orina presenta bacteriuria moderada, análisis de sangre (AS) dentro de la normalidad. Se orienta el caso como infección del tracto urinario en gestante, y se pone tratamiento con cefuroxima 500 mg/12 h para continuar control con su médico de cabecera. Al día siguiente reconsulta por persistencia de la clínica a la que se añaden vómitos. Exploración física anodina por lo que se solicita interconsulta a ginecóloga quien realiza ecografía obstétrica que es normal y recomienda continuar con el mismo tratamiento. A las dos semanas, acude por pérdidas hemáticas vaginales. Valorada en el servicio de ginecología, mediante ecografía se evidencia la ausencia de latido fetal, diagnosticándose óbito fetal de 21 semanas, se practica amniocentesis que es positiva para *Listeria monocytogenes*.

Conclusiones:

La listeriosis es una enfermedad poco común en la población general, pero importante en gestantes y recién nacidos, por lo que se debería advertir a las gestantes de su existencia y sus posibles vías de transmisión. En España la incidencia en la población general es de 0,05 casos/100.000 habitantes/año, siendo en embarazadas de 12 casos/100.000 habitantes/año. Las consecuencias durante el embarazo suelen ser graves, siendo frecuentes los abortos. Nuestra paciente no presentaba ningún factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, salvo la situación inmunológica típica del embarazo. Es más frecuente en el tercer trimestre. Cursa de forma inespecífica, como un cuadro pseudogripal. La antibioterapia precoz podría tratar la listeriosis fetal intraútero, previniendo sus posibles complicaciones: abortos, partos prematuros, etc. El tratamiento de elección es la ampicilina (200 mg/kg/día). Fundamentalmente, o la penicilina G a altas dosis durante el embarazo. Dado a que no se trata de una enfermedad tan marginal en las gestantes y cuyas consecuencias pueden ser muy dramáticas, consideramos que la posibilidad de listeriosis debe tenerse presente en el diagnóstico diferencial ante una gestante que consulte por un cuadro pseudogripal y fiebre alta.

A-908

INTOXICACIÓN AGUDA POR ORGANOFOSFORADOS Y SUS EFECTOS SECUNDARIOS A LARGO PLAZO

P Ruano García, JL Lasaga Ortega

Hospital General Universitario de Elche

Palabras claves: intoxicación, insecticidas organofosforados, atropina

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: varón de 36 años, agricultor de profesión, acude servicio de urgencias tras exposición accidental a insecticida. El paciente refiere exposición a dimetoato 40%, mientras preparaba la fumigación en un recinto cerrado, con posterior disminución de fuerza en ambos miembros inferiores, parestesias, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, lagrimeo y sialorrea, de cuatro horas de evolución. Objetivo: mostrar el manejo y estabilización de un paciente con intoxicación aguda por organofosforados en un servicio de urgencias, y de los graves efectos secundarios a largo plazo que pueden aparecer, a pesar de un tratamiento correcto. Material/ Paciente y Método: En box de críticos se procede a monitorización de constantes vitales, se solicita hemograma, bioquímica y coagulación, incluyendo colinesterasa sérica y gasometría arterial. Dada la clínica inicial y la presencia de síntomas muscarínicos, se inicia tratamiento con atropina y pralidoxima, a dosis según protocolo. Tras empeoramiento de clínica neurológica y respiratoria se procede a intubación orotraqueal según protocolo secuencia rápida y se ingresa en Servicio de Medicina Intensiva donde evoluciona favorablemente. Resultados: Se estudia la evolución del paciente pasados diez años y se objetiva que padece graves efectos secundarios. Como consecuencia de dicha intoxicación, padece un Parkinsonismo secundario con temblor, ataxia y espasticidad de predominio braquial derecho y parestesias en ambos miembros inferiores, que encaja en el cuadro de neurotoxicidad retardada inducida por organofosforados. También presenta crisis comiciales parciales y generalizadas, por lo que ha requerido ingreso en numerosas ocasiones y un deterioro cognitivo leve, en seguimiento en consultas externas de Neurología. Por otro lado sufre una intolerancia química múltiple, un síndrome de fatiga crónica residual y taquicardia sinusal con mínimos esfuerzos, en seguimiento en consultas externas de Cardiología y Neumología.

Conclusiones:

Queremos reflejar que a pesar de una actuación y tratamiento correctos en un servicio de urgencias, la gravedad de una intoxicación por organofosforados puede tener una evolución a lo largo de los años de forma tórpida, dejando como secuelas graves efectos secundarios, que pueden llegar a incapacitar la vida personal y laboral de un paciente.

CASOS CLÍNICOS

P-909

ROTURA ESPLÉNICA POR MONONUCLEOSIS INFECCIOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

R Ollés Puyol (1), R Pizano Larios (2), P Durán López (2),
A Massie Mebuy (1), N Chicote Mendarozqueta (2),
M García Gurruchaga (2), N Morchón Gil (2)

(1) Hospital Alto Deba, Mondragón (Guipúzcoa), (2) HUA-Santiago Vitoria, Álava.

Palabras claves: mononucleosis, esplénica, linfocitosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 20 años que es remitida a Sº Urgencias por episodio sincopal. Refiere que previamente había notado dolor epigástrico brusco, tras lo que sufre mareo con pérdida de conciencia. Recuperación espontánea. Comenta que en la última semana había estado en tratamiento con antiinflamatorios por cuadro febril. A su llegada refiere encontrarse asintomática. Exploración: palidez, eupneica, TA 90/61, FC 93, Tª 35,8 C Sat Ox 99. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen: anodino, salvo molestia a la palpación profunda en epigastrio. Analítica sanguínea: Hemoglobina 12,2 g/dL, 133000 plaquetas y linfocitosis, GOT 79, GPT 75. Rx tórax y abdomen sin alteraciones. La evolución inicial es satisfactoria tras sueroterapia, por lo que se plantea alta. Sin embargo, se repiten episodios sincopales con bipedestación que mejoran en decúbito, por lo que se realiza nueva analítica a las 4h, objetivando un descenso de hemoglobina (10,1). Se completa estudio con Ecografía: esplenomegalia (14 cm), datos de rotura esplénica y hemoperitoneo. Tras valoración por Cirugía se decide cirugía urgente (esplenectomía). Buena evolución posterior. Durante ingreso se realizó Serología para mononucleosis que resultó positiva.

Conclusiones:

La mononucleosis infecciosa es un síndrome que en la mayoría de los casos (90%) está causada por virus de Epstein-Barr. Se transmite por saliva y afecta principalmente a adultos jóvenes, por lo que es conocida popularmente como "enfermedad del beso". Presenta la triada clásica de fiebre, faringitis y adenopatías inflamatorias. En el 75% de los casos hay esplenomegalia y en el 50%, hepatomegalia. El diagnóstico es fundamentalmente clínico aunque diversas pruebas nos pueden ayudar: detección de anticuerpos heterófilos (prueba de Paul-Bunnell), presencia de leucocitosis con linfocitosis atípica así como otros estudios serológicos. Es muy característico que la administración de amoxicilina produzca un exantema macular y pruriginoso. Aunque suele curar espontáneamente en la mayoría de los casos, se han descrito diversas complicaciones: anemia hemolítica, trombocitopenia, meningitis, neumonía, pericarditis... La rotura de bazo, aunque rara (1 caso entre 1000-2000), es potencialmente mortal y puede ser producida tanto por traumatismos como de forma espontánea como en nuestro caso, de ahí que se recomiende habitualmente reposo relativo y evitar ejercicio físico durante el proceso.

P-910

RELACIÓN EN LA DISTANCIA

I Fernández Marín, M Cuadrado Fernández, M Carnevali Frías,
L Pérez Ordoño, ML Castro Arias, AB Carlavilla Martínez

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Palabras claves: enfermedades de la aorta, trombo intracardiaco, trombofilia

Historia clínica

Varón de 35 años, sin antecedentes médicos relevantes que acude al Servicio de Urgencias por dolor en ambos miembros inferiores asociado con sensación de parestesias bilateral de unas horas de evolución. En la exploración física se encuentra afebril, hemodinámicamente estable con frecuencia cardíaca 40 latidos por minuto. Taquipneico a 25 respiraciones por minuto. Pálido y sudoroso. Intranquilo por dolor en miembros inferiores que presentan palidez, frialdad y ausencia de pulsos femorales, poplíteos y pedios, con livideces en muslos. Ante la sospecha alta de síndrome aórtico agudo se solicita escáner toracoabdominal con contraste evidenciándose una oclusión aórtica distal a arteria mesentérica inferior con extensión de ambas ilíacas y repermeabilización distal de ilíacas derechas. Se avisa a cirugía vascular que decide cirugía urgente para tromboembolotomía aórtica distal e iliofemoral bilateral. En el escáner abdominal también se observan infarto esplénico y renal, por lo que se solicita valoración por parte de cardiología para realizar ecocardiograma en el que se objetiva una lesión pediculada y móvil en ventrículo izquierdo, valorando como primera posibilidad que se trate de un mixoma ventricular con embolismos secundarios. Juicio clínico: Embolia aortoiliaca secundaria a lesión ventricular izquierda, probable mixoma. Se realiza tromboembolotomía urgente aortoiliaca, con complicación posterior de síndrome compartimental bilateral con necesidad de realizar fasciotomías. Evoluciona favorablemente durante el posoperatorio. Se inicia tratamiento anticoagulante. Se interconsulta con el servicio de cirugía cardíaca durante el ingreso, decidiendo ventriculectomía y resección de lesión intraventricular. La descripción de la anatomía patológica de la lesión intracardiaca es de material trombótico.

Conclusiones:

El síndrome aórtico agudo es una emergencia que precisa de un diagnóstico rápido. Entre sus causas se encuentra la embolia arterial aguda que precisa de cirugía urgente para recanalizar el flujo distal arterial. Se debe buscar asimismo el origen de la embolia, que puede ser secundario a la presencia de trombos intracardiacos. La confirmación de estos trombos se ha relacionado con patología cardíaca previa, pero también se han descrito en pacientes sin cardiopatía estructural relacionándose con policitemia vera, enfermedad de Behçet, tumores intracardiacos y estados de hipercoagulabilidad.

CASOS CLÍNICOS

P-911

FRACTURA CERVICAL BAJA EN ANCIANO

I Osorio González, I Robles Pérez, ME Moreno Martín-Vivaldi

Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Palabras claves: traslocación, paresia, laminectomía

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Mujer de 88 años, parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, que es traída a Urgencias por paresia de miembros inferiores y debilidad desde la raíz de miembros superiores. Sufrió caída hace 7 días, no presenciada, con traumatismo craneoencefálico y herida en la frente. Cervicalgia tras la caída. Presentaba ROT y RCP abolidos, con pupilas y pares craneales normales. Úlceras por presión de aparición brusca en los últimos días. Se inmovilizó con collarín tipo Philadelphia y se inició tratamiento con dexametasona intravenosa. La radiografía mostraba únicamente una espondiloartrosis cervical con osteofitos posteriores. La tomografía urgente ponía de manifiesto una fractura del muro anterior de C6, con interrupción de la osificación del ligamento longitudinal anterior, que causaba inversión de la lordosis cervical e inestabilidad vertebral. Neurocirugía desestimó la intervención quirúrgica.

Conclusiones:

La fractura cervical es una complicación grave en los traumatismos craneoencefálicos de pacientes ancianos que sufren una caída hacia delante. En estos casos, el mecanismo lesional consiste en hiperextensión. Originan una lesión ligamentosa anterior con desplazamiento hacia atrás del segmento craneal. Puede haber una lesión del disco. Si existe una estenosis sobreañadida del canal raquídeo, la lesión se agrava. Esto explica la frecuencia de lesión medular en ancianos que sufren una caída hacia delante. En ocasiones se asocia una inestabilidad vertebral. Se considera columna inestable cuando cumple dos de las siguientes condiciones: -Pérdida de la integridad del cuerpo vertebral - Pérdida de la integridad de los ligamentos o arco posterior -Pérdida de la alineación de la columna por angulación o traslocación. La lesión neurológica consiste en edema medular, alteraciones esfinterianas y úlceras del decúbito. El tratamiento de urgencias consiste en disminuir el edema medular (traumatismo de menos de 3 horas de evolución: Metilprednisolona 30 mg/kg en bolo seguido de una infusión de 5,4 mg/kg/hora en 24 horas, según esquema Nascis II), tratar las alteraciones esfinterianas y evitar las úlceras del decúbito. El tratamiento quirúrgico consiste en inmovilización, reducción y fijación, o laminectomía descompresiva.

A-912

DIAGNÓSTICO DE NEUMOTÓRAX MEDIANTE ECOGRAFÍA

P González Jiménez (1), M Rojo Iniesta (2), P Molina García (1), E Rodríguez Conesa (3), E Díaz Caro (4), F González Sánchez (5)

(1) Centro de Salud Tiro Pichón. HUVV, (2) C. Salud Puerta Blanca. HUVV, (3) HUVV, (4) C. Salud Tiro Pichón, (5) C. Salud Torrox. Málaga.

Palabras claves: rib pain, ultrasound lung, neumotórax

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 22 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes médico de interés. FUR: no recuerda. Acude al servicio de urgencias derivada desde Unidad de Radiología Intervencionista por dolor costal izquierdo tras realización de punción aspiración con aguja fina de dos nódulos mamarios en cuadrante superoexterno e inferoexterno de mama izquierda. En la exploración física: Buen estado general, FC 80 lpm, FR 25 rpm, Sat O2 basal 98%. No tolera decúbito supino por dolor mejorando con decúbito lateral derecho. * Auscultación pulmonar: ausencia de murmullo vesicular en 1/3 superior de hemitórax izquierdo * Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos Debido a que la paciente no recuerda fecha de última regla y no niega posibilidad de embarazo ya que no usa método anticonceptivo se realiza test de gestación previo a realización de radiografía de tórax. Se realiza ecografía pulmonar observándose ausencia de deslizamiento pleural en de 1/3 superior de hemitórax izquierdo localizándose punto pulmón a nivel supraareolar pudiéndose confirmar presencia de neumotórax sin necesidad de radiografía de tórax. Juicio clínico: neumotórax iatrogénico tras punción mamaria.

Conclusiones:

Incidir en la importancia de la ecografía de urgencias para el diagnóstico de múltiples patologías de forma rápida y eficaz siendo reproducible las veces que sea necesaria. Debido a su efecto inocuo se puede usar en embarazadas o en personas que tengan dudas de embarazo sin necesidad de esperar el resultado del test de gestación pudiéndose agilizar el tratamiento en caso que sea necesario.

CASOS CLÍNICOS

A-913

PÉRDIDA DE FUERZA EN MIEMBRO INFERIOR TRAS TRAUMATISMO COSTAL

V Notario Barba, J Magallanes Gamboa, A Gallegos Polonio,
F Marcos Sánchez, J González Rodríguez, R Juárez González
Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

Palabras claves: mieloma múltiple, dolor dorsolumbar, déficit motor

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente hipertenso de 50 años que hace un mes sufre traumatismo costal, posteriormente refiere dolor tóraco-dorsal que aumenta con los movimientos y maniobras de Valsalva. Valorado por MAP que indica metamizol, sin mejoría. Acude a urgencias, se realiza radiografías de tórax y columna dorsolumbar, descartándose lesiones óseas e indicándose AINES. Persiste con dolor por lo que acude a osteópata privado, tras masaje terapéutico, refiere parestesia y sensación de hormigueo en miembro inferior derecho. Progresivamente, nota disminución de fuerza en dicha extremidad hasta casi no poder movilizarla. Vuelve a Urgencias, se encuentra afebril y hemodinámicamente estable. Consciente y orientado, sin signos meníngeos ni alteración de pares craneales. Exploración cardiopulmonar y abdominal sin alteraciones. Parestesia con sensación de acorchamiento, ROT exaltados e importante disminución de la fuerza en miembro inferior derecho. En analítica se aprecia leucocitosis con neutrofilia, sin anemia y plaquetas normales. Coagulación normal. Creatinina 1.61 mg/dl, glucosa y perfil hepático normales. Se repiten radiografías de columna y tórax, siendo normales. Realizamos TAC craneal que es informado como normal. Descartada la lesión a nivel cerebral, solicitamos TAC de columna dorso-lumbar que informa múltiples lesiones líticas en la práctica totalidad de los cuerpos vertebrales y pedúnculo derecho de D8. Masa de partes blandas en región paravertebral bilateral con infiltración medular en T5. En T6 se visualiza masa de 5x5 cm en el interior del canal medular. Hallazgos sugerentes de metástasis vertebrales con probable afectación medular. Solicitamos calcemia con resultado de 15mg/dl. Es un paciente con lesiones metastásicas en columna vertebral con insuficiencia renal e hipercalcemia, lo que nos llevo a plantear el diagnóstico de Mieloma Múltiple. Iniciamos medidas antihipercalcemia y realizamos traslado a neurocirugía. Fue intervenido de urgencia, realizándose laminectomía T5-T6. Posteriormente se realizó analítica completa con proteinograma y aspirado de médula ósea que confirmaron el diagnóstico de mieloma múltiple.

Conclusiones:

El mieloma múltiple es una neoplasia caracterizada por la proliferación clonal de células plasmáticas en la médula ósea que lleva a la destrucción del hueso y fallo medular. Esta afectación puede traducirse en dolor óseo e hipercalcemia. La mayoría de casos presentara afectación renal. El diagnóstico y tratamiento precoz es importante porque mejoran sustancialmente su pronóstico.

A-914

SEPSIS POR CLOSTRIDIUM SEPTICUM

M Cuadrado Fernández, IP Fernández Marín, AB Carlavilla
Martínez, LT Vázquez Rodríguez, AP García Marín,
L Pérez Ordoño, L Castro Arias
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Palabras claves: absceso hepático, *clostridium septicum*, gangrena gaseosa

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 71 años, con antecedentes de obesidad, asma y fibrilación auricular anticoagulada, que acude a Urgencias por dolor en hipocondrio derecho. La paciente había comenzado 12 horas antes con dolor en hipocondrio derecho irradiado a espalda, asociado a sensación distérmica, náuseas y vómitos. En meses previos había presentado rectorragia intermitente por la que no había consultado. A su llegada a Urgencias presenta regular estado general, afebril, tensión arterial 120/70 y frecuencia cardiaca 90lpm. Destaca en exploración abdominal dolor a la palpación en hipocondrio derecho, con Murphy dudoso, sin peritonismo. En bioquímica destaca GPT 209, GOT 284, LDH 518, PCR 27 y láctico 3.5, hemograma con 27000 leucocitos, 87% neutrófilos. Ante la sospecha de colecistitis se inicia tratamiento con Piperacilina-Tazobactam y se realiza ecografía abdominal, que objetiva hígado de tamaño y morfología normales, y vesícula biliar sin signos de colecistitis. Durante su estancia en Urgencias la paciente persiste con dolor y tendencia a la hipotensión, realizándose TC abdominal que muestra extensa lesión en lóbulo hepático derecho que contiene gas en su mayor parte, sugestiva de absceso, asociado a enfisema de partes blandas en flanco derecho, así como engrosamiento en sigma sugerente de neoplasia. La paciente rápidamente desarrolla área de celulitis con flictenas hemorrágicas en flanco, y valorada por Cirugía e Intensivos, se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos, realizándose TC- punción del absceso así como desbridamiento de piel y partes blandas. A las 48h de la cirugía crece en todas las muestras *Clostridium septicum*. Juicio clínico: absceso hepático y gangrena gaseosa por *Clostridium septicum*. Evolución: la paciente evoluciona satisfactoriamente, realizándose posteriormente colonoscopia que confirmó la presencia de adenocarcinoma de sigma.

Conclusiones:

La sepsis por *Clostridium septicum* es un proceso poco frecuente y muy grave cuya mortalidad oscila entre el 50-70%. En la mayoría de los pacientes la puerta de entrada es gastrointestinal y mas del 50% presentan una neoplasia digestiva subyacente, también se ha relacionado con neoplasias hematológicas, neutropenia y otras situaciones de inmunodepresión. El cuadro clínico varía desde el shock séptico hasta la bacteriemia con diseminación hematogéna. Requiere tratamiento antibiótico y quirúrgico precoz, y despistaje posterior de neoplasia subyacente.

CASOS CLÍNICOS

A-915

TUBERCULOSIS REITERATIVA FULMINANTE EN PACIENTE JOVEN

N Vicario Jiménez, P Bustamante Marcos, C Peña Busto,
C Ferreras Palau, MS de Andrés Loste, I Álvarez Nozal
Hospital Santos Reyes, Burgos

Palabras claves: fiebre, astenia, pérdida de peso

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 56 años que acude al servicio de urgencias derivado por su médico por cuadro de pérdida de peso de aproximadamente 15 kg de peso en unos 40 días, apetito en ocasiones disminuidos, una deposición diarreica diaria y astenia generalizada. En las últimas 48 horas comienza con fiebre que se trata de forma empírica con Cefuroxima. Tos con expectoración verde. No síntomas urinarios. Como antecedentes: no alergias medicamentosas, TBC pulmonar en tratamiento hasta hace 2 meses con Rifater y Etambutol, exfumador de 40 cigarrillos/día, desde hace 8 meses. Trabaja en la construcción. EXPLORACIONES: Tensión arterial 175/87 mmHg, FC 126 lpm, T 39,4 C, Saturación O2 93% Consciente, normocoloreado, caquexia, mal estado general. Tórax: no dolor a la palpación, auscultación rítmica con murmullo vesicular disminuido generalizado. Abdomen: normal. EEII: normal PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ECG: taquicardia sinusal a 119 lpm Analítica: leucocitos 9900 (neutrófilos 82%), Na 133 mEq/l, PCR 135, elevación leve de transaminasas, LDH 529. Hemocultivos: estéril Rx Tórax: infiltrados basales en LSD, LSI, LII con patrón intersticial retículo-nodular en vértices pulmonares. Imagen de bulla en LSI (que no estaba presente en la radiografía previa) DIAGNÓSTICO: tuberculosis pulmonar: ingresa en el servicio de Medicina Interna en tratamiento con Tazocel 4 g/8 horas. Se cultiva esputo (se aísla Mycobacterium tuberculosis complex) y aspirado nasofaríngeo (negativo). 24 horas después de estar ingresado empeora considerablemente con taquipnea, taquicardia, y saturación del 70%. Se consulta con UCI del HUBU y aconsejan IOT pero no tienen camas. Definitivamente se traslada a la UCÍ a del HUCV intubado. 2 semanas más tarde el paciente persiste en la UCI en estado crítico, con distrés respiratorio, fallo hemodinámico y TBC positiva con bacilo alcohol resistente. Sigue intubado y con parámetros respiratorios bajos. TAC: parénquima con cavernas y niveles hidroaéreos, pulmón en panal

Conclusiones:

Dentro de la clínica de la tuberculosis esta la reactivación de la enfermedad, como ha sucedido en este paciente con 8 meses de diferencia. Se presenta en el 90% de casos de VIH negativo. Con frecuencia se afecta más los segmentos apicales posteriores. La destrucción pulmonar extensiva es una de las complicaciones más agresivas, lo que sucedió en este paciente.

P-916

SCASEST TIPO IAM SIN ONDA Q POR DISECCIÓN DE LA DESCENDENTE ANTERIOR

F Castilla Suyo (1), MT Campillos Páez (2), Y Santamaría Calvo (2), I Fernández Marín (3), A García Marín (3), L Castro Arias (3)
(1) Hospital Universitario 12 de Octubre, (2) Centro de Salud Potes, (3) Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Palabras claves: disección, coronaria, aguda

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN, La disección coronaria espontánea (DCE) es una rara enfermedad, que supone aproximadamente del 1 al 2,4 por mil de los síndromes coronarios agudos (SCA). Afecta predominantemente a mujeres jóvenes, siendo la arteria más afectada la descendente anterior. Se relaciona etiológicamente, de forma clásica, con enfermedad arteriosclerótica, embarazo y postparto, vasculitis y otras causas menos frecuentes. Tradicionalmente, se diagnosticaban en estudios necrópsicos de pacientes con muerte súbita. Sin embargo, en los últimos años hay una creciente comunicación de estos casos en pacientes con SCA. OBJETIVO, El objetivo de este trabajo es presentar un nuevo caso clínico para contribuir a mejorar el manejo de este grave proceso MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO, Se trata de una mujer de 25 años, fumadora activa y en tratamiento con anticonceptivos orales, que acude a Urgencias por dolor torácico de características opresivas, irradiado a cuello y a extremidades superiores que despierta a la paciente y que persiste a su llegada, en ECG se observa taquicardia sinusal, BIRD, ST con pendiente ascendente y elevación del punto J0.5mm en II, III y aVF (más evidente en III), más sutil en V5-V6 y descenso de 1 mm en I y aVL con la corrección casi total de las alteraciones cuando cede el dolor, presentando también elevación enzimática de TnT y CPK. Por todo ello se inicia tratamiento de SCA y se realiza ETT urgente que no muestra alteraciones. En la coronariografía se objetiva disección-hematoma en DAM con flujo distal TIMI 3 (40% oclusión) adoptándose actitud conservadora al respecto. Tras traslado a planta convencional de Cardiología, se solicita TAC de arterias coronaria donde no se visualiza imagen de disección, sólo pequeño hematoma no estenosante. RESULTADOS Durante su estancia en planta, la paciente ha permanecido hemodinámicamente estable y no ha presentado nuevo episodio de dolor torácico.

Conclusiones:

La disección coronaria espontánea debe ser sospechada ante toda mujer joven con antecedentes de ingesta de anticonceptivos orales, que concurre a la consulta por dolor precordial y que se le diagnostica síndrome coronario agudo. El diagnóstico temprano implica un mejor pronóstico. El tratamiento de elección depende del grado de afectación del árbol.

CASOS CLÍNICOS

P-917

**TROMBOSIS CAVA INFERIOR-AMBAS ILÍACAS
Y FEMORAL COMÚN POR OBSTRUCCIÓN
DE FILTRO CAVA**

AJ Ruiz Fernández, MT Campillos Páez, Y Santamaría Calvo,
I Fernández Marín, A García Marín, L Castro Arias

Hospital Universitario Madrid Montepríncipe.
Boadilla del Monte, Madrid.

Palabras claves: trombosis, filtro cava, obstrucción

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Anamnesis. Enfermedad actual: Paciente de 70 años de edad que acude a la urgencia por dolor lumbar irradiado a ambos mmii. De 3 días de evolución. En tto por lumbalgia no mejora con la medicación. Acude porque el dolor llega a provocar síncope con la bipedestación. AP. TVP, TEP, tratamiento con Acenocumarol que cesa tras colocación de filtro cava. HTA, Hiperlipemia. Exploración. TA: 128/96. FC 95. Sat 95% , orientado y consciente en el decúbito, se sincopa en la bipedestación. Tonos claros y rítmicos. Buen murmullo vesicular sin roncus ni sibilancias. Abdomen blando y depresible sin defensa. Sensibilidad a la palpación en hipogastrio. No se identifica masa abdominal pulsátil o dolorosa. Ambos MMII empastados y levemente cianóticos. Pulsos conservados. Pruebas complementarias. Analítica. Leucocitosis 13.000 con neutrofilia muy leve. INR 1. PCR 13. Gasometría: O2 60, CO2 19, pH 7.54. AngioTAC toraco abdominal-MMII con contraste en fase arterial, venosa y con acceso desde mmii: Se confirma obstrucción de filtro cava con trombo que engloba cava inferior, ambas ilíacas y femoral común izquierda. Evolución: Se recanaliza ilíaca y cava inferior colocando catéter para perfusión de fibrinólisis mediante acceso femoral derecho y trombolisis con éxito. Alta con tratamiento HBPM.

Conclusiones:

Lo que inicialmente parece una lumbalgia no siempre lo es. Una clínica aparentemente clara de cialgia es en realidad una situación grave y fuera de lo común. Los filtros cava son cada día menos usados por las complicaciones que plantean, no pudiendo sustituir a la anticoagulación. El paciente había dejado la anticoagulación un mes antes del evento.

P-918

**¿TODAS LAS CEFALÉAS EN EL PUERPERIO SON
CEFALÉAS POSPUNCIÓN EPIDURAL?**

F Fuentes Ruiz (1), M Holden Fernández (2), S Segovia Salazar (2), N Bejarano Rivera (3), L Segura Martín (1)

(1) Hospital General de Vic / Cap Santa Eugenia de Berga, (2) Hospital General de Vic / Cap Manlleu, (3) Hospital General de Vic.

Palabras claves: periodo de postparto, cefalea pospunción de la duramadre, hemorragia cerebral

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

En el servicio de urgencias de un hospital comarcal, se atendió a una paciente de 41 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, sin recibir medicación, con 48 horas de puerperio por parto vaginal, que requirió anestesia epidural, sin complicaciones. Motivo de consulta: refiere cefalea de 24 horas de evolución, occipital irradiada a zona frontal, pulsátil, de intensidad progresiva hasta 10/10, asociada a tinnitus, náuseas y episodios eméticos. Niega otro síntoma. Examen físico: normotensa, hemodinámicamente estable, sin alteraciones al examen neurológico. Evolución: Se sospecha cefalea pospunción epidural. Bajo indicación de anestesta, se inicia tratamiento analgésico, sin mejoría. Una hora después de ingreso, presenta crisis comicial, con posterior disminución aguda del nivel de conciencia (Glasgow 6), Babinsky positivo derecho, anisocoria. Exploraciones complementarias: TAC craneal urgente: Hematoma parenquimatoso frontotemporal profundo izquierdo de 70 x 35 mm con desplazamiento de línea media. Marcada contaminación hemática del sistema ventricular de predominio ventricular lateral derecho. Analítica normal. Derivación: Traslado urgente a Neurocirugía de hospital de referencia, intervención quirúrgica descompresiva urgente, requiriendo reintervenciones. Hospitalización durante 2 meses. Con graves secuelas neurológicas y muy mal pronóstico.

Conclusiones:

La cefalea en el puerperio es un síntoma muy prevalente (11-80%) de etiología múltiple. Debido al auge de la anestesia neuroaxial y a su principal complicación, la cefalea pospunción epidural -que ocurre hasta en un tercio de pacientes pospunción lumbar-, se tiende a infravalorar otras etiologías de cefalea intensa potencialmente graves. A propósito del caso presentado, observamos que no todas las cefaleas en este grupo de pacientes son cefaleas pospunción epidural, requiriendo la realización de un adecuado diagnóstico diferencial con condiciones potencialmente graves, entre ellas, estados hipertensivos del embarazo, ictus, trombosis del seno venoso cerebral, síndrome encefalopático posterior reversible, apoplejía pituitaria, hemorragia subaracnoidea, meningitis.

CASOS CLÍNICOS

P-919

HTA MALIGNA CON FALLO MULTISISTÉMICO Y RESULTADO DE MUERTE

AJ Ruiz Fernández, M Holden Fernández, S Segovia Salazar,
N Bejarano Rivera, L Segura Martín

Hospital Universitario Madrid Montepríncipe.
Boadilla del Monte, Madrid

Palabras claves: hipertensión, Takayasu, epistaxis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Anamnesis.- Enfermedad actual: Mujer 68 años con HTA mal controlada que desde hace varios días presenta cifras de tensión elevadas con TAS superiores a 200. 5 días antes ha ingresado por epistaxis. Desde el alta sigue presentando cifras de tensión elevadas con TAD 106. Atendida en otro centro se administra Captopril 50 mg y la crisis cede parcialmente. Desde hace 24 presenta además dolores abdominales tipo cólico y deposiciones diarreicas oscuras sin sangre roja. AP. HTA, bypass carotídeo. Tratamiento: Indapamida, Telmisartan, Tibolona, AAS Exploración. TA : 120/80. FC 85. Sat 98%. Exploración neurológica respiratoria y cardiaca sin hallazgos Pulsos conservados. Abdomen Sin hallazgos. RHA conservados. No epistaxis por taponamiento anterior. Pruebas complementarias Analítica.- Hb 15 Leucocitos 17.500 86% neutrófilos, Creatinina 1.61 y Urea 51. ECG: Ritmo sinusal con BIRDHH. Ingreso para control Evolución: Crisis hipertensivas repetidas que obligan al ingreso en UCI: perfusión de labetalol/ Urapidilo. Dolor abdominal intenso que obliga a descartar aneurisma de aorta. AngioTAC: Importante ateromatosis calcificada aortoiliaca y en origen de ramas viscerales del abdomen. Leucocitosis 27,000 (94% neutro) en aumento, Importante citolisis hepática y la elevación marcada de LDH. Lactato en ascenso. Coagulopatía. Se valora con cirugía general. Nuevo TAC abdominal destaca la trombosis de arteria mesentérica, hepática, esplénica y ambas renales. Probable aortitis de Takayasu.

Conclusiones:

La arteritis de Takayasu es una enfermedad muy rara en nuestro medio, predominante en mujeres jóvenes, aunque el criterio de edad está desapareciendo en las últimas revisiones. El diagnóstico se basa en la clínica y las pruebas de imagen (ECO, TAC y RMN) fundamentalmente. Se trata de una aortitis con afectación de las ramas principales. El uso de corticoterapia es el único tratamiento efectivo. Lo que inicialmente debuta como una "cansina" epistaxis de repetición termina con un fallecimiento. Nota: Se disponen de espectaculares imágenes en TAC 3D del árbol arterial ocluido.

P-920

NEUROCISTICERCOSIS: UNA ENFERMEDAD CON PRESENTE ACTIVO

R Calvo Rodríguez (1), C Martos Órpez (1), A García Olid (2),
R Salazar Navajas (1), FJ Montero Pérez (1), JM Calderón de la
Barca Gázquez (1)

(1) Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba), (2) Hospital Alto
Gualdalquivir de Andújar (Jaén).

Palabras claves: neurocisticercosis, crisis epiléptica, inmigrantes

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 36 años ecuatoriano que acude a urgencias por crisis convulsiva generalizada (con pérdida de conciencia, actividad muscular involuntaria y mordedura de lengua). A su llegada tiene nueva crisis convulsiva. Exploración física: consciente, orientado y colaborador. Glasgow 15/15. No déficits ni focalidad neurológica. Pares craneales normales. FO normal. ROT hiporreflexia generalizada. RCP flexores. Marcha y equilibrio normales. Analítica y Rx de tórax dentro de la normalidad. Se practicó TAC craneal urgente apareciendo dos lesiones calcificadas menores de 1cm en lóbulos frontales con edema evidente en la lesión frontal derecha y discreta captación de contraste. La paciente ingresó en Neurología completándose estudio con RM craneal mostrando lesión calcificada frontal derecha de unos 4mm de diámetro que presenta importante edema periférico. Los hallazgos son compatibles con NEUROCISTICERCOSIS (NCC) presentando el quiste frontal derecho actividad infamatoria (quiste en estadio coloide-granular con calcificación). Evolución: buena evolución en las semanas posteriores tras tratamiento con albendazol 15 mg/kg de peso durante 10 días y dexametasona 12 mg/día. DISCUSIÓN: La cisticercosis es la infestación parasitaria por la forma larvaria de la *Taenia solium*. Las principales localizaciones debido a su rica vascularización son sistema nervioso central, el músculo y el ojo. Sus manifestaciones clínicas dependen del número y localización de los parásitos, así como de la respuesta inmunológica del huésped frente al parásito. Aunque la mayoría de los pacientes con NCC permanecen asintomáticos, la forma de presentación más frecuente es la aparición de crisis epilépticas (50-80%), cefalea (40%) y otros síntomas de hipertensión intracraneal (HTIC). Las técnicas de neuroimagen son bastantes específicas y pueden mostrar lesiones quísticas generalizadas, a veces con el escólex del parásito en su interior, y calcificaciones. El tratamiento recomendado es el uso concomitante de albendazol con dexametasona, para contrarrestar la respuesta inflamatoria inmune provocada por el albendazol (principal efecto secundario), quedando la cirugía para casos refractarios o si existen signos de HTIC grave.

Conclusiones:

Debido al aumento de inmigración es de esperar que la incidencia aumente con el tiempo, por lo que se debería sospechar NCC ante un paciente con clínica neurológica que procede de un país donde la infección es endémica (Sudamérica, Sudeste Asiático).

CASOS CLÍNICOS

A-921

TROMBOSIS ATÍPICAS, RARAS PERO EXISTEN

R Cuadra San Miguel, E Méndez Rodríguez, B Peleteiro Cobo,
B López Prada, MT Fernández Rivas, C Astorgano de la Puente,
MJ Corullón Fernández

Hospital El Bierzo. Ponferrada, León.

Palabras claves: trombosis, enfermedad de Mondor, vena dorsal del pene

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 34 años de edad sin antecedentes personales de interés ni trastornos de la coagulación conocidos. Consulta con el servicio de urgencias por cuadro local de induración dorsal del pene. No antecedente traumático. Exploración física: En la exploración física como único hallazgo patológico se observó cordón indurado no doloroso en cara dorsal del pene. Testes normales. Pruebas complementarias: analítica sanguínea: compatible con la normalidad, salvo dímero D 0.99. Analítica orina: normal. Eco-doppler: incremento de tamaño y ecogenicidad de las cubiertas en la cara dorsal del pene, con permeabilidad normal de arterias dorsales. Ausencia de flujo que afecta a la vena dorsal profunda del pene, con permeabilidad aislada de alguna vena dorsal superficial. Hallazgos compatibles con trombosis a ese nivel (Enfermedad de Mondor). Diagnóstico diferencial en urgencias: Se debe realizar diagnóstico diferencial con la linfangitis esclerosante, que va a corresponder a vasos linfáticos dilatados, así como con otros procesos de trombosis venosa de localización genital y pelviana. Los estudios de imágenes mediante ecografía, preferente en su modalidad de eco-Doppler, es el método de referencia para realizar un diagnóstico correcto y, por tanto, la prueba complementaria a realizar en estos casos Diagnóstico final: Trombosis de la vena dorsal del pene o enfermedad de Mondor. Evolución: El paciente está actualmente en tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM), presentando mejoría clínica. Se encuentra pendiente de revisión por el servicio de urología y realización de nuevo eco-doppler de control, cuando finalice 3 meses de tratamiento anticoagulante.

Conclusiones:

- La trombosis de la vena dorsal del pene constituye una enfermedad rara cuya etiología puede ser muy variada: traumatismos de repetición, actividad sexual excesiva, abstinencia sexual prolongada, infecciones o tumores pelvianos, toxicomanías intravenosas y trombosis venosas profundas de extremidades inferiores.
- Los profesionales sanitarios deben pensar en ella, a pesar de su baja incidencia, ante un paciente con induración peneana, ya que no se diagnostica aquello en lo que no se piensa.
- El manejo de la enfermedad de Mondor es sencillo, pudiendo oscilar entre un manejo conservador con antiinflamatorios o el empleo de HBPM, en función del área trombosada.

P-922

MENINGITIS POR *S. AGALACTIAE* EN PACIENTE ADULTO INMUNOCOMPETENTE

S Bazaga Pérez de Rozas, A Moliné Pareja, V Pomar Solchaga,
H Hernández Ontiveros, S Herrera Mateo, M Álvarez Albarrán,
I Díaz Rodríguez

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Palabras claves: meningitis, *Streptococcus agalactiae*, sepsis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 73 años, con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante y enfermedad de Parkinson en tratamiento con agonistas dopaminérgicos. Acude a Urgencias traída por su marido por presentar cuadro de temblores generalizados, desconexión del medio, rigidez y fiebre termometrada de 38°C. Dos días antes la paciente había empezado a presentar fiebre de hasta 39°C, siendo valorada por su MAP, quien prescribió tratamiento sintomático bajo orientación diagnóstica de virasis inespecífica. A su llegada a Urgencias paciente con mal estado general, estuporosa, desconectada del medio y con rigidez generalizada de predominio axial. Febricular (37.5°), hemodinámicamente estable y con SatO2 conservada. Se realizó analítica que mostró leucocitosis de 14.000 céls/ml, así como PCR de 89 mg/dl. TAC cerebral sin lesiones intracraniales. Finalmente se realizó punción lumbar obteniéndose líquido turbio, con >1500 células/ml, con un 95 % neutrófilos, así como hipoglucorraquia e hiperproteínorraquia. Tinción de Gram sin gérmenes. Se inició tratamiento empírico con ceftriaxona, ampicilina y aciclovir. Al día siguiente microbiología informó del aislamiento en 2 hemocultivos periféricos de cocos gram positivos, identificados como *S. agalactiae* multisensible, por lo que se mantuvo el tratamiento con ceftriaxona, retirándose el resto de antibióticos. La paciente presentó un empeoramiento progresivo de su situación clínica en los días sucesivos a pesar de tratamiento instaurado, fallenciendo antes de poderse completar el estudio etiológico del posible foco primario.

Conclusiones:

Clásicamente, *Streptococcus agalactiae* se asocia como patógeno en la población adulta a infecciones relacionadas con el embarazo y el parto. La afectación del sistema nervioso central era típicamente neonatal. En las últimas décadas se ha producido un descenso de las infecciones producidas por *S. agalactiae* en recién nacidos, observándose por el contrario un incremento en la población adulta, junto a un cambio en el espectro clínico de la enfermedad. Las posibles infecciones atribuibles a este patógeno incluyen la bacteriemia sin foco, sepsis, celulitis e infecciones de tejidos blandos, neumonía, infecciones del tracto urinario, endocarditis, osteomielitis e infecciones del sistema nervioso central. El desarrollo de meningitis en la población adulta suele asociarse a la existencia de enfermedades crónicas subyacentes, tales como diabetes mellitus, cirrosis, cáncer y enfermedades neurodegenerativas

CASOS CLÍNICOS

P-923

ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PACIENTE SIN AFECTACIÓN VALVULAR PREVIA

A Ruiz Román (1), E Pérez García (2)

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Andújar.

Palabras claves: endocarditis, Staphylococcus aureus, soplo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCION: La endocarditis infecciosa es una infección microbiana que se localiza sobre las válvulas cardíacas o el endocardio mural. La mayoría de estas infecciones son causadas por bacterias aunque también puede ser producida por hongos, rickettsias, etc. Dependiendo del tiempo de su aparición se divide en temprana y tardía. La temprana se asocia con mayor frecuencia a Staphylococcus aureus y bacilos gram -. **OBJETIVO:** Sospecha precoz de una posible afectación infecciosa de origen cardíaco ante una bacteriemia positiva en ausencia de fiebre y aparición de novo de soplo cardíaco. **PACIENTE:** Antecedentes: No alergias medicamentosas, fumador, diabetes, hipertensión, insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía diabética, gastritis, hernia hiatal y arteriopatía periférica. Enfermedad actual: Varón de 75 años que acude a Urgencias por presentar tos, disnea, dolor torácico de carácter pleurítico con expectoración no purulenta, y sensación distérmica con escalofríos de varios días de evolución. No otra sintomatología. Exploración: Regular estado general, estable hemodinámicamente aunque tendente a la hipotensión. Afebril. Disneico saturando al 83% sin aporte de oxígeno. Auscultación: tonos arrítmicos a buena frecuencia con soplo sistólico II/VI en foco aórtico sin irradiación, disminución del murmullo vesicular con crepitantes bibasales y roncus dispersos. Resto de la exploración sin hallazgos. Pruebas complementarias: 1. Analítica: Bioquímica: Creatinina 2.47, urea 161, sodio 128, potasio 5.7. Hemograma: leucocitosis con neutrofilia, hemoglobina y plaquetas normales. 2. Rx de tórax: ICT normal, infiltrados bilaterales de predominio basal y pinzamiento seno costofrénico derecho. 3. ECG: Elevación ST 1mm en V3. 4. PCR de gripe A y B negativas. 5. Antigenuria de neumococo y legionella negativo. 6. Hemocultivos seriados: Staphylococcus Aureus. 7. ETE: vegetaciones en válvula mitral. **DIAGNÓSTICO:** Endocarditis mitral por *S. aureus*. Tras varios días ingresado en UCI con soporte de aminas e IOT, finalmente el paciente fallece por fallo multiorgánico secundario a shock séptico.

Conclusiones:

La aplicabilidad de este caso reside en tratar de identificar en área de Urgencias una situación sugerente de endocarditis infecciosa y la necesidad de instaurar tratamiento de forma precoz debido a la severidad del cuadro.

A-924

DERRAME PLEURAL MASIVO POR FÍSTULA PANCREATO-PLEURAL

I Egido Pérez, B Muñoz González, C Clemente González, F Tuca Rodríguez, J Figueras Felipe, E Palau Gil

Clínica Girona. Fornells de la Selva.

Palabras claves: derrame, fístula, pancreato-pleural

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 47 años que es derivado a urgencias por su médico de cabecera por cuadro de dificultad respiratoria de 15 días de evolución. Diagnosticado inicialmente de bronquitis, se realiza radiografía de tórax apreciándose velamiento completo del pulmón izquierdo. Antecedentes personales de pancreatitis alcohólica, by-pass gástrico y herniorrafia inguinal. Fumador de 60 cigarrillos/día y alergia a Ibuprofeno. A la exploración física, afebril, tensión arterial mantenida y SatO2 93%. Auscultación pulmonar: Hipofonosis hemitórax izquierdo y auscultación cardíaca normal con buena perfusión distal. En la analítica de sangre destaca leucocitos 18180 (segmentados 76% y linfocitos 13%), coagulación y bioquímica normales y PCR 42.2. TAC torácico con derrame pleural bilateral, masivo en hemitórax izquierdo y lesión osteoblástica en D10 a estudiar. Se ingresa en el Servicio de Medicina Interna con tratamiento antibiótico y oxigenoterapia para estudio. Se realiza SPECT/CT descartando metástasis osteoblásticas en D10. Tras varias toracocentesis evacuadoras se extraen 6300 cc de líquido total con informe citológico de líquido benigno por inflamación crónica. En las analíticas realizadas durante el ingreso aumenta la amilasa en sangre (CEA y Antígeno CA 19.9 negativos). TAC abdominal: Tumoración pancreática compatible con tumor papilar sólido-quístico y adenopatías retroperitoneales peripancreáticas. Tras ser valorado por Cirugía General es diagnosticado de fístula pancreato-pleural por rotura de pseudoquiste o de adenopatías retroperitoneales. En RMN abdominal destacan múltiples colecciones pancreáticas, algunas comunicadas, extendiéndose la mayor a mediastino posterior y medio y asociándose a derrame pleural bilateral. El Servicio de Medicina Interna juntamente con Cirugía y Digestología deciden realizar Ecoendoscopia alta observándose pseudoquiste pancreático y resuelven colocar stent de drenaje de aposición tipo Nagi (TaeWoong) de 20 mm de largo por 10 mm de ancho, que queda bien situado. El paciente permanece ingresado con buena evolución.

Conclusiones:

Paciente que tras ser valorado en Urgencias por derrame pleural masivo en hemitórax izquierdo, y tras realizarse las pruebas complementarias oportunas, es diagnosticado de fístula pancreato-pleural, siendo tratada y resuelta su patología con colocación, mediante ecoendoscopia alta, de stent de drenaje.

CASOS CLÍNICOS

A-925

UNA INDICACIÓN DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN URGENCIAS

MR Arias Vega (1), R Salido Aparicio (1), I Conesa Pedrosa (2), M Nieto Moreno (1), I López Macías (3)

(1) Dccu Área Sanitaria Sur de Córdoba. Centro de Salud de Priego de Córdoba, (2) Residente 2º Año MFYC. Centro de Salud de Rute, (3) Residente 2º año MFYC. Centro de Salud de Lucena. Córdoba.

Palabras claves: edema laríngeo, intubación, intubación intratraqueal

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria - Equipos de emergencias

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: La quemadura de vía aérea se produce por la inhalación de gases calientes y productos de combustión, sobretudo en incendios en espacios pequeños cerrados. **OBJETIVO:** Presentar un caso de quemadura de vía aérea y su manejo. **PACIENTE:** Avisan por un incendio en el bajo de un bloque de pisos A nuestra llegada: un segundo equipo atiende a otros vecinos. Vemos un individuo varón de 58 años, rescatado por los bomberos de la habitación incendiada, andando en la acera, semidesnudo, con hollín en todas las partes visibles, agitado, disneico y agresivo (no permite que se le acerque nadie). Tras negociación accede a ser explorado. **Antecedentes personales:** HTA, EPOC leve, Trastorno bipolar (reciente ingreso en Salud Mental). **Exploración física:** agitado, agresivo, disneico, tosiendo, hollín sobretudo en cara, cuello y manos, quemadura peribucal, paladar, lengua y restos de hollín en orofaringe, y fosas nasales, Sat O2 85%. Vuelve ponerse agresivo por lo que procedemos a sedación ligera y medidas de contención mecánica. **ACR:** hipoventilación, roncus y sibilancias. **Abdomen:** sin hallazgos. **Miembros:** quemaduras en palmas de manos y rodillas. **Constantes:** TA 135/80, FC 60, FR14 (tras sedación), Sat O2 85%. Durante el traslado: se realizan medidas de soporte, se completa sedoanalgesia procediendo a intubación orotraqueal (IOT), sin éxito tras dos intentos. Se realiza ventilación con mascarilla y cánula de guedel hasta el hospital. En urgencias hospital: hemodinámicamente estable, Sat O2 98% hemograma: normal. **Bioquímica:** K+3,3 CPK 1035UI/L CK-Mb 38int.u/l LDH 296. **Gasometría:** pH7,27, PaCo2 53,8 mmHg, PaO2 156mmHg, carboxihemoglobina normal. **Tóxicos orina:** positivo benzodiazepinas y cannanbis **EKG:** ritmo sinusal **Evolución:** La intensivista realiza IOT con mucha dificultad por presencia de edema de glotis, utiliza guía de Eschmann. Durante su ingreso en la UCI persiste el edema de glotis manteniéndose la IOT.

Conclusiones:

La IOT es necesaria en el 80% de los pacientes con quemadura inhalatoria. Se indica en paciente inconsciente o con obstrucción aguda de la vía aérea (la mayoría de las ocasiones, por edema). Aunque no sea una técnica de urgencia inmediata, debe de realizarse de forma precoz antes de que éste progrese.

A-926

RELACIÓN ICTUS-EPILEPSIA. LA INFRECUENCIA DEL ESTATUS EPILEPTICO POSTICTAL

C Olmo Azuaga, S Morales Sánchez, JM Krivocheya Montero, M Jimena García, V Valverde López, B Gutierrez Ramon

Hospital Comarcal de Melilla. Melilla.

Palabras claves: estatus epiléptico no convulsivo, electroencefalograma, parálisis de Todd

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente mujer de 20 años acude al SUHC por cuadro de desconexión del medio y múltiples crisis comiciales focales. **ANTECEDENTES PERSONALES:** NAMC, diagnosticada de Ceroidolipofuscinosis en hospital de Referencia. Retraso mental severo sin caminar y totalmente dependiente para las actividades de la vida cotidiana. Automatismos bucales y episodios de agitación psicomotriz que se han etiquetado como psiquiátricos **EXPLORACIÓN FÍSICA** TA 81/48, Tº 37,7 FC 140 lpm **Neurologico:** Paciente inconsciente, con hemiplejía derecha (atribuida a parálisis de Todd), con leve tendencia conjugada ocular a la derecha. Paresia MSD 0/5. No responde a estímulos verbales, táctiles ni dolorosos. **ACR:** Taquicardia a 140 lpm, hipotensión sistólica mantenida. Hipoventilación global, no crepitantes, sin gestionar secreciones por sí sola. Desaturación con gafas nasales. Abdomen normal sin hepatoesplenomegalia **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** Analítica general Bioquímica: Glucemia basal 155 Orina: Normal Hemograma: Leucocitosis 21,27, con neutrofilia 19,31 absolutos Coagulación básica: Normal Punción lumbar: Claro, transparente, citobioquímica urgente normal, microbiología negativa Gasometría arterial: PH 7,26, PCO2 61, PO2 51 Rx tórax: Dudoso infiltrado pulmonar derecho, atelectasia a nivel izquierdo **TAC craneal urgente:** Anodino **EVOLUCIÓN:** Se realiza registro electroencefalográfico muy patológico, con enlentecimiento severo en hemisferio izquierdo y menos severo en derecho. Sobre estas alteraciones focales aparecen anomalías epileptiformes periódicas, que adoptan la forma de punta-onda lenta inicialmente y posteriormente se expresan como puntas y ondas agudas intercaladas entre la actividad lenta y focal, sugestivo de status epiléptico no convulsivo. Se pauta todo tipo de tratamiento anticomicial sin mejoría en los EEG hasta que se le coloca perfusión con Midazolam con la que mejora, pero que vuelve a empeorar tras su suspensión. Se completa estudio con TAC nuevo: infarto muy extenso carotídeo izquierdo, con herniación. Ya comprendemos la causa de su epilepsia Finalmente la paciente fallece por una serie de complicaciones asociadas: infección respiratoria, diabetes insípida y PCR final **JUICIO CLÍNICO:** Status epiléptico no convulsivo superrefractario debido a ictus carotideo izquierdo

CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

1. La ECV causa el 11 % de las epilepsias. 2. Es infrecuente desarrollar un status epiléptico tras un ictus (<1%), aunque en algunas series, el ACV es causante en un 25% de los casos. 3. El EE no convulsivo se basa en la ausencia de actividad motora manifiesta y patrón EEG típico. Tiene muy poca prevalencia y de difícil diagnóstico en Urgencias.

A-927
DISECCIÓN DE LA ARTERIA VERTEBRAL COMO CAUSA DE ICTUS

O A G, I E C, E M R, A F M, A F A, M O M

Hospita! de Galdácano. Usánsolo.

Palabras claves: ictus, disección arteria vertebral, angioTAC

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: La disección espontánea de la arteria vertebral es una causa potencial e infradiagnosticada de ictus en gente joven. Aunque dentro porcentaje total de ictus su incidencia es del de 2%, entre la población de mediana edad representa casi el 25%. Las manifestaciones clínicas combinan cefalea o dolor cervical (antecedentes de traumas menores) junto con isquemia de circulación posterior. Caso clínico: Varón de 41 años, fumador de 10 cigarros/día. Acude a nuestro servicio por clínica de inicio ictal consistente en trastorno de la coordinación derecha (dismetría maniobra dedo-nariz), paresia facial inferior derecha, y trastorno sensitivo en extremidad superior derecha (dudoso). Asocia cervicalgia . Había sido atendido previamente (servicio de ORL) por cuadro de mareo y vómitos (sin cervicalgia) con diagnóstico de VPPB. ECG en ritmo sinusal, analítica y radiología de tórax normales. Se activa Código Ictus, realizándose angioTAC, en el que se visualiza defecto de repleción de arteria vertebral derecha desde su segmento extraóseo (V1) , afilamiento sugestivo de disección y área hipodensa corticosubcortical compatible con infarto isquémico de la PICA. Ingresa en Unidad de ictus, neurología, completándose estudio con ecocardiografía (normal), angio RMN cerebral y de TSA que confirman el diagnóstico. Se inicia anticoagulación, con buena evolución, persistiendo al alta únicamente sensación de inestabilidad al incorporarse.

Conclusiones:

La disección de la arteria vertebral es quizá la causa más frecuente de ictus en jóvenes. Requiere de alta sospecha, hoy en día, quizá se detecta antes gracias a la implantación del Código Ictus en los hospitales. Lo interesante de este caso es el inicio escalonado de síntomas: vértigo (probablemente un AIT), cervicalgia y posteriormente, cuadro ictal. En la serie de casos de Arnold et al. sólo el 13 % se presentan un AIT previo a la clínica ictal de circulación posterior y cervicalgia (debut más frecuente).

CASOS CLÍNICOS

A-928

**PIEL COMO LOCALIZACIÓN INFRECIENTE DE
DISEMINACIÓN CANCEROSA**

F López López (1), P Trenc Español (2), PL Sorribas Rubio (1),
MP Macipe Costa (2)

(1) Hospital Miguel Servet, (2) Csar Cinco Villas. Zaragoza.

Palabras claves: metastasis, skin, lung carcinoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Objetivos: Las metástasis cutáneas de neoplasias internas son una manifestación poco frecuente, evidenciándose en el 1-3% de los tumores, siendo la primera manifestación en el 0.8% de los casos. Pacientes y método: Mujer de 76 años de edad, sin antecedentes de interés, ni tratamiento médico habitual. Acude a centro de salud por presentar dolor en extremidad inferior derecha refractario a analgesia y aparición de múltiples nódulos cutáneos dolorosos de predominio en tronco, en los últimos cinco días. A la exploración, la auscultación cardiopulmonar, así como la abdominal resultó anodina. Se evidenció extremidad roja, caliente, indurada y empastada. Presentaba varios nódulos eritemato-violáceos de 3 cm de diámetro el mayor de ellos, dolorosos al roce, diseminados por tronco, espalda y flancos. Con la sospecha inicial de trombosis venosa profunda (TVP), se realiza hemograma, bioquímica y coagulación, encontrándose todos los parámetros dentro de la normalidad. En la radiografía de tórax se halló nódulo pulmonar en LSI. Se ingresó para estudio. Se confirmó la existencia de TVP en extremidad inferior derecha. Se analizaron marcadores tumorales (CEA, CA 72.4, CA 15.3, CA 125 y CYFRA 21.1, todos ellos elevados y CA 19.9y α,FT en rangos normales) así como TC toracoabdominal, que detectó masa de 5cm de diámetro en segmento posterior LSI, múltiples nódulos inferiores a 2 cm en ambos pulmones, nódulos pleurales, nódulo en segmento 1 hepático, nódulos adrenales, nódulos sobre músculo psoas derecho e iliaco izquierdo. La PAAF de un nódulo cutáneo determinó muestra compatible con adenocarcinoma pulmonar. Ante la gran diseminación se decidió tratamiento paliativo.

Conclusiones:

Las metástasis cutáneas más frecuentes en mujeres proceden de tumores de mama y de pulmón en hombres. Aparecen como nódulos de consistencia pétrea, indoloros y con posible ulceración superficial, localizados preferentemente en tórax, abdomen, cuello cabelludo y cara. Su aparición es signo de mal pronóstico a corto plazo, ya que indica una múltiple diseminación por otros órganos. La supervivencia no supera los cuatro meses en la mayoría de las ocasiones. Aunque no llegue a filiarse el tumor primario hasta en el 8% de los casos, es preciso reconocer las metástasis cutáneas, ya que pueden alertar sobre la existencia de un tumor silente.

A-929

**EPISODIO DE CRISIS ASFÍCTICA SECUNDARIA A
PRESENCIA DE CUERPO EXTRAÑO EN OROFARINGE**

M Guzmán Ruiz, P Olmedo Carrillo, M Fortis Ballesteros
Centro Hospitalario Ciudad de Jaén

Palabras claves: crisis asfíctica, obstrucción intermitente de la vía aérea, cuerpo extraño

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 77 años con AP: HTA, Flutter auricular con ablación del istmo cavotricuspidé, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, y Miocardiopatía Hipertrófica. Acude a Urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho y fiebre, tras pruebas analíticas y Ecografía Abdominal, se ingresa a cargo de Cirugía General por Colecistitis aguda litiasica con área de abscesificación perivesicular, realizándose colecistectomía de carácter urgente. A las 48 horas, dada la buena evolución y correcta tolerancia a dieta oral es dado de alta. A las 72 horas vuelve a Urgencias por cuadro de Disnea brusca y dolor a nivel mandibular desde intervención quirúrgica. Presenta mal estado general, diaforesis, taquipnea en reposo y cianosis acra. Glasgow 15. Sat O2 70% (Fi O2 21%). ACR: Tonos rítmicos rápidos no soplos, MVC con crepitantes hasta campos medios. EKG: Ritmo sinusal a 100lpm, con alteración de la repolarización sugerente de IAM anterior. Ante inestabilidad hemodinámica se consulta con UCI, dados sus AP, desestima medidas invasivas. Pruebas complementarias: Analítica: hemograma normal. Bioquímica cardíaca: mioglobina 153. Dímero D 3609. Rx tórax: Cuerpo extraño (prótesis dental) a nivel de orofaringe, signos de reconversión broncovascular y patrón intersticial de predominio en ambas bases. Se consulta con Digestivo para posible extracción de cuerpo extraño, que indica interconsulta con ORL ya que el cuerpo extraño se encuentra en Vía aérea alta. ORL realiza exploración de orofaringe, y se observa cuerpo extraño en boca de Killian que se extrae con Laringoscopio y pinzas de Magyll. Tratamiento: evitar AINEs, dieta blanda. El paciente permanece en Observación de Urgencias con tratamiento de SCA. A las 24h, presenta estabilidad hemodinámica, Sat O2 90% (Ventimask 50%) por lo que se ingresa en Neumología por Neumonía bilateral por probable aspiración.

Conclusiones:

Es necesaria una buena exploración de la vía aérea, incluyendo la entrevista clínica eficaz, antes de ejecutar maniobras de control de la misma (como uso de Mascarilla Laríngea). Es primordial la supervisión tanto en la valoración como en la manipulación de la vía aérea. Se deben mejorar los estándares establecidos previos a la derivación al alta domiciliaria. (Tolerancia correcta de la dieta oral).

CASOS CLÍNICOS

P-930

IMPORTANCIA DEL CONTROL DE LA MEDICACIÓN ACTIVA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA

A Rodríguez Camacho (1), A Calderón Rodríguez (2), N Jiménez Del Marco (2), S Peña Astorga (1), V Reina Lora (1)

(1) Hospital Universitario Puerta del Mar, (2) Urgencias. Loreto-Puntales. Distrito Bahía de Cádiz. La Janda, Cádiz.

Palabras claves: neuroleptic malignant syndrome, medication errors, emergencies

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 43 años con antecedentes de síndrome ansioso-depresivo, esquizofrenia y fumador de 20cig/24h, en tratamiento con quetiapina, lorazepam y trazodona, que acude al servicio de urgencias (SU) traído por su familia por presentar desde esta mañana episodio de agitación psicomotriz y desorientación. No focalidad neurológica ni clínica infecciosa. No fiebre. A la exploración: mal estado general, consciente pero desorientado en las tres esferas. Taquipneico a 23rpm, y taquicárdico. TA: 186/82. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. . Exploración neurológica sin nada reseñable salvo desorientación. Pruebas complementarias: Analítica general sin hallazgos relevantes. Sedimento de orina positivo para benzodiazepinas. Gasometría venosa normal. Electrocardiograma con taquicardia sinusal a 110 latidos. TAC craneal normal. A las cuatro horas de su llegada al SU, comienza con temblores, escalofríos, movimientos tónico-espásticos de extremidades que asemejan a opistótonos y fiebre de 40,2°C. Ante estos hallazgos se solicita nueva analítica con CPK de 6370 U/L que continúa aumentando en posteriores controles hasta 17311 U/L. Con todos estos datos, se llega al diagnóstico de síndrome neuroléptico maligno comenzando con medidas de soporte vital y sueroterapia intensiva forzando la diuresis para la eliminación del antipsicótico. El paciente ingresa en UCI presentando mejoría de la clínica y normalización de CPK a la semana. En evaluación psiquiátrica posterior admite ingesta de quetiapina con fines autolíticos.

Conclusiones:

El Síndrome Neuroléptico Maligno tiene una incidencia entre 0,01-0,02%, siendo una complicación neurológica infrecuente pero con alta tasa de mortalidad si no se realiza un tratamiento precoz. La terapia con antipsicóticos sigue siendo indispensable para el control de algunas enfermedades. El uso de antipsicóticos atípicos ha reducido la aparición de complicaciones de estos fármacos. Dado que no existe antídoto específico para casos de sobredosis, es primordial la vigilancia y evolución en pacientes que toman este tipo de fármacos. No obstante queremos hacer hincapié en la importancia de una anamnesis detallada y registro preciso de la medicación activa que toman los pacientes que atendemos en nuestros SU. Cosa que actualmente nos facilita, o no, la digitalización de la misma, puesto que muchos pacientes abandonan la responsabilidad del control de medicación ante la informatización de su historia clínica.

A-931

MIGRALEPSIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

A Sánchez Canto (1), A García Olloqui (1), I Pérez Torres (1), A Díez Naz (1), A Vázquez González (1), SA García Fernández (2)

(1) Hospital Universitario Virgen del Rocío, (2) Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Palabras claves: trastornos migrañosos, epilepsia, diagnóstico

Ámbito del caso:

Varón de 42 años sin alergias conocidas, con antecedentes de migraña con aura en tratamiento con zomig inhalado, que acudió a urgencias por herida craneal tras caída/síncope en contexto de crisis migrañosa. Durante su estancia en Urgencias sufre una crisis generalizada tónico-clónica. En el pasado refiere haber tenido varias crisis migrañosas, en una de las cuáles llama la atención la aparición de hemiplejía transitoria, diagnosticada de migraña con aura tras múltiples estudios y en seguimiento en Unidad de Migraña.

Historia clínica

Exploración física: Consciente y orientado, sin déficits neurológicos focales, estabilidad hemodinámica, no alteraciones por aparatos, herida contusa frontoparoetal izquierda. Exploración complementaria: TC cráneo y analítica sin hallazgos Diagnóstico

Conclusiones:

Se definió migralepsia de acuerdo con los criterios de la ICHD-II (2004), como una crisis desencadenada por un aura de migraña, considerando las siguientes condiciones obligatorias: Cefalea que cumple criterios de migraña con aura (al menos dos ataques) Una crisis que cumple criterios para un tipo de ataque epiléptico que ocurre durante el aura de la migraña o hasta una hora después del mismo. Es importante diferenciar los verdaderos casos de migralepsia a los de aquellos con un aura epiléptica (el inicio parcial de una crisis que se generaliza de forma secundaria), o bien, una convulsión y cefalea postcrítica, dado que el manejo de la migralepsia podría beneficiarse del uso de fármacos duales (antiepilépticos con efecto profiláctico de cefalea) Es tema controvertido entre los expertos el estrecho margen de los criterios diagnósticos y se postula su ampliación dado que hay pacientes que podrían ser incluidos en la categoría y siendo estrictos no cumplen criterios, como es el caso de este paciente, a pesar de ser diagnosticado por una Unidad especializada, no cumple rigurosamente el factor tiempo.

CASOS CLÍNICOS

A-932

UN DESPERTAR COMPLICADO

S Peña Astorga (1), A Calderón Rodríguez (2), N Jiménez del Marco (2), A Rodríguez Camacho (1), V Reina Lora (1)

(1) Hospital Universitario Puerta del Mar, (2) Urgencias. Loreto-Puntales. Distrito Bahía de Cádiz. La Janda, Cádiz.

Palabras claves: penile diseases, urology, emergencies

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 22 años, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias (SU) por presentar desde por la mañana dolor e inflamación en el pene, acompañado de desviación hacia la izquierda. No refiere traumatismo y/o actividad sexual previa, no sangrado ni otros síntomas. A la exploración buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Abdomen sin hallazgos de interés. Testículos de características normales. En tercio proximal de pene se observa equimosis y angulación hacia la izquierda de más de 60°. Vascularización conservada sin cianosis distal y edema moderado en pene. Pruebas complementarias: Analítica incluyendo hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. Ecografía de pene donde se aprecia solución de continuidad en albugínea de cuerpo cavernoso derecho, con hematoma anexo de 5 centímetros de diámetro mayor aproximadamente. La arteria cavernosa por debajo de la lesión con registros de amplitud y morfología normales. Cuerpo cavernoso izquierdo normal. Conclusión: Fractura de cuerpo cavernoso derecho. El paciente ingresa en Urología programándose sutura del cuerpo cavernoso derecho. El ingreso y la intervención quirúrgica transcurrieron sin complicaciones, presentando erección espontánea, y pautándose al alta antibioterapia y analgesia.

Conclusiones:

La fractura de pene es una patología muy infrecuente que precisa de un tratamiento urgente que evite complicaciones. Las causas más frecuentes de la fractura de pene suelen producirse durante la práctica de actividades sexuales y detumescencia peneana, aunque existe otras causas menos prevalentes como darse la vuelta en la cama con el pene erecto, manipulación peneana nocturna inconsciente, caídas con traumatismo en el pene erecto y golpe directo en el pene. Normalmente la fractura de cuerpo cavernoso suele ser unilateral y transversal, entre un 0-38% puede asociarse a rotura de cuerpo esponjoso pudiendo afectar a uretra. El diagnóstico principalmente se basa en la anamnesis y exploración, no siempre es necesario el uso de ecografía salvo que se sospeche afectación uretral u otra complicación. Es necesario un diagnóstico precoz para aplicar un tratamiento eficaz que evite deformidades o secuelas.

A-933

SEGUNDA VISITA A URGENCIAS ANTE DEBILIDAD MOTORA PROGRESIVA

M Oliete Blanco, L Usieto López, A Díaz de Tuesta Chow Quan, P Cuadra Giménez, T Fernández Letamendi, S Alcalde López

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: Síndrome Guillain Barré, polineuropatía, inmunoglobulinas

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

HISTORIA CLÍNICA Paciente de 71 años, sin antecedentes de interés hasta la fecha, que acude a urgencias al presentar cuadro de debilidad de extremidades inferiores con imposibilidad para la marcha y caídas junto con estreñimiento y malestar abdominal. Parestesias distales en pies. Cuadro gripal hace tres semanas. Dos días antes había acudido a urgencias con clínica similar, coincidiendo con cifras tensionales altas, achacando la debilidad a su crisis hipertensiva y dado de alta con inicio de Enalapril 20 mg para control de la hipertensión arterial. **EXPLORACIÓN FÍSICA** Tensión arterial: 193/111 mmHg, Frecuencia cardiaca: 107 l.p.m, Saturación Oxígeno: 97%, Temperatura: 36,9 C. Auscultación cardiopulmonar: ruidos rítmicos, sin soplos, normoventilación bilateral. Abdomen anodino. Paciente consciente y orientado. Lenguaje y habla normal. Pares craneales normales. Fuerza tríceps izquierdo 4-/5. Paraparesia de extremidades inferiores 4/5 proximal psoas/iliaco, cuádriceps 4. Sensibilidad normal. Reflejos de estiramiento muscular 0. Reflejos cutáneo plantares flexores. Meníngeos negativos. No dismetrías. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Analítica de sangre: 11300 leucocitos (72,5% neutrófilos). Resto de hemograma normal. Estudio de coagulación, función renal e iones sin alteraciones. Mioglobina 76,3ng/mL. Electrocardiograma: ritmo sinusal, sin alteraciones en la repolarización. Radiografía de tórax: sin hallazgos pleuroparenquimatosos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Mielopatía aguda. Trastorno neuromuscular. Cuadro psicofuncional. **EVOLUCIÓN:** Ante la impresión de polirradiculoneuritis se solicita colaboración al Servicio de Neurología. Se realiza punción lumbar obteniéndose líquido claro con proteínas altas e ingresando en este servicio con la sospecha de Síndrome de Guillain-Barré, mejorando clínicamente tras la infusión de inmunoglobulinas. **DIAGNÓSTICO FINAL:** Síndrome de Guillain-Barré.

Conclusiones:

El síndrome de Guillain-Barré es un trastorno neurológico autoinmune desencadenado por una infección viral o bacteriana y que se caracteriza por una debilidad simétrica, rápidamente progresiva, de comienzo distal y que cursa con pérdida de reflejos osteotendinosos con signos sensitivos ausentes. El líquido cefalorraquídeo muestra una disociación albúmino-citológica, con aumento de proteínas y normalidad celular. Todo paciente debe ser ingresado para vigilancia, siendo la plasmaféresis y las inmunoglobulinas el tratamiento más eficaz.

CASOS CLÍNICOS

P-934

**HIPERAMONEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.
¿PENSAMOS EN ELLA?**

E Fuentes González, C Martínez Muñoz, M Carrizosa Bach, J Giol Amich, A Serra Segués, I Cabello Zamora, I Bardés Robles
Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

Palabras claves: behavioral symptoms, encephalopathy, metabolic, ornithine

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 26 años con antecedentes de trastorno de personalidad disociativo, acude a urgencias de otro centro por presentar cuadro de dolor abdominal, encamamiento, desorientación y dificultades de coordinación. Se realiza estudio básico. En la analítica destacan 17.000 leucocitos. Tóxicos urinarios negativos. Radiografía de tórax anodina. Se solicita TAC craneal normal. Se realiza punción lumbar sin hallazgos patológicos. Se realiza también RMN dentro de la normalidad. Valorada por neurología, se orienta como síndrome confusional (valorar posibles causas tóxico-metabólicas). Valorada por Psiquiatría, descartadas diversas patologías orgánicas, orienta finalmente como trastorno disociativo, siendo alta. Tras persistencia de los síntomas paciente reconsulta a nuestro centro. A la exploración, paciente obnubilada, sin focalidad neurológica aparente. Nueva analítica muestra normalización de hemograma y ausencia de alteración de la función renal y hepática. Se reinterroga a los familiares de la paciente, que refieren que anteriormente paciente estaba controlada en centro pediátrico por alteración enzimática que no recuerdan. Se contacta telefónicamente con dicho centro que informan de antecedente de Déficit de Ornitin transcarbamilasa, por lo que se solicita niveles de amonio, aminoácidos en orina. Niveles de amonio de 520 mmol/L. Se realiza diálisis en unidad de críticos. Posteriormente niveles de amonio de >200 mmol/L, mejoría clínica de la paciente, con mejoría del nivel de consciencia. Paciente ingresa para completar tratamiento y estudio. Al alta, paciente mantiene conducta pueril, lenguaje repetitivo que familia informa como estado basal de la paciente atribuyéndose a afectación progresiva por estado de hiperamonemia mantenido.

Conclusiones:

La hiperamonemia es una alteración metabólica que se caracteriza por la elevación de niveles de amonio en sangre. La determinación de amonio en plasma, en urgencias, es una prueba simple pero importante para pacientes que presentan desorientación o alteración del nivel de consciencia sin causa aparente. La alteración de la función hepática es la causa más común de hiperamonemia, aunque hay otras causas. Una historia cuidadosa, así como pruebas diagnósticas precisas nos pueden orientar a enfermedades con el déficit de ornitin transcarbamilasa, enfermedades hematológicas o efectos de el ácido valproico y el 5-fluoracilo. La hiperamonemia aguda es una emergencia médica, por lo que es necesario tomar medidas urgentes para minimizar los daños cerebrales.

A-935

SÍNDROME DE WÜNDERLICH O ROTURA RENAL ESPONTÁNEA

MP Oliete Blanco, MT Fernández Letamendi, AC Cabistany Esque, P Cuadra Giménez, AM Díaz de Tuesta Chow Quan, L Usieto
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: Síndrome de Wunderlich, hemorragia retroperitoneal, angiomiolipoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

HISTORIA CLÍNICA. Paciente de 43 años hipertenso como único antecedente que acude a urgencias al presentar de forma brusca epigastralgia irradiada a ambos flancos, sudoración fría y náuseas, coincidiendo con cifras tensión altas, por lo que durante el traslado en UVI móvil se inicia perfusión de labetalol. **EXPLORACIÓN FÍSICA** Tensión arterial: 220/120 mmHg, Frecuencia cardiaca: 100 l.p.m, Saturación de oxígeno: 99% Consciente con afectación del estado general. Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos 100 l.p.m. Normoventilación bilateral. Abdomen doloroso a la palpación en epigastrio y flanco izquierdo con puño percusión renal izquierda positiva. Pulsos femorales presentes y simétricos. No soplos abdominales. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.** Analítica de sangre: 13100 leucocitos, Hemoglobina 15,4 g/dL, Hematocrito 47%, Función renal e iones normales, Amilasemia normal, Equilibrio sin alteraciones, Marcadores cardiacos normales, Dímero D 408 ug/L. Analítica de orina: pH 5,5, Proteínas 0,20 g/L, Hemoglobina +++, Nitritos negativo. Electrocardiograma: ritmo sinusal 100 l.p.m, signos de hipertrofia ventricular izquierda. Radiografía de tórax: sin hallazgos pleuroparenquimatosos de evolución aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL** Síndrome aórtico agudo Cólico renal complicado. **EVOLUCIÓN** Ante la situación de abdomen agudo se decide realizar Tomografía axial computerizada torácico y abdominal con informe: aorta torácica y abdominal de calibre normal y sin alteraciones en su luz. Riñón izquierdo aumentado de tamaño y con nefrograma uniforme, apreciándose sufusión hemorrágica que diseca el espacio perirrenal con engrosamiento de las fascias pararenal anterior y posterior. Pequeña lesión cortical hipodensa de 9 mm en polo superior sugestiva de quiste simple. Se solicita colaboración al Servicio de Urología, que ante la sospecha de síndrome de Wunderlich ingresa al paciente para tratamiento conservador, reservando la indicación quirúrgica en caso de evolución desfavorable. **DIAGNÓSTICO FINAL** Síndrome de Wunderlich.

Conclusiones:

La hemorragia renal espontánea, conocida también por el Síndrome de Wunderlich, es una entidad rara que puede poner en peligro la vida. La etiología es variada, desde patología tumoral seguido del angiomiolipoma, hidronefrosis o ruptura de quistes renales simples. El manejo es mantener una conducta conservadora de inicio, reservando la cirugía en caso de inestabilidad hemodinámica.

CASOS CLÍNICOS

P-936

**DISFAGIA COMO MOTIVO DE CONSULTA
REITERANTE EN URGENCIAS**

S Peña Astorga (1), N Jiménez Del Marco , A Calderón Rodríguez , V Reina Lora (1), A Rodríguez Camacho (1)

(1) Hospital Universitario Puerta del Mar, (2) Urgencias, Loreto-Puntales. Distrito Bahía de Cádiz. La Janda, Cádiz.

Palabras claves: deglutition disorders, neck pain, radiography

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 59 años que acude al servicio de urgencias en repetidas ocasiones por sensación de cuerpo extraño en orofaringe y cervicalgia, no acompañándose de otra sintomatología. No fiebre. Antecedentes personales de hipertensión arterial, Síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico y glaucoma bilateral. En la exploración del cuello se palpa glándula tiroidea aumentada de tamaño, no dolorosa a la palpación y sin signos inflamatorios locales, no se palpan adenopatías. Discreta molestia con la movilización laterocervical pasiva. Resto de exploración por aparatos y sistemas dentro de la normalidad. En urgencias se solicitó Radiografía cervical que primeramente se informó con signos degenerativos en cuerpos vertebrales. Ante el hallazgo en la exploración tiroidea se deriva a endocrinología para estudio. Ecografía tiroidea da diagnóstico bocio multinodular. Tras el reciente diagnóstico se programa tiroidectomía total con posterior tratamiento sustitutivo. Posteriormente a la cirugía la paciente vuelve a acudir al servicio de urgencias por sensación de cuerpo extraño en orofaringe y disfagia. Debido a la sospecha de complicación postquirúrgica se deriva a otorrinolaringología donde realizan laringoscopia sin hallazgos patológicos. Vuelve a acudir a urgencias por mismo motivo acompañado de cervicalgia se solicita radiografía cervical donde se observa hiperostosis anquilosante que se confirma con RMN cervical, diagnosticándose de enfermedad Foriester- Rotes Querol a nivel de C2-C7.

Conclusiones:

En la práctica clínica diaria podemos tener dificultades en el diagnóstico certero de algunas patologías que son menos prevalentes pero no por ello menos importantes. Hay enfermedades que cursan con clínicas similares y abigarradas pudiendo confundir el juicio clínico. Para ello es importante una buena realización de historia clínica y exploración exhaustiva del paciente, junto con la interpretación correcta de pruebas complementarias que nos ayudará a enfocar mejor el caso clínico. La enfermedad de Foriester- Rotes Querol fue descrita en 1950, afectando en un 76% a la región cervical. Se diferencia de la espondilitis anquilosante en que en ésta no hay expresión del HLA-B27. Tiene una prevalencia variable según la edad y es más frecuente en hombres. La disfagia puede aparecer en hiperostosis vertebral anterior, por compresión y estenosis esofágica, como es nuestro caso.

A-937

**MORBIMORTALIDAD EN PACIENTE JOVEN CON
SÍNDROME DE EISENMENGER**

M Fortis Ballesteros, P Olmedo Carrillo, M Guzmán Ruiz
Centro Hospitalario Ciudad de Jaén

Palabras claves: Síndrome de Eisenmenger, cardiopatía congénita, hipertensión pulmonar

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 20 años con antecedentes de síndrome de shove con estenosis mitroaórtica intervenida de neonato, ductus arterioso persistente, síndrome de Eisenmenger, HTP, neumopatía intersticial, miocardiopatía restrictiva. En seguimiento por el servicio de cardiología, rechazado por el comité de trasplantes. Acude al servicio de urgencias por cuadro de malestar general y epigastralgia con vómitos aislados. A la llegada presenta fc 140 lpm, sat O2 98%, no se constatan TA. Exploración física: cianosis de zonas acras, ACR: soplo de IT , soplo eyectivo en foco pulmonar con segundo ruido desdoblado, soplo sistodiastólico de ductus, mvc, abdominal: dolor en hipocondrio derecho con defensa a la palpación profunda y hepatomegalia. Rx tórax: cardiomegalia, hipertensión pulmonar arterial mixta con plétora central e isquemia arterial, derrame pleural derecho crónico . RX abdomen: hepatomegalia, gas distal. Analítica: elevación de bilirrubina y transaminasas, troponina I 0.04, CKMB 1. Ecografía abdominal: hepatomegalia, hígado de ecoestructura normal, aumento de calibre de vena cava y suprahepáticas, vía biliar principal normal. Tras perfusión de amiodarona mantiene fc 115lpm. Bruscamente sufre síncope con PCR, iniciándose maniobras de RCP básica. Se consulta con UCI que desestima medidas invasivas. Informándose progresivamente a los familiares de la mala evolución del paciente y de la gravedad. Al no ser subsidiario de cuidados intensivos y RCP avanzada se suspenden maniobras de RCP básica y se confirma exitus.

Conclusiones:

La supervivencia del Síndrome de Eisenmenger una vez establecido el diagnóstico alcanza un 80% a los 10 años, 77% a los 15 años y 42% a los 25 años, no influyendo la localización de la anomalía cardíaca. El único tratamiento definitivo es el trasplante cardiopulmonar o pulmonar aislado con reparación quirúrgica de la cardiopatía original, destinado a aquellos pacientes que se encuentran extremadamente sintomáticos, con expectativa de vida menor al 50% a los 10 años. Sin embargo, dados los largos tiempos de espera, escasos donantes y mortalidad asociada al procedimiento, es imprescindible la búsqueda de tratamientos que mejoren no sólo la calidad de vida, sino también su expectativa. La evidencia actual es débil y son necesarios más estudios, que permitan continuar valorando terapias alternativas.

CASOS CLÍNICOS

P-938

CEFALEAS, ALTERACIONES VISUALES Y SÍNCOPE EN PACIENTE JOVEN

V Reina Lora (1), A Rodríguez Camacho (1), S Peña Astorga (1), A Calderón Rodríguez (2), N Jiménez del Marco (2)

(1) Hospital Universitario Puerta del Mar, (2) Urgencias, Loreto-Puntales. Distrito Bahía de Cádiz. La Janda, Jerez de la Frontera, Cádiz.

Palabras claves: neurology, diplopia, intracranial thrombosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 19 años, sin antecedentes personales de interés y en tratamiento con anticoncepción hormonal, que acude al servicio de urgencias (SU) trasladada en UVI móvil. Según familiares hoy ha presentado cuadro sincopal de cronología incierta. Los 3-4 días previos ha manifestado cefalea, vómitos y alteraciones visuales, por lo que está en estudio de migrañas. No fiebre. No otra clínica asociada. A la llegada la paciente presenta buen estado general, TA: 102/70. FC: 69 Glasgow 13. Consciente, desorientada, no responde a órdenes sencillas, pupilas normorreactivas, moviliza espontáneamente las cuatro extremidades, no rigidez nuchal. Resto de exploración por aparatos y sistemas anodino. Pruebas diagnósticas: analítica general incluyendo gasometría venosa sin hallazgos patológicos. Sistemático de orina normal y tóxicos en orina negativo. TAC craneal con sospecha de hemorragia subaracnoidea hemisférica izquierda. Punción lumbar con presión positiva, solicitando cultivo y bioquímica del líquido cefalorraquídeo. Fondo de ojo con edema de papila bilateral. Se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro, fluidoterapia y monitorización desde SU. La paciente evoluciona tópidamente, comenzando con crisis tónico-clónicas de brazo izquierdo. Sufre empeoramiento del estado general, disminución del nivel de consciencia, siendo necesaria la intubación orotraqueal (IOT) y sedación de la paciente. Se solicita Angio-TAC urgente compatible con trombosis de senos venosos cerebrales. Se administra heparina a dosis terapéuticas e ingresa en UCI con buena evolución posterior con disfonía tras IOT. Pasa a planta de neurología diagnosticándose de déficit de proteína S adquirida con trombofilia hereditaria. Actualmente se encuentra anticoagulada con sintrom.

Conclusiones:

La trombosis de senos venoso cerebrales es una patología infrecuente, presenta una incidencia de 3-4/1.000.000 casos. Tiene una mortalidad de hasta el 9% y la morbimortalidad aumenta si no reciben un tratamiento temprano, siendo de vital importancia un diagnóstico urgente haciendo muy participe de ello al médico de urgencias. Se ha demostrado que hasta el 80% tiene una evolución favorable si se realiza los diagnósticos y tratamientos idóneos. Las causas son variables y tiene una importante asociación a estados de hipercoagulabilidad hereditarios o adquiridos como resultó ser nuestro caso. Puede ser causado a su vez por infecciones del sistema nervioso, traumatismos, neoplasias y enfermedades sistémicas, entre otras.

A-939

RETRACCIÓN CUTÁNEA EN LA MAMA, ¿ENFERMEDAD DE MONDOR?

A Lozano Vicente (1), R Aranda Colubi (1), MJ Martínez López (2)

(1) DCCU San José de la Rinconada, (2) Centro de Salud Guillena. Sevilla.

Palabras claves: Mondor's disease, breast, thrombophlebitis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Se describe un caso clínico de una mujer de 53 años de edad con antecedentes personales de: hernia de hiato, gastritis crónica atrófica, hipotiroidismo, eventración abdominal e histerectomía por miomas, en tratamiento con sucralfato 1g/8 h, ranitidina 300 mg/24 h y levotiroxina 50 mcg/24 h. Acude al servicio de urgencias por dolor y eritema en ambos cuadrantes externos de la mama derecha. A la exploración se aprecian dos lesiones cutáneas compatibles con picadura de insecto en surco mamario, además de eritema y dolor a la palpación de la zona descrita. Se instaura tratamiento antibiótico vía oral con amoxicilina-Ac Clavulánico 875/125/8 h durante una semana, por sospecha de infección cutánea y posible linfangitis. Acude a revisión después del tratamiento, observándose la desaparición del eritema pero persistiendo mastalgia con aparición de novo de retracción cutánea en unión de cuadrantes externos de la mama derecha (imagen disponible), palpándose dudoso cordón venoso en dicha zona. Se instaura tratamiento con HBPM y se deriva a la unidad de cirugía con sospecha de patología neoplásica. En dicho servicio, se solicita ecografía y mamografía bilateral. En ambas pruebas se descartó malignidad, identificándose tan sólo una ligera ectasia ductal bilateral. Tras ello se diagnostica de Tromboflebitis superficial de la mama (enfermedad de Mondor) y se opta por tratamiento conservador con AINE y estreptoquinasa, resolviéndose el caso en tres meses sin secuelas.

Conclusiones:

La enfermedad de Mondor es una entidad rara y poco conocida. Se caracteriza por una tromboflebitis de una vena superficial del tórax. Su etiología es desconocida y parece estar relacionada con diversas patologías, como en nuestro caso se asoció a un proceso cutáneo infeccioso. En el caso descrito, por la exploración y la edad de la paciente, la primera sospecha diagnóstica fue de patología neoplásica, sometiendo a la paciente a pruebas complementarias y al estrés psicológico que supone la mera sospecha de tener una enfermedad maligna. El conocimiento de la existencia de la Enfermedad de Mondor, así como las patologías con las que parece relacionarse, por parte de los distintos especialistas, permitiría un buen diagnóstico diferencial evitando así la realización de pruebas complementarias innecesarias. El tratamiento con antibióticos y anticoagulantes tampoco estarían indicados.

CASOS CLÍNICOS

P-940

EL PRINCIPIO DE LA NAVAJA DE OCKHAM EN MEDICINA DE URGENCIAS: FILIACIÓN DEL COMA EN UNA MUJER JOVEN SIN ANTECEDENTES

C Baena Gallardo (1), N Domínguez Manzano (1),
J Enríquez Aragón (2)

(1) Epes 061 Cádiz-Emergencias Andalucía, (2) Hospital
Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras claves: coma, agitación psicomotriz, urgencias
endocrinas

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Se recibe una llamada al CCUE por parte de un testigo que observa que una mujer joven, tras parar su coche y mientras hablaba por teléfono, ha comenzado a realizar movimientos 'extraños' y que no responde cuando se le pregunta por su estado. Se activa a la UVI móvil del 061 y a su llegada encuentran a la paciente agitada, que no responde a órdenes verbales, sin fijación de la mirada y emitiendo sonidos incomprensibles. GCS inicial 10 puntos (O4, V2, M4). No relajación esfinteriana. No aparente pérdida de fuerza. Pupilas medias reactivas. Se decide relajación para poder evacuarla fuera de su vehículo y para garantizar su seguridad y la de los miembros del equipo de emergencias. Tras una valoración inicial tras sedación, y comprobando que todas sus constantes están dentro de la normalidad. Por rutina se repite la glucemia capilar a los 5 minutos y en este caso aparece 'LOW'. Se inicia tratamiento para la hipoglucemia y para comprobar nivel de consciencia basal, tras recuperar glucemia normal, se revierte la sedación, tras lo cual se comprueba que reaparece la agitación y el GCS permanece en 10 puntos. Tras ello se inicia el traslado a Servicio de Urgencias donde ingresa con deterioro del GCS (8 puntos) sin asimetría facial y con desviación de la mirada conjugada a la izquierda. Ausencia de reflejo nauseoso. Reflejos corneales normales. No pérdida de fuerza pero movimientos incordiando. Reflejos cutáneo plantares bilaterales extensores. Se solicita TAC craneal urgente, hemograma, bioquímica, coagulación y tóxicos. Todas las pruebas resultan normales, por lo que se ingresa en UCI para continuar la investigación de la causa del cuadro. Se ingresa en planta tras extubación para estudio por parte de Medicina Interna. Pide el alta voluntaria y a los 8 días del alta vuelve a ingresar por idéntico cuadro.

Conclusiones:

La filiación del coma no estructural a veces supone un reto para los equipos de cuidados críticos. Se discute en el caso las posibles causas del mismo, tomando como referencia el aforismo de Guillermo de Ockham: en igualdad de condiciones, la explicación más sencilla suele ser la correcta.

A-941

ANHIDROSIS Y FRIALDAD FACIAL EN PACIENTE DEPORTISTA

V Reina Lora (1), N Jiménez del Marco (2), A Calderón
Rodríguez (2), A Rodríguez Camacho (1), S Peña Astorga (1)

(1) Hospital Universitario Puerta del Mar,

(2) Urgencias, Loreto-Puntales. Distrito Bahía de Cádiz. La Janda,
Jerez de la Frontera. Cádiz.

Palabras claves: neurology, hypohidrosis, Blushing

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 56 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude al servicio de urgencias con intensa preocupación, refiere tras una hora de marcha en maratón comienza con sensación de rubor y sudoración en hemicara derecha, no refiere exposición solar previa, no fiebre, no otra sintomatología acompañante. Comenta que en dos ocasiones previas ha presentado similar clínica pero no le dio importancia como para acudir a consulta médica. A su llegada a urgencias la paciente presenta Tensión arterial: 140/56, Frecuencia cardíaca: 89 lpm Saturación de oxígeno basal: 100%. Auscultación cardiopulmonar anodina. Exploración neurológica sin alteraciones Las pruebas complementarias solicitadas en urgencias no presentaron hallazgos patológicos, incluyendo analítica general, electrocardiograma, radiografía de tórax. TAC craneal sin hallazgos Al no encontrar hallazgos en pruebas diagnósticas se reintierroga a la paciente. Refiere que los dos episodios previos los recuerda asociados a esfuerzo físico y que a la misma vez que siente rubor y sudoración en hemicara derecha, presenta sensación de frialdad, palidez y anhidrosis en hemicara contralateral. Las manifestaciones clínicas objetivadas nos llevaron al diagnóstico de Síndrome Arlequín y se derivó a la paciente a neurología para continuar estudio con Realización de Resonancia Magnética craneal sin alteraciones.

Conclusiones:

Hay síndromes que puede asociarse a otro tipo de patologías graves, como es el caso del Síndrome de Arlequín. Siendo de esta forma necesario para el médico de urgencias sospecharlas y confirmar su existencia o no, mediante una batería de pruebas complementarias u exploraciones especializadas. En el caso del Síndrome de Arlequín el diagnóstico es clínico y de exclusión, por lo que es muy importante recoger una buena historia al paciente, reflejando posibles episodios previos y factores desencadenantes. Este síndrome fue descrito en 1988 por Lance et al. Su etiología es variable, entre las que se encuentran la disección carotídea, bocio tiroideo, neoplasias, siringomielia, esclerosis múltiple, iatrogénica e idiopática. Esto hace necesario descartar la asociación o no a otras patológicas porque en ello se basa su tratamiento y por tanto su pronóstico.

CASOS CLÍNICOS

A-942

SOBREVIVIR A LA SEPSIS

E García Alfocea (1), A Barnés Parra (1), J Alcaraz Martínez (1), R Pérez Costa (1), A García Ortega (2), M Muñoz Ayuso (1), E Molina García (1)

(1) Hospital Morales Meseguer, (2) Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Palabras claves: hipotermia, oliguria, obnubilado

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 71 años. Sin FRCV Antecedentes medicoquirúrgicos conocidos, ni tratamiento crónico. vive solo, sin relaciones familiares ni sociales. Traído por portero de su edificio tras hallarlo en casa con disminución del nivel de consciencia, yaciendo en el suelo. EF: Consciente, Afasia mixta-> Glasgow de 7 en escasos minutos. TA 100/70-> 68/45 mmHg FC 68-> 40 lpm GLucemia 67 Sat 02 98% FR 15 rpm Tª 34.8°C Piel y mucosas Pálidas y deshidratadas No IY. AC rítmica sin soplos AP mvc bialteral Abdomen Blando y depesible sin signos de irritación peritoneal, masas ni megalias. Tímpanico. Extremidades Pulsos presentes, débiles. Contusiones en ambas rodillas. Erosiones por rascado. NRL: Pupilas isocóricas normoreactivas, reflejo corneal presente bialtera. Reflejo plantar curáneo flexor bilateral. ECG: ritmo sinusal 70 lpm sin alteraciones de la repolarización Analítica: Leucocitos 23.000 N 97% L 10% Hemoglobina 9.4 Hematocrito 28 Plaquetas 62.000 gasometria normal, Lactato 0.8 Glucosa 41 creatinina 0.51 Urea 93 CPK 4532 Na 133 K 4.5 RX Tórax: Consolidación lóbulo inferior izquierdo. Ecografía abdominal Pared vesicular de aspecto edematoso probablemente reactiva a leve cantidad de ascitis. Leve derrame bilateral. TC craneal simple Estudio sin hallazgos significativos Tórax control: Consolidaciones pulmonares bibasales asociadas a derrame pleural bilateral de predominio izquierdo. Valorar broncoaspiración. Diagnóstico: Shock séptico foco respiratorio. Bronconeumonía nosocomial bilateral. Tras tratamiento en primero con VMI, tras estabilización VMNI, Sondaje urinario, drogas vasoactivas (noradrenalina) antibioterapia amplio espectro el paciente 'sobrevivió a la sepsis'.

Conclusiones:

La sepsis es un síndrome clínico caracterizado por una respuesta inflamatoria sistémica desencadenada por un proceso infeccioso, el que produce una 'disregulación' de la respuesta inflamatoria normal, provocando un daño tisular. Existen distintos estadios de gravedad que van desde la sepsis leve al shock séptico, pasando por la sepsis grave, con una mortalidad de aproximadamente el 35%, la que puede llegar hasta un 60% en situaciones de sepsis grave o shock séptico. El diagnóstico diferencial de la sepsis debe plantearse con: Otras causas de SRIS: pancreatitis aguda grave, politraumatismos, grandes quemados, enfermedades sistémicas en fase aguda, postoperatorios, necrosis tisulares extensas o lesiones inmunológicas. Shock: Cardiogénico o Hipovolémico. • Endocrinopatías (insuficiencia suprarrenal primaria y secundaria). Misceláneas: aneurisma roto, anafilaxia, intoxicación, déficit de tiamina o la administración de vasodilatadores.

A-943

¿PUEDE UN ECÓGRAFO DE BOLSILLO SER DE AYUDA EN UN CASO DE SHOCK?

T Villén Villegas, P Gallego Rodríguez, E Machín Muñoz, A Trueba Vicente, M Hernández Egido, L Alba Muñoz

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Palabras claves: ecografía, taponamiento cardiaco, shock

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN Se presenta un caso de shock con un diagnóstico diferencial amplio, que es evaluado y correctamente diagnosticado en la cabecera del paciente en menos de Díez minutos. **OBJETIVO** Demostrar la importancia de la ecografía clínica en el diagnóstico diferencial del shock. **MÉTODO.** Descripción de caso clínico. **RESULTADOS.** Paciente de 67 años con antecedentes de adenocarcinoma de sigma pT3N2bMx intervenido quirúrgicamente cinco años antes y actualmente en coadyuvancia quimioterápica con último ciclo cuatro meses antes de la visita, que acude a Urgencias remitido desde la Consulta Externa de Oncología por disnea, hipotensión y taquicardia. Interrogado, refiere astenia intensa de varios días de evolución con aumento de su disnea habitual, con empeoramiento en las últimas horas. No refiere otra sintomatología en la anamnesis por aparatos. Refiere haber visitado a su médico habitual, quien indicó inicio de tratamiento con diurético por diagnóstico de insuficiencia cardiaca. En la exploración física destacan: TA 73/43 mmHg FC 188 lpm FR 20 rpm SatO2 basal 88%. Sequedad mucocutánea leve. CyC: carótidas rítmicas y simétricas, no valorable PVY. Tórax: AC arrítmica sin claros soplos. No roce pericárdico. AP crepitantes bibasales. Abdomen: blando y depresible. No doloroso a palpación. No masas ni megalias. RHA +. Extremidades: edemas maleolares. No signos de TVP. El ECG mostraba fibrilación auricular a 180 lpm sin alteraciones de la repolarización. Se solicitó analítica completa con marcadores de lesión miocárdica y radiografía de tórax. A la espera de pruebas complementarias se realizó ecocardiografía enfocada con dispositivo ecográfico de bolsillo, objetivándose derrame pericárdico complejo de más de 2 cm con disfunción ventricular derecha evidente. Tras Díez minutos desde su llegada al Servicio de Urgencias, el paciente fue trasladado a la Unidad Coronaria para la realización de ventana pericárdica urgente.

Conclusiones:

Tanto a la vista de este caso clínico como el de la evidencia bibliográfica disponible, recomendamos la utilización de la ecografía en todo caso de shock o hipotensión, especialmente en aquellos donde el diagnóstico diferencial es más amplio. Este caso, además, demuestra que no es necesario un dispositivo ecográfico complejo para realizar un diagnóstico correcto del paciente en shock de causa indeterminada.

CASOS CLÍNICOS

A-944

MUJER DE 64 AÑOS CON DOLOR TORÁCICO INTERMITENTE DE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN

E Culpíán Arias, N Fernández de Cañete Ramírez, ID García-Baquero Martín, E Granados Laguna, CF Cara Ligerio
Hospital San Agustín. Linares.

Palabras claves: dolor torácico, Tako-Tsubo, cardiopatía isquémica transitoria

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 64 años que consulta 3 veces en la misma semana por dolor retroesternal autolimitado. En la última consulta refiere que el dolor, que se inició 5 horas antes se irradia hacia la escapula izquierda y se acompaña de sudoración, náuseas y un vómito. Niega características mecánicas del mismo o traumatismo previo. Durante el traslado se administran 2 cafinitrinas sublinguales sin mejoría. Antecedentes familiares: cardiopatía isquémica (3 hermanos). Antecedentes personales: HTA y síndrome ansioso-depresivo. Tratamiento habitual: enalapril, lorazepam, paroxetina y alprazolam. Buen estado general. ACR: tonos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen y miembros inferiores son normales. TA: 165/90, FC 67 lpm y Saturación. O₂ 98%. EKG: ritmo sinusal a 71 lpm, PR normal, QRS estrecho y Q y T negativas en V1-V3. Las pruebas complementarias y los EKG realizados en las 2 ocasiones anteriores fueron normales. Radiografía de tórax sin alteraciones significativas. Hemograma y coagulación: parámetros dentro de la normalidad. Bioquímica: Troponina I 1,9 ng/ml. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS:** Dolor tipo isquémico (Síndrome Coronario Agudo), tipo pleurítico (Neumonía atípica, Neumotórax) o tipo psicógeno (Ansiedad). **DIAGNÓSTICO FINAL:** Los hallazgos electrocardiográficos y analíticos orientaron hacia un SCASEST y la paciente fue trasladada a la UCI. Posteriormente llegamos al diagnóstico de síndrome de Tako-Tsubo. **EVOLUCIÓN:** Ingreso en UCI: el dolor cede y no signos ni síntomas de Insuficiencia Cardíaca (Ecocardiografía normal). Control analítico: Troponina I en descenso (0,6 ng/ml). EKG: Bloqueo de rama derecha e isquemia anteroseptal. Cateterismo en 3 días. Coronariografía: arterias coronarias sin lesiones significativas.

Conclusiones:

El interés radica en el aumento de la prevalencia de Síndrome de Tako-Tsubo que estamos observando en nuestro medio. Es un gran simulador, cuyo diagnóstico es por exclusión. Estas circunstancias nos impiden identificarlo en el área de urgencias y se trata como cualquier SCA, conociendo el diagnóstico final una vez que se realizan las pruebas complementarias durante el ingreso.

A-945

HIPERPOTASEMIA SEVERA CON ESCASA RESPUESTA A TRATAMIENTO CONVENCIONAL

E Culpíán Arias, N Fernández de Cañete Ramírez, ID García-Baquero Martín, E Granados Laguna, CF Cara Ligerio
Hospital San Agustín. Linares.

Palabras claves: hiperpotasemia, Addison, insuficiencia suprarrenal

Historia clínica

Mujer de 72 años sin AP de interés. Traslada por DCCU por cuadro confusional y bajo nivel de conciencia con ruidos respiratorios. A la exploración encontramos, los siguientes hallazgos TA:90/60, FC: 64 lpm, Sat. O₂ 95%, FR 14 rpm, Tª 36°C. Aceptable Estado General, deshidratada. Consciente, desorientada. Auscultación: tonos rítmicos sin soplos. MVC con roncus aislados. Abdomen anodino. MMII normales. Exploración neurológica normal. Herida en lengua por mordedura. Hemograma: Normal. Bioquímica: Troponina I 0.162, Urea 134, Creatinina 1.80, Sodio 134, Potasio 7.9. Coagulación: Normal. Sistemático de orina: Normal. Tóxicos en orina: Negativos. GSV: pH 7.34, pCO₂ 32, pO₂ 46, Sat O₂ 73%, CO₃H- 13.7. EKG: Ritmo Sinusal a 70 lpm. sin alteraciones de la repolarización. Rx de Tórax: Ensanchamiento mediastínico superior. TAC craneal: Sin alteraciones. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** A raíz de los resultados analíticos, se plantea: Hipoaldosteronismo hiporreninémico, acidosis tubular tipo IV o insuficiencia Suprarrenal. **DIAGNÓSTICO FINAL:** Insuficiencia Suprarrenal Primaria por Adrenalitis Autoinmune (Enfermedad de Addison). **EVOLUCIÓN:** Se inicia tratamiento de hiperpotasemia severa con escasa respuesta por lo que se ingresa en Medicina Interna donde se realiza un estudio hormonal, tumoral y serológico en el que destaca: ACTH 3379.00 (9-52), β-2-microglobulina 3.25 (0,97-2,64), Ac Ig G antitoxoplasma(+), Anticuerpos Antiglandulas Suprarrenales(+). TAC torácico y abdominal, ecografía renal y endoscopia normales. Comienza con un episodio de disnea que requirió tratamiento con Actocortina, observándose una corrección espectacular de las cifras de potasio. Por ello, llegamos al diagnóstico de Insuficiencia Suprarrenal Primaria por Adrenalitis Autoinmune (Enfermedad de Addison).

Conclusiones:

Se trata de un caso de Enfermedad de Addison que se presenta cuando >90% del tejido suprarrenal es destruido por una cirugía, enfermedad granulomatosa o a través de un mecanismo autoinmunitario. Las manifestaciones clínicas consisten en fatiga, debilidad, anorexia, náuseas y vómitos, pérdida de peso, dolor abdominal, pigmentación cutánea y de las mucosas, avidez por sal, hipotensión y, en ocasiones, hipoglucemia. Los datos de laboratorio generales pueden ser normales, o puede estar reducido el Na sérico y aumentado el K sérico. Para su diagnóstico se necesita la determinación basal de cortisol, ACTH y aldosterona. También determinación de autoanticuerpos suprarrenales.

CASOS CLÍNICOS

A-946

VARÓN DE 35 AÑOS CON INESTABILIDAD EN LA MARCHA

ID García-Baquero Martín, A Serrano Heras, E Culpíán Arias,
N Fernández de Cañete Ramírez

Hospital San Agustín. Palma del Río.

Palabras claves: ataxia, polineuropatía, síndrome cerebeloso

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 23 años con AP de Hipertrigliceridemia sin tratamiento. No otras patologías. No toma tto habitual. Niega ingesta de tóxicos. Derivado por su MAP por inestabilidad en la marcha, pesadez de MMII y afectación visual en los últimos días. Afebril. No trastorno del lenguaje. No afectación de esfínteres. Exploración física: buen estado general. ACR normal Abdomen anodino. Neurológico: Glasgow 15/15. PICNR. Bradipsiquia. No dismetría. Romberg positivo. Nistagmus horizonto-rotatorio. Marcha con aumento del área. RCP bilateral flexor. Pruebas complementarias: analítica normal. Electrocardiograma normal. Radiografía de tórax normal. TAC de cráneo normal. Se deriva a Hospital de referencia para valoración por Neurología de forma urgente. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS: En urgencias nos planteamos como diagnósticos posibles tumor de fosa posterior, cerebelitis viral aguda, infarto o hemorragia cerebelosa, enfermedad desmielinizante (esclerosis múltiple), ingesta de tóxicos vs alcohol, o síndrome paraneoplásico. DIAGNÓSTICO FINAL: Polineuropatía sensitiva axonal grave. Afectación pulmonar leve. EVOLUCIÓN: Paciente ingresado en Neurología donde se realizó RMN cerebral y medular normal. TC torácico con opacidad en vidrio deslustrado bibasales. TC abdomen: esteatosis hepática. Ecocardiograma normal. Eco testicular normal. PET TC body anodino. Biopsia de adenopatía axilar (cambios reactivos). Anticuerpos onconeuronales y marcadores tumorales negativos. Proteinograma, inmunofijación, LCR normal. Bence Jones, B2 microglobulina y autoinmunidad negativa. EMNG: datos de polineuropatía axonal sensitiva severa en MMII e intensa en MMSS. PEV y PEATs normales. Pruebas funcionales respiratorias normales. Transito EGD normal. Valorado por Medicina Interna con biopsia abdominal: negativa para amiloide. Diagnosticado en el ingreso de DM con metformina y movimientos involuntarios de MMSS que impresionaban de psicógenos (EEG anodino). Tratado con inmunoglobulinas y corticoides sin respuesta. Al alta tratamiento con pregabalina 25 mg cada 12 horas y sumial 20 mg cada 12 horas, con trastorno de la marcha bizarro, funcional y persistencia del nistagmus.

Conclusiones:

Las polineuropatías constituyen una patología frecuente y compleja. El diagnóstico etiológico de un paciente con polineuropatía supone a menudo un desafío ya que incluso tras una intensa batería de exploraciones complementarias, no se logra identificar en un 20 %, sobre todo en las de tipo sensitivo motoras o sensitivas axonales, como nos ocupa este caso.

A-947

QUISTE PERITONEAL DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

ID García-Baquero Martín, E Culpíán Arias,
N Fernández de Cañete Ramírez, A Serrano Heras

Hospital San Agustín. Palma del Río.

Palabras claves: quiste peritoneal, tumor ovárico, dolor abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 40 años que consulta por epigastralgia de varios años de evolución que se irradia a hipocondrio derecho. No fiebre. No alteraciones del hábito intestinal. No náuseas ni vómitos. En estudio por Digestivo en tratamiento con metamizol. En seguimiento por Ginecología por CIN II y dolor pélvico crónico (última ecografía en Septiembre de 2014: útero y ovarios normales. Varices pélvicas izquierdas dentro de la normalidad). Antecedentes personales: fumadora de un paquete de cigarrillos diarios. Tratamiento habitual: omeprazol 20 y metamizol 575. Buen estado general. Consciente y orientada. ACR: tonos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. No se palpan masas ni megalias. Murphy (-). Blumberg dudoso. Hemograma, bioquímica, coagulación y sistemático de orina: parámetros dentro de la normalidad. Test de gestación: negativo DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS: Apendicitis Aguda. Colecistitis Aguda. DIAGNÓSTICO FINAL: Se solicita valoración por Cirujano de Guardia, solicitándose TAC abdominal. Conclusión: mucocoele apendicular con inflamación en la base del mismo. EVOLUCIÓN: La paciente ingresa para someterse a cirugía de forma urgente (escisión de quiste peritoneal en zona de meso íleon de 10x5 cm. Apendicectomía). Anatomía Patológica: Cistoadenoma seroso. Apendicitis Aguda.

Conclusiones:

El cistoadenoma seroso de ovario es el tumor más frecuente de aquellos que provienen del epitelio celómico superficial formado por áreas quísticas. Con la edad, el ovario envejece funcionalmente, sin embargo, nunca pierde su capacidad para generar tumores. El potencial neoplásico de la gónada femenina es ampliamente conocido, se observa neoformaciones ováricas en todas las etapas de la vida de la mujer. La diversidad de los tumores ováricos es comprensible por la compleja histogénesis, todos los componentes histológicos tienen la capacidad de originar neoplasias de variado comportamiento biológico. La mayor parte de estos tumores produce pocos síntomas y, si los hay, son inespecíficos, y en todo caso leves. Los síntomas más frecuentes consisten en distensión abdominal, dolor o malestar abdominal, sensación de presión en la parte inferior del abdomen y síntomas urinarios.

CASOS CLÍNICOS

P-948

MUJER DE 23 AÑOS CON DOLOR EN FOSA ILÍACA DERECHA

ID García-Baquero Martín, N Fernández de Cañete Ramírez,
E Culpíán Arias, R Gallardo González

Hospital San Agustín. Palma del Río.

Palabras claves: tumor ovárico, dolor abdominal, masa abdominal pulsátil

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 23 años con AP de Artritis psoriásica, quiste ovárico derecho 3 cm sin seguimiento que acude al servicio de urgencias por dolor en FID de 24 horas. No presentaba vómitos, no alteración del hábito intestinal. Tampoco síntomas miccionales. Afebril. Valorada por su MAP por polimenorragias y ciclos menstruales irregulares desde hacía 4 meses y estaba pendiente de ginecología. Desde hacía 3 semanas notaba aumento de su volumen abdominal. Exploración física buen estado general. Hemodinamicamente estable. ACR normal. Abdomen distendido, duro y no depresible a nivel de fosa ilíaca derecha donde se palpa u masa pulsátil. No signos de irritación peritoneal. Murphy negativo. Blumberg negativo. Timpanismo disminuido. Muestra signos de dolor a la palpación en FID. Puñopercusión negativa. Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica y coagulación normal. Ante la sospecha de patología anexial se solicita valoración por ginecología. En la ecografía abdominal masa en ovario izquierdo de más 20 cms. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS:** Apendicitis aguda, procesos nefrourológicos y patología ginecológica: quiste o masa ovárica, torsión ovárica derecha, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, absceso tubo-ovárico y endometriomas. **DIAGNÓSTICO FINAL:** Tumor mucinoso borderline de ovario izquierdo. **EVOLUCIÓN:** La paciente ingresa en Ginecología y se realizó RMN abdominopélvica y se observó gran lesión quística sugerente de cistoadenoma ovárico. La paciente fue intervenida pocos días después, practicándole una anexectomía izquierda con postoperatorio favorable. No precisó de tratamiento oncológico. En posteriores revisiones la paciente se encontraba bien y sus ciclos menstruales estaban volviendo a la normalidad.

Conclusiones:

El tumor mucinoso es uno de los subtipos más comunes dentro de los tumores ováricos de potencial maligno bajo, representando estos un 10-15% de los tumores ováricos. Se presentan en mujeres alrededor de los 40 años de edad. Estos tumores borderline se desarrollan a partir de alteraciones producidas en el epitelio ovárico, en quistes de inclusión o focos endometriósicos. Se han asociado a mutaciones como el KRAS y el BRAF. Estas alteraciones dan lugar al cistoadenoma que progresa a carcinoma intraepitelial in situ (borderline) y que con el tiempo puede dar lugar al carcinoma invasor de bajo grado. Un 25-30% de los casos de tumor mucinoso del ovario presenta diseminación extraovárica intraperitoneal.

P-949

DOLOR EN MID CON ESCASA RESPUESTA A TRATAMIENTO: ENFERMEDAD DE GORHAM

N Fernández de Cañete Ramírez, E Culpíán Arias,
ID García-Baquero Martín, JM Concha Jarava

Hospital San Agustín. Montefrío.

Palabras claves: necrosis avascular cadera, enfermedad de Gorham, lumbociática

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 58 años sin AP de interés que consulta en el servicio de urgencias en 3 ocasiones por lumbalgia irradiada a pierna derecha que se inició al comenzar a trabajar en el campo. En dichas ocasiones la exploración física era patológica: Lasègue positivo a 40°, marcha talón-punta imposible, dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar, sin alteraciones en silla de montar, y radiografía de columna lumbar con acuñamiento de L5. En RMN de columna lumbosacra solicitada por Traumatología se aprecia estenosis foraminales en L4-L5 y L5-S1 y estenosis de canal lumbar, quedando pendiente de valoración por neurocirugía. En el transcurso del proceso el paciente sufre una TVP en el MID y a los 3 meses de ésta, el paciente vuelve a consultar en urgencias caminando con bastón, por dolor muy intenso en región lumbar y pierna derecha, junto a la aparición de un bultoma sólido en zona anterolateral de muslo derecho de unos 15x10 cm con aumento de temperatura local, no fluctuante. En este caso, se realizó una radiografía de caderas, observándose la ausencia de la cabeza del fémur derecho. Analítica con hemograma, bioquímica y coagulación con todos los parámetros dentro de la normalidad. Afebril. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL** Osteonecrosis por fractura, por infección, por alteración metabólica o idiopática. **DIAGNÓSTICO FINAL** Osteolisis masiva o Enfermedad de Gorham. **EVOLUCIÓN** En estudios radiológicos posteriores de la masa periarticular, aparecía un contenido hemático, infeccioso o reactivo, que fue desapareciendo progresivamente, descartándose la realización PAAF. El paciente fue intervenido quirúrgicamente para realizar una limpieza y colocar un espaciador. Se tomaron varias muestras para biopsia en el que destaca la sustitución de tejido graso por tejido fibroso laxo que, junto con las pruebas de imagen, apoyó el diagnóstico de una enfermedad de Gorham. Posteriormente se le colocó una prótesis de cadera.

Conclusiones:

La enfermedad de Gorham es una enfermedad rara que se cree que aparece por una proliferación endotelial de vasos linfáticos que produce la destrucción y absorción de hueso, a cuyo diagnóstico se llega gracias a las pruebas de imagen y la anatomía patológica.

CASOS CLÍNICOS

A-950

SEPSIS SEVERA CON ELEVACIÓN DE LA BRECHA DE IONES FUERTES (BIF) Y LACTATO NORMAL

TA Quiros Figallo, Y Mimun Navarro, L Sánchez Martínez,
P Carrillo Fernández-Paredes, JM Berrospi Melgarejo,
LE Cárdenas Bravo

Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia.

Palabras claves: sepsis severa, brecha de iones fuertes, lactato

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Hombre de 70 años, EPOC, acude por fiebre y taquipnea. Consciente, taquipneico, FC 120, TA 100/60, Temperatura 38.5°C, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, roncus difusos en ambos campos pulmonares, abdomen blando, depresible, sin dolor ni peritonismo, no focalidad neurológica ni meningismo, no edemas periféricos ni signos de TVP. Gasometría arterial: pH 7.28, PO₂ 78.2, PCO₂ 57.8, exceso de bases -2, HCO₃ 26.9, Na 139, K 4, Cl 92, lactato 1. Hemograma y bioquímica: Hb 14.2 g/dL, leucocitos 14870, neutrófilos 11243, glucosa 227 mg/dL, creatinina 1,47 mg/dL, PCR 5. Coagulación normal. En la radiografía de tórax no se aprecian infiltrados. El diagnóstico diferencial inicial en Urgencias fue EPOC reagudizado por una infección de vías respiratorias bajas. El paciente evoluciona con tendencia a la hipotensión, oligoanuria, ante la sospecha de una sepsis severa de origen no respiratorio, se solicita una procalcitonina que resulta elevada y una ecografía abdominal, donde se aprecia una colecistitis gangrenosa. El diagnóstico final fue una Sepsis severa de origen biliar.

Conclusiones:

El diagnóstico de una sepsis severa implica acciones terapéuticas inmediatas (antibioticoterapia precoz y eliminación del potencial foco séptico). La hipotensión, el fracaso multiorgánico, la hiperlactatemia son criterios de sepsis severa, aunque un lactato normal no la descarta. Los pacientes con EPOC suelen desarrollar una alcalosis metabólica hipoclorémica como compensación a una acidosis respiratoria. En la presencia de una alcalosis metabólica, una acidosis metabólica por elevación de aniones no medibles puede pasar desapercibida. El cálculo de la brecha de iones fuertes según el modelo de Stewart permite detectarla. Así, si tomamos los datos gasométricos iniciales y realizamos el cálculo de acuerdo a la fórmula $BIF = \{[Na + K + Ca + Mg] - [Cloro + Lactato]\} - \{[2.46 \times 10^{-8} \times PCO_2 / 10^{pH - 7.38}] + [(Albúmina \text{ en g/dL}) \times (0.123 \times pH - 0.631)] + [(PO_4 \text{ en mmol/L}) \times (pH - 0.469)]\}$, se obtiene un valor elevado. En la sepsis severa, existen una serie de aniones no medibles que pueden elevarse, y en este caso su hallazgo habría ayudado a un diagnóstico precoz.

A-951

CUANDO UNA EPIGASTRALGIA TE SORPRENDE

B Remuiñán Rodríguez (1), S Martínez Isasi (2),
D Castro Dios (2), R García Sieiro (1)

(1) Centro Salud Cambre (A Coruña),

(2) Hospital Universitario A Coruña.

Palabras claves: epigastralgia, tumor suprarrenal, ecografía abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Motivo de Consulta: Dolor abdominal Antecedentes personales: - No alergias medicamentosas conocidas - Fumador importante (40 cig/día) - Esquizofrenia paranoide a tratamiento con Zuclopentixol depot supervisado - Intervenciones quirúrgicas: amigdalectomía y adenoidectomía en la infancia. Anamnesis: Paciente joven 36 años, acude a urgencias por dolor abdominal localizado en epigastrio, no irradiado, de aproximadamente 2 semanas de evolución, importante aumento de la intensidad del dolor con la ingesta. No náuseas ni vómitos acompañantes. No alteración del hábito intestinal. Pérdida de peso no cuantificado (aproximadamente 2kg en las últimas dos semanas). Falta de apetito que relaciona con su medicación habitual. Astenia. No fiebre no signos de clínica infecciosa. Exploración física: TA: 119/89 mmHg. Fc: 69 lpm. Tª: 36,5°C Buen estado general. ACP: Rítmica, no soplos, murmullo vesicular conservado Abdomen: blando, depresible, molestias a la palpación profunda epigastrio, no signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes, no masas ni megalias, puño percusión derecha dolorosa. Resto de la exploración sin alteraciones. Pruebas complementarias: Analítica urgencias: Bioquímica, hematimetría y coagulación normal. Sedimento orina: normal. Ecografía abdominal (urgencias): imagen hipoeoica a nivel suprarrenal derecha de aprox 6x5 cm. Solicitada ecografía abdominal (incluye renal) servicio radiología: Masa suprarrenal derecha (6,4 x 4,2 cm) predominantemente hipoeoica. Ocupación de la luz de la vena cava inferior en su segmento infra y retrohepático, en éste último evidenciándose una masa de gran tamaño (8 x 7,1 x 6 cm) que sugiere la posibilidad de trombo tumoral. Hipótesis diagnóstica: Masa suprarrenal. Plan: Ingreso en planta Urología para valorar actitud terapéutica.

Conclusiones:

El dolor abdominal debe de investigarse minuciosamente, realizando una buena anamnesis y exploración física en urgencias, realizar las pruebas complementarias disponibles de manera urgente cuando existe una duda razonable. La ecografía como técnica diagnóstica en urgencias es de utilidad ya que permite orientar en muchos casos a pacientes que se atienden en urgencias.

CASOS CLÍNICOS

A-952

QUISTE DE URACO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

MC Soriano González, MA Gutiérrez Solís, FJ Vara Morate,
R Cañones Gutiérrez, F Rico Rodríguez, J Pedraza García
*Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches. Pozoblanco,
Córdoba.*

Palabras claves: quiste de uraco, dolor abdominal, diagnóstico diferencial

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Presentamos un caso clínico de quiste de uraco, analizando el diagnóstico y tratamiento de esta patología. El objetivo es un acercamiento al diagnóstico de sospecha y diferencial de esta patología en el Servicio de Urgencias que, por su rareza, no suele manejarse en el abordaje del dolor abdominal agudo. Varón de 27 años, que refiere dolor abdominal en fosa iliaca derecha, de curso insidioso, acentuado durante la micción, acompañado de vómitos y precedido de supuración umbilical en días previos. Afebril. En ecografía y Tomografía Axial Computerizada (TAC) abdominal se observa colección subcentimétrica en línea media umbilical con litiasis en su interior, continuada con un cordón fino comunicado con el aspecto anterosuperior vesical, hallazgos compatibles con un divertículo uracal asociado a pequeña colección umbilical con litiasis. Se pautó tratamiento antibiótico con penicilinas, pendiente de intervención quirúrgica. El uraco es un resto embrionario desde la vejiga hasta el ombligo, permeable en el 50% de neonatos y 2% de adultos sanos. Existen 4 tipos de anomalías congénitas del uraco: uraco permeable (50%), quiste de uraco (30%), seno uracal (15%) y divertículo uracal (5%). En su mayoría cursan asintomáticos, pero pueden presentar complicaciones como infección del quiste, ruptura en la cavidad peritoneal, vejiga o intestino, onfalitis, obstrucción intestinal, fístulas entéricas, pseudomixoma peritoneal, formación de litiasis, retención urinaria y degeneración maligna. El diagnóstico de sospecha es clínico y su diagnóstico diferencial incluyen: apendicitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal, divertículo de Meckel complicado, perforación visceral, hernia umbilical estrangulada, patología ovárica, absceso pélvico o intraabdominal, onfalitis, entre otras. El diagnóstico se establece en muchos casos con la ecografía abdominal, confirmado con TAC y Resonancia Magnética Nuclear (RMN). El manejo terapéutico consiste en tratamiento antibiótico e intervención quirúrgica, urgente o diferida, imperativa para evitar complicaciones.

Conclusiones:

Como conclusión, el quiste de uraco es una patología infrecuente que puede conllevar importantes complicaciones, por lo que debe tenerse en cuenta para establecer el diagnóstico diferencial en el manejo del dolor abdominal sobre todo de localización vesical, en el Servicio de Urgencias.

A-953

GESTANTE CONVULSIONANDO

E Duque Castilla, M Alarcón Meléndez, MA Sanjuan Zamudio,
D Casado Reinoso, JA Moreno Ramírez, N Fernández Marfil
Centro de Salud Los Barrios. Algeciras.

Palabras claves: eclampsia, seizures, epilepsy

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria (Pública/Privada) - Equipos de atención primaria

Historia clínica

Mujer de 36 años, primigesta de 38 semanas, sin antecedentes personales de interés, sin alergias medicamentosas conocidas con seguimiento de embarazo sin incidencias según nos refiere el marido (no aporta cartilla maternal ni informe clínico). Nos avisa el marido porque ha comenzado con sacudidas con bajo nivel de conciencia, desde esa mañana está con cefalea frontooccipital que no mejoró con paracetamol oral. A nuestra llegada la paciente se encuentra en decúbito supino, con convulsión tónico-clónica sin relajación de esfínteres con estado poscrítico posterior repitiéndose el cuadro a los 2-3 minutos. Se garantiza permeabilidad de la vía aérea. Se toman constantes, detectándose TA 160/100 mmHg, glucemia 112, saturación 95% sin O2. ACR: rítmica a 102lpm, sin soplos. Mv conservado. No rigidez de nuca, pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y a la acomodación. Intervalo poscrítico con nueva repetición de la convulsión. Juicio clínico: eclampsia en primigesta de 38 semanas. Se canaliza vía venosa periférica administrándose diazepam 10 mg iv lento con control de vía aérea cesando la convulsión procediéndose al traslado en ambulancia medicalizada hasta el servicio de urgencias del hospital, pasando a la sala de prioridad 1 con traslado posterior a UCI. Diagnóstico diferencial: eclampsia, epilepsia, encefalitis, hemorragia cerebral, tirotoxicosis.

Conclusiones:

La preeclampsia/eclampsia puede aparecer de forma insidiosa o fulminante, una historia clínica completa que incluya factores de riesgo sobre preeclampsia e historia obstétrica así como el seguimiento de los protocolos de actuación establecidos por la comunidad científica nos ayudan a aproximarnos al diagnóstico y a un mejor manejo de los pacientes pensando en todos los posibles diagnósticos diferenciales antes mencionados que en caso de no quedar suficientemente esclarecidos con los medios diagnósticos disponibles en el medio extrahospitalario se podrán esclarecer en el ambiente hospitalario.

CASOS CLÍNICOS

A-954

TAPONAMIENTO CARDIACO EN URGENCIAS

VJ González Martín (1), M Custal Teixidor (1), C Fortià Batallé (1), R Arcega Sainz (2), S Arcega Sainz (2), O Camargo Avilés (1)
(1) Parc Hospitalari Martí i Julia, (2) Hospital Universitari Doctor Trueta. Girona.

Palabras claves: pericardial tamponade, pericardial effusion, echocardiography

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 52 años, raza negra, que acude a Urgencias de Hospital nivel 1 por disnea a esfuerzos moderados, tos seca y ortopnea de 7 días de evolución. Consulta previa 5 días antes en el circuito rápido del mismo servicio, diagnosticado de catarro vías respiratorias. Exploración física inicial: TA 186/124, FC 126 lpm, FR 32x', T° 36,7°C, SatO2 95% Taqupneico, pulsos perifericos presentes, no edemas, ingurgitación yugular bilateral +++, con estado general conservado. Auscultación cardiaca: rítmico, taquicárdico, sin soplos ni rones. Auscultación pulmonar: taquipnea sin tiraje, hipofonosis base derecha y crepitantes bibasales. Neurológico normal. Exploraciones complementarias: EKG: ritmo sinusal 125x', voltajes bajos 18 mV. Rx tórax: importante cardiomegalia, cisuritis derecha, pinzamiento seno costofrénico derecho. Hemograma normal con 8320 leucocitos (80S, 10L), bioquímica y gasometría normales. Evolución durante 16 horas en el servicio con tratamiento broncodilatador, deplectivo y oxigenoterapia, sin mejoría clínica de disnea con episodios de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida 167 lpm que revierte a ritmo sinusal rápido con amiodarona parenteral. Con cambio personal de guardia se revalora el paciente y se realiza ecocardiografía: confirma presencia de derrame pleural severo con colapso de aurícula derecha y disfunción en episodio de fibrilación auricular. Se deriva al servicio de Cardiología Hospital de referencia, donde se realiza por agravamiento clínico pericardiocentesis evacuadora: 750 ml de líquido serohemático. Precisa durante el ingreso hospitalario 2 pericardiocentesis más evacuadoras de 800 y 750 ml respectivamente, y en posterior seguimiento ambulatorio vuelve a ingresar para realizar ventana quirúrgica pericárdica por nueva recidiva de derrame masivo. El estudio histopatológico confirma a los 2 meses de evolución cultivo positivo de Lowenstein-Jensen, iniciándose tratamiento antituberculostático.

Conclusiones:

En centros hospitalarios nivel 1 que no disponen de especialista en diagnóstico de la imagen las 24 horas del día, el estudio ecocardiográfico realizado por médicos del Servicio de Urgencias facilita la actuación diagnóstica y terapéutica de los enfermos en situación crítica. Es vital el diagnóstico precoz de derrame pericárdico masivo con signos clínicos de taponamiento cardíaco, sin demoras y acortando la estancia en los servicios de urgencias. Si por agravamiento clínico se precisa, el uso de la ecocardiografía por personal médico de Urgencias facilitará la pericardiocentesis urgente.

P-955

L2A BACTERIA COME CARNE, UNA URGENCIA MICROBIOLÓGICA

3T Blanco Barcenilla (1), B López Cañas (2), A Gil Díaz (1), JM García Alfaro (1), A Cherino Talens (2), N Campos Olivé (1)
(1) Hospital de Manises, (2) Hospital de Liria. Valencia.

Palabras claves: Streptococcus pyogenes, fascitis necrotizante, choque séptico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varon, 39 años, con alergia a la aspirina que acude a urgencias por mal estado general, fiebre, imposibilidad para la deambulacion con edema y dolor importante en MII y oligoanuria. Cuatro días antes consultó en mutua laboral por dolor y edema en cara interna de muslo izquierdo tras bajarse de un furgón con diagnóstico inicial de probable rotura de fibras tratado sintomáticamente. A los 2 días se realiza ecografía donde se objetiva edema difuso subcutáneo sin rotura de fibras. Desde entonces empeoramiento clínico siendo mucho mas pronunciado el día que acudió a urgencias. A su llegada a urgencias mal estado general, hipotenso, taquicárdico, taquipneico, febril con edema, eritema, dolor y calor en todo el MII, en hemiabdomen inferior izquierdo y raíz de MID. Se extrae analítica completa con hemocultivos y ante la sospecha clínica se inicia tratamiento con Piperacilina/tazobactam, clindamicina y fluidoterapia intensa. Analíticamente destaca un importante aumento de reactantes, leucocitosis con neutrofilia, un fracaso renal agudo y fallo hepático incipiente. Se interconsulta con UCI y Cirugía General que realiza toma de muestras microbiológicas realizándose un test rápido para streptococo pyogenes el cual es positivo. Con el diagnóstico de shock tóxico estreptocócico se realiza ingreso en UCI donde inicialmente se trata con soporte intensivo, meropenem, clindamicina, linezolid, inmunoglobulina IV y cirugía urgente. Se interviene realizando incisiones de descarga en zonas afectadas dejando drenajes y con toma de mas muestras microbiológicas. En UCI tras mejoría clínica inicial presenta empeoramiento posterior teniendo que ser reintervenido ampliando incisiones y escalando antibioterapia debido a sobreinfección por pseudomona y aspergillus. Es dado de alta de UCI tras 36 días de ingreso, permanece en planta 12 días mas con buen evolución. Se han realizado seguimientos en CEX de Cirugia General también con buena progresión de heridas quirúrgicas sin ninguna complicación.

Conclusiones:

Exponemos este caso porque en este tipo de infecciones, la precocidad en la sospecha, el tratamiento quirúrgico y el tratamiento antibiótico empírico frena la progresión de las lesiones y mejora la supervivencia de estos pacientes, por lo que la actuación desde los Servicios de Urgencias es crucial.

CASOS CLÍNICOS

A-956

LA CULPA FUE DE UN MOSQUITO

C Blas Carracedo, B López Cañas, A Gil Díaz, JM García Alfaro,
A Cherino Talens, N Campos Olivé

Hospital Infanta Leonor. Parla, Madrid

Palabras claves: crioglobulinemia, Leishmaniasis, ciclofosfamida

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 46 años, sin antecedentes de interés, que consultó por disnea progresiva y edemas generalizados de un mes de evolución. La exploración confirmó la presencia de anasarca con ascitis, edemas con fovea e hipoventilación en base pulmonar derecha. La analítica mostró fracaso renal agudo con creatinina de 1.7 con perfil de Necrosis tubular aguda e hipoproteínemia con hipoalbuminemia. Las enzimas cardíacas, perfil hepático y proBNP fueron normales. La radiografía de tórax confirmó derrame pleural derecho. El urianálisis mostró proteinuria >500. El ecocardiograma fue normal. La paracentesis mostró líquido claro, tipo transudado sin datos de PBE. Durante su estancia en urgencias se objetivó empeoramiento de creatinina hasta 4 mg/dl a pesar de tratamiento con furosemida y antiproteínúricos (IECAS) con proteinuria >16 g/día en la orina de 24 h. Con diagnóstico de síndrome nefrótico clínico y bioquímico y ante la sospecha de Glomerulonefritis rápidamente progresiva se inició tratamiento con esteroides (500 mg/kg) y se ingresó en nefrología para estudio. Se realizó una biopsia renal percutánea que fue diagnóstica de Glomerulonefritis crioglobulinémica iniciando tratamiento con ciclofosfamida y plasmáferesis con buena evolución. Tras un mes del alta acude a urgencias por fiebre de hasta 39°C mal tolerada, en picos y sin claro foco. A la exploración llamaba la atención la presencia de hepatoesplenomegalia y en analítica pancitopenia severa y elevación de PCR. Los estudios microbiológicos en sangre, orina y heces, fueron negativos sin encontrarse focalidad de la fiebre a la exploración física. Las serologías para parvovirus B19, VIH, VEB, VHB, VHC y CMV fueron negativas. Finalmente, ante la ausencia de mejoría de la fiebre con antibiótico de amplio espectro, ausencia de documentación microbiológica hasta entonces, la pancitopenia severa con hepatoesplenomegalia y al tratarse de un paciente inmunodeprimido, se sospechó una Leishmaniasis visceral. El antígeno de Leishmania en orina fue negativo, pero posteriormente se confirmó el diagnóstico por PCR positiva en sangre y en aspirado de médula ósea con visualización directa del parásito. El paciente mejoró progresivamente con tratamiento con Anfotericina B liposomal.

Conclusiones:

En España es necesario plantearse Leishmaniasis como diagnóstico diferencial en pacientes con fiebre, hepatoesplenomegalia y pancitopenia, especialmente si están inmunodeprimidos.

P-957

PROTOCOLO FAST EN URGENCIAS:
ÚTIL Y NECESARIO

A Ibarra Bolt, F Beramendi Garcíandía, M Castro Neira,
N Berrade Flamarique, M Iriarte Cerdán, M Igartua Astibia

Urgencias, Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Palabras claves: politraumatizado, ecografía, hemoperitoneo

Ambito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

El protocolo Fast (Focused Assessment with Sonography for Trauma), se encuentra ampliamente extendido y es utilizado con frecuencia en aquellos servicios de urgencias hospitalarias que atienden a pacientes politraumatizados. La información que aporta es incuestionable y debe ser tomada en cuenta para el manejo de estos pacientes. Presentamos el caso de un paciente varón de 35 años, que sufre un accidente de tráfico con salida de vía y varias vueltas de campana. A la llegada de asistencias, se realiza extracción e inmovilización. A su llegada al hospital, se encuentra hemodinámicamente estable, auscultación cardiopulmonar dentro de la normalidad, abdomen blando y depresible con dolor difuso, sin signos de irritación peritoneal. La radiografía de tórax, pelvis y columna cervical realizadas en la sala de reanimación no muestra patología. Se realiza exploración ecográfica mediante protocolo Fast por parte del personal médico de urgencias, apreciándose líquido libre en espacio de Morison así como en recesso esplenohepático, con imagen compatible con laceración esplénica. La analítica sanguínea no mostraba alteraciones significativas. Los hallazgos ecográficos fueron constatados posteriormente mediante la realización de Tac abdomino-pélvico. Ingresó inicialmente en área de Observación, para posteriormente ingresar en planta de Cirugía General, con evolución satisfactoria con manejo conservador.

Conclusiones:

La ecografía utilizada por médicos de urgencias es útil y necesaria en términos generales, y con especial interés en determinadas situaciones como puede ocurrir en el paciente politraumatizado, ofreciendo datos que ayudan en el diagnóstico y posterior manejo del paciente. (Se aportarán imágenes de Eco-Fast realizado en urgencias con líquido libre y laceración esplénica especificadas, con su correspondencia en Tac abdomino-pélvico).

CASOS CLÍNICOS

P-958

UNA MALA EVOLUCIÓN

I Jiménez Velasco, M Rodríguez Cola, C Navarro Osuna,
A Lizcano Lizcano, JO Flores Valderas, M Vecino Montoya,
M Andrés Fernández

Hospital Virgen de la Salud. Getafe, Madrid

Palabras claves: amigdalitis aguda, absceso retrofaríngeo,
absceso mediastínico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 57 años, exfumador, sin antecedentes médicos ni tratamiento habitual que acude a Urgencias por dolor faríngeo. Refiere 6 días de evolución con odinofagia y fiebre de hasta 38°C, recibiendo tratamiento con ibuprofeno. Acude por persistencia de la clínica junto con dolor costal derecho, tos y expectoración verdosa. A su llegada a Urgencias se encuentra hemodinámicamente estable, eupneico y afebril, con saturación de O₂ basal de 95%. A la exploración física destaca edema de úvula y base de lengua con mucosidad purulenta y adenopatías laterocervicales. A la auscultación presenta crepitantes en base derecha, sin otros hallazgos. En las pruebas complementarias destaca un infiltrado en base pulmonar derecha en la radiografía de tórax junto con leucocitosis (17.800), neutrofilia (86.3%) y aumento de reactantes de fase aguda. Ante la buena situación clínica del paciente se decide tratamiento antibiótico domiciliario con diagnóstico de faringoamigdalitis purulenta y neumonía de lóbulo inferior derecho. Tres días después el paciente acude nuevamente por disnea con tos, expectoración purulenta y voz gangosa. Se encuentra taquicárdico, febril, con saturación de O₂ basal de 90%. Destaca hipofonesis de base derecha sin nuevos hallazgos con respecto a exploración previa. Análiticamente, persiste leucocitosis (23.600) con cayademia (28%). Además, presenta fracaso renal agudo con creatinina de 1.67 mg/dl y procalcitonina de 0.76 ng/ml. Radiológicamente persiste el infiltrado de lóbulo inferior derecho con aparición de derrame pleural asociado. En Urgencias, la sospecha diagnóstica es de neumonía de lóbulo inferior derecho con derrame paraneumónico vs empiema. Por tanto, se realiza TAC torácico para realización de toracocentesis, donde se evidencia absceso retrofaríngeo que se extiende a espacio parafaríngeo y submaxilar derecho, se introduce en mediastino posterior y retroesofágico llegando al nivel de la vena pulmonar inferior derecha y extendiéndose a la cavidad pleural derecha donde se observa empiema. Ante dichos hallazgos se comenta con cirugía para intervención quirúrgica urgente.

Conclusiones:

La formación de un absceso en la región bucofaríngea como consecuencia de una infección dental o amigdalar puede desembocar en un absceso mediastínico. Es un cuadro clínico grave, con elevada mortalidad siendo preciso una actuación inmediata mediante antibioterapia de amplio espectro y drenaje del absceso.

P-959

NO ME LLEVAN LAS PIERNAS, DOCTOR

M Valtueña Camacho, D Museros Sos, R Tomeo Muñoz,
L Rodríguez Serra, N Gargallo Gasca, M Muro Culebras
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: Síndrome de Guillain-Barré, debilidad muscular,
polirradiculoneuropatía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 69 años sin antecedentes de interés, acude a urgencias por presentar debilidad muscular generalizada de dos días de evolución pero más intensa en las últimas horas, no le permite la deambulación autónoma ni la elevación del brazo derecho, parestesias en manos y pies y disfagia para líquidos. Refiere infección respiratoria el mes previo, que desde Atención Primaria se trató con amoxicilina. A su llegada a urgencias se encuentra consciente y orientado. Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos e hipofonesis generalizada. Pupilas isocóricas y normorreactivas, pares craneales normales, déficit muscular en extremidad superior derecha con debilidad de extensión de hombro 2/5 y distal 4/5, flexión de cadera 3/5 con fuerza más distal 4/5. Reflejos osteotendinosos abolidos excepto tricipital y estilorrado izquierdo. Reflejo cutáneo plantar flexor. No nivel sensitivo, no dismetrías. Bipedestación con ampliación de base de sustentación y marcha imposible sin apoyo. No alteración del lenguaje. Resto normal. La analítica reflejaba CK 220, leucocitos 12300 (73.6% neutrófilos), siendo el resto anodino. En la radiografía de tórax no se apreciaron alteraciones pleuroparenquimatosas. Debido a la sospecha clínica de neuropatía aguda se contacta con neurología para valoración, que realiza punción lumbar obteniendo líquido claro con presión de apertura normal y un análisis con hematíes 10/mm³, células nucleadas 2/mm³, glucosa 0.74, proteínas 0.51, PCR para virus no realizada debido al resultado bioquímico. En electroneurograma hallazgos compatibles con afectación hiperaguda de polirradiculitis desmielinizante. Con estos datos se considera como entidad más probable un Síndrome de Guillain-Barré y se comienza tratamiento con inmunoglobulina intravenosa. Durante su estancia en planta presenta empeoramiento progresivo con afectación de musculatura respiratoria y deglutoria requiriendo ventilación mecánica no invasiva y nutrición parenteral. Tras el tratamiento con inmunoglobulinas el paciente mejoró progresivamente con ganancia de fuerza en extremidades y recuperación de la capacidad tusígena y deglutoria.

Conclusiones:

El síndrome de Guillain-Barré es una polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda que aparece en el 60% de los casos tras una infección viral respiratoria o digestiva. Es importante su diagnóstico dado que en la mayoría de los casos tiene una evolución favorable con tratamiento pero puede tener un fatal desenlace si no se pone soporte a sus posibles complicaciones.

CASOS CLÍNICOS

P-960

ENCEFALOPATÍA HIPERAMONIÉMICA EN ADULTO. UN CASO POCO COMÚN

FB Quero Espinosa, MC Martos Órpez, R Calvo Rodríguez,
FJ Montero Pérez, JM Calderón de la Barca Gázquez,
L Jiménez Murillo

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Palabras claves: hyperammonemia, urea cycle, coma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 28 años de edad sin antecedentes de interés que presenta cuadro de 3 meses de evolución de náuseas con vómitos, trastorno de la conducta e insomnio. Valorada por Psiquiatría y diagnosticada de Trastorno Ansioso-Depresivo, pautándosele mirtazapina y escitalopram. Acude a Urgencias por cuadro de agresividad con discurso incoherente. En Observación se realiza analítica general (hemograma, coagulación, glucosa, urea, creatinina, iones, función hepática) normal, punción lumbar y TAC craneal compatibles con la normalidad. Valorada por Neurología y Psiquiatría determinándose alta y siendo etiquetada de Cuadro Conversivo. A las 48 horas acude nuevamente a Urgencias por cuadro de desconexión del medio, se ingresa en Neurología como sospecha de Status Epiléptico y posteriormente en UCI por presentar un Glasgow: 4 puntos. A la exploración neurológica la paciente presenta pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz, nistagmus horizontal, respuesta al dolor en extensión bilateral con miembros superiores, Babinsky positivo y reflejos rotulianos exacerbados. Durante su ingreso se detecta amonio elevado en analítica en dos ocasiones (990,1330) (Valores normales:15-60 microg/dl). La paciente presenta evolución tórpida con hipertensión intracraneal (HTIC), que precisa descompresión quirúrgica, seguidos de isquemia y edema cerebral generalizados, y finalmente éxitus. Diagnóstico anatomopatológico compatible con encefalitis hiperamoniémica. Se solicitan estudios genéticos confirmándose el diagnóstico de déficit carbamilfosfato-sintetasa1 (CPS1). Discusión: Diversas enfermedades pueden causar aumento del amonio: alteración hepática insuficiencia cardiaca congestiva grave, eritroblastosis fetal, hemorragia digestiva alta, trastornos del ciclo de la urea, leucemia, pericarditis, síndrome de Reye y algunos fármacos. Entre los trastornos del ciclo de la urea se encuentra el déficit CPS1 que causa hiperamonemia congénita. Enfermedad típica del recién nacido, existen casos con deficiencia parcial de CPS1 que pueden presentar síntomas en edad adulta en relación con ingesta proteica, cuadros víricos, cirugía, traumatismos, embarazo o fármacos. El tratamiento se basa en disminuir el amonio, sustituir los aminoácidos deficitarios y finalmente trasplante hepático. El manejo precoz de la HTIC es esencial, pues los efectos de la hiperamonemia son muy graves a nivel cerebral.

Conclusiones:

La determinación de amonio en el estudio urgente de pacientes que presentan alteraciones mentales, desorientación, alteración del nivel de conciencia o coma puede ayudar a conocer la causa.

P-961

UN GOLPE DE CALOR PURULENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO CRIPTOGÉNICO

CM Navarro Osuna, AM Lizcano Lizcano, M Rodríguez Cola,
I Jiménez Velasco, M Andrés Fernández, AN Piqueras Martínez,
P Jiménez Aranda

Complejo Hospitalario de Toledo

Palabras claves: golpe de calor, empiema subdural, sistema nervioso central

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Se trata de un paciente varón de 14 años, sin antecedentes de interés, que presenta cuadro de 24 horas de evolución de malestar general con fiebre elevada, cefalea frontal, náuseas y un vómito, tras exposición prolongada al sol y ejercicio físico. Cuadro infeccioso de vías respiratorias altas semanas previas. Acude a urgencias febril y taquicárdico, sin trabajo respiratorio, tensión arterial normal y nivel de conciencia normal, sin focalidad infecciosa y exploración neurológica normal con ausencia de signos de meningismo. Es dado de alta, relacionando el cuadro con un golpe de calor sin descartar virosis. Acude de nuevo por persistencia de síntomas e intolerancia oral, sin cambios en la exploración física y con analítica en la que destaca leucocitosis con neutrofilia con CK normal, elevación de procalcitonina y coagulopatía leve, por lo que queda en observación de Urgencias, pautándose hidratación y vigilancia neurológica. Persiste cefalea frontal y fiebre, por lo que se realiza fondo de ojo detectando papiledema. Se realiza consecutivamente TC craneal en el que se evidencia empiema subdural hemisférico izquierdo con focos de cerebritis frontal y occipital ipsilaterales con sinusitis maxilar izquierda, con mínima herniación subfalciana, por lo que no se realiza punción lumbar. Se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona, linezolid y metronizadol empíricos y se ingresa en Neurocirugía. Posteriormente se realiza evacuación quirúrgica tras objetivar que no mejora adecuadamente con tratamiento antibiótico, con buena evolución clínica. Durante el ingreso, se descartó defecto óseo al que atribuir contigüidad del foco ORL y tampoco se constató foco odontogénico, por lo que la etiología de la infección del sistema nervioso central no fue filiada, sin aislamiento microbiológico en las muestras recogidas y sin foco aparente.

Conclusiones:

El interés del caso que se presenta radica en la dificultad de la identificación del foco infeccioso inicial, en la presentación inicial enmascarada por un cuadro de golpe de calor y la identificación adecuada posterior de sepsis. El empiema subdural, al igual que otras colecciones purulentas intracraneales, presenta un origen principalmente postquirúrgico, hematógeno y por contigüidad, ya sea de foco ORL o maxilar, la microbiología predominante es distinta según el origen y el tratamiento habitualmente es quirúrgico.

CASOS CLÍNICOS

P-962

FIEBRE TRAS PICADURA DE GARRAPATA. CASO DE ENFERMEDAD DE LYME

J Garrido Dorronsoro, B Rodríguez Rodríguez, C Hidalgo Collazos, JL Fraile González, J del Cañizo Canto, P Tranche Álvarez-Cagigas, B García Marina

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: enfermedad de Lyme, ixodes, fiebre

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 59 años sin antecedentes personales relevantes, que consultó en nuestro servicio de urgencias por fiebre de 2 semanas de evolución, con picos febriles de hasta 39.5°C de predominio vespertino. Como síntomas refería astenia, artromialgias, y cefalea occipital y biparietal, que aumentaba con los picos febriles. No refería tos, expectoración, síndrome miccional ni dolor abdominal. En la anamnesis nos explicó que la fiebre se había iniciado una semana después de volver de unas vacaciones en una zona rural de la provincia de Ávila, y que unos días atrás se había notado un insecto negro en región inguinal izquierda que ella misma había extirpado. En la exploración física la paciente no presentaba lesiones cutáneas, se encontraba afebril, con buen estado general y sin hallazgos exploratorios relevantes. En pruebas complementarias, se objetivó leve leucopenia (Leucocitos 3.78 10E3/ μ L, Neutrófilos 66.3 %, Linfocitos 19.5 %), aumento de Proteína C Reactiva (40.4 mg/L valor de referencia 0.0 - 5.0). Resto dentro de la normalidad. El sedimento de orina no era patológico y la radiografía de tórax no mostraba hallazgos patológicos. Ante la sospecha de infección por *Borrelia burgdorferi* se solicitó serología correspondiente y se inició tratamiento con doxiciclina 100 mg 2 veces al día durante 15 días y se citó a la paciente en nuestro servicio tras finalizar tratamiento. La serología inicial confirmó la infección aguda por *Borrelia burgdorferi* (Ac Ig G *Borrelia burgdorferi* Negativo <6 U/ml, Ac IgM *Borrelia burgdorferi* Positivo). A las 2 semanas la serología mostró leve positividad para IgG. (Ac IgG *Borrelia burgdorferi* Indeterminado 8.00 U/ml, Ac IgM *Borrelia burgdorferi* Positivo). Con diagnóstico de enfermedad de Lyme tratada se dio de alta a la paciente completamente asintomática. A los dos meses la paciente seguía asintomática.

Conclusiones:

Es importante tener en cuenta la posibilidad de una infección por *Borrelia burgdorferi* en personas que viven o tienen contacto con áreas rurales y presentan sintomatología compatible (fiebre, cefalea, artromialgias). El diagnóstico de sospecha es de vital importancia debido a que el tratamiento temprano es clave en el pronóstico de la enfermedad de Lyme, y a que su confirmación diagnóstica no es inmediata.

P-963

NO TODO ES LO QUE PARECE

Y Morte Train, D Campodónico, LT Vázquez Rodríguez, L Castro Reyes, L Andrés Berian, N Sánchez Prida, CB Rodríguez Bethencourt

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Palabras claves: cáncer de mama, ascitis, cáncer de ovario

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades
6Historia clínica

Mujer de 57 años que acude a Urgencias, presentando dolor abdominal tipo urente en epigastrio, síntomas de regurgitación y sensación de distensión abdominal de un mes de evolución. También refería estreñimiento desde hacía 15 días. Además, pérdida de peso de 5kg en 4 meses. Ciclos menstruales irregulares con metrorragias. Niega otros síntomas según anamnesis por aparatos. EXPLORACIÓN FÍSICA: Abdomen distendido, blando, no doloroso con dudosa ascitis. No se palpan masas ni megalias, ruidos presentes. Tacto vaginal: Afectación parametrio derecho. Resto normal. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS: Analítica: GPT 324 U/I GOT 294 U/I GGT 464 U/I FA 387 U/I LDH 292 U/I PCR 1.75. Radiografía abdominal: Normal. Ecografía abdominal: Ascitis. Hepatomegalia. Masas bilaterales en ambos ovarios. Ecografía transvaginal: Anejo derecho desestructurado de 64mm e izquierdo de 56mm. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS: 1. ERGE 2. Estreñimiento 3. Hepatopatía aguda. 4. Neoplasia abdominal 5. Neoplasia ginecológica. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN: Es derivada a Ginecología donde se realiza RM: Masas en ambos ovarios y quiste simple en lóbulo hepático. Se realiza también laparatomía exploratoria donde se observan anejos pétreos con implantes en epiplón y asas intestinales realizándose salpinguectomía izquierda. Además en el intraoperatorio se observa lesión dérmica que se biopsia y se envía a anatomía patológica: carcinoma epidermoide. Se deriva a oncología médica con diagnóstico de sospecha de cáncer de ovario estadiolIIC. Tras resultado de anatomía patológica de salpinguectomía el cual es metástasis de carcinoma lobulillar de mama se realizan más pruebas objetivando por tanto metástasis óseas y ováricas y además el carcinoma epidermoide. Se realiza cirugía curativa del carcinoma epidermoide y se inicia leztrozol, calcio, vitamina D y denosumab. DIAGNÓSTICO FINAL: Carcinoma lobulillar de mama derecha con metástasis ováricas y óseas. Carcinoma epidermoide.

Conclusiones:

Creemos que es relevante por la importancia de hacer una buena anamnesis no solo centrada en un aparato, dado que esta permite plantear la hipótesis diagnóstica correcta en más del 75% de los casos. Un cuadro clínico importante puede ser enmascarado o neutralizado por otra enfermedad concomitante y una misma manifestación puede ser expresión de diferentes alteraciones, por lo tanto, los abdomenes patológicos no son lo que parecen.

CASOS CLÍNICOS

P-964

TROMBOSIS DE VENA SUBCLAVIA EN MUJER EMBARAZADA

FJ Vara Morate, J Pedraza García, MC Soriano González,
MA Gutiérrez Solís, R Gutiérrez Cañones

Hospital Comarcal Valle le Los Pedroches. Pozoblanco (Córdoba).
Peñarroya-Pueblonuevo.

Palabras claves: trombosis, subclavia, miembro superior

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 30 años de edad, gestante de 38 semanas, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que consulta en Urgencias por dolor en región laterocervical derecha de 12 horas de evolución. No fiebre, ni otra sintomatología acompañante. A la inspección se observa tumefacción difusa y dolorosa en base lateral derecha del cuello- cintura escapular, no pulsátil, sin signos flogísticos. Además presenta adenopatías submandibulares derechas. Resto de la exploración sin hallazgos. Realizamos analítica urgente con hemograma, coagulación y bioquímica, rigurosamente normal a excepción de cifras de dímero D de 541 ng/ml. Ante la sospecha diagnóstica de trombosis venosa profunda, se solicita ecografía urgente, con resultado de trombosis vascular en localización supraclavicular derecha, estructura tubular hipoeoica con ensanchamiento segmentario de 18x10 mm, presentando contenido ecogénico en su interior y sin observar flujo doppler color. No se pudo precisar si era arterial o venosa, al no disponer de referencia proximal. Ante este diagnóstico se contacta con la unidad de Cirugía Vascular de Hospital de referencia, que desestima la aceptación de la paciente por no presentar clínica precisa ni diagnóstico ecográfico de confirmación. Se comienza con tratamiento anticoagulante con Enoxaparina 60 mg cada 24 horas y es ingresada a cargo de Obstetricia. Desde este servicio se remite a Obstetricia de hospital de referencia donde se repite ecografía con resultado de trombosis parcial de vena subclavia derecha. Es ingresada y previa retirada de heparina se realiza parto por cesárea. Tras la cesárea se reinstaura tratamiento anticoagulante profiláctico pese al cuál presenta hematoma de pared abdominal, requiriendo transfusión de concentrados de hematíes por anemia. La paciente presenta de nuevo dolor y aumento de tumefacción en hueso supraclavicular por lo que se repite ecografía objetivándose retrombosis de vena subclavia derecha. Se instaura de nuevo tratamiento con dosis plena de heparina pese al riesgo de reactivar el hematoma de pared abdominal. Tras ser dada de alta se realiza a los 15 días control ecográfico con igual resultado que el anterior. Es valorada por Hematología, donde se instaura tratamiento anticoagulante con acenocumarol y se realiza estudio de trombofilia.

Conclusiones:

La trombosis venosa del sector axilo-subclavio aproximadamente de 2 a 4 % de todos los casos de trombosis venosa profunda.

P-965

¡AY! ESTA MEDICINA DE URGENCIAS: NO TODO ES BLANCO Y EN BOTELLA

M Vecino Montoya, I Jiménez Velasco, M Rodríguez Cola,
JL Menéndez Gómez, R Rubio Díaz, M Flores Hernán,
T Martínez Maroto

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Palabras claves: derrame pleural unilateral, derrame pleural hemático, disección órtica

Ámbito del caso:

La disección aórtica es una patología grave de difícil diagnóstico si no se sospecha, y a veces la consecución de hechos puntuales, pueden salvar la vida al paciente.

Historia clínica

Varón de 59 años, exfumador, hipertenso en tratamiento, con enfermedad renal crónica no filiada (creatinina basal 2-2.4mg/dL) intervenido de un tumor fibroso pleural acude a urgencias por dolor epigástrico de 10 días de evolución, que no cede con analgesia, empeora con la ingesta, asociado a mareo, anorexia y estreñimiento. Tos desde hace 3 semanas, sin expectoración, fiebre ni disnea. A su llegada: regular estado general, afebril, leve hipotensión (106/75mmHg), taquicardia (107 lpm), abolición del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo, sin otros hallazgos significativos. Analíticamente destaca anemia (Hb de 9,2 g/dL), con leucocitosis y cayados, empeoramiento de la función renal (6,38 mg/dL) y elevación de reactantes de fase aguda. En radiografía de tórax: derrame pleural izquierdo. El diagnóstico diferencial planteado en urgencias es de proceso infeccioso (tos, leucocitosis, cayados y elevación de reactantes) vs etiología maligna (exfumador con anemia y antecedente de tumor fibroso), por lo que se decide realizar toracocentesis diagnóstica observándose líquido hemático con pH de 6.9 y 5.800 leucocitos (90% de PMN). Ante la sospecha de empiema, se solicita colocación de tubo de drenaje guiado por TAC y se inicia tratamiento antibiótico empírico. Avisan desde radiología por disección de aorta toraco-abdominal tipo B, distal a la salida de la arteria subclavia izquierda que se extiende caudalmente hasta 3 cm por encima de la bifurcación de las arterias ilíacas, afectando el origen del tronco celiaco. Asociado a esto, hemotórax izquierdo secundario a rotura aórtica. Se realiza bypass carótido-carotídeo, carótido-subclavio, oclusión de subclavia proximal a arteria vertebral y endótesis torácica, de urgencia.

Conclusiones:

La patología aórtica aguda es una situación clínica crítica cuyo pronóstico depende de un diagnóstico certero y rápido, y la instauración temprana de su tratamiento. Es importante realizar la punción del derrame pleural unilateral desde la urgencia para evaluar las características, ya que es posible ver hemotórax secundarios a roturas aórticas, y esto puede salvar la vida del paciente. La disección aórtica tipo B, es menos frecuente que la tipo A y pese a que tiene mejor pronóstico, presenta un riesgo de rotura a 5 años del 12-15%.

CASOS CLÍNICOS

P-966

SÍNDROME DE RAMSAY HUNT

E Cañada Cámara, N Martínez Navarro, LM Redondo Romero
C.S. Cartagena-San Antón. Área II de Salud, Cartagena, Murcia.

Palabras claves: facial paralysis, herpes zoster oticus, immunosuppression

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 60 años, que comienza con dolor tipo opresión en región temporal izquierda, que empeora a la digitopresión. 12 horas después comienza a notar enrojecimiento de pabellón auricular izquierdo y odinofagia con fiebre de 40°C, astenia y anorexia. No náuseas ni vómitos, ni cefalea. Consulta en urgencias, y tras anamnesis dirigida, el paciente refiere además pérdida de la intensidad de los sabores. Como antecedentes personales destacan: HTA, DM tipo 2 en tratamiento con antidiabético oral. Enfermedad de Crohn colónica y perianal en tratamiento biológico. Déficit de vitamina B12 y polineuropatía sensitivo-motora asociada. Hipoacusia neurosensorial bilateral de larga evolución. Esteatosis hepática grasa no alcohólica. Tratamiento crónico: mesalazina, azatioprina, infliximab, cianocobalamina, olmesartán/hidroclorotiazida, AAS, rosuvastatina, liraglutida, pregabalina, gabapentina. TA: 88/64mmHg, FC: 96 lpm, SatO2 92% con FIO2: 21%, Tª: 37.9°C. Regular estado general, AC: Tonos rítmicos sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado, no ruidos patológicos. Edematización y rubor de pabellón auricular izquierdo. Lesiones vesiculosas en diferentes estadios en conducto y pabellón izquierdos, velo del paladar y hemicara izquierda con predominio en 1ª rama del trigémino. Lesiones vesiculosas en hemitórax izquierdo sin clara distribución metamérica. Neurológico: dificultad para cierre palpebral izquierdo y borramiento de surco nasogeniano izquierdo compatible con parálisis facial periférica izquierda incipiente. Resto normal. Analítica urgente: glucosa:158, creatinina:1.83, procalcitonina:0.23, sodio:135, potasio:4.0, cloro:97, PCR:0.9. VSG:55. Monocitosis. Orina:microhematuria, bacteriuria moderada, uratos amorfos abundantes. GAR: destaca lactato 2.6, resto normal. Rx. Tórax:normal. TAC craneal: alteraciones neurorradiológicas agudas, sin signos de otomastoiditis. Punción lumbar: Líquido claro y cristalino. Glucosa: 83, proteínas: 62.8, leucocitos: 98.0 (95% de mononucleares y 5% polimorfonucleares). Analítica planta: función renal y hepática normal, hormonas tiroideas normales, perfil de colesterol normal. Urocultivo y hemocultivos seriados negativos, Serología: IgG para VHS-I, VZ y micoplasma pneumoniae positivos, IgM negativas. Treponemas, Brucela, Borrelia y VHS-II negativos. JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Ramsay Hunt izquierdo y meningitis linfocitaria en paciente inmunodeprimido. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Meningitis aséptica, neuropatía motora periférica, parálisis de Bell, mielitis, encefalitis, Ictus, infección por Herpes Simplex, dermatitis de contacto, infecciones bacterianas.

Conclusiones:

La necesidad de obtener un diagnóstico precoz radica en la necesidad de instaurar el tratamiento con la mayor brevedad posible, debido a las importantes complicaciones que pueden derivarse del cuadro.

P-967

SÍNDROME VESTIBULAR CENTRAL DEBIDO A UNA FA NO ANTICOAGULADA: INFARTO CEREBELOSO CARDIOEMBÓLICO

B Soria Navalón (1), C Bueso Fernández (1), RM Palacios Fort (2), E Díaz Fernández (1), L Gómez Martínez (1)

(1) Hospital San Juan de Alicante, (2) Centro de Salud El Campello. San Juan.

Palabras claves: fibrilación auricular, vértigo, accidente cerebrovascular

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

ANTECEDENTES Y OBJETIVO La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más frecuente en la práctica clínica, aumentando cinco veces el riesgo de accidente cerebrovascular y episodios tromboembólicos. El tratamiento antitrombótico reduce el riesgo de accidente cerebrovascular y muertes relacionadas con FA. El Síndrome Vestibular Central Agudo se caracteriza por la aparición aguda y prolongada de vértigo, nistagmo e inestabilidad. El origen del vértigo central se encuentra en cerebelo y protuberancia y destaca la desproporción de síntomas en intensidad. El diagnóstico más perjudicial de la aparición de vértigo central es la enfermedad vertebrobasilar con infarto cerebral en la fosa posterior. Todos los pacientes con síndrome vestibular agudo necesitan ser evaluados mediante una entrevista estructurada y una exploración sistemática para descartar un infarto vertebrobasilar. Estudios recientes han demostrado que el 11% de los pacientes con infarto cerebeloso aislado presentan vértigo aislado imitando vértigos periféricos. MATERIAL Y MÉTODO Mujer de 78 años presenta Dislipemia, Hipertensión Arterial y Fibrilación Auricular Paroxística no anticoagulada en tratamiento con Ácido Acetilsalicílico 100 mg/24 h, Flecaína 100 mg/24 h, Nimodipino 30 mg/24 h. Acude a Urgencias por mareo de días de evolución sin sensación de giro de objetos con náuseas, vómitos y inestabilidad de la marcha sin tolerancia a la bipedestación. Regular estado general, Eupneica, Normohidratada. Tensión Arterial: 180/90, Temperatura: 36,2ª, Dextro: 68mg/dl. Consciente y orientada en las tres esferas. Lenguaje conservado. Campimetría por confrontación normal. No nistagmo horizontal ni vertical. Pares craneales conservados. No irritación meníngea. Fuerza y sensibilidad conservada. Reflejos cutaneoplantares en flexión. No disimetrías. Romberg negativo. Ataxia de la marcha. Destaca: • Analítica: Glucosa 152 mg/dl, PCR 4,12 mg/dl. • Tomografía Cerebral: Área de baja atenuación en zona posteroinferior de hemisferio cerebeloso izquierdo que sugiere proceso isquémico del territorio de arteria cerebelosa posteroinferior (PICA). RESULTADOS Infarto Isquémico en territorio de la Arteria Cerebelosa Inferior Izquierda cardioembólica.

Conclusiones:

El paciente mejoró favorablemente siendo capaz de deambular de forma autónoma. Se aconsejó suspender ácido acetilsalicílico y comenzar con Apixaban 2.5 mg cada 12 horas y control por cardiólogo.

CASOS CLÍNICOS

P-968

PACIENTE DE 72 AÑOS CON PARAPARESIA ESPÁSTICA AGUDA

V Notario Barba, J Magallanes Gamboa, A Galiana Ivars,
R Juárez González, J González Rodríguez, F Marcos Sánchez
Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo.

Palabras claves: paraparesia espástica, enfermedad de Forestier, hiperostosis esquelética idiopática difusa

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente varón de 72 años de edad, independiente, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, dislipemia, anemia e hipertiroidismo. Dado de alta hace un mes del servicio de nefrología por cuadro de insuficiencia renal, probablemente crónica reagudizada, secundaria a gastroenteritis y medicación nefrotóxica. Acude a urgencias por presentar en las últimas 72 horas, debilidad progresiva de miembros inferiores que impide la bipedestación. Niega traumatismos o clínica infecciosa previa. En tratamiento actual con AAS, darbopentina alfa, furosemida, doxazosina, tiamazol, linagliptina y simvastatina. Exploración Física: TA: 197/76, FC: 75 lpm. Buen estado general, afebril y eupneico. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. ACP: RC rítmicos, no soplos. MVC. Abdomen: sin alteración. Edemas pretibiales. Paraparesia espástica de predominio izquierdo 3-4/5. ROT exaltados y clonoides en MMII. Babinski bilateral. Pruebas Complementarias: hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, anemia de 11 g/dl de hemoglobina y plaquetas normales. Coagulación normal. Creatinina de 2.38 mg/dl, glucosa 151 mg/dl, iones y perfil hepático sin alteraciones. Radiografía de tórax: no cardiomegalia ni infiltrados pulmonares. Ante el cuadro clínico de paraparesia espástica aguda ampliamos la analítica con calcio y LDH que fueron normales. Solicitamos TAC medular urgente para descartar un cuadro de compresión medular, en él se describe calcificación del ligamento cervical anterior en más de cuatro espacios intervertebrales sin esclerosis de las articulaciones, en relación a hiperostosis idiopática difusa. Posteriormente se realiza RM cervical que confirma lo descrito en el TAC y objetiva disminución del diámetro del canal medular, confirmando mielopatía compresiva. Es derivado a neurocirugía donde realizan laminectomía y descompresión medular.

Conclusiones:

La enfermedad de Forestier o hiperostosis esquelética idiopática difusa es una enfermedad reumatológica con afectación sistémica. Consiste en la calcificación-osisificación del ligamento longitudinal común anterior sin otros cambios degenerativos. Tiene una prevalencia del 6-12% de la población siendo asintomática en la mayoría de los casos. Cuando hay afectación cervical, el síntoma más común es la disfagia y bastante menos frecuente, la disnea, ambas secundarias a la compresión extrínseca del esófago y la traquea, respectivamente. El déficit neurológico como el que presenta nuestro paciente, es excepcional, descrito sólo en pequeñas series de casos.

P-969

RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO, TRÁGICO DESENLACE

B Lozano Hernanz, JW Trilleras Berrio,
V Triviño Sánchez-Mayoral, E Sánchez Muñoz,
N Barquero González, AA García Sanz
Hospital Virgen de la Salud (CHT). Toledo.

Palabras claves: knee dislocation, vascular injury, obesity

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: La luxación de rodilla es una entidad muy infrecuente (0,02%), pero puede tener consecuencias devastadoras debido a la lesión vascular (30%) o nerviosa (20%) asociada. En la mayoría de los casos se producen en el contexto de un traumatismo de alta energía, pero en los últimos años se ha producido un incremento de luxaciones causadas por traumatismo de baja energía en pacientes obesos. Este hecho dificulta el diagnóstico, debido a que no existe deformidad evidente, además ensombrece el pronóstico por las complicaciones asociadas a la obesidad. **PACIENTE:** Mujer de 60 años obesa mórbida que sufre caída de su propia altura presentando impotencia funcional miembro inferior derecho por lo que su médico de atención primaria le deriva a las urgencias de traumatología con sospecha de fractura de cadera derecha. En la exploración: pierna fría y cianosis digital, ausencia de pulsos, incapacidad para la movilización activa de los dedos, ablación completa de función neurológica por debajo de la rodilla. Se realiza radiografía simple donde se evidencia luxación anterior de la rodilla, realizándose reducción cerrada en el servicio de urgencias. Tras la misma persiste clínica isquémica, por lo que se realiza angio-TAC, donde se evidencia sección completa de arteria poplítea derecha a nivel de su primera porción con sangrado activo. La paciente es intervenida de urgencia realizándose bypass femoropopliteo y fasciotomías. **RESULTADOS:** Pese a la permeabilidad del bypass no existe recuperación de la vitalidad del miembro, produciéndose una gangrena isquémico-infecciosa progresiva, por lo que se realizó amputación supracondílea.

Conclusiones:

Dadas las graves consecuencias que se pueden producir en el contexto de una luxación de rodilla, es necesario un alto grado de sospecha, esto es aún más evidente debido al cambio en la epidemiología de los últimos años. Además es importante una vigilancia intensiva en aquellos pacientes con factores de riesgo como el caso de los pacientes con obesidad, ya que esta incrementa los riesgos de infección, necrosis grasa y dificultad de cobertura cutánea.

CASOS CLÍNICOS

P-970

DISECCIÓN DE LA ARTERIA CORONARIA E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

I Gabantxo Laka, J Iza de Pablo, E Naberan Oñarte-Etxebarria, A Gutierrez Gómez, C Eguia Gandarias

Urgencias del Hospital de Gernika. Gernika.

Palabras claves: disección, coronaria, infarto

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

INTRODUCCIÓN La disección de una arteria coronaria espontánea o por esfuerzo es una causa poco frecuente, pero reconocida, de infarto de miocardio en gente joven y en mujeres. **OBJETIVO** La importancia de realizar ECG en pacientes con dolor torácico. **PACIENTE.** CASO CLÍNICO Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas. Sin factores de riesgo cardiovascular. Niega consumo de tóxicos. Neuritis óptica en ojo dcho 2012. Estudiado en 2013 por palpitaciones con ECO-Estrés negativo. No toma medicación. Enfermedad actual: Paciente de 32 años que el 06/12/2014 presenta una luxación de hombro izq, mientras se encontraba escalando. A las 16:00h comienza con dolor torácico que lo relaciona con luxación, tras ingesta de AINES refiere haber descansado. A las 24h de inicio de dolor, acude a Urgencias, donde presenta dolor centro-torácico opresivo, sin cortejo vegetativo, no irradiado, sin relación con el esfuerzo, que mejora al sentarse. Exploración física: Hemodinamicamente estable con TA: 137/92 FC: 88x', Sat de Oxígeno 99%, Temperatura: 37,7°C. Cabeza y cuello: sin ingurgitación yugular. Tórax: Auscultación cardiaca: Rítmico, sin soplos, ni rones. Auscultación pulmonar: normal. Abdomen: anodino. EEII: Pulsos pedios conservados. Pruebas complementarias: Analítica: TnT 2400 ng/L EKG: RS a 60x', eje a 0°, elevación de ST en I,II y aVF y de V3 a V6. Rx de tórax: Sin alteraciones. Ecografía transtorácica(al ingreso): Ventriculo izq: disfunción sistólica moderada-severa a expensas de acinesia de todos los segmentos mediales y apicales e hipercontractilidad de bases. Fracción de eyección 42,3%. No derrame pericárdico. Angioplastia diferida: Descendente anterior: Disección ostial proximal compleja, buen flujo en lecho distal. Colocación de Stent recubierto. Ecografía transtorácica (al alta): Similar al ingreso. Fracción de Eyección 46%. Trombo apical de 1cm. Impresión diagnóstica: SCACEST con IAM anterior y afectación inferior. Disección de DA proximal. Pericarditis epistenoicárdica. Tratamiento: Ticagrelor 90 mg, Adiro 100, Sintrom 4 mg, Omeprazol 20 mg, Atorvastatina 80 mg y Ramipril 2,5 mg.

Conclusiones:

La utilización del ECG ha sido de un gran valor diagnóstico, con eficacia y eficiencia reflejadas en este caso clínico.

P-971

ABDOMEN AGUDO Y CUERPO EXTRAÑO

A González García, J Toral Marín, G Martínez Bernal, E Montero Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras claves: abdomen agudo, hemoperitoneo, sepsis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 74 años asmático que acude a urgencias por aumento de su disnea basal, dolor abdominal generalizado y decaimiento en las últimas 24 horas. A la exploración física, regular estado general, sudoroso, taquicárdico, taquipneico con SpO2 96%, tensión arterial 110/80 mmHg. Ruidos cardiacos taquicárdicos, rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, con escasos sibilantes espiratorios dispersos. Abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda de manera generalizada, siendo más intenso en zona de epigastrio y ruidos hidroaéreos presentes. En analítica destaca Cr 1.84 mg/dl, urea 87 mg/dl, GPT 180 mU/ml y leucocitos de 10070 con desviación izquierda. En radiografía de tórax se aprecia neumoperitoneo izquierdo por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. En quirófano se evidencia hemoperitoneo de 900 cc sin perforación de víscera hueca. Posteriormente, ingresa en UCI. A las 24 horas, predomina situación de shock séptico con inestabilidad hemodinámica, caída de hemoglobina y aumento del perímetro abdominal, solicitándose TC abdominal, en el que se objetiva hematoma en pared gástrica posterior con sangre en distintos estadios evolutivos y extravasación activa del medio de contraste, cuerpo extraño de alta densidad a la altura de la región antroilíaca y hemoperitoneo en hemiabdomen superior. Ante dichos hallazgos se contacta de nuevo con cirugía para intervención emergente, detectándose cuerpo extraño punzante (púa de tenedor vs cristal) a nivel de antro gástrico que condiciona una úlcera de 2 cm y otra contigua más pequeña que se suturan. A pesar de mejorar progresivamente la situación clínica y poder extubar al paciente, a las 24 horas presenta empeoramiento respiratorio, planteando a la familia necesidad de reintubación que no aceptan, decidiéndose limitación del esfuerzo terapéutico, siendo éxitos a las pocas horas. Juicio clínico: Perforación gástrica por cuerpo extraño con hemoperitoneo secundario. Shock séptico con fracaso multiorgánico secundario.

Conclusiones:

El 80% de los cuerpos extraños pasan de forma espontánea a través del tracto digestivo sin causar daño. La perforación y la obstrucción del intestino son las complicaciones importantes más comunes asociadas con los cuerpos extraños. Otras complicaciones son hemorragia, compromiso respiratorio, fistulización y formación de abscesos.

CASOS CLÍNICOS

P-972

MARCHA ATÁXICA COMO DEBUT DE MENINGIOMA DORSAL

M Amezcua Fernández, A García Morón, L López Pérez,
B Amini Shervan, J Hortal Carmona, I Aguilar Cruz

Hospital de Alta Resolución de Guadix. Granada.

Palabras claves: meningioma, espinal, ataxia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

ANAMNESIS. Mujer, 26 años, sin A.P. de interés, acude en tres ocasiones a urgencias en el último mes. En las dos primeras aqueja dorsalgia izquierda de características pleuromecánicas. Tras exploración y pruebas complementarias sin hallazgos se va de alta con analgesia convencional. A los veinte días vuelve por persistencia de dolor, además de parestesias en ambos muslos, motivo por el que su médico le ha pautado pregabalina. En las últimas horas comienza con acentuada debilidad de MMII e imposibilidad para la deambulación. EXPLORACIÓN - Constantes: TA 132 / 87, FC 81, SAT O2 100 %, Afebril. Neurológica: debilidad 4/5 a nivel proximal de ambos MMII, hipoestesia leve a nivel distal de MMII, más importante desde las rodillas hasta un nivel claro D2 derecho y D3 izquierdo. Hipoparestesia en MMII. Dismetría bilateral en talón-rodilla. Estación posible con ampliación de la base de sustentación y marcha claramente atáxica, imposible explorar tandem. Reflejos osteotendinosos simétricos, sin características anormales. Reflejo cutáneo-abdominales disminuidos. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. No signos meníngeos. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica completa, ECG y RXs sin alteraciones. RMN dorsal: tumoración intradural y extramedular localizada por detrás de la médula con cierta lateralización derecha, produciendo una evidente compresión medular. Se extiende desde la mitad del cuerpo vertebral D3, hasta la mitad del cuerpo vertebral D4. La lesión mide 29 x 11 x 17 mm. Llega hasta el reborde interno del agujero de conjunción derecho, no produciendo erosión del mismo ni se extiende más allá de la grasa epidural. DIAGNÓSTICO: Meningioma dorsal D3-D4 causante de marcha atáxica con nivel sensitivo D2-D3 de instauración aguda

Conclusiones:

Los Servicios de Urgencias han adquirido una importancia vital en el Sistema Sanitario debido a la fácil accesibilidad de la población, que se ve favorecida por las largas listas de espera tanto en AP como en las Consultas Especializadas. Todo ello ha incrementado la hiperfrecuentación, que en ocasiones puede hacernos infravalorar la sintomatología, simplificando nuestras actuaciones. Por lo que el Médico de Urgencia debe estar alerta ante los cuadros clínicos inespecíficos, valorando los posibles diagnósticos diferenciales para llegar a una correcta actuación.

P-973

AVISO PRIORIDAD 1: NIÑO INCONSCIENTE EN SU DOMICILIO

R Salido Aparicio (1), MR Arias Vega (2), I Conesa Pedrosa (3),
I López Macías (4)

(1) Dccu Priego de Córdoba. Ags Sur de Córdoba, (2) Dccu Priego de Córdoba. Ags Sur de Córdoba, (3) R2 MFYC Rute, (4) R2 MFYC Lucena I. Córdoba.

Palabras claves: acalasia, acalasia esofágica, vómitos

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria - Equipos de emergencias

Historia clínica

ÁMBITO: Acudimos a un domicilio para atender a un niño de 13 años, que según refieren los padres ha sufrido pérdida de consciencia de varios segundos de duración. Antecedentes personales: Malos hábitos alimenticios. Desde hace dos meses está en tratamiento por ahogo y tos nocturna con Atrovent y Symbicort. Al no mejorar, se suplementa con corticoides vía oral (hace dos días). Enfermedad actual: Desde hace 14 días presenta intolerancia a sólidos con náuseas y pérdida objetivada de 5 kg de peso. Tras el inicio del tratamiento corticoideo, presenta vómitos incoercibles y "debilidad", "se marear", HOY pérdida de conciencia de unos segundos. A nuestra llegada se está recuperando. Exploración: Mal estado general, consciente, orientado, pálido, sudoroso, deshidratado, no relajación de esfínteres ni mordedura de lengua. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos, tonos rítmicos taquicárdicos sin soplos. Abdomen: blando, depresible, doloroso y distendido en epigastrio. Ruidos disminuidos. Blumberg y Murphy negativos. Afebril, TA 90/50, FC 110, FR 20, SatO2 90%, Glucemia 100. Actuación Extrahospitalaria: Perfundimos 500 cc de suero. Metoclopramida iv. Gafas nasales 2 litros. Traslado a hospital. Traslado Hospital: Diagnóstico: cuadro sincopal por hipovolemia. Vómitos. Rx. simple y Eco abdominopélvica: "importante dilatación de la cámara gástrica con abundante contenido líquido y sólido". Hemograma y bioquímica normales. Esofagograma con bario: "megaesofago, hallazgos compatibles con acalasia". Manometría: "esfínter esofágico inferior hipertónico y aperistalsis esofágica". Endoscopia alta: cardias cerrado sin posibilidad de paso con endoscopio. Evolución: Cirugía laparoscópica: "Esofagocardiomiectomía y Fundoduplicatura anterior". Traslado a UCI Pediátrica, con nutrición parenteral y antibióterapia. Evolución favorable durante el ingreso. Actualmente asintomático.

Conclusiones:

Los vómitos constituyen un motivo de consulta urgente y muy frecuente, sobretudo en pediatría, sin embargo es raro que se deban a la acalasia y sobretudo en la infancia y adolescencia. Su incidencia oscila entre 0.5 a 1 por 100.000 habitantes, igual por sexos, entre 30-40 años. Por tanto, concluimos que, aunque sea una causa rara no podemos dejarla de lado en el diagnóstico diferencial de los vómitos por la trascendencia clínica que supone al paciente.

CASOS CLÍNICOS

P-974

MASA ABDOMINAL DE RÁPIDA APARICIÓN EN PACIENTE MAYOR

CE Domínguez Bernal, C Dean Barahona, D Chaparro Pardo, R Cuervo Pinto, MI Bretón Arranz, M Martínez Agüero

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: anticoagulación, heparina, ecografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN. El hematoma del músculo recto anterior del abdomen (HRAA) es una enfermedad infrecuente producida principalmente en pacientes anticoagulados con dosis terapéuticas y edad avanzada. **OBJETIVO** Diagnóstico diferencial de abdomen agudo mediante la ecografía. **PACIENTE Y MÉTODO** Mujer de 90 años con antecedentes de hipertensión arterial, estenosis aórtica, fibrilación auricular anticoagulada con enoxaparina 60 mg/12h. Acude por dolor abdominal difuso intenso de horas de evolución. Refiere deposición diarreica en las 24h previas e infección respiratoria de una semana de evolución en tratamiento antibiótico. Exploración física: tensión arterial 85/60 mmHg, frecuencia cardíaca 80 lpm (toma metoprolol), palidez mucocutánea. Abdomen: se palpa masa dura sin identificarse claramente los bordes de más de 15 cm de diámetro, dolorosa, no pulsátil en hemiabdomen inferior. Resto del abdomen normal salvo por la ausencia de ruidos hidroaéreos. Gasometría venosa: pH 6,93, lactato 14,8 mmol/L, bicarbonato 6,5 mmol/L y hemoglobina 4,7 g/dL. La analítica confirma niveles de hemoglobina, hematocrito de 16,4%, urea 65 mg/dL, lactato deshidrogenado 823 U/L. **RESULTADOS** Realizada ecografía abdominal a pie de cama se observa masa de contenido heteroecoico por encima de la pared abdominal, sin apreciarse otro hallazgo patológico. Se solicita TAC abdominal que muestra hematoma extraperitoneal pélvico de 20x15x13 cm que se origina en el músculo recto anterior izquierdo y se extiende hacia los espacios de Retzius con múltiples focos de sangrado, visualizándose sangrado activo mínimo en la rama iliopubiana izquierda. Líquido libre perihepático sin descartar hemoperitoneo. Se realiza tratamiento conservador, presentando mala evolución clínica y falleciendo posteriormente.

Conclusiones:

El HRAA afecta a mujeres caquéticas de edad avanzada secundario al uso de HBPM y favorecido por insuficiencia renal o contracciones musculares violentas, entre otras causas. En el Servicio de Urgencias, el uso de la ecografía a pie de cama junto con la sospecha clínica (signo de Fotherhill: dolor y masa abdominal) y los niveles de hemoglobina, conducen a un diagnóstico precoz que acelera el inicio del tratamiento. En este caso, el tratamiento inicialmente es conservador, sin ser la paciente subsidiaria de un tratamiento de segunda línea como la embolización arterial o tratamiento quirúrgico.

P-975

SEPSIS NEUMOCÓCICA FULMINANTE

F López López (1), P Trenc Español (2)

(1) Hospital Miguel Servet, (2) Casar Cinco Villas. Zaragoza.

Palabras claves: shock, sepsis, *Streptococcus pneumoniae*

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 55 años de edad, sin antecedentes médicos de interés ni tratamiento médico habitual, que estando previamente bien, acude a urgencias por presentar disnea de mínimos esfuerzos de 24 horas de evolución y fiebre. Al examen físico temperatura 38,1ª, FC 130 lpm, taquipnea 27 rpm, TA 90-50, SO2 86% (que remonta con oxigenoterapia suplementaria), sospechándose inicialmente shock de origen respiratorio. En analítica se objetiva 7.100 leucocitos con 93% neutrofilos, actividad de protrombina del 30%, acidosis metabólica, fracaso renal y hepático, con Radiografía de tórax normal, impresionando en este momento de shock séptico. Se inicia tratamiento con Hidrocortisona 100 mg, ceftriaxona 2 g, fluidoterapia 1000 cc Ringer lactato y oxígeno, mala respuesta inicial con cianosis, taquipnea y disminución del nivel de conciencia, que requiere intubación orotraqueal. Se realiza TC cerebral que resulta normal y TC toracoabdominal que evidencian signos radiológicos de fracaso multiorgánico con nula perfusión esplénica y edema intestinal. Se traslada a unidad de cuidados intensivos, administrándose vasopresores y recogiendo muestra de exudado faríngeo y frotis nasal en los que no se aísla SARM. Se detecta Ag S. pneumoniae en orina. Evolución tórpida fulminante produciéndose el éxitus a las 8 horas de su llegada a Urgencias. Posteriormente se confirma el aislamiento en hemocultivo de *Streptococcus pneumoniae* serotipo 22F.

Conclusiones:

La incidencia de la sepsis en nuestro medio es de 50000-100000 casos/año de los que aproximadamente el 30 % evolucionan a sepsis grave y shock séptico. La mortalidad en España se cifra en el 47% para sepsis grave y en un 84% en shock séptico. El retraso en el inicio de la terapia antimicrobiana en la sepsis grave/ shock séptico, influye proporcionalmente en la mortalidad de la misma. La administración del precoz del antibiótico así como el manejo y reconocimiento precoz en urgencias es crucial para la supervivencia de los pacientes. Este caso demuestra que una actuación adecuada en el servicio de urgencias puede modificar sustancialmente el pronóstico vital de los pacientes.

CASOS CLÍNICOS

A-976

ME ENCUENTRO MUY CANSADO...

A Salcedo Guerrero, A Magdalena Delgado

HUSO. Madrid.

Palabras claves: enfermedad de Crohn, urgencias, complicaciones

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Urgencias MC: Astenia. INTRODUCCIÓN: Enfermedad inflamatoria intestinal crónica que puede comprometer cualquier parte del tubo digestivo. Incidencia en España de 6/100.000 casos. Complicaciones habituales: estenosis intestinal, fístulas y abscesos, Crohn perianal, hemorragia masiva, perforación y megacolon tóxico. AP: Intolerancia a Inmurel. Fumador de 2 cigarros/día. Portador virus hep B. Enfermedad de Crohn ileocolónica. EA: Varón de 51 años que acude por debilidad, astenia y anorexia, pérdida de peso de unos 5 kg, en último mes. No dolor abdominal, no diarrea, no náuseas, no vómitos, no fiebre. EF: TA: 88/64 mmHg FC: 60 lpm FR: 20rpm Tª 35'6°C C y O en T.P y E. Normocoloreado, bien hidratado y perfundido. ACP: normal. Abdomen: RHA (+). Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en flanco derecho. No masas ni megalias. Murphy negativo. Blumberg negativo. EE: Edemas ++/++++ en MMII hasta las rodillas, no signos de TVP. Pulsos periféricos conservados. PPCC. Analítica: Hb 8.4, PCR 248, leucos 12,96, N 92,6%. Rx abdomen: imágenes con aspecto de burbuja y zonas de miga de pan en HCD y FD. -TAC abdominal: Gran colección retroperitoneal con gas producida por la presencia de fístula mioentérica que parece provenir de ciego o colon ascendente. JC: Perforación intestinal, absceso retroperitoneal. Sepsis grave, shock de foco abdominal. DX DIFERENCIAL: Megacolon tóxico, neo intestino. EVOLUCIÓN: Shock séptico con ingreso en UCI. IQx: Hemicolectomía derecha.

Conclusiones:

La sintomatología y lo signos clínicos son poco llamativos en un paciente inmunodeprimido.

A-977

TENGO ALGO QUE ME PINCHA AQUÍ DENTRO.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

E Piñero Flores, AJ García Sánchez, F Rico Rodríguez

Hospital Comarcal Valle de los Pedroches, Pozoblanco, Córdoba.

Palabras claves: lung abscess, pneumonia, chest pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 41 años que consulta por presentar desde hace 10 días cuadro de tos con expectoración purulenta y congestión nasal. Desde hace dos días presenta dolor costal izquierdo de características pleuríticas. Afebril. No alergias medicamentosas conocidas, no antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Tratamiento actual: paracetamol 1 g, Acetilcisteína 600 mg Exploración Física: Buen estado general, consciente, orientada, normohidratada, normoperfundida, eupenica. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, no soplos ni rones audibles, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Constantes: saturación basal 99%. Frecuencia cardíaca 90 latidos por minuto. Tensión arterial 120/80 mmHG Exploraciones complementarias: Analítica: leucocitos 13.420/uL, neutrofilos 77%, linfocitos 16.70%, resto normal. Bioquímica urgente dentro de rango normal, salvo proteína C reactiva 7mg/l. Radiografía tórax: Lesión pulmonar en hemitórax izquierdo, no identificado en proyección lateral, parece estar en espacio retrocardíaco superior. Parece tener centro más radioluciente, por lo que hay que contemplar cavitación. Diagnóstico diferencial en urgencias: Nos orienta hacia una neoplasia pulmonar, infección por mycobacterias, neumonía, enfermedad inmunológica o infección fúngica. Diagnóstico Final: Neumonía adquirida en la comunidad cavitada. Evolución: Desde el servicio de urgencias se solicitó Mantoux que fue negativo y también un cultivo de esputos. Se le ajustó tratamiento antibiótico con macrólidos y corticoide inhalado, citándose en consultas externas de neumología para completar estudio, tras lo cual se le solicitó radiografía de control con mejoría y le añadieron Betalactámico, con realización de tomografía axial computarizada torácico sin observarse ya nódulo. Resultado de cultivo para mycobacterias negativo.

Conclusiones:

La etiología de un nódulo pulmonar cavitado puede ser muy variada (benigna, maligna, infecciosa). Es importante para su evaluación la correlación con los datos clínicos y antecedentes con las pruebas radiológicas (teniendo en cuenta todas las características de la lesión: tamaño, morfología, distribución, número) y exámenes de laboratorio que son una herramienta útil para realizar una buena orientación diagnóstica acotando el diagnóstico diferencial.

CASOS CLÍNICOS

A-978

ME DUELE LA CABEZA Y NO PUEDO ANDAR

A Magdalena Delgado, A Salcedo Guerrero

Huso Leganés. Madrid.

Palabras claves: cefalea, mareo, tumor

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 63 años, acude por cefalea intensa al Servicio de Urgencias, que cede con la administración de analgésico y antiinflamatorio endovenoso. A los días, inicia cuadro de mareo inespecífico, inestabilidad para la marcha, "sensación de pinchazos en la cabeza", y olvidos frecuentes. Ha tomado antivertiginosos sin mejoría. HISTORIA CLÍNICA Antecedentes personales: Alergia Nolotil. HTA. Nefrectomía radical izquierda por CA renal de células claras. Histerectomía y doble anexectomía por leiomioma uterino y adenofibroma ovárico. Anamnesis: Mujer que es traída por familiar al Servicio de Urgencias, quien la nota despistada, con inestabilidad al andar y sin mejoría del vértigo, a pesar de tratamiento pautado. Exploración: Tendencia a somnolencia. Inestabilidad para la marcha, marcha atáxica. Exploración NRL: Nistagmo vertical, lateralización de la úvula y Romberg +- Pruebas complementarias: analítica completa, electrocardiograma, radiografía tórax normal, tac craneal: Lesión sólida occipital derecha a valorar metástasis como primera posibilidad, sin poderse descartar tumor primario. Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas Tras valorar la clínica, historia de cefalea intensa y, dados los hallazgos de focalidad neurológica y evolución tórpida, se valora la necesidad de una prueba radiológica urgente con el fin de buscar lesiones ocupantes de espacio, sangrado u otro hallazgo que pudiese explicar los síntomas de la paciente. Tratamiento, planes de actuación Tratamiento quirúrgico. Evolución Derivada al Servicio de Neurocirugía, se realizó extirpación de la lesión. Biopsia intraoperatoria revela meningioma.

Conclusiones:

Concluimos que no debemos dejarnos llevar por un síntoma común como el de mareo, sino hacer una buena historia clínica junto con una buena exploración física, buscando signos y síntomas que nos hagan discernir signos de alarmas, a la hora de tratar un mareo, vértigo o cefalea común.

P-979

METÁSTASIS CARDIACA COMO CAUSA RARA DE SÍNCOPE. A PROPÓSITO DE UN CASO

MM Guzmán Regalado, AJ Sánchez García, S. López Escudero

Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba.

Palabras claves: syncope, hearth neoplasms, carcinoma squamous cell

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Antecedentes personales: Hipertensión, Dislipemia, Carcinoma Epidermoide en región cervical con metástasis ganglionar cervical, actualmente en remisión. Hombre de 60 años que consulta a urgencias por presentar episodio de pérdida del conocimiento 5 minutos de duración, siendo presenciado por sus familiares, sin movimientos anormales de extremidades ni oculares, no relajación de esfínteres con recuperación ad. integrum, sin secuelas. Exploración física: Buen estado general, consciente, orientado, afebril, eupneico, normohidratado, normoperfundido. No ingurgitación yugular, Auscultación cardiopulmonar: tonos cardíacos apagados rítmicos, no soplos ni roces audibles, Murmullo vesicular conservado no ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas fotoreactivas reflejo fotomotor presente, pares craneales y reflejos osteotendinosos conservados, fuerza muscular 5/5 en los 4 miembros, Romberg: negativo y marcha normal. Constantes vitales: TA: 135/80 mmHg, FC: 73 lpm, Sat. O2 95% Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, eje 90°, onda T negativas de V1-V4 no presenciado en ECG previos. Hematimetría, bioquímica y coagulación dentro de los valores de referencia. Radiografía de tórax: Parénquima pulmonar normal, discreto aumento del ICT, no derrame pleural. Diagnóstico de urgencias: Síncope de causa no filiada. Evolución: Desde el servicio de urgencias se derivó a consulta de Cardiología para completar valoración y estudio ecocardiográfico donde se observó, engrosamiento de las paredes ventriculares y del septo interventricular (14mm), Con lesión miocárdica intramural localizada en septo medioventricular, Derrame pericárdico severo (34 mm) con componente mixto líquido-sólido masa sólida adherida a pericardio (31mm) circunferencial, FE 79%, IC 3.6, no datos sugestivos de repercusión hemodinámica. Juicio Clínico: Tumoración cardíaca probablemente metastásica de Carcinoma epidermoide, Derrame pericárdico severo.

Conclusiones:

Las metástasis cardíacas son más frecuentes que los tumores primarios cardíacos. El dolor retroesternal, las palpitaciones y los síntomas relacionados con taponamiento cardíaco son los más frecuentes. El síncope y los mareos son manifestaciones poco

CASOS CLÍNICOS

frecuentes, los tumores más asociados a estos síntomas son los que su ubicación esta relacionada con la obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo. El electrocardiograma puede ser normal o a excepción de posibles arritmias, aunque en ocasiones pueden apreciarse trastornos difusos de la repolarización o conducción. Las alteraciones de la onda T son frecuentes y se han relacionado con la infiltración metastásica del miocardio.

P-980

TAQUICARDIA VENTRICULAR EN UN IAM

L Sánchez Martínez, P Carrillo Fernández-Paredes,
TA Quiros Figallo, JM Berrospi Melgarejo,
LE Cárdenas Bravo, MR López Díaz

Urgencias. H.U. Santa Lucía. Cartagena.

Palabras claves: taquicardia ventricular, IAM, cardioversión eléctrica

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

OBJETIVO: Forma de presentación de un IAM. **MATERIAL O PACIENTE Y MÉTODO:** Varón de 81 años. HTA con buen control y HBP en tratamiento. No cardiopatía conocida. Vida activa. Acude a la consulta de urgencias, caminando, refiriendo unos 15 días antes cuadro presincope y desde entonces, con empeoramiento progresivo, malestar general, astenia, disnea hasta hacerse de reposo. Refiere distensión, molestias abdominal y meteorismo, insistiendo en esto como origen del problema. La mañana de la consulta dos vómitos. No refiere dolor torácico, ni palpitaciones. Cifras bajas de TA los días previos por lo que su médico suspende antihipertensivo. En el examen físico impresiona de gravedad con importante palidez cutánea, taquipnea en reposo. TA 100/70 Sat O₂ 97%. Taquicárdico. En auscultación pulmonar crepitantes bibasales. Abdomen distendido sin dolor ni irritación peritoneal, resto de la exploración sin hallazgos significativos. Se pasó a U. de observación monitorizado y se solicitó EKG, Analítica, Rx tórax, Gasometría venosa. Los primeros resultados: GSV: pH 7.35, pO₂ 39, pCo₂ 38.2 Hco₂ 20.7. EKG: taquicardia de QRS ancho a 200 lpm que sugiere TVMS con morfología de BRD. Se realizó CVE a 150 J con salida a ritmo sinusal con tendencia a hipotensión. En analítica presentó: Troponina I: 3.020 . Se realizó ecocordio donde se objetiva disfunción VI severa, iniciando dobutamina a dosis bajas. En EKG de control: ascenso del ST de V5-V9 y descenso de V3-V4 y T negativa en DI y AVL. Se contactó con hemodinámica y se traslada para angioplastia primaria. Durante el traslado presentó FA a 180 lpm con deterioro hemodinámico que precisa CVE. Coronariografía: oclusión trombótica aguda en tercio medio de cx (trombectomía, ACTP + stent) y DA difusamente enferma con estenosis severa en tercio proximal. **RESULTADOS:** IAMCEST posterolateral complicado con TVMS en fase aguda. Shock cardiogénico.

Conclusiones:

El paciente en ningún momento refiere dolor torácico o palpitaciones, nos cuenta una clínica para la que en un principio nos podemos plantear diferentes diagnósticos diferenciales. En este caso vemos un TV en el contexto de un IAM, que fue su forma de presentación. Al objetivarse en el hospital se pudo evitar que derivara en FV y PCR.

CASOS CLÍNICOS

P-981

ENCEFALOPATÍA HIPERCÁPICA POR CONSUMO DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES ANCIANOS

M Aguayo López, J Valle Alonso, A López Sánchez, J Pedraza García, P Lara Cachinero, F Rosa Ubeda, F Rico Rodríguez
Hospital Valle de Los Pedroches (Pozoblanco). Villa del Río.

Palabras claves: respiration, artificial, brain damage, chronic, respiratory insufficiency

Historia clínica

ANTECEDENTES PERSONALES: Varón de 84 años institucionalizado deterioro cognitivo severo, encefalopatía multinfarto, hipertensión arterial, no patología cardiorrespiratoria. ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente remitido desde AP porque tras el almuerzo sufre cuadro brusco de pérdida de consciencia quedando en coma, refieren que ha estado asintomático todo el día, no ha sufrido atragantamiento ni sofocación. EXPLORACIÓN FÍSICA. Sudoroso, taquipneico con cianosis acra, Glasgow 3 pupilas puntiformes isocóricas areactivas con desviación de la mirada hacia la izquierda. Constantes: Tensión Arterial 156/68mmHg, Frecuencia cardiaca 120 lpm, Saturación O₂ con ventimask al 50% del 70%, Temperatura 37° C, Glucosa 192mg/dl PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Hemograma: Leucocitos 16900/mm³ (neutrófilos 62,7%, linfocitos 26,9%), Plaquetas 365.000 μ L, Hemoglobina 11.8 g/dL, Hematocrito 39%. Bioquímica: normal salvo troponina 0.45. Actividad Protrombina 75 INR 1.17, Dímero D 1215ng/ml. Gasometría arterial con ventimask 50%: Ph 7.032, PCO₂ 109, PO₂ 55.5, HCO₃ 27.6, Exceso de bases -1.8. Índice Oxigenación: 111 (distress respiratorio). Electrocardiograma y Radiografía tórax normal Tac Craneal sin contraste: Sin patología aguda actual. Tóxicos orina: benzodicepinas positivas. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Con todo proceso expansivo, isquémico o hemorrágico cerebral, intoxicación medicamentosa y encefalopatías metabólicas DIAGNÓSTICO Se inicia el protocolo de actuación ante paciente en coma: naloxona iv, Tiamina 100 mg intramuscular, Flumazenil bolo intravenoso repitiéndolo cada 30 segundos hasta conseguir dosis máxima de 2 mg sin respuesta. Se inicia Tratamiento con BIPAP: IPAP 10, EPAP 3, Frec.Resp. 12, Tiempo rampa 0.1 y Tiempo Inspiratorio 25%, Oxígeno a 5 litros. Se realizan controles gasométricos cada 2 horas: 1º: Glasgow 10, ph 7,13 y Pco₂ 97,2, 2º control: Glasgow 13, ph 7,33 y Pco₂ 59, 3º control: Glasgow 15, gv ph 7,40 y Pco₂ 49,8. Eupneico EVOLUCIÓN Se retira BIPAP por gafas nasales a 2litros saturando al 98%. Tras ser ingresado en planta es dado de alta con diagnóstico de Encefalopatía Hipercapnica secundaria a toma de benzodicepinas. DISCUSIÓN. La VMNI es un soporte ventilatorio cuyo objetivos son aliviar la disnea y mejorar el intercambio gaseoso en pacientes que de forma aguda presentan cuadros de Insuficiencia respiratoria (I.R.A). Las recomendaciones con Nivel de evidencia A son el edema agudo de pulmón cardiogénico y el EPOC reagudizado.

Conclusiones:

La VMNI podría ser utilizada en todas aquellas casos de Insuficiencia Respiratoria Aguda con mayor o menor nivel de evidencia y en situaciones límite que se considere como techo terapéutico

A-982

SÍNDROME DE BRUGADA Y TUBERCULOSIS

C Rubio Chacón, T Pablos Pizarro
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Palabras claves: tuberculosis, brugada, VIH

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 41 años, natural de Perú, que acude al Servicio de Urgencias por presentar desde hace una semana tos y expectoración verdosa, asociando odinofagia intensa y fiebre de hasta 39 °C. El cuadro se acompaña de mialgias y artralgias generalizadas solamente una noche, y tres vómitos de contenido alimenticio un solo día. Refiere además, sensación distérmica con sudoración nocturna de un mes de evolución acompañada de pérdida de aproximadamente 8 kg en los últimos 6 meses. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: Temperatura 36.7°C, Tensión arterial: 106/63 mmHg, Frecuencia cardiaca: 100lpm, Saturación de oxígeno basal 91%. Se palpan adenopatías, submaxilares y axilares. Ruidos cardíacos rítmicos y sin soplos. Murmullo vesicular conservado con mínimos crepitantes en región subescapular derecha. Abdomen blando, ruidos hidroáereos presentes, no doloroso a la palpación Pruebas complementarias: Hemograma: Hemoglobina normal, leucocitosis con neutrofilia, 24.300 10⁹/L (19600 neutrofilos). Bioquímica: Creatinina e iones normales. GGT 68 U/L, FA 154 U/L, Bilirrubina total 2.88 U/L. Coagulación: TP prolongado 17.5 segundos, INR 1.59. Gasometría arterial basal: normal. Orina: Normal. Imagen: Radiografía de tórax PA y lateral: Índice cardiotorácico dentro de límites de la normalidad. Senos costofrénico derecho pinzado. Consolidaciones en lóbulo inferior derecho y lóbulo medio. ECG: Ritmo sinusal a 93 lpm con intervalo PR normal, QRS estrecho con imagen de trastorno de la conducción del ventrículo derecho y con imagen de ascenso del ST en V1 y V2 con onda T negativa en V1, compatible con un Síndrome de Brugada de tipo 3. Microbiología: Serología de enfermedad de Chagas (T. Cruz Elisa): Negativo VIH (1,2): Ac y Ag: Positivo. Carga viral 17.542 y CD4+ 487 Cultivo del esputo: Bacilos acidorresistentes (Mycobacterium Tuberculosis) Cultivo de hongos y micobacterias: Negativas. Se realiza test de flecainida según el protocolo objetivándose a la infusión del fármaco cambios en la repolarización sugerentes de Síndrome de Brugada. JUICIO CLÍNICO: Tuberculosis por Mycobacterium tuberculosis. Síndrome de Brugada de tipo 3. Primoinfección de VIH tipo 2.

Conclusiones:

Ante todo paciente joven que acude con una probable neumonía adquirida en la comunidad se debe de realizar la determinación de VIH para determinar su inmunocompetencia. Tanto la enfermedad de Chagas como la Tuberculosis son unas enfermedades con una gran prevalencia en países de Sudamérica.

CASOS CLÍNICOS

P-983

COMPLICACIONES EN GESTANTE CON PREECLAMPSIA

M Abu Tair Rubio, RM Angelats Viladoms, R Albert Pagès,
R Novillo Viera, M Mañá Freixa, N Haro Jordà
IAS Santa Caterina. Girona.

Palabras claves: gestante, hellp, preeclampsia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

El Síndrome de HELLP es una complicación del embarazo poco habitual pero potencialmente mortal que se presenta en un 0,2% a un 0,6% de las embarazadas y a un 10% a un 20% de las mujeres con preeclampsia. Frecuentemente las pacientes con este síndrome desarrollan hipertensión inducida por el embarazo y en un primer momento son diagnosticadas de preeclampsia. Para desarrollar una preeclampsia es necesario cumplir con TA elevadas y proteinuria. **PACIENTE:** Se presenta el caso clínico de una mujer de 34 años, embarazada de 31 semanas de gestación que acude a urgencias por cuadro de 7 días de evolución con cefalea, diplopía, mareos, vómitos i edemas en EEII. **METODO/ PROCEDIMIENTO:** A la llegada a urgencias se detecta tensión arterial elevada y se avisa al ginecólogo. Debido a las sucesivas tomas de tensiones elevadas se orienta cómo preeclampsia grave. Actividades de enfermería: Vía periférica, Analítica urgente. Sondaje vesical. Administración de labetalol, sulfato de magnesio y betametasona. Pruebas complementarias ginecológicas: ecografía ginecológica, RCTG y cultivo vaginal / rectal. Debido a la no normalización de las tensiones, se decide traslado para seguir tratamiento en el centro de 3r nivel y se activa ambulancia medicalizada. Durante la espera, la paciente avisa de sangrado súbito y abundante. La enfermera avisa al ginecólogo, quién detecta DPPNI y se le realiza una cesárea emergente. Debido a la persistencia de signos y síntomas post-cesárea (diplopía, visión borrosa..) y un episodio de amnesia, se decide traslado al centro de referencia para completar estudio con pruebas neurológicas específicas. **RESULTADOS:** Gestante orientada como preeclampsia grave que precisa cesárea emergente por DPPNI. La paciente evoluciona a síndrome de HELLP y Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES).

Conclusiones:

En este caso se pone de manifiesto la importancia de la detección precoz de los signos y síntomas de riesgo en el embarazo por parte de la enfermera de triaje y la coordinación y colaboración del equipo multidisciplinar durante la estancia en urgencias permitiendo una rápida actuación y en consecuencia una buena evolución de la paciente y del neonato.

P-984

IAMCEST O SCASEST. INFARTO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE BRUGADA

R Lorca Gutiérrez, V León Argüero, A Gil Sánchez, F López Iglesias, D Calvo Cuervo, J Reguero, C Morís de la Tassa
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Palabras claves: síndrome de Brugada, infarto de miocardio, isquemia miocárdica

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Presentamos el caso de un varón de 40 años, sin antecedentes médicos de interés que acude al Servicio de Urgencias por presentar un episodio de dolor torácico precordial opresivo, irradiado a brazo izquierdo, con cortejo vegetativo, de gran intensidad de más de una hora de duración. Se realiza un electrocardiograma en el que se objetiva elevación del segmento ST de 2 mm en V1-V3, por lo que se etiqueta de Síndrome Coronario Agudo Con Elevación ST (SCACEST), activándose Código Infarto para la realización de una angioplastia primaria. A su llegada a la sala de hemodinámica el paciente está ya asintomático, pero persistiendo elevación del ST V1-V2, con patrón con rsR', elevación del punto J con ST en lomo de delfín, típico de Patrón Electrocardiográfico de Brugada tipo I. En el cateterismo se objetivan arterias coronarias normales, pero dadas las características del dolor se mantiene el diagnóstico de síndrome coronario agudo. Posteriormente presenta un nuevo episodio anginoso que cede con nitratos sublinguales. La seriación de marcadores de daño miocárdico presentó una curva de daño miocárdico típico, por lo que los diagnósticos finales son - Síndrome coronario agudo tipo Infarto Agudo de Miocardio sin onda Q, con conarias sin lesiones. - Patrón electrocardiográfico de Brugada tipo I.

Conclusiones:

El Infarto con coronarias normales es representa el 2-3% de los casos de síndrome coronario agudo que son sometidos a estudio coronariográfico. El mecanismo por el cual se produce se relaciona con trombosis coronaria, embolias, vasoespasm coronario sostenido, vasculitis, coagulopatías, aterosclerosis subclínica y la enfermedad de pequeño vaso. En nuestro caso el infarto se da en un paciente con un patrón de Brugada tipo I, que está descrito como uno de los patrones electrocardiográficos con elevación de ST fuera del infarto agudo, siendo un síndrome que no se relaciona con la Cardiopatía isquémica. La presencia del infarto sobre un electrocardiograma con Brugada une dos patologías distintas, con el factor confusional de la elevación de ST. Consideramos que ante la dificultad para diferenciar la elevación de ST del Brugada en presencia de dolor típico prolongado, debe inicialmente tratarse como un infarto con elevación de ST.

CASOS CLÍNICOS

P-985

PACIENTE CON EXANTEMA Y FIEBRE... NO SIEMPRE ES LO QUE VEMOS

JC Montalvá Barra, E Nicastro Letto, A Saadi, G Huerta Rubio, M Valiente Bayarri, A Pérez Sánchez

Hospital Universitario Lluís Alcanyís. Algemés.

Palabras claves: fiebre, exantema, endocarditis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 77 años con antecedentes de disfunción ventricular izquierda y prótesis aortica bifurcada. Consulta por fiebre de 48 horas con exploración física y analítica normales excepto PCR y orina, diagnosticado de pielonefritis aguda (PNA) siendo tratado con antibioticoterapia, previo urinocultivo. A las 24 horas acude por hipotensión, exantema maculopapular en miembros y lesión eritematosa con centro necrótico en rodilla diagnosticándose de sepsis y Fiebre Botonosa Mediterránea (FBM). Se administra el tratamiento correspondiente e ingresa (hemocultivos y serología para Rickettsias). Continúa la extensión del exantema a cara, cuello y palmas, presentando disminución del nivel de conciencia y hemiparesia derecha observándose en el tac cerebral hipodensidades en cerebelo y parietooccipital izquierdas. La serología de Rickettsias fué negativa con uro y hemocultivos positivos para SARM. A las 48 horas soplo eyectivo aórtico con ecografías transtorácica y transesofágica sin vegetaciones, pensándose en émbolos de prótesis aórtica ajustándose tratamiento e ingresando en UCI. Se objetiva dolor abdominal confirmándose en tac focos sépticos esplénicos y renales entrando en shock con posterior éxitus. La necropsia diagnosticó endocarditis infecciosa y émbolos sépticos múltiples.

Conclusiones:

Lo interesante de este caso es la presentación y evolución tórpida que desde su diagnóstico inicial (PNA, FBM), su paso por sala y UCI (Sepsis por SARM) hasta su diagnóstico definitivo (Endocarditis infecciosa), se requiere un alto índice de sospecha para comenzar una terapia antibiótica adecuada y precoz. En la mayoría de ocasiones es tarea difícil en estadios iniciales dada la inespecificidad de su presentación máxime en pacientes añosos pluripatológicos que pueden enmascarar el cuadro. Además y para finalizar recordar: La fiebre es la presentación más frecuente. En las formas subagudas: síndrome constitucional. Un soplo cardíaco nuevo de insuficiencia valvular tiene valor diagnóstico. Las embolias sistémicas son la 2ª complicación: cerebro, esplénicas y renales. En ADVP: émbolos pulmonares múltiples. Una PCR normal va en contra del diagnóstico. Deberemos solicitar tres hemocultivos en 60 minutos y otros tres a las 24 horas sin esperar fiebre (bacteriemia continua). La sensibilidad de la ecotranstorácica es 70%, por lo tanto si la sospecha es alta, la ecotranstorácica negativa no descarta el diagnóstico, solicitar ecotransesofágica cuya sensibilidad es 98%.

P-986

LUMBALGIA COMPLICADA

E Espínola Coll, A Agustín Varas, JA Castro Giménez, L Jiménez Murillo, E Baena Delgado, M Berlanga Navajas

Centro de Salud, Coín, Málaga.

Palabras claves: spinal shock, low back pain, vascular complications

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 70 años sin antecedentes de interés ni factores de riesgo cardiovascular. Consultó con su médico de atención primaria y en el servicio de urgencias en varias ocasiones por lumbalgia persistente en el contexto de trabajo domestico con esfuerzo, siendo dado de alta con diagnóstico de lumbalgia mecánica que mejoraba con analgesia. Tras su ultima consulta al servicio de urgencias hospitalario, fue trasladado por el 061 por cuadro de debilidad muscular desde abdomen hasta miembros inferiores con pérdida de sensibilidad de la zona, de inicio súbito con imposibilidad para la marcha, acompañado de cortejo vegetativo y sudoración. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen normal. Pulsos periféricos presentes. Exploración neurológica: Paraplejía flácida con reflejos muy disminuidos a nivel rotulianos y abolido en aquileo, con anestesia desde D7, afectando a protopática y epicrítica, reflejos abdominales disminuidos y reflejos cutáneos plantares indiferentes. Analítica básica hemograma, bioquímica y coagulación, sin hallazgos significativos. Radiografía de columna lumbar con signos osteodegenerativos. Angio-Tomografía Tórax: Aorta torácica sin defectos de repleción, pulmones bien ventilados, hígado, bazo y páncreas, suprarrenales y riñones dentro de los límites normales, a nivel dorsal se observan alteraciones de la densidad que podrían corresponder a artefacto óseo, sin descartar patología isquémica medular. Resonancia Magnética: Hematoma epidural extenso con compresión medular, sobre todo a altura de T3 a T9 con imagen captante de contraste que sugiere posibilidad de malformación vascular, se aprecia zona de Mielomalacia- edema intramedular significativo. JUICIO CLÍNICO: Hematoma epidural en canal medular de predominio lumbar T3-T9, con imagen sugestiva de malformación vascular asociada. Shock medular. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Aplastamiento vertebral, Aneurisma de aorta torácica, Hernia discal protuida.

Conclusiones:

La mayoría de los pacientes refieren dolor intenso adyacente al nivel del infarto, generalmente precediendo de forma inmediata a los síntomas neurológicos. El inicio es súbito, siendo muy rara la clínica transitoria previa. En nuestro caso resultó atípica, presentaba clínica de lumbalgia mecánica de días de evolución, que

CASOS CLÍNICOS

cedía parcialmente con analgesia. El shock medular conlleva una muy importante morbi-mortalidad si no es diagnosticado y tratado quirúrgicamente a tiempo.

A-987

DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE CON VÓLVULO GÁSTRICO Y HERNIA PARAESOFÁGICA ENCARCERADA

I Robles Pérez, ME Moreno Martín-Vivaldi, I Osorio González,
JL Gómez Urquiza, GA Cañadas de la Fuente

Urgencias. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Palabras claves: stomach, volvulus, emergencies

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

ANTECEDENTES PERSONALES: Alzheimer, epilepsia, en tratamiento con quetiapina, rivastigmina, memantina, ácido valproico, lormetazepam y citalopram. ANAMNESIS: Mujer de 78 años que llega al servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal y vómitos oscuros desde hace cuatro días, sin otra sintomatología por órganos y aparatos. EXPLORACIÓN FÍSICA: Consciente, desorientada parcialmente en tiempo y espacio sin cambios con respecto a su estado basal. Afebril. Normocoloreada, normoperfundida. Constantes -frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación de oxígeno y tensión arterial- normales. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen: Blando, con ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación profunda de epigastrio sin megalias, sin ascitis ni signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores: Normales. Se coloca sonda nasogástrica para valorar contenido del estómago aspirándose 300cc de contenido oscuro. Tacto rectal: Dedil con heces de coloración normal. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Hemorragia digestiva alta, cuadro suboclusivo, pancreatitis. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Analítica completa, endoscopia digestiva alta (EDA), tomografía axial computerizada (TAC) con contraste intravenoso (i.v.) de Abdomen. 1. Analítica, donde destaca: CK 324 mcg/L, Proteína C Reactiva 77 mg/dL, resto normal. 2. Informe de EDA: Esófago con contenido líquido, sin lesiones. Estómago con abundante líquido que se aspira. Paredes erosionadas por lesiones agudas. Esta cavidad tiene una salida al lado del cardias. Accedemos a otra cavidad con abundante líquido sin encontrar la salida. Sugiere presencia de un vólvulo gástrico asociado a hernia paraesofágica encarcerada. 3. Informe de TAC de Abdomen: Hernia del cuerpo y antro gástrico en hemitórax izquierdo. Derrame pleural izquierdo. Líquido libre en douglas. Imagen nodular de 6.8 cm parauterina izquierda con aumento de densidad, compatible con adenoma mucinoso de ovario. TRATAMIENTO: Se administró tratamiento médico para control de síntomas en el área de urgencias y fue valorada por digestivo que la ingresó en planta. EVOLUCIÓN: Durante el ingreso se produjo la resolución espontánea del vólvulo y fue dada de alta. Posteriormente, volvió a presentar el vólvulo con signos de obstrucción, fue intervenida por cirugía general sin complicaciones y actualmente está asintomática.

CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

Resaltamos el papel del médico de urgencias para diagnosticar un cuadro complejo, con una clínica inespecífica y de difícil manejo interdisciplinar dados los antecedentes de la paciente.

P-988
PACIENTE ANCIANO: DIAGNÓSTICO DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A Baguena García (1), R Escriche Ros (1), S Hamam Alcober (2), T Pardo Vintanel (1), A Vicente Molinero (1), I Andrés Bergareche (1)

(1) Hospital Royo Villanova, (2) Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: síndrome, coronario, anciano

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 95 años de edad, antecedentes de hipertensión arterial, parcialmente dependiente para actividades de la vida diaria. Remitida a urgencias por somnolencia de 24 horas de evolución. Afebril. No refiere clínica respiratoria, no clínica miccional. A su llegada a urgencias asintomática. Expl: Consciente, orientada temporoespacialmente, Glasgow 15, no focalidad neurológica. Auscultación Cardíaca: RCR. Auscultación pulmonar: NV bilateral. Abdomen: anodino, No edemas en extremidades inferiores. No signos de trombosis venosa profunda. TA: 150/87, FC: 85 lpm, SO₂:96%. Ante la sospecha de probable proceso infeccioso que justificase la somnolencia relatada, se solicita analítica de sangre (Hemograma, bioquímica y coagulación): sin hallazgos agudos de interés. Analítica de orina: Sin alteraciones. Rx tórax: No hallazgos agudos. Se realiza ECG en el que se evidencia rectificación de ST en cara lateral. Se decide solicitar enzimas cardíacas a la paciente: TN ultrasensible: 2063, CK:298. Paciente queda diagnosticada de Síndrome Coronario agudo e ingresa en Cardiología. A las 3h, se solicita seguimiento enzimático, presentando TN ultrasensible: 2460. Permaneció en cardiología con tratamiento conservador, evolucionando favorablemente.

Conclusiones:

El síndrome coronario agudo (SCA) hace referencia al grupo de síntomas atribuidos a la obstrucción de las arterias coronarias. Las manifestaciones clínicas atípicas del SCA se producen especialmente en pacientes diabéticos y ancianos: Disnea, debilidad, alteraciones sensoriales, síncope o confusión, e incluso en ocasiones, paciente puede encontrarse asintomático. Los ancianos con infarto tienen tendencia a presentar complicaciones cardíacas severas como algún grado del fallo cardíaco, frecuencia de caídas tensionales severas o shock cardiogénico. En cuanto a las alteraciones del ritmo, son más comunes la fibrilación y el flutter auricular y también las bradiarritmias por bloqueo a algún nivel del sistema de conducción. Debido a la presentación atípica e incluso, en ocasiones, silente del Síndrome coronario agudo en pacientes ancianos, debemos tener siempre presente esta patología a la hora de valorar al anciano y no descartar la posibilidad de su existencia.



CASOS CLÍNICOS

P-989

ABSCESOS CEREBRALES... ¿DISEMINACIÓN DE TUBERCULOSIS MILIAR?

D Museros Sos (1), R Tomeo Muñoz (2), L Rodríguez Serra (3), N Gargallo Gasca (3), M Muro Culebras (3), M Pastor Sanz (4)

(1) Centro de Salud Fuentes Norte. Hospital Miguel Servet, (2) Centro de Salud Almozara. Hospital Miguel Servet, (3) Centro de Salud Fuentes Norte. Hospital Miguel Servet, (4) Centro de Salud San Pablo. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: absceso, encefálico, tuberculosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Nuestro paciente acude a URG (Urgencias) por cefalea hemicraneal durante 40 días, diplopía binocular hace 12 horas y paresia de EID (extremidad inferior derecha). Afebril, sin sudoración nocturna, clínica digestiva ni respiratoria. Antecedentes: paludismo, hipertensión arterial y anemia ferropénica. A su llegada está afebril, normocoloreado-hidratado, satura a 96%, frecuencia cardiaca de 92 latidos por minuto, tensión arterial 140/100, auscultación cardiaco-pulmonar y abdomen normales. Sin edemas en extremidades inferiores. Exploración neurológica con Glasgow 15, diplopía en mirada horizontal, pupilas normorreactivas (izquierda midriática). Sin disimetrías. Marcha inestable, Romberg positivo, fuerza en EID 4/5, hipoestesia facial izquierda, reflejos osteotendinosos 2/4 bicipital y tricipital y 3/4 rotulianos, simétricos. Babinsky extensor. Se le hace una analítica, (equilibrio normal, PCR 4.26, procalcitonina 0.04, glucosa, urea, creatinina, sodio y potasio normales, 6000 leucocitos, hematíes 5.13, hemoglobina 12.9, hematocrito 39.4, VCM 76.8, plaquetas 278000, hemostasia y orina normal), un electrocardiograma sin alteraciones y un TAC cerebral (múltiples lesiones nodulares cerebrales y cerebelosas bilaterales con realce anular y edema perilesional compatibles con abscesos cerebrales).

Conclusiones:

El paciente ingresa en Interna donde realizan: prueba cutánea PPD (14 mm), TAC tórax (patrón miliar y granulomas calcificados), RNM cerebral (abscesos) y TAC abdominal (adenopatías con núcleos necrosados). El ecocardio, la exploración otorrinolaringológica y el fondo de ojo, fueron normales. También se solicitó fibrobroncoscopia con citología y lavado bronquioalveolar con baciloscopia, hemocultivo, serologías, coprocultivo para parásitos y urocultivo, que resultaron negativos, gastroscopia (Candidiasis esofágica), biopsia cutánea y cultivo (Ziehl Nielsen negativo), endoscopia (células inflamatorias con abundante material necrótico de tipo caseoso sin componente ganglionar linfóide) y biopsia cerebral (inflamación granulomatosa no necrotizante aunque con Grocott compatible con levadura, con micobacterias y PCR, PCR de histoplasma Capsulatum y hongos y filarias negativo). Ante

sospecha de TBC (tuberculosis) miliar con diseminación, se inicia dexametasona, Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol y Piridoxina. En la actualidad han desaparecido la mayoría de las lesiones excepto tres que le producen algún episodio de crisis convulsiva. Ante la visualización de hallazgos en la TAC cerebral, debemos hacer diagnóstico diferencial entre tumores primarios/metastásicos, ACV sobreinfectado, abscesos, aneurisma... Y ante sospecha de origen infeccioso, iniciar inmediatamente después de la extracción de pruebas, la antibioticoterapia.



CASOS CLÍNICOS

P-990

EPIGASTRALGIA POSTPRANDIAL DE UN MES DE EVOLUCIÓN EN UN VARÓN JOVEN

P Díaz Casanova, P Chachón Testor

Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Palabras claves: epigastralgia, trombosis, cavernomatosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Resumen del caso clínico: Varón de 37 años, intervenido hace dos años de seminoma en el testículo izquierdo. Refiere dolor epigástrico de un mes de evolución, continuo, con exacerbaciones tipo cólico postprandiales. Niega náuseas, vómitos ni alteraciones del ritmo intestinal. Sin fiebre ni cuadro constitucional. Es valorado en el SU en dos ocasiones, diagnosticándose de gastritis aguda cediendo el dolor con Metamizol. Acude por tercera vez por empeoramiento. Exploración física normal salvo por molestia en epigastrio e hipocondrio derecho. Analítica completa (perfil hepático, pancreático, gasometría venosa, hemograma y coagulación) normal. PCR de 54,1 mg/L. Solicitamos ecografía abdominal donde describen una vena porta con trombosis. Cavernomatosis con dilataciones varicosas múltiples en hilio hepático. Hipertrofia de lóbulo caudado. Esplenomegalia homogénea de 18 cm. Realizamos posteriormente TAC toracoabdominopélvico confirmando trombosis completa en sistema portal y vena esplénica, trombosis en vena mesentérica superior, circulación colateral, esplenomegalia y discreta ascitis. Con el diagnóstico de trombosis, cavernomatosis portal y esplenomegalia se anticoagula con dosis plenas de enoxaparina, e ingresa en planta para continuar tratamiento y estudio.

Conclusiones:

La cavernomatosis portal es una patología poco frecuente derivada de la trombosis crónica de la vena porta. Se trata de una red de venas cuyo calibre inicialmente es milimétrico y posteriormente va aumentando conteniendo flujo portal hepatopeto. En el 50% de los casos su etiología se desconoce, pero suele relacionarse con determinados factores de riesgo y la presencia de alguna trombofilia. Sus manifestaciones clínicas derivan de las complicaciones de la hipertensión portal: hemorragia por varices y esplenomegalia. Su tratamiento se basa en anticoagulación si existe algún estado posttrombótico y bajo riesgo de hemorragia y controlar la clínica derivada de la hipertensión portal prehepática. Se presenta este caso como ejemplo de aquellas patologías que llegan a los SU que parecen en banales pero que esconden como en esta ocasión diagnósticos que en un momento dado llegan a comprometer la vida de los pacientes.

P-991

TAQUICARDIA CON DOLOR EN EL PECHO

CA Moreno Caycedo, I Moreno Montero, A Sánchez Valencia,
M Sánchez Ruiz, MM Cillero Rodríguez, J Paz Galiana

Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real

Palabras claves: tachycardia, anxiety, angina, pectoris

Historia clínica

Son frecuentes paciente jóvenes sin antecedentes que acuden a urgencias por episodios de taquicardia con sensación de opresión torácica en los que no se piensa en un episodio anginoso si no en una crisis de ansiedad. Antecedentes personales: No alergias. Sin antecedentes de interés. Motivo de consulta: Acude por sensación de palpitaciones de 45 minutos de duración, asociado a disnea y sensación de opresión torácica, irradiado a cuello, con disestesias en brazo izquierdo. Episodios similares desde pequeña, en los últimos meses ha notado la sensación de opresión torácica y disnea, se asocia a cambios de posición bruscos desencadenando taquicardia. Los episodios desaparecen solos, de manera abrupta o en minutos. No vegetatosi ni otra clínica. Exploración: Buen estado general. Eupneica. Saturación de O₂ 96% basal. Presión arterial 100/65. afebril. Auscultación cardiaca: Normal. Auscultación pulmonar: Normal. Abdomen: Normal. Miembros inferiores normales. Analítica: Hemograma/bioquímica normales, Tropono >0.01 CK MB 1.3. Enzimas cardíacas normales > 6h del episodio ECG con dolor: RS a 90 lpm. Infradesnivel ST en II, III, AVf, V4, V5, V5 ECG sin dolor desaparece infrades nivel. Pruebas complementarias: radiografía de tórax sin alteraciones. Se solicitará ecocardiografía y Holter. Se Valorar solicitar SPECT Tratamiento: Adiro, Plavix, Clexane. No pauta Beta bloqueantes para no falsear Holter, Ecocardiografía. Valorar solicitar SPECT. Diagnóstico: Síndrome coronario agudo sin elevación de ST. Angina hemodinámica secundaria a taquiarritmia.

Conclusiones:

La angina es un concepto clínico y su diagnóstico se basa fundamentalmente en el interrogatorio. Cuando las características de éste sugieren su origen coronario, es necesario establecer el tipo de angina su urgencia y tratamiento. La frecuencia con que la angina se presenta de forma atípica exige un diagnóstico diferencial cuidadoso (las circunstancias y los síntomas que acompañan al dolor son muy útiles en el diagnóstico diferencial). Los dolores punzantes, fugaces y localizados en el precordio suelen ser de origen psíquico. Nuestro caso no se trata del clásico angor pectoris, sino de angina de pecho producida por una arritmia. En este caso puede no haber obstrucción en las coronarias y por lo tanto la angina de pecho es funcional, secundaria a la arritmia.

CASOS CLÍNICOS

P-992

**HEMORRAGIA ALVEOLAR ANEMIZANTE:
DIFICULTADES EN EL MANEJO EN UN HOSPITAL
COMARCAL**

F Moreno Calatrava, E Prado Mel, M Gil López

Hospital de la Merced. Osuna, Sevilla.

Palabras claves: diffuse alveolar hemorrhage, massive hemoptysis, bronchial artery embolization

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 75, vida activa, no alergias, no tóxicos. No antecedentes de interés. Acude presentado esputos hemoptoico desde orofaringe. Sin otros síntomas. EN ORL objetivan sangrado activo traqueobronquial. Ingresa en área de urgencias/observación con buen estado general, insuficiencia respiratoria ligera hipoxémica, crepitantes bilaterales especialmente derechos, resto estable. Hallazgos de laboratorio: anemia progresiva desde 130 g/l a 88 g/l. Rx tórax: condensación sin broncograma en LID. TAC tórax: ocupación alveolar LM y LID en vidrio deslustrado, compatibles con áreas de hemorragia alveolar. Estamos ante un caso de hemorragia alveolar con datos clínicos y analíticos de inestabilización. Se decide derivar a Hospital de referencia por necesidad de tratamiento intervencionista no disponible en nuestro hospital (Neumología/Radiología intervencionista/Cirugía torácica). Durante el ingreso realizan batería de anticuerpos para descartar vasculitis o enfermedades del colágeno normales. Broncoscopia: se extrae coágulo en rama posterior LSD, produciéndose hemoptisis masiva, controlándose inicialmente con suero helado+ ácido tranexámico +adrenalina, necesitando arteriografía urgente, embolizándose sin complicaciones arteria bronquial patológica que irriga las áreas afectadas del LSD y LMD.

Conclusiones:

La hemorragia alveolar es una emergencia médica, que necesita un diagnóstico rápido. La clínica y los hallazgos de laboratorio pueden ser inespecíficos, y la hemoptisis se presenta en 2/3 de los casos. Las posibles causas son múltiples: bronquiectasias, tumores, procesos infecciosos, anomalías de la circulación arterial bronquial, pulmonar y sistémica, vasculitis, enfermedades del colágeno. En 10-20% es desconocida. Tras un diagnóstico inicial, son necesarias otras técnicas y procedimientos invasivos que no están disponibles en hospitales de tercer nivel, siendo necesario su traslado a hospital con disponibilidad de Broncoscopia urgente con técnicas de embolización, Radiología intervencionista para arteriografía y cirugía torácica en casos de tratamiento embolígeno refractario.

P-993

CAUSA INFRECUENTE DE DISFAGIA EN EL ADULTO

A Santamaría Marín, C Monroy Gómez, A García-Minguillán Talavera, JM Morales Puebla, F Jiménez Aragón, E Domínguez Ferreras

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Palabras claves: absceso retrofaríngeo, disfagia, cuerpo extraño

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes que acudió al servicio de urgencias por fiebre, dolor cervical y disfagia. Refería que hacía cuatro días se había atragantado con un hueso de pollo. En la exploración física destacaba regular estado general, temperatura de 38°C, tumefacción cervical dolorosa e importante edema a nivel laríngeo, sin evidencia de otras lesiones. En la analítica destacaban leucocitos 24.800 ml/μ (82% segmentados) y PCR 23.4 mg/dl. La radiografía lateral de cuello mostraba un ensanchamiento del espacio retrofaríngeo con presencia de gas. El TAC cervico-torácico evidenció un engrosamiento de las partes blandas prevertebrales con presencia de una colección con contenido en miga de pan y abundante gas en el espacio retrofaríngeo compatible con absceso, sin datos de afectación mediastínica. Se inició tratamiento con cefotaxima, metronidazol y metilprednisolona e ingresó a cargo del servicio de otorrinolaringología. La paciente continuó presentando fiebre a pesar de antibioterapia, por lo que a la semana se realizó control radiológico que mostró aumento del absceso. Por este motivo se procedió al drenaje quirúrgico del mismo por vía intraoral, presentando evolución clínica favorable, siendo dada de alta a los 21 días del ingreso. En el cultivo del absceso se aisló Staphylococcus aureus.

Conclusiones:

El absceso retrofaríngeo es una infección profunda del cuello poco frecuente en adultos. Suele ser secundario a traumatismo tras la ingesta de cuerpos extraños, a maniobras de intubación orotraqueal y menos frecuente a infecciones bucodentarias. Los gérmenes hallados con mayor frecuencia son Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus y los anaerobios estrictos. Clínicamente se caracteriza por la aparición de fiebre, odinofagia, disfagia, sialorrea, rigidez cervical y disnea. Las complicaciones más frecuentes son la mediastinitis, la neumonía aspirativa, la trombosis de la vena yugular, la obstrucción secundaria de la vía aérea y la sepsis. La radiografía cervical lateral y el TAC cervical son las pruebas de imagen de elección. El tratamiento se basa en el drenaje quirúrgico del absceso asociado a antibioterapia y corticoides por vía parenteral. Las pautas empíricas más empleadas son la combinación de penicilinas o cefalosporinas de segunda o tercera generación asociadas a metronidazol o clindamicina.

CASOS CLÍNICOS

P-994

DIABETES MELLITUS CON RESISTENCIA EXTREMA A INSULINA

P V S (1), S C G (2), S G P (1)

(1) Hospital Clínico San Juan de Alicante, (2) Centro de Salud Integrado El Campello. Alicante.

Palabras claves: diabetes mellitus, insuline resistance, receptor, insuline

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer afroamericana de 61 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipertiroidismo primario y hepatitis crónica autoinmune. Presenta poliuria y visión borrosa de una semana de evolución, además de alopecia y acantosis nigricans perioral, en cuello y ojos desde hace 2 meses. Se diagnostica de Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, iniciándose Metformina 850 mg cada 12 horas. Posteriormente los síntomas empeoran, requiriendo ingreso hospitalario y altas dosis de insulina intravenosa (iv) para controlar la glucemia. Al alta se mantiene insulina NPH 300UI cada 12 horas, insulina Regular 300 UI cada 12 horas, Pioglitazona 45 mg/día y Metformina 850 mg cada 12 horas. Días después, se reevalúa hospitalariamente las necesidades de insulina, requiriendo únicamente 48UI de insulina iv para mantener glucemias en torno a 150-200 mg/dl. Es dada de alta con insulina NPH 25UI cada 12 horas y Metformina 850 mg cada 12 horas, suspendiendo Pioglitazona. Días después, la paciente acude a Urgencias por clínica cardinal de DM, presentando una glucemia de 359 mg/dl y cetoacidosis, que empeoran progresivamente (Glucemia ~450 mg/dl, HCO₃ 12mEq/L) pese a aumentar las dosis de insulina iv (hasta 220UI/día). Se traslada a UCI, precisando hasta 4320 UI de insulina regular iv al día. Se reintroduce la Metformina, con lo que se consigue controlar finalmente la glucemia. Los días posteriores se reducen paulatinamente las necesidades de insulina hasta suspenderse, manteniendo glucemias ~100 mg/dl únicamente con Metformina. Los análisis mostraron: anticuerpos anti-TPO y anti-tiglobulina positivos, IgA e IgG elevadas, anticuerpos anti-insulina negativos y anti-recetor de insulina positivos, diagnosticándose resistencia a insulina tipo B. La paciente presentó hiper e hipoglucemias de manera cíclica los meses posteriores, siendo tratada con ciclofosfamida y corticoides.

Conclusiones:

La resistencia a insulina se define como la necesidad de más de 200UI diarias. La resistencia tipo B es debida a la presencia de anticuerpos anti-receptor de insulina, algo extremadamente infrecuente.- Los anticuerpos anti-receptor de insulina deben sospecharse en pacientes con una profunda resistencia a insulina y acantosis nigricans, pudiendo asociar otras enfermedades autoinmunes.- Pueden presentarse de manera cíclica las hiper e hipoglucemias, por lo que se requiere un seguimiento estricto de estos pacientes.

P-995

EL LADO OSCURO DE LAS BEBIDAS ENERGÉTICAS

M Cárdenas Antón, M López-Sidro López, A Perea Fernández, L Pancorbo Fernández, D Cárdenas Antón, J Beteta Moya
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

Palabras claves: energy, drink, convulsion, acidosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN. Las bebidas energizantes gozan de una gran popularidad por sus propiedades estimulantes y la inocuidad que se les atribuye. Se consumen para aumentar los niveles de energía, evitar el sueño, disminuir apetito y reducir peso. Inicialmente se componían de una mezcla de vitaminas, a las que posteriormente se asociaron cafeína y carbohidratos. **OBJETIVO** El objetivo de este caso, es conocer los componentes de este tipo de bebidas, analizarlos y exponer los posibles efectos no deseables de los mismos, para prevenir a la población de la precaución en el consumo de estas bebidas. **PACIENTE Y MÉTODO** Varón, 22 años, fumador (20 cig/día y 6 cigarrillos de marihuana/día), bebedor (1 litro de cerveza al día y 4 bebidas energéticas/ día de 500ml). Antecedentes familiares, prima hermana epiléptica. Acude a Urgencias de HMQ de Jaén trasladado por DCCU por cuadro de pérdida de consciencia sin prodromos, estando en reposo, de 5 minutos de duración con movimientos tónicos, no pérdida de control de esfínteres, presenciada por la familia y con amnesia posterior del suceso. A la llegada del DCCU al domicilio, el paciente se encuentra postcrítico y conforme recupera estado de consciencia, presentando cierta agresividad. Presenta, Glasgow 15/15, exploración neurológica sin focalidad, auscultación cardio-respiratoria, normal. **MÉTODO:** Hemograma normal. Bioquímica, creatinina 1,4, urea 11. GSV, pH 6,99, pCO₂ 55, pO₂ 81, HCO₃ 9,7. Orina, normal. Drogas de abuso en orina, cannabis +, ECG normal, Rx de tórax, sin alteraciones, TAC craneal, normal **RESULTADO** Se ingresa a cargo de Neurología para estudio de crisis convulsiva, acidosis e insuficiencia renal leve, con dos diagnósticos de sospecha: epilepsia. Toxicidad por cafeína por elevado consumo de este tipo de bebidas. Se realiza RMN y EEG, normales. Se aconseja evitar consumo de tóxicos y bebidas energizantes, no presentando nuevos episodios de este tipo.

Conclusiones:

Las bebidas energizantes no son inocuas, producen problemas de salud con el consumo agudo de grandes cantidades o consumo frecuente, por lo que es necesario establecer medidas para restringir su consumo, sobre todo en cierta población de riesgo.

CASOS CLÍNICOS

P-996

ANGINA SECUNDARIA A QUIMIOTERAPIA

V Piña Martín (1), AM Maldonado Santiago (1), M Tejón Ruiz (2)
(1) Hospital Torrecárdenas, Almería, (2) HGB Antequera, Málaga.

Palabras claves: dolor torácico, quimioterapia, fluorouracilo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: Mujer de 69 años con alergia a AAS, codeína y clavalánico, sin factores de riesgo cardiovascular, no hábitos tóxicos, intervenida de adenocarcinoma gástrico hace 2 meses y en seguimiento actual por oncología. Está siendo tratada con 5-fluorouracilo en infusión continua iniciado hace 48 horas. Acude a urgencias por dolor centrotorácico opresivo, de dos horas de evolución, de inicio en reposo, irradiado a ambos brazos, con astenia intensa y náuseas acompañantes, no vómitos. No sudoración. No disnea. Se realiza un primer ECG RS 72 lpm, eje normal, infradesnivelación <1mm V3-V4. Objetivo: Atención prioritaria a una paciente con dolor torácico típico, en la que debemos plantearnos diagnóstico diferencial entre cardiopatía isquémica, poco probable al no presentar factores de riesgo, o cardiotoxicidad por quimioterapia. Material o paciente y método: A la exploración física TA 139/68, Tª36,4°C, SAO2 97%, FC 81 lpm. Buen estado general, bien hidratada y bien perfundida, normocoloreada. Consciente y orientada, colaboradora. No IY. ACR rítmica, no soplos, mvc sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. MMII sin edemas. El dolor no mejora tras la administración de nitroglicerina sublingual. Pasa a Observación para monitorización cardíaca, seriación enzimática y ver evolución clínica. Pruebas complementarias: hemograma 7320 leucocitos (81.3% neutrófilos), hemoglobina 11, plaquetas 277.000. Bioquímica glucosa 114, urea 41, creatinina 0.92, sodio 140, potasio 4.77. Coagulación normal. Marcadores cardíacos troponina T seriados normales. Tras interconsulta con oncología se decide retirada de perfusión de quimioterápico por su posible relación con cardiopatía anginosa. Tras varias horas la paciente queda asintomática. Durante la observación EKG seriados en RS sin alteraciones en la repolarización. Resultados: Diagnóstico final en urgencias: Angina en posible relación con quimioterapia. La paciente es dada de alta con cita de revisión en el servicio de oncología para valorar tratamiento quimioterápico a seguir.

Conclusiones:

Debemos pensar en la cardiotoxicidad del 5- fluorouracilo a pesar de ser un efecto secundario raro, prestando atención a los pacientes que experimentan dolor torácico durante los ciclos.

P-997

ICTUS ISQUÉMICO EN CONSUMIDOR DE TÓXICOS

V Piña Martín (1), AM Maldonado Santiago (1),
MC Mateos Madrid (2)

(1) Hospital Torrecárdenas, Almería, (2) HGB Antequera. Málaga.

Palabras claves: ictus, isquemia cerebral, sustancias tóxicas

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: Varón de 38 años sin alergias conocidas, fumador, etilismo y consumidor de cocaína inhalada. Diabetes mellitus tipo I con mal control metabólico y mal cumplidor de tratamiento insulínico. Acude a urgencias por sensación de adormecimiento y falta de fuerza en todo el hemicuerpo derecho tras levantarse por la mañana, habiéndose acostado asintomático. Refiere consumo de cocaína el día anterior. Objetivo: Identificar correctamente los síntomas de inicio de ictus, por la importancia pronóstica de la rápida atención en urgencias, con la activación del código ictus si procede. En nuestro caso desconocemos hora exacta de inicio puesto que el paciente se ha levantado con la clínica tras acostarse asintomático. Identificar los pasos del manejo de un paciente con ictus agudo. Material o paciente y método: A la exploración física TA 151/90, Tª36°C, SAO2 98%, FC 80 lpm, Glucemia 224, Glasgow 15. Buen estado general, bien hidratado y bien perfundido, normocoloreado. Consciente, orientado, colaborador. Lenguaje coherente, leve disartria, facial leve, claudicación miembro superior derecho. ACR rítmica, no soplos, mvc, roncus dispersos. MMII sin edemas. Es ingresado en Observación para monitorización cardíaca, vigilancia neurológica y control de constantes. Pruebas complementarias: hemograma normal. Bioquímica glucosa 386, resto normal. Coagulación normal. Tóxicos en orina positivo a cocaína. Rx tórax normal. ECG RS sin alteraciones de la repolarización. TAC craneal de urgencias sin hallazgos patológicos. Resultados: El paciente se encuentra estable hemodinámicamente y sin cambios desde el punto de vista neurológico durante su estancia en Observación. Se interconsulta con Neurología y se decide ingreso en planta para continuar estudio. Diagnóstico final en urgencias: Ictus isquémico en diabético con mal control metabólico y consumidor de tóxicos.

Conclusiones:

Es importante identificar los factores de riesgo vasculares asociados al ictus para realizar una correcta prevención secundaria a través de medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas, para reducir al máximo la posibilidad de un nuevo evento isquémico. En nuestro paciente el consumo elevado de alcohol, el tabaquismo y el consumo de cocaína son factores modificables sobre los que la intervención terapéutica debe ser más agresiva. Además debe hacerse un control intensivo de sus cifras de glucemia y control de cifras tensionales.

CASOS CLÍNICOS

P-998

SÍNCOPES DE REPETICIÓN. PAUSAS SINUSALES

AM Maldonado Santiago, V Piña Martín, JM Martínez Martínez
Hospital Torrecárdenas. Almería.

Palabras claves: síncope, bradicardia, arritmia sinusal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: Varón de 49 años, no antecedentes familiares, fumador. Ingreso previo en Cardiología por bradiarritmias y síncope. Se realizó ecocardiograma normal y estudio electrofisiológico normal, por lo que se le implanta holter con seguimiento ambulatorio. Acude a urgencias en ambulancia tras avisar por síncope en reposo de segundos de duración que se repite en tres ocasiones. No dolor torácico ni palpitaciones, no pródromos, recuperación espontánea y completa sin focalidad ni otra sintomatología. Durante el traslado, sufre nuevo síncope y se objetiva asistolia de 10 segundos de duración saliendo espontáneamente en ritmo sinusal. A su llegada a Box de RCP sufre nuevo episodio de asistolia con pérdida de conocimiento siendo necesario realización de masaje cardíaco, con recuperación de ritmo sinusal. Objetivo: Resaltar la importancia de la monitorización. Material o paciente y método: A la exploración física TA 100/70, T³⁶ 36°C, SAO₂ 100%, FC 70 lpm, Glucemia 168, Glasgow 15. Buen estado general, bien hidratado y bien perfundido, normocoloreado. Consciente, orientado. PICNR, no focalidad neurológica. ACR rítmica, no soplos, mvc, sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, sin dolor, no masas ni megalias. MMII sin edemas, no signos de trombosis. Pruebas complementarias: hemograma normal. Bioquímica: glucosa 168, urea 28, creatinina 1.1, sodio 134, potasio 3.5, CK 140, troponina I < 0.01, mioglobina 11. Coagulación normal. Rx tórax normal, holter normoposicionado. ECG RS 83 lpm, eje normal, BIRDHH. PR.16. Sin alteraciones de la repolarización. ECG durante la clínica pausa sinusal de unos 20 segundos de duración sin escape ventricular. Resultados: Ingresa en UCI con implante de marcapasos transitorio con evolución favorable. Posteriormente se implanta marcapasos definitivo DDDR Biotronik. No nuevos episodios sincopales. Dada la clínica y la edad del paciente se remite a consulta de arritmias para completar estudio de enfermedad específica del sistema de conducción. Diagnóstico final en urgencias: Síncopes de repetición, episodios de asistolia.

Conclusiones:

Es importante realizar un diagnóstico diferencial entre las diferentes etiologías del síncope, ya que existen causas que constituyen una verdadera urgencia médica. Para ello es importante la monitorización cardíaca con telemetría de estos pacientes en Observación, lo que nos permite el acercamiento al diagnóstico si se reproduce el evento.

P-999

FIBRINOLISIS EN SCACEST Y ANGIOPLASTIA DE RESCATE

AM Maldonado Santiago, V Piña Martín, JM Martínez Martínez
Hospital Torrecárdenas. Almería.

Palabras claves: síndrome coronario agudo, fibrinólisis, angioplastia coronaria

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: Mujer de 77 años, no alergias medicamentosas, no hábitos tóxicos, DM tipo 2, HTA, dislipemia, hiperreactividad bronquial. Independiente para las actividades de la vida diaria. Derivada en ambulancia desde el servicio de urgencias de su centro de salud por dolor centrotorácico opresivo no irradiado junto con disnea acompañante de 2 horas y media de evolución. A su llegada a Box de RCP presenta signos de mala perfusión y disminución del nivel de consciencia, presentando en ECG ritmo sinusal a 136 lpm, elevación ST en D I, DII, avF, V3-V6. Se realiza fibrinólisis y ventilación con CPAP, con mala evolución de la paciente, por lo que se procede a la intubación orotraqueal y se alerta al servicio de Hemodinámica. Objetivo: Valoración de los diferentes pasos en el manejo de la cardiopatía isquémica. Material o paciente y método: A la exploración física TA 140/80, T³⁶ 36°C, SAO₂ 96% con CPAP, FC 122 lpm. Paciente muy obesa con livideces generalizadas, mal estado general, mal perfundida, sudorosa, taquipneica con respiración abdominal. Lenguaje entrecortado. Ingurgitación yugular. AC rítmica, sin soplos audibles. AR mvc, crepitantes bilaterales hasta campos superiores. Abdomen globuloso, sin dolor. MMII edemas sin signos de TVP. Pruebas complementarias: hemograma leucocitos 26.320 (N 88%), Hb 11.2, plaquetas 665000. Bioquímica glucosa 446, urea 46, creatinina 1.19, sodio 136, potasio 4.9, troponina T 7453. Coagulación normal. Rx tórax atelectasia basal derecha, infiltrado intersticial de predominio basal izquierdo. Resultados: El Servicio de Hemodinámica realiza angioplastia de rescate con coronariografía: dominancia derecha. Obtusa marginal estenosis 100% trombótica. Descendente posterior estenosis del 70% ostial y calcificada. DA media estenosis del 55% calcificada y larga. DA distal estenosis del 85% calcificada. En Obtusa marginal se realiza implantación de stent y dispositivo extractor de material trombótico. Posteriormente la paciente ingresa en UCI, evoluciona desfavorablemente presentando clínica de shock cardiogénico sin respuesta a fármacos vasoactivos, disfunción multiorgánica y exitus. Diagnóstico final en urgencias: SCACEST. IAM anterior. Edema agudo de pulmón. Killip IV.

Conclusiones:

Destacar la importancia del manejo multidisciplinar del síndrome coronario agudo, y de la necesaria interrelación con las Unidad de Cuidados Intensivos y el servicio de Hemodinámica.

CASOS CLÍNICOS

P-1000

PARAPARESIA COMO PRIMER SÍNTOMA

D Fernández Vargas (1), S Martín Caravante (2), M Buforn Jiménez (1), AJ Duarte Romero (1), D Godoy Godoy (2)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Victoria, (2) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Palabras claves: paraplegia, lung neoplasms, spinal cord diseases

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: Cuando una paraparesia aparece en Urgencias, independientemente de su origen, supone siempre un abordaje multidisciplinar y urgente donde el tratamiento precoz es crucial para el pronóstico. La paraparesia suele presentarse en urgencias como una complicación postraumática de columna vertebral, directa o vascular, o como complicación de procesos neoplásicos. Menos frecuentes suelen ser eventos isquémicos espontáneos locales. **OBJETIVO:** Actualizar conocimientos en el abordaje y diagnóstico diferencial de la paraparesia de presentación aguda en Urgencias. **MÉTODO:** Caso Clínico. Varón. 70 años, sin alergias. Fumador 120 paquetes/año y bebedor severo sin tratamiento prevalente. Hace un mes comienza con dolor lumbar y hombro izquierdo de carácter mecánico, con disminución progresiva de fuerzas en miembros inferiores hasta incapacitarlo, motivo por el que acude a Urgencias. Relata alteración esfinteriana, con períodos de incontinencia urinaria y estreñimiento. A la exploración presenta sensación de enfermedad. Paraparesia flácida 1-2/5, con reflejos osteotendinosos normales y simétricos. Babinski bilateral e hipoestesia hasta nivel T10. En Análítica destaca 16400 Leucocitos/mm³, LDH 389 UI/l, PCR 74 mg/l con Ca total 10.7 mg/dl. Rx tórax aparece lesión lítica de bordes irregulares no bien definidos, que rompe borde inferior de cuello escapular. (Imagen 1). Se realiza, ante la sospecha de malignidad, un TC dorsolumbar que concluye con una Masa Pulmonar derecha (Imagen 2) con metástasis óseas en vértebras dorsales, y masa de partes blandas que invade canal medular a nivel de T9 (Imagen 3). Imágenes sugestivas de metástasis suprarrenal derecha e izquierda (Imagen 4). Diagnóstico: Paraparesia subaguda secundaria a compresión medular por metástasis local de cáncer de pulmón no filiado con diseminación de enfermedad (estadio IV).

Conclusiones:

La paraparesia suele presentarse en Urgencias como una complicación postraumática de columna vertebral, directa o vascular, o como complicación compresiva de procesos neoplásicos. Menos frecuentes suelen ser eventos isquémicos espontáneos locales. La adecuación de protocolos interdisciplinares para un diagnóstico precoz, es la clave para un tratamiento temprano que condicionará el pronóstico.

A-1001

TROMBOPENIA FEBRIL Y CEFALEA TRAS REGRESO DEL TRÓPICO

A Martínez García, S Moreno Ramírez, C Redondo Galán, P Valiente Maresca, M Rodríguez Cola, P Toledano Sierra, C Cazorla Cabrera

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Palabras claves: fever, headache, thrombocytopenia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Se trata de un varón de 27 años sin reacciones alérgicas medicamentosas conocidas, ni antecedentes patológicos de interés. Fumador Díez cigarrillos al día hasta hace un mes. No tratamiento habitual. Trabajador en una depuradora de agua. Derivado por su médico de Atención Primaria por vómitos y cefalea, sin ceder tras la administración de antieméticos y AINES. Refiere cuadro clínico de siete días de fiebre vespertina de hasta 39°C y cefalea frontal de intensidad creciente que se exacerba con el Valsalva, sin mejoría con reposo nocturno. Además, dolor abdominal y diarrea sin productos patológicos desde hace seis días y vómitos desde hace cuatro, que se autolimitan dos días antes de acudir a Urgencias. Niega rinorrea, odinofagia, alteraciones visuales o del habla. Ha viajado a México hace un mes. La exploración física y neurológica normales, salvo febrícula e ictericia conjuntival. En urgencias: Signos vitales: PA 122/65mmHg, T° 37.2°C, FC 72 lpm. Radiografía de tórax normal. Análítica: BQ: elevación de PCR, transaminasas y bilirrubina total y directa. SO: Hematuria, bilirrubinuria. SS: Anemia normocítica-normocrómica, trombocitopenia moderada, eosinofilia, neutrofilia con segmentados y cayados. Fondo de ojo normal. Ante el antecedente de viaje reciente a México, cuadro febril agudo con cefalea intensa, clínica abdominal con ictericia y elevación de reactantes de fase aguda y enzimas hepáticas, se solicita serología de virus hepatotropos, VIH, CMV, VEB y parvovirus. Además, dado el posible contacto con aguas fecales en México se solicita serología de leptospirosis. Se inicia tratamiento con ceftriaxona y tetraciclinas presentando con la primera dosis de ceftriaxona posible reacción de Jarisch-Herxheimer, con buena evolución. Durante su estancia en planta se confirma infección por leptospirosis que evoluciona favorablemente, con resolución del cuadro y posterior alta.

Conclusiones:

La leptospirosis es una zoonosis de amplia distribución producida por una bacteria del género *Leptospira*, ante contacto directo con orina de animal infectado o agua contaminada por dicha orina. Existen dos formas de presentación: Anictérica y síndrome de Weil. El tratamiento de elección es la doxiciclina, que puede desencadenar la reacción de Jarisch-Herxheimer.

CASOS CLÍNICOS

P-1002

PARESTESIAS, ¿CUÁNDO SOSPECHAR ORIGEN CENTRAL?

C Redondo Galán, P Valiente Maresca, C Cazorla Cabrera, A Martínez García, S Moreno Ramírez, P Toledano Sierra, E Sánchez Maganto

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Palabras claves: abdominal pain, parestesia, hyperalgesia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Se trata de una mujer de 70 años, sin reacciones alérgicas medicamentosas conocidas, y antecedentes de tiroiditis autoinmune, osteoartritis generalizada, osteoporosis y trastorno adaptativo. En tratamiento con Eutirox y Orfidal. Acude a urgencias por dolor abdominal de inicio súbito epigástrico irradiado a hipocondrio derecho y dolor y parestesias en extremidades derechas. Signos vitales: PA 149/80 mmHg, Tª 36.2°C, FC 65 lpm Exploración general incluyendo pulsos arteriales periféricos y neurológica normal, salvo BM en MID: cadera 3/5, rodilla 2/5, pie 1/5. Hiperalgnesia a nivel D6 derecho. En Urgencias se solicitan: EKG, Radiografía de tórax y analítica completa incluyendo perfil hepático y pancreático, normales. Dada la clínica neurológica, se realiza TC-cerebral objetivando sutil borramiento de núcleo lenticular derecho en probable relación con lesión isquémica aguda/hiperaguda. Pese a los hallazgos en el TC-craneal, la paciente continúa manteniendo como queja principal intenso dolor abdominal con persistencia de la afectación neurológica en MID y progresión hacia hipoestesia en dicho territorio y región distal de pie izquierdo, por lo que se solicita body-TC y TC-columna torácica que resultan normales. Ante la clínica de la paciente y las pruebas realizadas, se plantea el siguiente diagnóstico diferencial: Etiología compresiva. Etiología desmielinizante/autoinmune - Etiología paraneoplásica. Etiología vasculítica La paciente ingresa en Neurología, se realiza RM-cerebral, angioRM-cerebral, punción lumbar y analítica completa incluyendo marcadores tumorales/onconeuronales, sin hallazgos. Estudio de autoinmunidad positivo para anti-TPO/TG, anti-CCP y anti-SSA/Ro y en RM-columna dorsal, lesiones en sustancia blanca sugerentes de lesiones inflamatorias. Ante cuadro compatible con mielitis inflamatoria de probable origen autoinmune, se inicia tratamiento con esteroides, administrándose dos ciclos de metilprednisolona con mejoría sensitiva tras el primer ciclo y motora tras el segundo. Finalmente, la paciente se incluye en programa de Rehabilitación por persistencia de la incapacidad para la marcha y nivel D8 sensitivo, con mejoría al alta y seguimiento en consultas externas.

Conclusiones:

La mielitis es la inflamación de la médula espinal que produce afectación del sistema motor, sensitivo y autonómico. Su incidencia es baja (1-8 casos/millón-personas-año), produciendo importantes secuelas funcionales. Su etiología es muy variada, destacando origen vascular, autoinmune, infeccioso o tumoral.

A-1003

CEFALEA POSTLAMINECTOMÍA LUMBAR-PSEUDOMENINGOCELE

C García Bellido, S Galindo Vacas, V Martínez Prieto, E Roales León, A Jurado Carmona, M Romero González, D Peces Gonjar Chare Écija. Écija.

Palabras claves: pseudomeningocele, cefalea, laminectomía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Introducción: La cefalea supone un motivo de consulta frecuente en Urgencias. Es importante distinguir entre cefaleas primarias y secundarias, siendo fundamental la anamnesis. En nuestro caso, fue determinante el antecedente de la intervención quirúrgica y las características de la cefalea. Objetivo: valorar posibles síntomas en relación con pseudomeningocele postlaminectomía. Material y método: Seguimiento de un caso: Varón de 50 años, con AC de epilepsia y psicosis afectiva no especificada, en tratamiento con tegretol, ribotril y risperdal. Acude al Servicio de Urgencias por cefalea. Se administra analgesia (incluyendo tercer escalón) y es dado de alta. No consta antecedente de intervención quirúrgica (IQ) ni otra característica específica de la cefalea en el informe. Al día siguiente acude de nuevo por persistencia de la clínica. El paciente se encuentra afectado por el dolor y con tendencia al llanto. El dolor no le despierta. Se inicia tratamiento analgésico y al reevaluarlo, refiere el antecedente de IQ (estenosis foraminal L3-L5) hace 20 días, así como necesidad de tumbarse por mejoría del dolor, sin soportar bipedestación. Antes estos datos se sospecha hipotensión de LCR y se deriva a hospital de referencia, donde se realiza TC craneal (normal) y cita preferente para RMN, se inicia tratamiento con prednisona. Una semana después, nueva consulta por persistencia de cefalea y obtiene resultado de RMN realizada, que confirma diagnóstico de pseudomeningocele. Resultado: Ante una cefalea, realizar anamnesis detallada y al detectar datos de alarma, derivar a unidad de referencia. Posteriormente, el paciente acudió de nuevo a urgencias por dolor, que precisó ingreso, analgesia intravenosa y reintervención quirúrgica. Al mes, nuevo ingreso por meningitis postquirúrgica.

Conclusiones:

Es fundamental la anamnesis y la exploración ante una cefalea en urgencias, suponiendo más del 75% de lo necesario para el diagnóstico. Ante cefalea que cede en decúbito y aumenta con bipedestación y con AC de laminectomía, pensar en posibilidad de hipotensión de LCR y pseudomeningocele, en dicho caso la prueba diagnóstica de elección es la RM. Ésta es una complicación de la cirugía infrecuente, pero grave, donde la premura y eficacia en su tratamiento es fundamental para el desarrollo posterior.

CASOS CLÍNICOS

P-1004

RECTORRAGIA POR PÓLIPO ULCERADO

N Gargallo Gasca (1), M Muro Culebras (1), M Pastor Sanz (2), M Valtueña Camacho (3), D Museros Sos (4), R Tomeo Muñoz (1)
(1) C.S. Almozara, (2) C.S. San Pablo, (3) C.S. Torrero-La Paz, (4) C.S. Fuentes Norte. Zaragoza.

Palabras claves: gastrointestinal hemorrhage, intestinal polyposis, acenocoumarol

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Objetivos: Evaluar la urgencia ante un paciente con hemorragia digestiva aguda, valorando el nivel de conciencia, la coloración de piel y mucosas, tomando la presión arterial y frecuencia cardíaca. Material o pacientes y método: Paciente varón de 76 años que acude al Servicio de Urgencias remitido por el 061 tras tres deposiciones rectorrágicas con coágulos. Como antecedentes de interés: portador prótesis mecánica aórtica, insuficiencia cardíaca, HTA, gota, Cáncer próstata tratado con radioterapia, ACxFA en tratamiento con Sintrom. A la exploración: TA: 104/73, FC: 87 lpm, Sat. O2: 97%, Buen estado general, AC: arritmica sin soplos ni extratornos, AP: normoventilación, Abdomen: anodino, tacto rectal presencia de hemorragia. Resultados: Analítica sanguínea: Creatinina: 1.24 mg/dL, Hematíes: 4.20 / μ L, Hemoglobina: 13.9 gr/dl, Hematocrito: 42.1 %. Plaquetas: 115 / μ L, INR: 2.98, TTP: 41.7 seg, TP: 34.3 seg, AP: 28%. Rx Abdomen: Luminograma inespecífico. Se solicita colaboración con Hematología, pauta vitamina K y Clexane a partir de mañana. Se decide ingreso en Medicina Interna. En urgencias dos episodios de rectorragia con clínica presincopeal (TA 60/40), se pauta Octaplex y se solicitan Angio-TAC y concentrados de hematíes y plaquetas. TAC: Imagen de sangrado activo a nivel de colon descendente que parece depender de la rama arterial media dependiente de arteria mesentérica inferior. No se aprecia clara lesión parietal salvo pequeños pseudodivertículos en colon descendente y sigma que no parecen ser los responsables del sangrado. Abundante contenido denso en colon trasverso, descendente y sigma sugestivo de sangre fresca. Ante sangrado activo se contacta con Radiología intervencionista de HUMS, no subsidiario de embolización por localización. Tras volumen y sangre, estabilidad hemodinámica (TA 100/70). Valorado por Cirugía no indicación quirúrgica urgente por estabilidad del cuadro. Se solicita colonoscopia urgente, donde observan gran pólipo pediculado adenomatoso y ulcerado en superficie a 40 cm de ano. El paciente es dado de alta con controles posteriores por digestólogo de área.

Conclusiones:

Ante pacientes con sangrado activo y en tratamiento con Sintrom es necesaria una estrecha vigilancia por el equipo del servicio de urgencias para evitar situaciones que comprometan la vida del paciente.

P-1005

DEBUT SÚBITO DE SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO

A Serrano Heras, E Culpian Arias, N Fernández de Cañete Ramírez, ID García-Baquero Martín
Hospital San Agustín. Córdoba.

Palabras claves: edema agudo pulmón, síndrome hemolítico urémico, insuficiencia renal aguda

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 23 años, sin AMC, fumadora, toma anovulatorios. Derivada de urgencias extrahospitalarias por disnea progresiva de 4 días. Presenta mal estado general y gran trabajo respiratorio. Palidez de piel y mucosas. La auscultación cardíaca mostraba tonos rítmicos taquicárdicos, murmullo vesicular muy disminuido. Abdomen anodino. Edemas con fovea hasta tobillos. Sat. O2 92%, TA: 195/100, FC 145 lpm, FR: 30 rpm. Hemograma: 16.870 leucocitos, PMN: 89.1%, Hb: 7.2 Eritrocitos 2.340.000, plaquetas normales, Bioquímica con Troponina 0,230, Urea 74, Creatinina 4.40, ProBNP: 35000, GSA: pH: 7.37 pO2: 56pCO2: 30, Coagulación normal. Radiografía de tórax con patrón intersticio alveolar bilateral, derrame pleural bilateral. ECG: taquicardia sinusal. ECO abdominal: aumento parcheado de ecogenicidad, con pérdida parcial de la diferenciación corticomedular, sin dilatación de sistemas excretores. TAC torácico: áreas parcheadas de opacidades en vidrio deslustrado, focos de infiltración alveolar bilateral, con derrame pleural bilateral en cantidad abundante. Diagnóstico diferencial: Tenemos una insuficiencia renal con anemia y edema agudo de pulmón en una paciente joven. En primera instancia se piensa en una glomerulopatía con afección de pulmón y riñón: la enfermedad de Good Pasture, la Vasculitis de Churg Strauss y la granulomatosis de Wegener. DIAGNÓSTICO FINAL: La paciente es trasladada al servicio de Nefrología. Se realiza biopsia renal que concluye el caso diagnosticando las lesiones renales de síndrome hemolítico urémico. EVOLUCIÓN: La paciente mantuvo en todo momento la diuresis ampliada y mejoró la función renal tras iniciar tratamiento con plasmátesis y prednisona a dosis altas. Fue dada de alta revisiones periódicas en consulta.

Conclusiones:

El Síndrome Hemolítico Urémico es una entidad clínica y anatómopatológica caracterizada por la aparición brusca de anemia hemolítica, compromiso renal agudo y trombocitopenia consecuencia de una microangiopatía de localización renal predominante, pero que puede afectar también otros parénquimas como sistema nervioso central y aparato digestivo. Puede ser idiopático o secundario a infecciones por E coli, y otras bacterias, fármacos tipo anticonceptivos orales, hay formas genéticas con carácter autosómico recesivo, o desencadenadas por embarazo. El síndrome hemolítico urémico en adultos habitualmente está precedido de una infección del tracto respiratorio superior.

CASOS CLÍNICOS

A-1006

FIBRILACIÓN AURICULAR DE NOVO COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

T Sánchez Damián, A Comino García, E Romero Jiménez

Hospital de La Línea. La Línea.

Palabras claves: fibrilación auricular, tromboembolismo pulmonar, insuficiencia cardiaca

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 60 años que refería disnea de moderados esfuerzos e hinchazón de ambas piernas desde hacía 2 días. Cuadro catarral en días previos en tratamiento con Mepifilina. ANTECEDENTES: HTA, DLP, IRC estadio 3-A, Sd ansioso-depresivo TRATAMIENTO HABITUAL: Omeprazol 20 mg/24 h, Olmesartán 10 mg/24 h, Simvastatina 20 mg/24 h, Bromazepam 1.5 mg/12 h, Alprazolam 1 mg/12 h y 0.5 mg de rescate EXPLORACIÓN FÍSICA: BEG. COC. BH. Discreta palidez cutáneo-mucosa. Eupneica en reposo, tolera el decúbito, pero presenta disnea ante mínimos esfuerzos. Febril (Tª 38.2°C). HD estable (TA 120/70 mmHg, FC 160 lpm). AC: tonos arrítmicos a unos 160 lpm. AR: MVC, con leves crepitantes bibasales (más en campo izquierdo). ABDOMEN: sin hallazgos patológicos. MMII: edemas con fóvea +/+++ hasta tobillos. No signos de TVP. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS • ECG: FA a 160 lpm • RX TÓRAX: ICT <50%. Dudoso aumento de la redistribución. Pinzamiento de seno costofrénico izquierdo. • ANALÍTICA SANGUÍNEA (datos relevantes): Discreta leucocitosis (10.700) con leve desviación izquierda (72%PMN). Dímeros D 1491 - 2000. ProBNP 8274 - 17.157 (12h) - 20.162 (36h). PCR 70.6, proCT 0.42. GSV: pH 7.41, pCO2 22 mmHg, bicarbonato 13.9, ácido láctico 33. JUICIOS CLÍNICOS: FARVR de data incierta. Insuficiencia Cardíaca (1er episodio) en el contexto. Sd febril de probable origen respiratorio. EVOLUCIÓN • Ante la sospecha de FA de novo < 48h, se intentó cardioversión farmacológica con amiodarona (previa anticoagulación con HBPM), fármaco que la paciente no tolera, por sintomatología de tipo vagal, motivo por el que se retira, y se decide frenar con bisoprolol 5mg/12h, disminuyendo la FC a 120 lpm en las primeras 12h. • Durante la 2ª noche de su estancia, presenta episodio de desorientación en la madrugada (la familia describe episodios aislados de alteración del comportamiento también en domicilio), por lo que se solicita TAC de cráneo, que no mostró hallazgos patológicos. • Se solicitó angioTAC al observarse un aumento en los dímeros D, que fue positivo para TEP, por lo que se ingresó en Medicina Interna.

Conclusiones:

Sospechar un TEP en todo aquel paciente con una taquicardia, ya sea arrítmica o no, que no responda adecuadamente al tratamiento. Más aún si existen unos dímeros D positivos, aunque solo sea leve.

P-1007

¿EDEMA AGUDO DE PULMÓN O BRONCONEUMONÍA BILATERAL? MEJOR SUSPENDE LA AMIODARONA

M García Gurruchaga (1), R Olles Puyol (2), N Morchon Gil (1), C Fernández Barreras (1)

(1) HUA Santiago Urgencias, (2) Hospital Alto Deba. Vitoria.

Palabras claves: amiodarona, toxicidad, pulmonar

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varon de 64 años. Presenta clínica de 20 días de tos escasamente productiva, febrícula, disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. A.P: ictus isquémico izquierdo de origen cardioembólico por fibrilación auricular en abril de 2013, Insuficiencia mitral moderada, FE 54%. Tratamiento habitual: sintrom, bisoprolol 5 mg/12 h, amiodarona 200 mg /24 h, eplerenona 25, enalapril 2.5 mg/24 h. Valorado por su médico de atención primaria, que solicita Rx tórax, informada por el radiólogo como EAP y/o focos bronconeumónicos campo medio derecho y segmento anterior LSI, por lo que deriva de inmediato al servicio de urgencias. Exploración física: sat O2 AA 94%, Tª 35.3°C. Auscultación cardíaca: arrítmico, soplo mitral con irradiación aórtica 3/6. Auscultación pulmonar: hipofonosis generalizada. Resto normal. Analítica: PCR 91, 11500 leucocitos sin desviación, BNP 183. Resto normal. Ante falta de concordancia clínica/pruebas complementarias y sospecha diagnóstica de toxicidad por amiodarona se decide suspender, sustituir por digoxina e iniciar tratamiento con corticoides. A la semana se valora en consultas de neumología objetivándose desaparición de la febrícula, mejoría del estado general y de la disnea.

Conclusiones:

La amiodarona es un derivado yodado benzofuranico considerado como antiarrítmico clase III. Su estructura anular no polar hace que su unión tisular sea muy extensa con alta incidencia de efectos adversos. Su prolongada vida media (en torno a 50 días) explica la progresión de lesión pese a la interrupción del mismo. Una de las complicaciones más graves del tratamiento es sin duda la toxicidad pulmonar (3-27%) que cursa con disnea, tos, malestar general, disminución de peso. Puede aparecer entre 6 días y 60 meses del tratamiento y guarda relación entre tiempo y dosis de administración. El diagnóstico precoz, suspensión del fármaco y tratamiento con corticosteroides pueden resolver el cuadro en 2-4 semanas. No obstante, uno de cada 10 pacientes puede tener mal pronóstico ya que la fibrosis pulmonar presenta una mortalidad entre el 23 y el 33 %.

CASOS CLÍNICOS

P-1008

VARÓN JOVEN CON DOLOR LUMBAR Y CUADRO CONSTITUCIONAL DE LARGA EVOLUCIÓN

S Zafar Iqbal-Mirza, P Toledano Sierra, R Salcedo Salcedo,
C Martín Sierra, I Narváez Mayorga, J Flores Valderas,
A Gómez Moreno

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Palabras claves: tuberculous, discitis, abscess

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 34 años, natural de Gana, fumador habitual de Cannabis, sin otros antecedentes de interés. Consulta por cuadro de nueve meses de evolución de dolor lumbar irradiado a la cara anterior del muslo izquierdo, hiporexia y pérdida de peso de 10 kg. Presentó un episodio aislado de 3 días de duración de vómitos y fiebre. No viajes recientes. A su llegada a urgencias, está estable hemodinámicamente, afebril, se palpa una masa que ocupa 2/3 del hipocondrio izquierdo dolorosa con PPR izquierda positiva, resto normal. Estamos ante un varón joven, con cuadro de dolor lumbar y pérdida de peso de 9 meses de evolución. En la analítica destaca elevación de los RFA y anemia normocítica. Se realiza una Eco abdominal que muestra masa retroperitoneal que parece depender del psoas ilíaco con posible sangrado intralesional, compresión del uréter izquierdo por la misma, y dilatación pielocalicial renal. Nos planteamos como diagnóstico diferencial entre: Hematoma retroperitoneal, causas inflamatorias /infecciosas y tumorales. Se solicita TAC en urgencias: Hallazgos compatibles con: 1. Sarcoma retroperitoneal. 2. Tumores de origen neural (tumor maligno del nervio periférico). 3. Sin poder descartar la etiología infecciosa atípica (TBC). Se amplía estudio con RM: hallazgos radiológicos sugestivos de espondilodiscitis en el nivel L4-L5, asociados a: osteomielitis de los cuerpos vertebrales, masa de partes blandas paravertebrales, abscesos al interior de ambos músculos psoas ilíacos, absceso epidural que condiciona importante estenosis del canal raquídeo. En este momento, ante los hallazgos radiológicos y las características epidemiológicas del paciente, se considera como primera posibilidad el origen infeccioso por microorganismos atípicos, como micobacterias (TBC). El cultivo microbiológico del absceso del psoas confirma la presencia de micobacteria tuberculosis. Se inicia tratamiento tuberculostático con evolución favorable.

Conclusiones:

La espondilodiscitis tuberculosa se produce en el contexto de una espondilitis (enfermedad de Pott). Hay que pensar en ella en inmigrantes y en UDVP con o sin infección por el VIH. La principal complicación es la paraplejía de Pott, consistente en un cuadro de debilidad o parálisis de las extremidades inferiores. El pronóstico de la espondilodiscitis depende de la precocidad del diagnóstico y tratamiento, de la edad del paciente y de la patología asociada.

P-1009

PACIENTE JOVEN CON VÓMITOS: IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA DE LA RADIOLOGÍA SIMPLE

S Zafar Iqbal-Mirza, J Olalla Linares, R Gamboa Rojo,
M Lopes Nogueras, I Jiménez Velasco, M Andrés Fernández,
B Gutiérrez Martínez

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Palabras claves: radiology, cysts, echinococcosis, pulmonary

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 41 años, fumador activo, bebedor moderado, sin otros antecedentes de interés. Trabaja en contacto con ganado y perros. Refiere clínica de una semana de evolución de dolor en hipocondrio derecho y tos seca irritativa, se inició tratamiento sintomático, sin mejoría. Asocia la madrugada del día que acude a urgencias vómitos de contenido blanquecino y disnea aguda relacionada con ellos, que cede tras el vómito, sin otra clínica asociada. A su llegada a urgencias, está estable hemodinámicamente, a la AP destaca MV disminuido, crepitantes en hemitórax derecho, resto de exploración incluido abdomen normal. Estamos ante un varón, cuyo motivo de asistencia a urgencias es la aparición de forma brusca vómitos de contenido blanquecino, asociado a disnea aguda que cede tras ellos. En la analítica se objetiva leve leucocitosis con neutrofilia, resto de parámetros normal. Se inició el diagnóstico diferencial con las posibles causas que podrían causar vómitos: patología gastrointestinal, patología hepatobiliar o pancreática, origen central, causas metabólicas o miscelánea. Lo que llamaba la atención era el episodio brusco de vómitos con disnea asociada, se sospecha que pueda existir un componente respiratorio asociado. Se decidió solicitar radiografía de abdomen y tórax: Rx Abdomen: inespecífica. Rx Tórax: ICT normal, masa quística en LSD de 9 cm de diámetro máximo aproximado, delimitada por una pared fina, rellena de aire y con contenido en su interior en la porción más declive que por las características sugiere quiste hidatídico como primera opción diagnóstica. Así se llega al diagnóstico del paciente, para definir mejor la lesión se solicita TAC: hallazgos radiológicos en relación con quiste hidatídico pulmonar en LSD, complicado, con rotura y comunicación con vía aérea y sobreinfección con probable neumonitis obstructiva en LSD y LMD.

Conclusiones:

Nuestro caso refleja la importancia del diagnóstico con la radiología simple de tórax. El hallazgo del quiste hidatídico pulmonar complicado, nos explica la clínica del paciente, cuando empezó con los vómitos asociando disnea, fue el momento en el que probablemente se rompió el quiste y su contenido pasó al árbol bronquial y salió al exterior dando lugar a la típica vómica que aparece cuando se complica esta patología.

CASOS CLÍNICOS

P-1010

BULTOMAS, ¿QUE ESCONDEN?

J Gómez del Canto (1), M Hernández Ribera (2), O Cardona Gubert (2), T Carbó Casanova (2), MJ Castillo Fernández (2), N Cerarols Cerarols (2), A Escale Blesa (2)

(1) Xarxa Assistencial Universitaria Althaia Manresa, (2) CAP Manresa-2. Manresa.

Palabras claves: tuberculosis, bultoma, absceso

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 28 años de origen magrebí sin antecedentes patológicos ni hábitos tóxicos lactando actualmente, que consulta por dolor costal de 2 semanas de evolución, por el cual estaba en tratamiento analgésico por su médico de cabecera que orientó el proceso como dolor costal de características mecánicas. En la exploración auscultación anodina, dolor a la palpación intercostal derecha a nivel del 5o espacio y se observa bultoma entre axila y mama derecha de características duras, no eritema ni calor local. Se realiza analítica sanguínea que sólo muestra VSG y PCR elevadas, Rx Tórax que descarta fracturas costales y condensación, por lo que se decide derivar a Unidad de Diagnóstico Rápido de Mama. En esa visita, tras la exploración se le solicita eco- punción mamaria que el radiólogo informa como tumoración dura de 10x5cm y posible derrame pleural fistulizado a partes blandas sin poder descartar galactoceles ni absceso, se hace PAAF donde se obtiene 60ml de material purulento, el cual se envía a laboratorio y que resulta negativo para células malignas, con alto componente inflamatorio con predominio de polimorfonucleares. Microbiología analiza la muestra donde se realiza tinción de Ziehl-Neelsen que es positiva para *Mycobacterium tuberculosis*, por lo que se inicia tratamiento con rifampicina, isoniacida y etambutol.

Conclusiones:

El diagnóstico final es absceso frío tuberculoso. En esta paciente el diagnóstico inicial fue más dirigido hacia una patología mamaria dada la localización y la lactancia actual, sin pensar en una TBC extrapulmonar entre las opciones, ya que son formas menos frecuentes. La TBC es una enfermedad que cada vez vemos más en nuestro medio, no solo en inmigrantes ya que el número de casos en autóctonos también está en aumento, y no solo en su forma pulmonar que es la más corriente, sino en sus formas extrapulmonares, como fue el caso de nuestra paciente que llevaba semanas de clínica. Finalmente se instauró tratamiento con mejoría clínica y resolución del absceso.

P-1011

¿QUÉ MIEDO, UN ECG!

E García Camacho, J Olalla Linares, M Flores Hernán, F Sabatel Pérez, I Jiménez Velasco, A Sánchez Pérez

Complejo Hospitalario Toledo.

Palabras claves: hiperkalemia, acute kidney injury, acidosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 56 años con antecedentes personales de HTA, DL y DM2 en tratamiento con metformina. Remitida al Servicio de Urgencias desde su Centro de Salud por presentar en ECG elevación de ST V1-4 e hipoglucemia de 50 mg/dl. Refiere dolor en epigastrio, no irradiado asociado a vómitos y diarrea de tres días de evolución. A su llegada mal estado general, somnolienta (Glasgow 11), afebril, TA 94/44 mmHg, FC 70 lpm y SatO₂ 98%. Exploración física anodina. En ECG presenta silencio auricular con QRS>220ms, aberrado con T picudas. Ante los hallazgos se contacta con Servicio de Cardiología por sospecha de síndrome coronario. Se realiza ecocardiograma urgente en el que se descartan alteraciones de la contractilidad segmentaria con función sistólica normal. En la analítica: Insuficiencia renal (Creatinina 14,14mg/dl, Urea 257 mg/dl), hiperpotasemia severa (K 8,99 meq/L) y acidosis metabólica (pH 6,96, pCO₂ 27mmHg, HCO₃ 6,1 mmol/l, lactato 67mg/dl) Ante los hallazgos ingresa en Servicio de Cuidados Intensivos, se inicia medidas antipotasio, soporte vasoactivo y hemodiálisis con normalización de electrolitos, alteraciones electrocardiográficas y recuperación del nivel de consciencia (Glasgow 15) en las primeras 24 horas. Se diagnostica insuficiencia renal prerrenal y acidosis láctica secundaria a intoxicación con metformina. Finalmente, dada de alta a los 10 días en buena situación clínica y normalización de función renal.

Conclusiones:

La hiperpotasemia es causa frecuente de ingreso con pronóstico fatal si no se detecta y se trata rápidamente en los casos más severos. Suele ser secundaria a insuficiencia renal o ingesta de fármacos que actúan a nivel del eje renina-angiotensina-aldosterona, AINES. Las manifestaciones más habituales son debilidad y alteraciones electrocardiográficas, siendo típicas las T picudas, ensanchamiento de QRS, silencio auricular, fibrilación ventricular o asistolia. El tratamiento es independiente de la causa desencadenante, gluconato cálcico IV es de elección para el tratamiento inmediato asociado a insulina IV. La diálisis está indicada en los casos más severos. En el caso de nuestra paciente fue la toma de metformina en el seno de una gastroenteritis aguda la agravó deterioro de la función renal ocasionándole un fracaso renal agudo e hiperpotasemia severa secundaria.

CASOS CLÍNICOS

P-1012

COMA MEDICAMENTOSO POR INGESTA MASIVA DE IBUPROFENO

B Martínez Monreal (1), Al Bardón Ranz (2), E Martínez Monreal (3), ME Ursúa Sesma (4)

(1) C.S San Juan/Complejo Hospitalario Navarra, (2) Complejo Hospitalario Navarra, (3) Conde Oliveto, (4) CS San Juan. Pamplona.

Palabras claves: ibuprofeno, coma, intoxicación

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Objetivo: descripción de un caso de ingesta masiva de ibuprofeno (72 gramos) en un adolescente de 17 años diagnosticada de anorexia nerviosa con intención autolítica. Paciente: Mujer de 17 años en tratamiento con fluoxetina 20 mg, mirtazapina 30 mg, clonazepam 2,5 mg. Es traída en ambulancia medicalizada a las 4 de la mañana tras haberla encontrado en domicilio inconsciente, vómito con restos alimenticios y una carta de despedida. Exploración física: destaca Glasgow 8 (02,M5,V1), TA 92/45 FC 96 lpm, Sat O2 96% a FiO2 0,21. Glucemia 196, t° 36. Pruebas complementarias: Gasometría: acidosis metabólica (ph 7,18, bicarbonato de 19, paCO2 54, EB:-9) hiperlactacidemia, anion GAP elevado de 22,2, función renal normal. Análisis especiales: tóxicos, acetaminofeno, salicilatos y etanolemia negativos. Tratamiento: La paciente requirió soporte ventilatorio precisando intubación orotraqueal e ingreso en UCI iniciándose fluidoterapia, bicarbonato iv, soporte vasopresor con noradrenalina a dosis baja y antibiótico empírico por riesgo de aspiración. Evolución favorable en las siguientes 24 horas corrigiendo totalmente las alteraciones electrolíticas y sin focalidad neurológica, daño renal, hepático ni hemostático. Resultados: El ibuprofeno es generalmente considerado un fármaco de baja toxicidad, sin embargo a dosis altas > 400 mg/kg puede provocar coma, acidosis metabólica, sangrado gastrointestinal, shock, fallo renal agudo que requiere diálisis, daño hepático agudo, colestasis, trombocitopenia y muerte.

Conclusiones:

El ibuprofeno es un fármaco accesible incluso sin prescripción médica que tomado en altas dosis puede provocar una acidosis metabólica de las mismas características que el etilenglicol, sin tener antídoto específico y con consecuencias graves y mortales. Un rápido implemento del soporte vital del paciente es necesario porque puede revertir, incluso sin dejar secuelas, la situación potencialmente mortal del paciente.

P-1013

PARÁLISIS PERIÓDICA HIPOPOTASÉMICA ESPORÁDICA NO TIROTÓXICA EN ADOLESCENTE. RELACIÓN CON EJERCICIO INTENSO Y DIETA RICA EN HIDRATOS DE CARBONO

A Lozano Vicente (1), R Aranda Colubi (1), MJ Martínez López (2)
(1) Dccu San José de la Rinconada, (2) CS Guillena. Sevilla.

Palabras claves: hypokalemic periodic paralysis, adolescent, high carbohydrate diet

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Varón de 15 años sin antecedentes personales de interés, deportista y con dieta rica en hidratos de carbono, que avisa al servicio de urgencias por tetraparesia flácida de predominio distal en los cuatro miembros. El análisis de sangre presentó una discreta elevación de las cifras de CPK y disminución del potasio sérico (1,7 mEq/L). Perfil tiroideo, cortisol, vit B12 y Ac. Fólico normales. Cribado de ANA y Ac anti orgánulos celulares negativos. Proteinograma en suero con ligera elevación de alfa 1 y 2 globulinas. En el EKG se apreció un descenso del ST y onda U que desaparecieron posteriormente. TAC, RMN Y Punción lumbar, normales. La evolución del paciente fue favorable. Se trató con perfusión de potasio, normalizándose las cifras séricas del mismo y desapareciendo los síntomas. Se procedió al alta con diagnóstico de Parálisis periódica hipopotasémica y se recomendó evitar comidas abundantes en carbohidratos y la realización de ejercicios inhabituales, así como suplemento oral de potasio. El seguimiento de este paciente se realiza mediante analíticas periódicas para comprobar los niveles de potasio, siendo estos normales. Solo en una ocasión dos años después del ingreso, presentó clínica de debilidad muscular de carácter leve, realizándose en urgencias potasemias seriadas, siendo éstas normales.

Conclusiones:

La parálisis periódica es una enfermedad neuromuscular, relacionada con un defecto en los canales iónicos musculares, que se caracteriza por episodios de debilidad muscular que puede ser precipitada por el ejercicio intenso, el ayuno o la ingesta de carbohidratos. La parálisis periódica se clasifica como hipopotasémica cuando se producen episodios en asociación con los niveles de potasio bajos en la sangre. Ante un cuadro de debilidad muscular aguda es importante realizar un buen diagnóstico diferencial, en el que debemos incluir: S. Guillain-Barré, Mastenia Gravis, Polimiositis, Parálisis periódica hipo/hiperpotasémica, entre otras. En muchas ocasiones, el cuadro puede ser grave y con riesgo para la vida del paciente, por lo que un diagnóstico precoz basado en una buena historia clínica donde se describa la distribución de la debilidad y los síntomas motores sensitivos asociados, será fundamental para instaurar un tratamiento concreto de manera rápida y asegurar así la mejor evolución posible.

CASOS CLÍNICOS

P-1014

COREOATETOSIS SECUNDARIA A HIPERGLUCEMIA NO CETÓSICA

A SAAAdi (1), J Folgado Montesinos (2), R Ferri Bataller (2),
M Borrás Beltran (2)

(1) Hospital Luis Alcañis. Xàtiva (Valencia), (2) Hospital General de
Ontinyent. Puerto de Sagunto.

Palabras claves: coreoatetosis, hiperglucemia, cetosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Se trata de un paciente de 71 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, ni medicación habitual que acude a urgencias por presentar un cuadro de poliuria, polidipsia, malestar general y movimientos involuntarios en brazo derecho y pierna derecha así como oromandibulares de 15 días de evolución. En la exploración física destacaba una sequedad de piel y mucosas, así como movimientos incontrolables de miembros derechos y hemicara derecha. No se apreció otra focalidad neurológica ni alteraciones del nivel de consciencia. En la analítica de urgencias se detectó hiperglucemia no cetósica: Glucemia. 742 mg/dL, Creatinina. 1,64 mg/dL, Na 146 mEq/L, K 4,7 mEq/L. Gasometría: pH 7,44 Bicarbonato. 23. Sedimento de orina: Glucosa 1000 mg/dL, cuerpos cetónicos 15 mg/dL. Osmolaridad plasmática: 303.7 mOsm/Kg. Se inició corrección glucémica mediante insulina intravenosa y fluidoterapia, consiguiendo rápido control glucémico en las primeras horas, sin mejoría de movimientos involuntarios. El paciente ingresó en planta de Medicina Interna donde se realizó Resonancia magnética craneal, objetivando pequeña lesión isquémica lacunar crónica en protuberancia derecha no compatible con la clínica actual del paciente, así como pequeños focos de gliosis frontal de carácter inespecífico. No se evidenciaron lesiones isquémicas ni hemorrágicas agudas. Asimismo se realizó análisis sanguíneo, resultando negativas tanto pruebas de autoinmunidad como serología infecciosa (Hepatitis B, C, y serología luética), hormonas tiroideas, y metabolismo del calcio La mejoría de los movimientos coreicos tras control de glucemia fue parcial, por lo que se inició tratamiento con clonazepam y se le dio el alta al paciente para seguimiento en consultas externas de medicina interna. Antes de la primera visita de control, el paciente tuvo que consultar en urgencias por escasa mejoría de la corea. Se cambió el clonazepam por haloperidol. En la última visita en consultas se objetivó persistencia de la corea a los 3 meses de seguimiento, aunque con control adecuado de los síntomas con haloperidol.

Conclusiones:

La coreoatetosis es una complicación infrecuente de la hiperglucemia no cetósica. La importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz para el pronóstico nos obliga a considerarla en el diagnóstico diferencial ante todo paciente corea.

P-1015

OTRA FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA PATOLOGÍA TIROIDEA

AL Mora Gómez, IM Fernández Guerrero, RM Martín Vélez,
B Moltó García, J Roca Guiseris

Hospital Universitario de Granada. Granada.

Palabras claves: cardiac effusion, cardiomegaly, hypothyroidism

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

ANTECEDENTES PERSONALES: Paciente de 43 años, natural de Irak, residente en España desde hace 5 años, sin antecedentes de interés. ANAMNESIS: consulta por malestar centrotorácico de varios días de evolución, carácter opresivo, continuo, sin cortejo asociado. Empeora con el decúbito y se calma con la adopción de determinadas posturas. Sensación disneica con los esfuerzos. Decaimiento, somnolencia. Hinchazón en las piernas. Sin clínica infecciosa asociada. Niega nicturia ni ortopnea. EXPLORACION FÍSICA: Consciente, orientado. Bradipsíquico. Facie abotargada. Eupneico. Sequedad de piel. TA: 133/78, Fc: 57. SatO2: 97% con FiO2 21%. Afebril. AC: tonos cardiacos apagados, sin soplos. Hipoventilación en base derecha. MMII. edemas. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma: Hb: 11,5, VCM:79. Resto normal. Bioquímica, incluido perfil hepático y marcadores cardiacos: normal. GSV: Ph: 7.38, PCO2: 46, HCO3: 24, Ac. láctico: 3.3. Coagulación normal.TSH: 24 mUI/L (0.5-4). ECG: bradicardia sinusal a 55 lpm. QRS de escaso voltaje. Rx tórax: Cardiomegalia importante. Pequeño derrame pleural bilateral. ECOCARDIOGRAFÍA: derrame pericárdico de cuantía severa sin signos de taponamiento. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: fundamentalmente con la insuficiencia cardiaca congestiva y SCA.: Con diagnóstico de derrame pericárdico severo e hipotiroidismo ingresó en planta de medicina interna para completar estudio e iniciar tratamiento hormonal sustitutivo con L- Tiroxina. El estudio realizado en planta descartó otras causas de derrame pericárdico tales como infecciones virales o bacterianas, neoplasias ocultas o conectivopatías por lo que el diagnóstico final fue el derrame pericárdico severo secundario a hipotiroidismo.

Conclusiones:

La disfunción del tiroides se asocia con frecuencia a alteraciones cardiovasculares, tales como disminución de la frecuencia cardiaca y de la contractibilidad cardiaca que generalmente pasan desapercibidas. El derrame pericárdico es mas frecuente en paciente con hipotiroidismo congénito o de larga evolución. Suele ser crónico y en general bien tolerado. La aparición de taponamiento cardiaco agudo en el derrame pericárdico debido al hipotiroidismo es excepcional. En el diagnóstico diferencial de las causas de derrame pericárdico se debe considerar el hipotiroidismo. La terapia hormonal sustitutiva puede ser suficiente para conseguir la reabsorción del liquido del pericardio.

CASOS CLÍNICOS

P-1016

ARTRITIS SÉPTICA ESTERNOCLAVICULAR

JF Rodríguez Fernández, E Pérez García, S Sánchez Martínez,
M Zamora Sierra

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras claves: artritis, séptica, diagnóstico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 42 años, agricultor en activo, sin antecedentes patológicos, derivado desde hospital comarcal por sospecha de artritis séptica esternoclavicular (EC) izquierda. Dos semanas antes comienza de manera brusca con dolor en la articulación EC izquierda, invalidante y de difícil control con analgésicos habituales. Se sigue de tumefacción y aumento de la temperatura en región pectoral izquierda. Negaba sensación febril o escalofríos. Fue valorado en dos ocasiones en su centro de salud siendo diagnosticado de lesión muscular traumática. Por no mejoría y presentar en varias ocasiones cuadro de malestar general intenso y sudoración profusa acude a su hospital de referencia donde se le realiza RX tórax, con dudosos signos de osteolisis, y ecografía que objetiva una colección periarticular. Se intenta punción a ciegas sin éxito y se deriva. En la exploración presentaba REG por encontrarse afectado por el dolor, afebril, estable hemodinámicamente y tumefacción a nivel de la articulación EC izquierda. Resto del examen por órganos y sistemas completamente normal. Se extrae analítica y hemocultivos. Se realizan PAAF, TAC Tórax, que confirma el diagnóstico, y ecocardiografía. Se inició tratamiento empírico con cloxacilina y antiinflamatorios asistiéndose a una rápida favorable evolución.

Conclusiones:

La presencia de una articulación tumefacta y fiebre es una urgencia médica debido a la posibilidad de una artritis séptica. La articulación EC es un lugar muy poco frecuente para una artritis séptica en pacientes sin factores de riesgo. En este tipo de afectación son posibles complicaciones graves, en nuestro caso había riesgo de mediastinitis. El inicio de los síntomas es generalmente insidioso, con fiebre leve a moderada y dolor esternoclavicular algunas veces hasta de un mes antes, lo que dificulta mucho su diagnóstico, achacándose en población joven y en edad laboral a lesiones osteomusculares traumáticas leves, lo que sucedió con este paciente. El diagnóstico precoz es fundamental para obtener un buen resultado, evitando la prolongación de la hospitalización y las secuelas de una infección crónica. Por tanto, los médicos de urgencias, debemos considerar, la posibilidad de una artritis esternoclavicular cuando nos encontremos ante un cuadro febril o subfebril acompañado de intenso dolor en hombro o región paracervical en un paciente sin factores de riesgo.

P-1017

TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA, CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

ME Navarro Aguilar (1), I de los Mártires Almingol (1),
A Vázquez Prat (1), NN Achkar (1), L García Forcén (1),
J Navarro Calzada (2)

(1) Hospital Viamed Montecanal, (2) HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: dolor, abdomen, trombosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 34 años, sin alergias, con antecedentes de obesidad y artroscopia de rodilla. No consume tóxicos. Antecedentes familiares de madre con neoplasia ginecológica. Acude por presentar desde hace 20 días, dolor abdominal epigástrico no irradiado. No asocia fiebre, ni náuseas ni vómitos, ni alteración deposicional. El dolor no se relaciona con la ingesta y si se modifica con los movimientos. Por este motivo había acudido en 2 ocasiones a Urgencias con analíticas repetidas normales, salvo PCR elevada (8.6 mg/dl), radiografía de abdomen inespecífica y ecografía abdominal normal. En tratamiento con Metamizol y Levogastrol. En la exploración, el abdomen se encuentra algo distendido, doloroso a palpación de forma difusa, más acusado en meso y epigastrio, doloroso a la descompresión y con peristaltismo conservado. Se realiza nueva analítica sanguínea con hemograma, glucosa, urea, creatinina, iones, perfil hepatobiliar, amilasa y estudio de coagulación normal, destacando Dímero D 5640 ng/dl y PCR 15,4 mg/dl. Amilasa en orina y sedimento urinario normales. La ecografía abdominal no muestra alteraciones, por lo que se decide realizar TC abdominal, objetivándose una imagen de defecto de repleción en la vena mesentérica, así como engrosamiento parietal intestinal de un segmento de 1.5 cm en mesogastrio, con afectación de la grasa mesentérica y pequeña cantidad de líquido libre en Douglas. Con el diagnóstico de trombosis venosa mesentérica (TVM) se inicia anticoagulación con heparina. Se realiza estudio de hipercoagulabilidad (proteínas C y S, antitrombina III, anticuerpos anticardiolipina y anti-b2 glucoproteína, factor V de Leiden, marcadores tumorales que son normales), quedando pendiente el resultado de trombofilia genética (mutaciones V617F y G20210A). A los 5 días, el paciente es dado de alta asintomático y con tratamiento con Rivaroxaban.

Conclusiones:

La TVM es una causa poco frecuente, pero a tener en cuenta, en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal. Supone el 10% de las isquemias mesentéricas agudas y se relaciona con un estado de hipercoagulabilidad primaria en el 30% de los casos o secundaria en el 60% (pancreatitis, enfermedad inflamatoria intestinal, procesos sépticos abdominales, hipertensión portal, gastroenteritis aguda y traumatismos). El resto son de causa idiopática, como impresiona en este caso.

CASOS CLÍNICOS

P-1018

DOLOR EN HEMITÓRAX DERECHO EN VARÓN ADOLESCENTE

CA Gavilán Casado (1), AB Romero Fernández (1), Y Casillas Viera (2), L Cuesta Peña (1), MJ Domínguez García (1)

(1) Unidad de Urgencias. Hospital Universitario Fuenlabrada, (2) Hospital Universitario Severo Ochoa Leganés. Madrid.

Palabras claves: disnea, neumonía, neumomediastino

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 15 años que acude a urgencias por fiebre de 39°C, tos con expectoración verdosa y autoescucha de sibilancias de 48 horas de evolución. Desde hace 10 horas refiere dolor en hemitórax derecho, de características pleuríticas, zona supraclavicular y cuello ipsilateral. ANTECEDENTES PERSONALES Neumonías en infancia. Rinoconjuntivitis estacional, asma leve intermitente en tratamiento con antagonistas de leucotrienos suspendido en 2011 tras estabilidad. Nunca requirió ingresos. Antecedentes quirúrgicos: herniorrafia inguinal I. No tiene hábitos tóxicos. Practica fútbol No requiere tratamiento habitual EXPLORACIÓN FÍSICA Tª: 39°C SaO2: 94% basal. Eupneico, cardiopulmonar y ORL normal. A la palpación de cuello y fosas supraclaviculares derecha se objetiva crepitación. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Se solicita analítica con los siguientes resultados relevantes: BIOQUÍMICA: Proteína C reactiva 5 mg/dL GAB: pO2: 60mmHg TÓRAX P-A Y LAT: Neumomediastino asociado a enfisema subcutáneo supraclavicular y laterocervical. Tenue opacidad alveolar parahiliar I que podría corresponder a un infiltrado incipiente en lígula. No se evidencian fracturas costales TÓRAX P-A Y LAT (72h): Práctica resolución del enfisema subcutáneo y mínimo neumomediastino DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: neumotórax neumopericardio pericarditis diagnóstico final reagudización asmática neumonía adquirida en la comunidad en lígula enfisema subcutáneo y neumomediastino en contexto de tos. EVOLUCIÓN: A las 24 horas el paciente deambula por la unidad afebril, sin dolor torácico y con buena saturación basal. Se decide alta con corticoides en pauta descendente, levofloxacino y revisión en consulta de neumología para seguimiento de asma Bronquial.

Conclusiones:

Descrito por Hamman en 1939, el neumomediastino es una enfermedad benigna autolimitada, que se resuelve en pocos días, aunque puede haber recurrencias. Más frecuente en recién nacidos, en adultos aparece con más frecuencia en el varón, entre la segunda y tercera década de la vida. Se produce por rotura de alveolos pulmonares debido a un aumento súbito de gradiente de presión alveolointersticial, escapando aire al tejido intersticial, desde donde difunde a hilio y mediastino. Desde ahí, dependiendo disecando el tejido conectivo se extiende a tejidos blandos del cuello, axila y produce enfisema subcutáneo. En este paciente el antecedente asmático y la tos forzada por el proceso infeccioso en curso, aumentaron la presión intraalveolar. El diagnóstico se realiza con radiografía de tórax y el tratamiento es causal y sintomático.

CASOS CLÍNICOS

A-1019

NEUMONÍA NECROTIZANTE EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE SIN COMORBILIDAD

AM Pozo Cascajosa (1), V Martínez Prieto (2), S Galindo Vacas (1), AJ Martínez Albendiz (1), M Cantarero Priego (1), JA del Pozo Pérez (1), M Romero González (1)

(1) Asbg Har Ecija (Sevilla), (2) Asbg Har Ecija (Sevilla). El Arrecife.

Palabras claves: cavitated pneumonia, panton, valentine leukocidin, MRSA pneumonia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 49 años, que acude a urgencias por disnea. Refiere cuadro catarral de más de una semana de evolución ya en tto con Augmentine pero persiste fiebre de 39°C, no mejora. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. HTA y alergia estacional. No hábitos tóxicos. Tratamiento (tto): Enalapril 10 mg/24 h. Exploración y pruebas complementarias: AEG, consciente y orientado, ligera taquipnea en reposo. ACR: tonos rítmicos sin soplos, MVC con algún sibilante aislado en hemitórax derecho. Abdomen: blando, no doloroso, sin peritonismo. Faringe normal. Analítica, normal, Saturación O₂ de 97%. Rx tórax: imagen hiliar derecha aumentada con ocupación de cisura mayor. Se diagnostica de NAC y se inicia Moxifloxacino y se cita con Neumología. Aquí se le solicita TC torácico, con condensación LSD con múltiples adenopatías de posible aspecto reactivo. Acude de nuevo a urgencias por empeoramiento del cuadro (mas disnea), aunque ya sin fiebre, con analítica, con hematimetría (leucocitosis 17.97 con neutrofilia, pO₂ 61.8, Saturación O₂ de 94%. Láctico 24. Se consulta con Neumología y se realiza TAC de control y se corrobora un aumento de tamaño de lesión consolidativa en LSD con múltiples adenopatías patológicas y áreas cavitadas con niveles. Se inicia tratamiento con metronidazol iv + clindamicina iv y se traslada a Hospital de Referencia para estudio. Marcadores tumorales, normales. Broncoscopia normal. Hemocultivo negativo. Cultivo esputo normal, aspirado y cepillado bronquial, normal. JUICIO CLÍNICO: Neumonía necrotizante LSD. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Microorganismos inusuales: SARM-com, jirovesii, *M. tuberculosis*, virus, leptospirosis y hongos. Complicaciones: absceso pulmonar, derrame pleural complicado, empiema encapsulado. Huéspedes inmunosuprimidos y pensar en etiología no infecciosa: bronquiolitis obliterante con neumonía organizada, granulomatosis de Wegener, neumonitis lúpica, neumonía eosinofílica, algunas vasculitis, neoplasias y la toxicidad pulmonar por fármacos.

Conclusiones:

Ante una NAC que no responde, replantear la etiología y evaluar la posibilidad de resistencia del microorganismo (SARM-com). El *Staphylococcus aureus* es responsable de enfermedades toxigénicas, secreta Pantón-Valentine leucocidina (PVL), implicada en la neumonía necrotizante y afecta a pacientes inmunocompetentes sin comorbilidad. El tratamiento empírico hizo que nuestra paciente en una semana, presentase una mejoría espectacular.

CASOS CLÍNICOS

P-1020

DISECCIÓN Y ROTURA DE ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA CON EXTENSIÓN A TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO

MN López Laguna, L Sánchez Iñigo, O Oger, MA Insausti Lorduy, D Navarro González, C Ondarra Erdocia
Hospital García Orcoyen. Estella, Navarra.

Palabras claves: disección, aneurisma, tronco braquiocefálico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 83 años independiente para actividades básicas diarias, con antecedente de aneurisma de aorta ascendente. Estando en el baño presenta síncope de unos 4 minutos de duración con recuperación espontánea. A la llegada de la UVI móvil, la paciente se encuentra consciente, aunque hipotensa y taquicárdica con cierta tendencia al sueño. A los minutos nueva pérdida de conciencia con trismus, y flexión de articulaciones en ESI, con movimientos repetidos en pinza y desviación de la mirada hacia la derecha. Sin necesidad de medicación vuelve a recuperar la conciencia. En Urgencias se realiza electrocardiograma donde se objetiva fibrilación auricular ya conocida, gasometría y radiografía de tórax sin alteraciones significativas. En un primer momento ante la sospecha de patología cerebral se realiza TAC craneal, sin objetivar alteraciones. Posteriormente, se realiza TAC toracoabdominal, donde se observa una disección y rotura de aneurisma de aorta torácica ascendente y descendente con extensión a tronco braquiocefálico. Se comenta el caso con cirugía cardiaca que dada la edad de la paciente y estar anticoagulada por FA, no ve que sea subsidiaria de cirugía. Se ingresa en observación con sedación, donde finalmente fallece.

Conclusiones:

La disección aórtica se caracteriza por la creación de una falsa luz en la capa media de la pared aórtica, que expone la capa media subyacente enferma al flujo sanguíneo pulsátil, y por fuerzas de cizallamiento se puede desgarrar. Existen factores predisponentes de disección aórtica, como la edad, HTA, anomalías congénitas de la válvula aórtica, enfermedades hereditarias del tejido conectivo (síndrome de Marfan y el de Ehlers-Danlos) En cuanto a la clínica que presenta el paciente podemos objetivar una hipotensión arterial si afecta a troncos braquiocefálicos acompañada de manifestaciones neurológicas por afectación directa de la carótida, con menos frecuencia coma, paraplejía y paraparesia. La patología aórtica aguda es una situación clínica de urgencia. Su pronóstico depende en gran parte, de un diagnóstico rápido, y de un tratamiento temprano.

A-1021

LO FRECUENTE NO ES SIEMPRE LO VERDADERO

P Pardo Rovira, E Tejero Sánchez, M Quero Escalada, L Hernandez Castells, S Sánchez Sánchez, M Toral Morillas, MJ Domínguez García

Hospital de Fuenlabrada. Majadahonda, Madrid.

Palabras claves: isquemia, arterial, aguda

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 53 años con antecedentes de DM, dislipemia, y arteriosclerosis generalizada. Acude a urgencias por traumatismo en antebrazo izquierdo presentado fractura de estiloides radial no desplazada que se inmoviliza con férula. Posteriormente acude en tres ocasiones por molestias en férula que es recambiada y esguince de tobillo derecho inmovilizado con vendaje. Días más tarde consulta, por intenso dolor y edema en dorso de mano izquierda objetivándose tumefacción difusa de consistencia pétreas en dorso de mano y dedos con impotencia funcional. En analítica presenta PCR:33, y leucocitosis(18.000). Con sospecha de Sudeck, es ingresada con analgesia. Durante los primeros días se encuentra afebril y hemodinámicamente estable, con persistencia del dolor, tumefacción y elevación de RFA. Se realiza doppler con datos de arteriopatía periférica crónica sin datos de isquemia aguda. Días mas tarde aparecen escaras necróticas en dorso de F1 de 1º, 3º, 4º y 5º dedo, todas ellas comunicadas y escara plantar en arco longitudinal interno que se comunica con otras tres escaras, fiebre e inestabilidad hemodinámica por lo que inicia antibioterapia de amplio espectro y desbridamiento agresivo bajo anestesia general. A pesar de esto, la infección progresa hasta precisar la amputación del 1/3 distal de brazo. El pie derecho fue revascularizado.

Conclusiones:

La Isquemia arterial es la interrupción brusca del aporte sanguíneo a un territorio del organismo secundario a la obstrucción de la arteria que lo irriga. La causas son múltiples: embolización, trombo sobre placa arteriosclerótica, traumatismo agudo sobre arteriopatía previa como nuestro caso...). Normalmente no da tiempo a que actúen los mecanismos compensadores, por lo que la isquemia produce en el plazo de 6 horas necrosis y un cuadro metabólico si el miembro no es revascularizado. Constituye una patología severa y potencialmente mortal. Sus manifestaciones dependen del nivel de obstrucción, severidad, duración y de la presencia de circulación colateral. Se caracterizan por dolor súbito en la zona distal de la extremidad, frialdad, palidez marmórea y posteriormente parestesias, pérdida de fuerza, ausencia de pulsos y afectación sistémica. La finalidad del tratamiento es la supervivencia y la conservación de miembro, habiendo que derivar siempre, precozmente al cirujano vascular que intentará revascularización. Medidas de actuación inmediata son: mantener la extremidad en declive, controlar el dolor, instaurar fluidos y anticoagular con heparina sódica iv. Nunca elevar la extremidad, ni realizar compresión. En los casos con evolución prolongada, con isquemia irreversible, la amputación es necesaria para salvar la vida del paciente.

CASOS CLÍNICOS

A-1022

**TAQUIARRITMIA COMO POSIBLE REACCIÓN
ADVERSA A TRATAMIENTO FRENADOR DEL NODO
(IVABRADINA)**

M Muro Culebras (1), M Pastor Sanz (2),
M Valtueña Camacho (3), D Museros Sos (4),
R Tomeo Muñoz (5), L Rodríguez Serra (5)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet, CS Almozara, (2)
Hospital Universitario Miguel Servet, CS San Pablo, (3) Hospital
Universitario Miguel Servet, CS Torrero, (4) Hospital Universitario
Miguel Servet, CS Las Fuentes, (5) Hospital Universitario Miguel
Servet. Zaragoza.

Palabras claves: arrhythmia sinus, pacemaker, artificial,
secondary effect

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Varón de 85 años con antecedentes de interés de hipertensión Arterial y dislipemia controladas farmacológicamente, y ángor y disnea de esfuerzo estudiados en 2013 con Ecocardiograma trans-torácico y Ecocardiograma de estrés que no revelaron alteraciones significativas en la estructura ni la contractilidad del corazón, en tratamiento antianginoso crónico con Ivabradina, Ranolazina, Nitritos y Ácidoacetilsalicílico, que acude a urgencias remitido por su médico de atención primaria por presentar episodios repetidos de mareo e inestabilidad al caminar, así como tendencia a la hipotensión y alternancia en el pulso radial. A la exploración física destacan únicamente ruidos cardíacos arrítmicos que impresionan de bradicardia como ritmo base sobre la que se auscultan latidos extras con soplo sistólico multifocal y crepitantes secos bibasales, sin signos exploratorios de insuficiencia cardíaca ni otros hallazgos físicos. El electrocardiograma a su llegada muestra bradicardia sinusal a 37lpm, con pausas de 1.6 segundos, alternando con taquicardia de QRS estrecho, además de BRDHH y HBAS ya conocidos, sin alteraciones de la repolarización. Se realizan analítica sanguínea y radiografía de tórax urgentes que no aportan datos significativos. Ante la evidencia de disfunción sinusal sintomática en un paciente en tratamiento crónico con Ivabradina, se decide suspender el fármaco y monitorizar el ritmo cardíaco, registrándose taquicardia regular de QRS estrecho a 100lpm sugestiva de fibriloflutter auricular, con ello se diagnostica de síndrome bradicardia-taquicardia con fibriloflutter auricular paroxístico subsidiario de implantación de marcapados definitivo DDDR, que se coloca sin incidencias. El paciente permanece estable y asintomático durante el ingreso en Cardiología por lo que se decide alta hospitalaria con otro frenador (Bisoprolol), un antiarrítmico (Trangorex) y un anticoagulante (Sintrom).

Conclusiones:

La Ivabradina es un fármaco frenador del nodo sinusal, cuyo balance beneficio-riesgo para el tratamiento sintomático de la angina de pecho estable ha sido reevaluado (estudio SIGNIFY), concluyéndose que su uso únicamente aporta beneficios en el tratamiento sintomático y existe un incremento del riesgo de aparición de taquiarritmias (fibrilación auricular). Este caso revela la importancia de conocer los efectos adversos de los fármacos, para justificar y tratar cuadros clínicos concordantes.

CASOS CLÍNICOS

A-1023

¿CONCURRENCIA O INTERCURRENCIA?

M Muro Culebras (1), M Pastor Sanz (2), M Valtueña Camacho (3), D Museros Sos (4), R Tomeo Muñoz (5), L Rodríguez Serra (5), N Gargallo Gasca (5)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet, CS Almozara, (2) Hospital Universitario Miguel Servet, CS San Pablo, (3) Hospital Universitario Miguel Servet, CS Torrero, (4) Hospital Universitario Miguel Servet, CS Las Fuentes, (5) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: pacemaker, artificial, cholangitis, arrhythmia, sinus

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Mujer de 85 años con antecedentes de interés de asma e hipertensión arterial controladas con tratamiento crónico, y colangitis sin evidencia de litiasis, que acude a urgencias remitida por su médico por presentar dos episodios sincopales con hipotensión y pulso radial fluctuante (150-80lpm), en el contexto de cuadro de afectación gastroentérica con dolor abdominal y diarreas sin productos patológicos. La paciente no ha presentado sensación febril, ni dolor torácico, disnea, palpitaciones u otra sintomatología acompañante. A su llegada a urgencias presenta tensión arterial 100/60, frecuencia cardíaca 76lpm, y en la exploración física destacan taquicardia arritmica sin soplos ni extratonos y dolor abdominal difuso con mayor focalización en epicondrio derecho, sin evidenciarse peritonismo ni otras alteraciones físicas significativas. Se realiza electrocardiograma que muestra arritmia completa por fibrilación auricular con BRDHH a 150lpm, no registrada previamente. Dada la clínica atípica de la paciente, y el dudoso origen de comienzo de la arritmia, se decide frenarla con Diltiazem intravenoso, con lo que se consigue control de la frecuencia cardíaca. Sin embargo, estando monitorizada, presenta de nuevo clínica presíncopal con hipotensión arterial (60/--) que se recupera con 500 ml de suero fisiológico, y pasada una hora del tratamiento frenador y estabilización clínica, una pausa sintomática de 5 segundos, con cuadro de mareo, por lo que se habla con UCI y se coloca marcapasos transitorio. Ingresa en planta de cardiología donde se amplía el estudio con ecocardiograma que no muestra alteraciones significativas. Pero en la evolución presenta reaparición del dolor abdominal, con elevación de enzimas hepáticas, presentes ya en analítica de urgencias, con resultados de ecografía abdominal de poca relevancia, discreta dilatación de vía biliar intrahepática, pero presentando síndrome febril y signos de colecistopatía que requieren inicio de antibioterapia intravenosa y realización de estudio endoscópico con CPRE practicándose esfinterotomía de Oddi y dilatación con balón de Fogarty. Finalmente se coloca marcapasos definitivo VDD sin complicaciones posteriores, consiguiendo estabilización de la paciente.

Conclusiones:

Es importante la valoración global de los pacientes que acuden a urgencias con importante afectación sistémica, sobretudo en ancianos en los que un proceso puntual puede descompensar y comprometer su vida.

CASOS CLÍNICOS

P-1024

ENDOCARDITIS BACTERIANA AGUDA SOBRE VÁLVULA MITRAL EN PACIENTE CON ARTRITIS SÉPTICA DE HOMBRO DERECHO. SEPSIS GRAVE DE ORIGEN MIXTO (UROLÓGICO POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE Y BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS)

D Fuertes Ruiz, P Boned Blas, T de Fernando Gros

Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Palabras claves: endocarditis bacteriana, artritis infecciosa, bacteriemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 80 años con antecedentes personales de insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial, artrosis, anemia por sangrados digestivos, ictus isquémico con disartria residual, retinopatía hipertensiva, intervenida de cataratas. Acude al servicio de Urgencias por presentar episodio brusco de pérdida de consciencia y dolor en hombro derecho con dificultad para la movilización sin traumatismo previo. Afebril Se realiza TAC craneal normal, en analítica sanguínea destaca leucocitosis de 16.300 con neutrofilia, hiperlactacidemia de 4.1, glucemia 140, proteína-c-reactiva 25.8. Con analítica de orina intensamente leucocitúrica. Tras reanamnesis con familiares, comentan dificultad para emisión de orina días previos. Se extraen hemocultivos y urocultivo, iniciando medidas de fluidoterapia y antibioterapia intravenosa con cobertura para foco urinario (cefalosporina de 3ª generación). La paciente ingresa en servicio de Medicina Interna donde persiste mal estado general, dolor en hombro derecho y debuta con fiebre. Se amplía espectro antibiótico con piperacilina/tazobactam y linezolid, posteriormente según antibiograma de los cultivos de orina (positivo para Klebsiella pneumoniae) y de sangre (positivo para Staphylococcus aureus) que en cultivos de control se negativizan. Se realiza TAC para valorar foco inicial de bacteriemia por St. aureus, objetivándose signos compatibles con artritis séptica de hombro derecho (ecografía de hombro días previos con sinovitis acromioclavicular). Por lo que baja a quirófano tras interconsulta con Traumatología para limpieza de articulación, realizándose artrocentesis de 1 centímetro cúbico (resultado positivo para St. aureus). Presenta picos febriles diarios con inicio de clínica de insuficiencia cardíaca junto con empeoramiento de la función renal. Solicitando ecocardiograma que detecta prolapso del velo posterior de la válvula mitral, insuficiencia mitral y aórtica moderadas e hipertensión pulmonar. Además en ecocardiograma transesofágico se objetiva imagen de vegetación sobre velo posterior de válvula mitral y otra imagen muy sugestiva de vegetación en velo anterior. Se ajusta antibioterapia para Endocarditis Bacteriana Aguda. Tras solicitar de nuevo limpieza quirúrgica del foco activo séptico en hombro derecho a Traumatología se desestima por deterioro

clínico importante y alto riesgo quirúrgico. Comentado caso con Cardiología que valora en sesión medico-quirúrgica actitud terapéutica sobre válvula afectada, desestimando cirugía cardíaca.

Conclusiones:

A pesar de tratamiento médico intensivo en planta (no candidata a Unidad de Cuidados Intensivos), Empeoramiento de la insuficiencia cardíaca con inestabilidad hemodinámica y anuria que desemboca en fracaso multiorgánico con fallecimiento posterior.

CASOS CLÍNICOS

P-1025

SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN ST EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON AXITINIB

R Tomeo Muñoz (1), L Rodríguez Serra (2), N Gargallo Gasca (3), M Pastor Sanz (4), M Valtueña Camacho (5), M Muro Culebras (5), D Museros Sos (6)

(1) Centro de Salud Almozara, (2) C.S Fuentes Norte, (3) C.S Almozara, (4) C.S San Pablo, (5) C.S Torrero La Paz, (6) C.S Las Fuentes. Zaragoza.

Palabras claves: acute coronary syndrome, carcinoma renal cell, protein kinase inhibitors

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Objetivos: Presentar la asociación de agentes quimioterapéuticos y el síndrome coronario agudo. Material o pacientes y método: Paciente de 39 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor torácico. Como antecedentes de interés presenta carcinoma renal en estadio IV en tratamiento con Axitinib, Dislipemia, Hipertensión arterial e Hipotiroidismo. Refiere desde hace tres semanas episodios limitados de dolor centrotorácico, irradiado a brazo derecho, acompañado de cortejo vegetativo, el dolor no se modifica con los movimientos respiratorios, No pirois ni regurgitación, No fiebre, No síndrome catarral. Fue valorado en este Servicio de Urgencias, la semana previa, por el mismo motivo y, debido a la normalidad de las pruebas complementarias (enzimas cardiacas dentro de rango y ECG sin alteraciones de la repolarización) se le dio el alta con el diagnóstico de patología osteomuscular prescribiéndole ibuprofeno. A la exploración: TA: 140/70, FC: 71 l.p.m, Sat.O2: 100%, Buen estado general, AC: rítmica sin soplos ni extratonos, AP: normoventilación sin ruidos sobreañadidos. ECG: rítmico, sinusal a 60 l.p.m, onda T negativa isquémica en las derivaciones V1 a V3. Resultados: Analítica sanguínea: Troponina T pico: 0,4, mioglobina dentro de parámetros normales, Hemograma, Bioquímica y Hemostasia sin alteraciones significativas. El paciente es valorado por Cardiología y Oncología, se decide continuar estudio realizándose ecocardiograma donde se evidencia: hipoquinesia ligera localizada en segmento medio y apical de cara anterior y segmento medio de septo anterior. FEVI: 65%. Patrón diastólico normal. Y, Coronariografía que muestra: Tronco común izquierdo y arteria Circunfleja sin lesiones angiográficas, Descendente anterior presenta estenosis en tercio medio de segmento proximal, Coronaria derecha presenta dos estenosis severa en segmento medio. Se realiza intervencionismo coronario percutáneo con implantación de tres stent, uno farmacoactivo en la descendente anterior y dos convencionales en la arteria coronaria derecha. Se suspende el tratamiento con Axitinib debido a su posible efecto cardiotóxico, es sustituido por Everolimus encontrándose el paciente estable sin nuevos eventos cardiovasculares.

Conclusiones:

Siempre se deben tener en cuenta los efectos secundarios de los fármacos, especialmente de aquellos que no manejamos con frecuencia por lo que es esencial el trabajo en equipo.

CASOS CLÍNICOS

P-1026

CUANDO TU ARRITMIA NO SE FRENA, ¡SOSPECHA!

E García Camacho, JO Flores Valderas, AJ Cortés Beringola,
I Narváez Mayorga, C Martín Sierra, I Jiménez Velasco
Complejo Hospitalario de Toledo.

Palabras claves: atrial fibrillation, heart failure, dilated cardiomyopathy

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 26 años, fumador activo de 20 cig/día. Remitido desde su Centro de Salud al Servicio de Urgencias por palpitaciones asociadas a disnea de mínimos-moderados esfuerzos de 10 días de evolución. A su llegada buen estado general, afebril, TA 110/60 mmHg, FC 124 lpm, Saturación 98%. En la exploración física destaca auscultación con tonos arrítmicos sin soplos, resto sin alteraciones de interés. En ECG presenta FA con respuesta ventricular a 140 lpm. Analítica anodina. Radiografía de tórax cardiomegalia con redistribución vascular. Ante el hallazgo de FA de comienzo indeterminado se inicia anticoagulación y se administran 50 mg de Atenolol vo, dado que continúa con frecuencias entorno 120lpm se deja en Observación para control de frecuencia. A la mañana siguiente estando hemodinámicamente estable, nueva dosis de Atenolol 50 mg más 60 mg Diltiazem. Posteriormente, episodio de hipotensión (TAS 80/40 mmHg), incremento de disnea y sudoración se avisa a Cardiología para valoración. Se realiza ecocardiograma urgente presenta miocardiopatía dilatada con disfunción biventricular severa. Se decide ingreso en la Unidad Coronaria, se inicia soporte vasoactivo, se descartan trombos intracavitarios y se realiza cardioversión eléctrica. Tras 48 horas persisten datos de bajo gasto, se decide traslado a Hospital con unidad de trasplante cardiaco. Finalmente, estabilización con mejoría progresiva y alta, diagnosticado de miocardiopatía dilatada con disfunción biventricular de etiología incierta en lista de trasplante cardiaco.

Conclusiones:

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente, prevalencia 1-2% en la población general siendo <0.5% en menores de 40 años. Se asocia con problemas cardiovasculares como HTA, miocardiopatías, enfermedad coronaria y valvulopatías, menos frecuente trastornos endocrinos, ingesta de alcohol o drogas. El tratamiento depende del tiempo de evolución de la arritmia: control de ritmo en el caso >48h de evolución o cardioversión en <48 h de evolución, y anticoagulación según la puntuación en la escala CHA2DS2-VASC. En el caso de nuestro paciente, dada la ausencia de factores precipitantes, el hallazgo en la radiografía de cardiomegalia con datos de insuficiencia cardiaca y la poca eficacia del tratamiento farmacológico, es importante pensar en patologías subyacentes como miocardiopatía dilatada o miocarditis entre otras, en las que la FA pueda ser la primera manifestación.

P-1027

VARÓN DE 43 AÑOS NO DEPORTISTA CON BRADICARDIA SINUSAL EXTREMA

AM Díaz de Tuesta Chow-Quan, MP Oliete Blanco, MP Cuadra Giménez, L Usieto López, MT Fernández Letamendi,
AC Cabistany Esqué

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: hipotiroidismo, litio, bradicardia

Historia clínica

Varón de 43 años, acude al Servicio de Urgencias por dolor en mesogastrio y estreñimiento pertinaz de 3 días de evolución, llegando en la última semana a no realizar deposiciones, aunque con emisión de gases. No vómitos, ni fiebre. En las últimas 12 horas se suma la aparición de edema en párpados y cara. Presenta antecedente de trastorno esquizoafectivo tipo depresivo. En tratamiento domiciliario con escitalopram, biperideno, litio, clozapina y lormetazepam. En la exploración física se encuentra normotenso, frecuencia cardiaca 35 lpm, saturación de O₂ basal 98%, temperatura 36°C. Destaca estado de nerviosismo, con palidez cutáneo-mucosa, edema facial de predominio palpebral bilateral. Auscultación cardiaca con tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos, sin otras alteraciones. La analítica sanguínea muestra anemia normocítica normocrómica con hemoglobina 10.4 g/dl, hematocrito 32.6 %, insuficiencia renal con creatinina 1.22 mg/dl (previa normal), sin alteraciones en el equilibrio ácido-base, elevación de GOT 69 U/L, GGT 113 U/L, fosfatasa alcalina 44 U/L, GGT 17 U/L con bilirrubina total, proteínas totales e iones normales. ECG: bradicardia sinusal a 35 lpm, bloqueo aurículo-ventricular de 1º grado, sin pausas ni otras alteraciones. Radiografía de tórax sin alteraciones, y de abdomen con abundantes restos fecales en colon. Se solicita estudio de función tiroidea en suero (urgente) estando elevada TSH > 100 µU/mL y suprimida T4 libre < 0.15 ng/dL confirmando la sospecha de hipotiroidismo. Los anticuerpos antitiroglobulina 12.2 y antiperoxidasa 4137.4 se encontraron elevados. Tras tratamiento con levotiroxina intravenosa y posteriormente oral, evoluciona favorablemente, siendo dado de alta, sin litio. Diagnóstico: hipotiroidismo severo secundario a tratamiento crónico con litio.

Conclusiones:

La bradicardia sinusal se puede deber a un tono vagal excesivo y/o a disminución del tono simpático, por efecto de medicamentos o por alteraciones anatómicas del nódulo sinusal. En jóvenes, no deportistas, sin patología cardiaca debemos sospechar efectos tóxicos, importante en una valoración en Urgencias. Aunque el litio puede provocar hipotiroidismo (20-30% casos) y su uso se ha asociado con tiroiditis autoinmune crónica, es infrecuente que curse con síntomas o signos. Responden bien al tratamiento con levotiroxina, sin necesidad siempre de suspender el litio.

CASOS CLÍNICOS

P-1028

VARÓN DE 81 AÑOS CON CEFALEA BRUSCA, OBNUBILACIÓN E HIPOGLUCEMIA

AM Díaz de Tuesta Chow-Quan, MT Fernández Letamendi,
L Usieto López, MP Cuadra Giménez, MP Oliete Blanco,
M Javierre Loris

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: apoplejía hipofisaria, panhipopituitarismo, cefalea brusca

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Varón de 81 años con antecedentes de diabetes mellitus insulín dependiente, fibrilación auricular (FA) crónica (antiagregado) e intervención antigua de meningioma cerebral, es remitido al Servicio de Urgencias por disminución del nivel de conciencia y cefalea intensa de 3 días de evolución. En su domicilio presenta episodio de hipoglucemia que tras su corrección, persiste con similar sintomatología. A su llegada establece hemodinamicamente, salvo con hipoglucemia que corrige con suero glucosado intravenoso. Persiste con Glasgow 12, bradipsíquico, sin focalidad neurológica ni alteraciones en la exploración física. Se realiza analítica sanguínea donde destaca hiponatremia de 125 mg/dl, y tomografía computarizada craneal (TAC) sin apreciarse lesiones orgánicas. Durante su observación, presenta fibrilación ventricular que desemboca en parada cardiorrespiratoria por lo que se procede a desfibrilación con 200 Julios (que recupera su ritmo de base) e intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Presenta temperatura de 37,9°C con episodio de hipotensión (60/40 mmHg) con respuesta parcial a fluidoterapia. Empíricamente se administra hidrocortisona e ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos. Evolución: A las 48 horas, mejora nivel de conciencia y se procede a la extubación. Tras varias complicaciones, dentro de la anamnesis dificultosa, el paciente refiere diplopía. Persiste con hiponatremia hipoosmolar. Se solicitan hormonas tiroideas estando ambas descendidas, correspondiéndose a hipotiroidismo central. Se realiza nuevo TAC (con estudio selectivo de la región sellar) donde se aprecia agrandamiento de la silla turca con erosión del suelo, por masa intrasellar sugestivo de macroadenoma invasivo (2 cm), con gran necrosis interna. Presentaba niveles plasmáticos de cortisol, hormona foliculoestimulante, prolactina y testosterona disminuidos. La campimetría mostró escotoma superior en ojo derecho. Tras la instauración de tratamiento conservador con hidroaltesona y levotiroxina cursa con mejoría clínica. Diagnóstico: Apoplejía hipofisaria secundario a infarto de macroadenoma hipofisario. Panhipopituitarismo.

Conclusiones:

La apoplejía hipofisaria es un síndrome clínico producido por una hemorragia o isquemia generalmente sobre adenomas hipofisarios. A pesar de ser infrecuente, 1-2% de los adenomas hipofisarios, es una urgencia neuroendocrinológica, siendo su diagnóstico difícil y eminentemente clínico. La semiología es crucial, dado que el diagnóstico por neuroimagen puede pasar inadvertido si no se busca específicamente.

CASOS CLÍNICOS

P-1029

¿POR QUÉ ME CAIGO, DOCTOR?

E Tidrenczel, E Cardona García, M Oropesa Pereda, LA Díaz Caldevilla, MA Moreno Vaillo, JC Medina Álvarez
Hospital de Torrevieja. Orihuela Costa.

Palabras claves: severe, hyperkalemia. ileostomy

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de un varón de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, intervenido por adenocarcinoma de recto con anastomosis colorectal y portador de ileostomía. El paciente acudió a servicio de urgencias por caídas repetidas. Refirió caídas fortuitas y debilidad en los últimos 2 días por lo que fue atendió principalmente en box de trauma. Negó pérdida de consciencia, no cefalea, no vómitos, no dolor torácico ni dolor abdominal. Ileostomía funcionante, no sensación disnea ni otra sintomatología. **PACIENTES, MÉTODO Y RESULTADOS:** En la exploración física llamó la atención la taquipnea a 30/min, la bradicardia a 40 lpm, tensión arterial 95/55 mmHg. Sequedad de piel y mucosas. La auscultación cardiaca era rítmica, bradicárdica, sin soplos. La auscultación pulmonar con hipoventilación en bases, sin ruidos añadidos. Abdomen blando y depresible con ileostomía funcionante y sin signos patológicos. Exploración neurológica detallada con parestesias en la cara medial de las piernas debajo de las rodillas. No hipoestesias en dedos de pie ni otros partes del cuerpo. Fuerza en miembros inferiores 3/5, simétrico. Electrocardiograma con bloqueo atrioventricular de tercer grado a 44 latidos por minuto. De la analítica de sangre destaca gasometría arterial con pH 7.321, pCO₂: 19.4 mm Hg, pO₂: 90.8 mm Hg, HCO₃: 9.8 mEq/l, EB: -13.9 mEq/l. Analítica de sangre con deterioro severo de la función renal con creatinina 9,66 mg/dl, urea 293 mg/dl y potasio 9.9 mEq/l. **JUICIO CLÍNICO:** hiperpotasemia severa tóxica con fracaso renal agudo prerrenal.

Conclusiones:

La hiperpotasemia y la uremia son trastornos metabólico-electrolíticos que pueden producir clínica diversa aunque el riesgo principal es a nivel cardiaco con alteraciones en la conducción cardiaca y cambios en el electrocardiograma paralelos al grado de hiperpotasemia, que puede llegar hasta bloqueo completo o fibrilación ventricular fatal. Como en nuestro caso los pacientes pueden presentar niveles tóxicos de hiperpotasemia con fallo renal agudo con escasa sintomatología. La exploración física es fundamental para filtrar aquellos pacientes que necesitan pruebas complementarias para un diagnóstico precoz y tratamiento efectivo, que en nuestro caso requiso hemodiálisis urgente y tratamiento médico con fin de bajar los niveles de potasio.

P-1030

¿CEFAEA POST-PUNCIÓN?

T Megino Moreno, J Amor Valero, S Duce Tello, J Naveda González, L Martín Rodríguez, E Oliveros Acebes
Hospital Infanta Elena. Velilla de San Antonio, Madrid.

Palabras claves: headache, postpartum period, spinal puncture

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 28 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni tratamiento habitual, puérpera de 5 días (parto eutócico, anestesia epidural), que acude a urgencias por cefalea frontooccipital de 2 días de evolución. Empeora en sedestación y bipedestación, mejora en decúbito supino. No le despierta por la noche. Asocia vómitos sin fiebre ni otros síntomas, no mejora con paracetamol ni metamizol. Lactancia materna actual. TA 106/66, FC 81 lpm, afebril, SatO₂ 98%, eupneica BEG, normocoloreada, BHNP. No exantemas ni petequias. CyC: orofaríngea y otoscopia normal, no IY, no masas ni adenomegalias. AP: MVC. AC: rítmico, no soplos. Abdomen: normal. EE: no edemas, no signos de TVP, pulsos simétricos. Neurológico: funciones superiores normales, pares craneales normales, perimetría normal. Fondo de ojo normal, con movimientos oculares normales. Motor: no claudicación en maniobras antigraavitatorias, balance muscular normal. Reflejos de estiramiento muscular simétricos. RCP flexor bilateral. Sensitivo: normal. Cerebelo: normal. Marcha y estática: normal. No meningismo. Analítica: o Hemograma, bioquímica básica, coagulación básica: normal o VSG: 67 mm/h (inf 25) o PCR 1,4 mg/dl (0-0,5). ECG: ritmo sinusal a 80 lpm. No alteraciones de la repolarización. Rx tórax: normal. CT craneal con contraste: trombosis de venas corticales en región frontoparietal adyacentes a seno longitudinal superior. RM cerebral: Trombosis subaguda tardía-crónica de venas corticales parasagitales frontoparietales bilaterales, llamativo en derecho, que aunque drenan al seno longitudinal superior se constata una permeabilidad de los senos venosos cerebrales mayores. Dominancia de senos transversos y sigmoides derechos. Realce meníngeo dural difuso, en contexto de trombosis de venas corticales o de punciones lumbares previas. Estudio de trombofilia: Heterocigosis C677T del MTHFR, resto normal. Diagnóstico: Trombosis de venas corticales parasagitales frontoparietales bilaterales en el contexto de puerperio. Evolución: satisfactoria con perfusión de heparina sódica. Posteriormente acenocumarol-HBPM. Control sintomático con medidas posturales y analgesia convencional.

Conclusiones:

- La TVC supone un reto diagnóstico y terapéutico, por su escasa frecuencia y diferentes presentaciones.- Más del 50% de los casos están relacionados con embarazo y puerperio. - Déficit neurológico focal, convulsiones y cefalea son los síntomas más frecuen-

CASOS CLÍNICOS

tes.- La prueba diagnóstica de elección es la IRM, en nuestro caso el CT dió el diagnóstico, que se afinó mediante la IRM. - El tratamiento es la heparina seguida de ACO, precedida de estudio trombofílico.

P-1031

SÍNCOPE, DOLOR Y FOCALIDAD NEUROLÓGICA

K Contreras Delgado, M Alonso Alcañiz, C Sesam Mendez, M Catalán Ladrón, M Urdaz Hernández, E Gonzalo Aranda, E Romano Maqueda

Hospital Ernest Lluch. Zaragoza.

Palabras claves: disección, ictus, dolor

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente femenina de 60 años, fumadora, sin otros antecedentes de interés, durante horas de trabajo presenta clínica de mareo y pérdida de consciencia, con recuperación espontánea a los pocos segundos. A la exploración neurológica la paciente se encuentra alerta, aunque sin apertura ocular espontánea, siendo capaz de responder órdenes y manteniendo conversación coherente, se evidencia en adición ptosis palpebral derecha, sin otros hallazgos. Aquejaba en dicho momento dolor en región cervical, espalda y de brazo derecho. Se realiza TAC craneal sin objetivarse alteraciones agudas. Posterior a realización del mismo, paciente presenta claro empeoramiento neurológico, apareciendo midriasis arreactiva derecha, anestesia hemifacial izquierda y hemiparesia hemicuerpo izquierdo. Ante sospecha diagnóstica de ictus isquémico y ausencia de contraindicación, se decide tratamiento fibrinolítico intravenoso (a las 2 horas de evolución tras inicio de clínica). La paciente experimenta discreta mejoría neurológica durante primera parte de perfusión, con mejoría de clínica oculomotora, pero se van objetivando cifras tensionales bajas, asimetría de pulsos entre ambos miembros superiores, e intensificación de dolor cervicobraquial derecho. Se realiza EcoDoppler de troncos supra-Aórticos, donde se aprecia colapso completo de arteria carótida común derecha, por lo cual se decide completar estudio con TAC toraco-abdominal, cuyos hallazgos revelan una disección aórtica tipo A (comprometiendo aorta ascendente, cayado aórtico y descendente, con implicación de carótida común derecha). Al final de perfusión se realiza TAC cerebral control por empeoramiento de nivel de consciencia y de clínica neurológica previa. Se descarta sangrado post-fibrinólisis, pero se objetiva nueva hipodensidad isquémica hemisférica derecha, ocupando todo territorio de Arteria cerebral media. Diagnóstico: Ictus isquémico ACM derecha secundario a disección aórtica.

Conclusiones:

La disección aórtica aguda es una situación crítica que requiere una respuesta clínica inmediata y una intervención quirúrgica emergente en la mayoría de los casos. Su mortalidad sin tratamiento es muy alta y su presentación inicial varía ampliamente, siendo el síntoma más frecuente al ingreso hospitalario el dolor torácico-abdominal, seguido en orden de frecuencia por el shock/hipotensión y síncope, similar al caso de nuestra paciente.

CASOS CLÍNICOS

A-1032

LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR UNILATERAL EN PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

O Oger, MN López Laguna, D Navarro González,
L Sánchez Iñigo, MA Insausti Lorduy, I Oviedo Bermejo
Hospital García Orcoyen. Estella, Navarra.

Palabras claves: luxación, articulación temporomandibular, ortopantografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 83 años con deterioro cognitivo GDS-5 acude Urgencias por sospecha de luxación (lx) temporomandibular de 8 horas de evolución y la tos como factor desencadenante. En el servicio de urgencias rurales (SUR) intentan reducción tras Díazepam y Toradol sin éxito. A su llegada presenta imposibilidad de cierre bucal, de deglución y dolor mandibular a la palpación, con cóndilo derecho luxado. ACP anodina. Ortopantografía: lx temporomandibular derecha. Se intenta reducción con Midazolam sin éxito y se remite al servicio de maxilofacial, donde bajo sedación con Propofol se realiza maniobra de Nelaton, consiguiendo reducción y vendaje posterior.

Conclusiones:

La articulación temporomandibular (ATM) está formado por: cóndilo mandibular, cóndilo del temporal, cavidad glenoidea, menisco articular, el sistema ligamentosa y las sinoviales. En la lx de ATM existe una separación de superficies articulares. Tipos de lx: por la localización de cóndilo: anterior y posteromedial, por la duración: aguda (min, hrs), mantenida 2-3 meses (ancianos, UCI) y recurrentes. Supone un 3% de la patología de ATM y más frecuente en mujeres. Factores de riesgo: funcionales (bruxismo, hábitos, etc.), hereditarios (corea de Huntington, etc), anatómicos (eminencia articular plana), psiquiátricos (histeria, estrés), enfermedades neurológicas (Parkinson, epilepsia). Factor desencadenante: trauma manipulación bajo sedación y relajación neuromuscular. El cuadro clínico es típico, similar a la sintomatología presenta en nuestra paciente. El tratamiento es manual, mediante las maniobras de Nelaton (si lx es bilateral) y Dupuis (si es unilateral). Es aconsejable administrar un relajante muscular (Díazepam 5 mg sublingual). Para recolocar el cóndilo en la fosa se utiliza la maniobra de Nelaton: médico de pie, paciente sentado y con la cabeza apoyada. Se colocan los pulgares a nivel molar, se realiza tracción inferiormente girando levemente, se empuja en dirección posterior y después superior. Duración de la maniobra es 30 seg-1 min, se puede repetir 3-4 veces, vendaje durante unos días y dieta blanda 2 semanas. Si lx es recurrente el tto es quirúrgico (eminoplastia y desplazamiento de un colgajo de m.temporal) o infiltración botulínica.

A-1033

LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE BAJA PROBABILIDAD: ¡¡COMPROBADO, EXISTEN EN TOLEDO!!

Al Alarcón Escalonilla, J Estebarán Martín, A Mira Vázquez,
P Valiente Maresca, I Nieto Rojas, C Almenara Rescalvo
Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Palabras claves: PAAF (punción, aspiración con aguja fina), tiroides, efectos secundarios

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN. Efectos secundarios de la PAAF: molestias leves en la zona de punción, hematoma en la zona de punción, hemorragias en el parénquima tiroideo, punción de estructuras adyacentes como tráquea y vasos sanguíneos, enfisema subcutáneo, parálisis transitoria del nervio recurrente. **CASO CLÍNICO** Mujer de 57 años, cardiópata y en estudio por nódulo en LTI (lóbulo tiroideo izquierdo) de 15 mm, que tras realización de PAAF tiroidea comienza con clínica de molestias a nivel cervical, sensación de ocupación cervical, discreta afonía y disfagia, por lo que la derivan a Urgencias, previa realización de Ecografía tiroidea, donde se observa un aumento de tamaño de la glándula de tiroides de forma bilateral y simétrica con alteración difusa de su ecoestructura, hallazgos sugestivos de afectación inflamatoria inespecífica. Durante su estancia en Urgencias presenta un aumento de la sensación de ocupación cervical, sin disnea, y ya que la paciente está doblemente antiagregada, se decide realización de TAC de cuello, donde se observa nódulo en LTI de 15 mm, con calcificación milimétrica en su interior y captación heterogénea tras la administración del CIV (contraste intravenoso), tiroides difusamente aumentado de tamaño, de densidad y captación difusamente heterogénea de forma discreta, así como aumento de la densidad y trabeculación de la grasa adyacente del espacio visceral. Dichos hallazgos condicionan discreta disminución del calibre de la luz traqueal, la cual es permeable. No se objetivan puntos de sangrado activo. Se administra Urbason y permanece en Observación, cediendo la clínica y tolerando dieta sin problemas, por lo que se procede a alta de la paciente. **RESULTADO:** Inflamación tiroidea transitoria aguda postpunción. Dos días después se le realizó control radiológico con Ecografía tiroidea, donde se apreciaba una disminución de tamaño de la glándula tiroidea difusa respecto a estudio previo.

Conclusiones:

Es un caso que nos ha parecido interesante, ya que actualmente sólo hay descritos 6 casos en el mundo.

CASOS CLÍNICOS

P-1034

PARESTESIAS: LAS GRANDES SIMULADORAS

R Almansa Castillo, T Martínez Maroto, M Vecino Montoya,
MJ Palomo Reyes, E Sánchez Maganto
Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Palabras claves: parestesias, neurocisticercosis, hematuria

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Introducción: Las parestesias son un síntoma muy difícil de valorar en urgencias, por lo muchas veces se infravaloran. Caso clínico: Mujer de 30 años natural de Honduras sin antecedentes médico quirúrgicos de interés que acude por tercera vez en 24 horas por cuadro de parestesias en hemicara izquierda, región trapezoidal y todo el miembro superior izquierdo, acompañándose de cervicalgia intensa y escapular ipsilateral. Había tomado paracetamol para el dolor. No presencia de fiebre. Asocia astenia generalizada y cefalea hemicraneal izquierda en la última semana. En las últimas 48 horas orina hematuria sin sintomatología miccional añadida. Exploración física sin hallazgos significativos y neurológicos con alteración de la sensibilidad táctil y dolorosa en hemicara y región cervical izquierda, miembro superior izquierdo hemitórax y región dorsal izquierda. Fuerza distal en miembro superior izquierdo disminuida. Resultados: El TC craneal mostraba múltiples hiperdensidades milimétricas en espacio subaracnoideo e intraparenquimatosas de distribución difusa. Radiografía de tórax y de columna cervical sin hallazgos significativos. Fue ingresada en neurología, donde se realizó una RM que mostraba hallazgos sugestivos de NEUROCISTICERCOSIS, por lo que se inició tratamiento con albendazol y corticoides que se completó hasta 14 días.

Conclusiones:

La neurocisticercosis es una entidad poco frecuente en España, siendo más habitual en Sudamérica. Ante un cuadro de estas características en un paciente procedente de dichas regiones debemos tenerla en cuenta dentro del diagnóstico diferencial. El tratamiento será individualizado en función de la clínica, además del uso de antiparasitarios como albendazol y praziquantel.

P-1035

SARCOIDOSIS PULMONAR COMO CAUSA DE DISNEA AGUDA EN UNA MUJER JOVEN

MI Correa Rosales, J Pacheco Sanjuán, MV Pacheco Sanjuán
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

Palabras claves: sarcoidosis pulmonar, neumonía, disnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer 28 años, 3 hijos, ama de casa. Antecedentes fumadora 10 cigarros día. No patología previa ni antecedentes familiares de interés. Derivada a urgencias hospitalarias por médico de familia refiriendo disnea de 20 días de evolución, escasa tos, malestar general, afebril y lo llamativo saturación basal 94%. Ha hecho tratamiento sintomático con paracetamol y antitusígenos. Hijos con infecciones respiratorias vías altas. No viajes. Un pájaro Agapornis en casa desde hacía meses. A la exploración, normotensa 75 mm en ritmo sinusal, afebril, buen estado general, eupneica, saturación basal 95%. ACR: ruidos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Al deambular 50 metros comenzó con aumento de disnea, cianosis labial, aumento de frecuencia respiratoria y saturación al 92%, todo con aceptable tolerancia. Abdomen y extremidades inferiores sin hallazgos. Nuestra primera sospecha diagnóstica fue despistaje de tromboembolismo pulmonar o neumonitis por hipersensibilidad al Agapornis o menos probable neumonía atípica. Solicitamos radiografía donde llamaba la atención infiltrado con patrón alveolointerstitial difuso y bilateral. Analítica: leucocitosis 11.800 (69%N) PCR 28 dímero D 917, EKG normal y ANGIOTAC Tórax negativo para TEP con adenopatías hiliares y patrón interstitial y en vidrio delustrado bilateral con parcheados de consolidación. Se extrajeron hemocultivos, Ag legionella y neumococo, VIH, Ag Chlamidia y Micoplasma, PCR Influenza, cultivo M tuberculosis, estudio inmunidad y ECA. Ante sospecha de sarcoidosis versus neumonitis por hipersensibilidad ingresa en neumología.

Conclusiones:

Estamos ante un caso de disnea aguda donde se pueden implicar numerosas etiologías y somos los urgenciólogos los únicos responsables de intentar diagnosticar y tratar un síntoma tan mal tolerado y tan frecuente como es la disnea. Sarcoidosis es una enfermedad multisistémica granulomatosa de causa desconocida, la hipótesis actual la relaciona con personas genéticamente susceptibles. Aparece en adultos < 50 años, más común en mujeres. Frecuentemente se presenta adenopatía hilar bilateral, infiltración pulmonar (90%), lesiones cutáneas y oculares. El diagnóstico se establece cuando los hallazgos clínico-radiológicos son sustentados por la anatomía patológica.

CASOS CLÍNICOS

P-1036

COMPLICACIÓN HERNIA HIATAL EN URGENCIAS

MI Correa Rosales, J Pacheco Sanjuán, MV Pacheco Sanjuán
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

Palabras claves: hernia hiatal, perforación por rotación, neumonía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón 67 años, panadero no hábitos tóxicos, obeso, buena calidad de vida, tratamiento con ranitidina por gran hernia Hiatal y desde hacía 2 meses fluticasona/salmeterol por posible asma en estudio. Desde hacía 1 mes disnea, febrícula y dispepsia con epigastralgia y náuseas alimentándose con comida triturada. Ingresó en neumología 7 días por infección respiratoria no condensante, se interconsultó con cirugía general durante ingreso para intervención (1 año antes se desestimó funduplicatura por alto riesgo quirúrgico). A los tres días del alta, acudió a cita con anestesta, siendo remitido a urgencias por disnea, epigastralgia, fiebre y ortopnea. Ingresó en observación saturando 97%, eupneico, normotenso y afebril. No consintió ingresar en cama y solicitó permanecer en sillón. Analítica 23.200 leucocitos, PCR 301, resto normal. Radiografía de tórax: gran hernia hiatal, cámara gástrica en tórax con dos imágenes de burbuja aérea y derrame pleural derecho (igual a previa). Fue valorado por Neumólogo e ingresó con diagnóstico de neumonía nosocomial. Esperando subir a planta, tras 16 horas del ingreso, sufre cuadro de parada respiratoria mientras desayunaba, requiriendo intubación orotraqueal. Rx control neumotórax izquierdo, nueva parada cardiorrespiratoria que se resuelve y drenaje pleural donde se observa que el contenido del líquido pleural es similar al extraído por sonda nasogástrica. Se analiza obteniendo flora polimicrobiana, leucocitosis 74.400 y amilasa de 847. Se realiza TAC toraco abdominal con contraste por SNG no demostrándose fuga. Ante la alta sospecha de perforación y el deterioro clínico, se administra azul de metileno por SNG con salida inmediata por drenaje pleural indicándose intervención quirúrgica urgente identificándose cuerpo y fundus intratorácico con necrosis pared gástrica y perforación, mediastinitis. Situación que se estimó fuera de tiempo quirúrgico e irreversible. Falleciendo.

Conclusiones:

La hernia de hiato es una patología muy frecuente en la población general, las tipo II-III pueden asociar complicaciones por incarceration, estrangulamiento o volvulación siendo difícil el diagnóstico radiológico requiriendo en ocasiones estudio endoscópico. En caso de isquemia o fracaso de la devolvulación endoscópica el tratamiento de elección continúa siendo la cirugía.

P-1037

EL SÍNCOPE CON ASISTOLIA: SU DIAGNÓSTICO E INDICACIÓN DE MARCAPASOS

JL Martínez Fernández, AF Perea Fernández, J Beteta Moya, JE Cobo Muñoz

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras claves: síncope, asistolia, marcapasos

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente varón de 41 años atendido en domicilio por 061, que sufre episodio de pérdida de conciencia y tono postural tras cuadro inicial de mareo con sudoración e hipotensión al ir al servicio por náuseas en el contexto de cuadro catarral. Durante su asistencia se detecta asistolia de más de 3 segundos, por lo que se realizó masaje cardíaco externo con aparición de bradicardia sinusal a unos 35 lpm y transitorio escape nodal alto, que mejora tras administrar adrenalina, pasando a taquicardia sinusal. En urgencias el paciente se mantiene estable hemodinámicamente con frecuencia cardíaca sobre 70. Analítica de ingreso con enzimas cardíacas e iones normales. Radiografía de tórax normal y monitorización con ECG normal. En los antecedentes no factores de riesgo cardiovascular y solo destaca síncope de características vaso-vagales de los que ha permanecido libre durante años. Se ingresa en cardiología para estudio, realizándose ecocardiografía que es normal, Holter en 24 horas que también es normal y test de tabla basculante que es positiva en fase de provocación con respuesta cardioinhibitoria (caída de TA y posterior caída de frecuencia cardíaca con aparición de asistolia, posteriormente ritmo de la unión y aparición de ritmo sinusal. Se diagnostica de síncope vasovagal con alta a domicilio y medidas de prevención.

Conclusiones:

El síncope es un cuadro clínico muy prevalente y puede deberse a tres diferentes etiologías: un mecanismo reflejo o neuromediano, un origen cardiogénico, o hipotensión ortostática. El síncope neuromediano o vasovagal es una entidad muy frecuente, que pese a su pronóstico benigno conlleva importante repercusión. En su fisiopatología forman parte tanto un componente de hipotensión como de bradicardia, un subgrupo de ellos presenta episodios acompañados de bradicardia severa e incluso asistolia y en ausencia de cardiopatía no confiere mal pronóstico, pidiéndose considerar benigna su evolución clínica a corto y medio plazo, solo precisando medidas de prevención. La implantación de marcapasos reduce las recurrencias de forma eficaz en estos pacientes, pero esta estrategia debe quedar restringida en pacientes muy sintomáticos, y antes de la implantación se les debe informar del carácter benigno de su enfermedad y de la intención no curativa del tratamiento, limitándose a la reducción de síntomas o recurrencias.

CASOS CLÍNICOS

P-1038

¡CUIDADO!: MERCANCÍA FRÁGIL

A Gil Díaz (1), JM García Alfaro (1), T Blanco Barcenilla (1), B López Cañas (2), N Campos Olivé (1), A Cherino Talens (2)
(1) Hospital de Manises, Valencia, (2) Hospital de Liria. Valencia.

Palabras claves: politraumatizado, movilización, inmovilización

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Varón de 41 años sin antecedentes personales de interés que, mientras se desplazaba en moto, sufre colisión frontal contra otro vehículo, saliendo despedido. Según informe y anamnesis del paciente, portaba casco y no sufrió pérdida de conocimiento. Presenta importante dolor a nivel de hombro derecho, antebrazo izquierdo, región dorsolumbar y pelvis. El paciente se traslada a urgencias en ambulancia con dos técnicos, en decúbito lateral izquierdo sin ningún tipo de inmovilización. A su llegada, se traslada a box de vitales, donde se moviliza en bloque hasta la posición de decúbito supino con control cervical, se coloca collarín rígido para estabilización, se canalizan dos vías venosas periféricas y se monitoriza. Se procede a reconocimiento primario y secundario, asegurando vía aérea, ventilación, estabilidad hemodinámica y neurológico, con exposición completa del paciente. Se administran fluidos y analgesia. A la exploración: agitado con importante dolor. Hombro derecho con deformidad inferior, crepitación de radio distal izquierdo y pelvis inestable con dolor en zona inguinal derecha. Se realiza inmovilización de pelvis con sábana e inmovilización de hombro y antebrazo. En pruebas de imagen se objetivan Fractura luxación de hombro izquierdo. Fractura desplazada del trocánter y de cuello anatómico de humero derecho, Fractura inestable de pelvis y diástasis de sínfisis púbica y Fractura de diáfisis de radio izquierdo. Ingresa en UCI donde se realiza intubación orotraqueal por riesgo de broncoaspiración previa sedoanalgesia. Corrigen inestabilidad hemodinámica, hiperpotasemia, pautan antibioterapia por picos febriles y se realiza fijación externa de pelvis a la espera de traslado a otro hospital para cirugía definitiva.

Conclusiones:

El objetivo a la hora de presentar este caso es reforzar la importancia de una adecuada movilización e inmovilización de los pacientes politraumatizados y como, el no hacerlo de una forma correcta, puede favorecer la aparición de lesiones previamente inexistentes y/o el empeoramiento de las que ya existen. Es fundamental un adecuado manejo de este tipo de pacientes, para lo cual, es necesario contar con un número mínimo de personal entrenado para ello y seguir unas pautas dadas e intentar así minimizar en lo posible los daños.

P-1039

ANEMIAS EN URGENCIAS

T Martín Valtierra (1), M Cancio Fanlo (1), O Recondo Goitia (2), E de Eguia Mocoroa (3)

(1) Osi Donostialdea, (2) Osi Tolosaldea, (3) Osi Tolosaldea. San Sebastián.

Palabras claves: intestinal parasites, anemia, epigastric pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente natural de Pakistán de 48 años, sin ninguna enfermedad médico-quirúrgica y sin tratamiento habitual. Acude a urgencias por tos con hemoptisis, distensión abdominal y pesadez postprandial. Afebril. Refiere astenia y anorexia al mismo tiempo. EXPLORACION: TA: 124/74 mm HG, FC: 69 lpm, Tº: 36.5°C, Saturación de oxígeno: 98 % Ac: rítmico AP: Murmullo vesicular conservado Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Pruebas complementarias: Hematíes: 3.61 mill/mm³, Hemoglobina: 5.2 g/dl, Hematocrito: 20.7%, VCM: 57.3 fl, HCM: 140.4 pg, CHCM: 25.1 g/dl, Leucocitos: 12.02 Mil/mm³ (1B, 26E, 7N, 19L, 7M), plaquetas: 467 mil/mm³, creatinina: 0.87 mg/dl, iones normales, GOT: 15 u/l, GPT: 12 u/l, Hierro: 15.6 ug/dl, Transferrina: 382 mg/dl, Ferritina: 3.19 ng/ml, Índice de saturación transferrina: 3.895 %, Ac fólico: 6.45 ng/ml, Vitamina B12: 244 pg/ml Se ingresa al paciente para trasfusión y estudio: Sangre oculta en heces: 3 muestras negativas, Ziehl esputo: No se observan b.a.a.r, Cultivo micobacterias: negativo, Tuberculosis interferón: negativo, Trep pallidum ac totales: negativo, Parásitos en heces: Huevos de Ancylostoma duodenale Rx de toras: sin alteraciones significativas, Rx de Abdomen luminograma intestinal normal TAC toraco-abdomino pélvico: Cardiomegalia, resto sin hallazgos patológicos significativos. Gastroscopia: Lesiones leucoplásticas en esófago así como gastritis aguda.

Conclusiones:

Paciente al ingreso con anemia severa de perfil ferropénico sin repercusión hemodinámica. Al ingreso se transfunden 4 concentrados de hematíes. Se realiza TAC toraco-abdomino-pélvico y gastroscopia sin hallazgos sugestivos de lesión sangrante. Evidenciándose en estudio de heces parasitosis. Se administró al alta Albendazol 400 mg en dosis única, con buena evolución. Ancylostoma gusano se trata de un gusano nematodo parásito. La patología tiene diferentes fases: Fase cutánea comienza cuando penetran la piel. Fase pulmonar cuando rompe capilares pulmonares y pasan a los alveolos progresando a los bronquiolos para llegar finalmente a la garganta. Fase intestinal, al alcanzar el intestino delgado los gusanos se adhieren a la mucosa y comienzan a alimentarse de la sangre. En infecciones fuertes los pacientes padecen de deficiencia de proteínas, piel seca, edema, distensión abdominal y puede progresar a confusión mental, parada cardio-respiratoria y la muerte.

CASOS CLÍNICOS

P-1040

ALGO MÁS QUE UN MAREO

L Muñoz Alonso, E Cañada Camara, M Rodríguez Alonso,
C García Balsalobre, L Belmonte Martínez, MP Abad Salinas
Centro de Salud San Antón. Murcia.

Palabras claves: IAM, HTA, intellectual disability

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

DESCRIPCION DEL CASO: Varón de 50 años hipertenso en tratamiento, fumador activo de 1 paquete-día, con retraso mental, sin alergias medicamentosas que acude a urgencias por sensación de inestabilidad de cuatro horas de evolución, tras una entrevista difícil, se llega a determinar que la inestabilidad referida por el paciente comienza tras un episodio de sudoración profusa, palidez cutánea y vómito mientras realizaba un esfuerzo físico, durando apenas unos minutos y unido a dolor en hombro izquierdo que el atribuye a un movimiento brusco, tomando en casa analgesia desapareciendo la clínica, excepto la sensación de inestabilidad. No refiere giro de objetos ni dolor torácico ni otros síntomas. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, consciente y orientado, eupnéico en reposo, temperatura 35,5°, frecuencia cardíaca 62 LPM, normotenso, auscultación cardíaca rítmica sin soplos con tonos apagados, auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado, sin edemas en miembros ni ingurgitación yugular, exploración neurológica normal, pupilas isocóricas normoreactivas, no nistagmus, moe plenos, facial y pares bajos íntegros, fuerza y sensibilidad conservadas, reflejos osteotendinosos presentes y simétricos, electrocardiograma: elevación de cuatro milímetros del segmento ST en la cara diafragmática, marcado descenso ST en todas las derivaciones precordiales, hemograma y bioquímica normales, troponina 0.197 Ante estos hallazgos se comienza tratamiento con doble antiagregación, solinitrina y oxigenoterapia y derivación para angioplastia primaria JUICIO CLÍNICO: infarto agudo de miocardio, coincidente con descendente anterior DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: vértigo periférico, accidente isquémico transitorio, embolismo pulmonar, patología cardíaca no isquémica, neumotórax.

Conclusiones:

Recalcar la importancia de una buena entrevista clínica a pesar del tiempo reducido en la atención en urgencias, sobre todo en este tipo de pacientes con los que es difícil establecer una relación debido a sus dificultades de expresión, dirigir nuestras preguntas hacia la clínica que sospechamos, dedicando el tiempo suficiente para entender correctamente el motivo de consulta y ordenar los síntomas cronológicamente. Tener siempre presente este tipo de patologías graves aunque su presentación no sea la típica pues sabemos que es muy variable. Aplicar las técnicas complementarias adecuadas suficientes para el diagnóstico sin demorar el tratamiento. Hacer hincapié en los factores de riesgo cardiovascular, su tratamiento y prevención y educar a la población.

A-1041

LA DISFAGIA COMO SÍNTOMA PRINCIPAL DE UN ICTUS

M Rojo Iniesta, P González Jiménez, AI Bellido Salvatier,
P Molina García, R Becerra Piñero, E Ruiz-Cabello Crespo,
R Jiménez López

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: dysphagia, neck pain, stroke

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Motivo de consulta: Incapacidad para tragar y articular el lenguaje. Anamnesis: Paciente varón de 33 años de edad, sin antecedentes personales de interés y natural de Bangladesh, que acude a Urgencias por disfagia y disartria. El día anterior comienza con cefalea occipital y dolor cervical, mientras volaba hacia nuestro país por motivos laborales. Posteriormente asocia mareos e inestabilidad, y a las pocas horas, dificultad para tragar y hablar. Acude al día siguiente del inicio de los síntomas por pérdida de sensibilidad en miembros derechos y empeoramiento del habla y disfagia (no es capaz de tragar líquidos ni sólidos). No otra sintomatología asociada. Exploración física: Tensión arterial 134/78. Afebril. Consciente. Disártrico. Disminución de la hendidura palpebral izquierda y miosis izquierda, reactiva a la luz (Horner izquierdo). No parálisis facial. Parálisis del velo del paladar izquierdo. XII par normal. Fuerza en extremidades normal. ROT presentes y simétricos. Hipostesia en miembros derechos. Marcha normal. Romberg negativo. No soplos carotídeos. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración por ORL con fibroscopio: Parálisis del pilar anterior izquierdo (Signo de Cortina). Además, se observó paresia de la hemilaringe izquierda sin compromiso de la luz glótica. Pruebas complementarias: Analítica de sangre: Hemograma con Neutrofilia, resto normal. Coagulación normal. Glucemia 127, Sodio 132, Cloro 96, resto de bioquímica normal. ECG: normal. Rx tórax: Normal. TAC de cráneo: Normal. Doppler carotídeo izquierdo: No se observa disección carotídea izquierda. RMN cráneo: Lesión isquémica en la mitad izquierda de la unión bulbomedular. Obstrucción del calibre de la arteria vertebral izquierda en su segmento intracraneal. Juicio clínico: Ictus isquémico bulbar lateral izquierdo (síndrome de Waller) Diagnóstico diferencial: Disección carotídea izquierda Tratamiento: Se inició tratamiento antiagregante con AAS y anticoagulante con HBPM y fue ingresado en planta de Neurología con buena evolución. El paciente precisó de sondaje nasogástrico para alimentación. Al alta, capaz de deglutir alimentación de consistencia pastosa, persistiendo disfagia a líquidos.

Conclusiones:

Inicialmente el paciente fue tratado como si se tratara de una cervicalgia asociada a mareos y vértigo. El médico de Urgencias en el ámbito hospitalario debe ser capaz de identificar la posibilidad de ACV ante una disfagia incluso con un cuadro de varios días de evolución.

CASOS CLÍNICOS

A-1042

MIOPERICARDITIS AGUDA VS SCA EN PACIENTE JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M Rojo Iniesta, P González Jiménez, E Ruiz-Cabello Crespo, P Molina García, R Becerra Piñero, Al Bellido Salvatier, ML Moya Rodríguez

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: myopericarditis, acute coronary syndrome, troponin

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Motivo de consulta: Dolor atraumático en miembro superior izquierdo. Antecedentes personales: NAMC. No hábitos tóxicos ni factores de riesgo cardiovascular. Linfocitosis reactiva leve en estudio por hematología. Antecedente de Charcot Marie Tooth tipo II diagnosticado en la infancia (dado de alta por Neurología). Fractura-aplastamiento de T10 y T12 tras traumatismo. Apendicectomía y herniorrafia inguinal al año de vida. Historia actual: Varón de 24 años de edad que acude a Urgencias por dolor en miembro superior izquierdo de características lanzinante, de inicio nocturno y de forma súbita que no se modifica con las posturas ni la respiración y se irradia a hemitórax izquierdo. Presenta episodio catarral con fiebre termometrada en días previos en tratamiento con antitérmicos. A su llegada a Urgencias persistencia del dolor. Exploración física: Buen estado general. Tensión arterial 126/69, Frecuencia cardíaca 105lpm, Tª 36.3°C. SatO2 100%. ACR: MVC sin ruidos patológicos. Tonos rítmicos sin soplos ni roces. EEII: No edemas. Pulsos presentes y simétricos. Movilidad en MSI conservada y no dolorosa. Pruebas complementarias: ECG a su llegada: Ritmo sinusal a 90 lpm, Elevación cóncava de ST entre 1-2mm en cara inferior y lateral. Descenso de 1mm de V1-V3. En analítica de sangre destaca aumento de marcadores de enzimas cardíacas: Troponina 6,5 que ascendió hasta 20.5 y CK-MMB 448 que ascendió hasta 736. Rx tórax: Normal. ETT: No derrame pericárdico. Hipocinesia en cara inferior. FEVI conservada. Se realiza TAC de coronarias: Sin lesiones significativas en el árbol arterial coronario. Se ingresa al paciente en Unidad Coronaria hemodinámicamente estable y persistiendo molestia opresiva precordial, además de síntomas catarrales. Se instaura tratamiento con analgesia, beta-bloqueantes e IECAS. Juicio clínico: Miopericarditis aguda vs SCACEST.

Conclusiones:

Puesto que se trataba de un paciente joven, con antecedente de infección respiratoria se postuló como opción diagnóstica más probable miopericarditis de probable origen infeccioso. Sin embargo, no se podía descartar la realización de otras pruebas complementarias como el TAC de coronarias para descartar un SCA en el contexto de curva enzimática compatible con SCA (Elevación de TnI hasta hacer pico de 20 y descenso posterior, sin niveles mantenidos ni oscilaciones). Al alta se solicita RMN cardíaca.

P-1043

DIAGNÓSTICO DE UNA DISECCIÓN DE AORTA MEDIANTE ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS

A Bautista Hernández, K García Lombardía, JM Aguilar Mulet, C del Arco Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Palabras claves: back pain, aortic aneurysm, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: Utilidad en urgencias de la ultrasonografía en el diagnóstico de emergencias vasculares. Objetivos: Varón de 65 años hipertenso y dislipémico, sin antecedentes de interés. Realiza tratamiento habitual con nifedipino 30 mg y simvastatina 20 mg. Acude en ambulancia al servicio de urgencias por cuadro de instauración brusca hace 15 días tras caída casual, de lumbalgia muy intensa irradiada a las caras posteriores de miembros inferiores, que aparece exclusivamente al movilizarse pero carecía de las características propias del dolor mecánico. Material o paciente y métodos: Exploración física TA 110/52 mmHg, FC 65lpm, FR 18 rpm, afebril. Presentaba buen estado general y nivel de conciencia, bien perfundido y coloreado. Exploración cardiopulmonar y abdominal normal. Tenía pulsos presentes y simétricos en todos los miembros. Sin lesiones ni asimetrías en la columna lumbar, ni dolor a la palpación, ni déficit motor o sensitivo en miembros inferiores. Los signos de Lasegue y Bragard eran negativos y los reflejos osteotendinosos simétricos. En la analítica destacaba una hemoglobina de 12.5gr/dl siendo la previa normal y leucocitosis de 11.640 con desviación izquierda. La radiografía simple de columna lumbar descartó lesiones óseas. Realizamos una ecografía abdominal a pie de cama y observamos aneurisma en aorta abdominal de 6cm de diámetro con imagen en su interior compatible con trombo intramural. Confirmamos nuestra sospecha clínica al realizar un TC abdominal que mostró un aneurisma roto de aorta infrarrenal de 66mm de diámetro y hematoma retroperitoneal en el trayecto del psoas derecho. Se procedió a implantación de prótesis endovascular.

Conclusiones:

La lumbalgia aguda es una de las patologías más incidentes en los servicios de urgencias y la anamnesis y exploración física siguen siendo la piedra angular para su valoración. Únicamente el 5% de estos cuadros son potencialmente graves, siendo uno de ellos la patología aórtica. Actualmente contamos con la ecografía clínica como nueva herramienta para el diagnóstico precoz de situaciones que suponen un riesgo vital para el paciente. Es una prueba sencilla, con una sensibilidad del 98% en manos de médicos de urgencias y con una curva de aprendizaje muy rápida.

CASOS CLÍNICOS

P-1044

ENCEFALITIS POR GRIPE A

E Quero Motto, LM Muñoz Gimeno, B Palazón Cabanes,
EJ Martínez Lerma, A Cantero Sandoval, R S Rojas Luán
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Palabras claves: encefalitis, gripe humana, epilepsia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: La gripe es una enfermedad viral de evolución favorable, pero ocasionalmente acarrea graves complicaciones. La afectación del sistema nervioso central (SNC) por el virus de la gripe A es una complicación rara, con un diagnóstico complejo, por presentar una sintomatología heterogénea e inespecífica, con escasas manifestaciones patológicas en el líquido cefalorraquídeo (LCR), que suele ser normal. **OBJETIVO:** Presentar un caso de presentación atípica de gripe A, consistente en deterioro neurológico progresivo y crisis epilépticas. **PACIENTE:** Escolar de 11 años, sin antecedentes de interés, que comienza, la tarde antes de su ingreso, con un cuadro de somnolencia, bradipsiquia y bradilalia, autolimitado en unos 30 minutos que se atribuyó a una reacción adversa a metoclopramida. A las 12 horas, presenta un episodio de desconexión del medio acompañado de rigidez tónica de la hemicara izquierda, afasia y hemiplejia braquiocrural izquierda, acompañado de vómitos y relajación de esfínteres, de unos 15 minutos según refería la familia. Como antecedente reciente destacaba un cuadro catarral de vías altas, que cursó sin fiebre. **RESULTADOS:** A su llegada a urgencias: TA:98/63 mmHg T°:36.5° FR:21rpm FC:100 lpm SatO₂: 95%. A uscultación cardiopulmonar normal, neurológico: somnoliento con respuesta a estímulos intensos y al dolor [Glasgow 8-9(O1,V3-4 M5)], con mínima obediencia a órdenes y movimientos no dirigidos, sin clara focalidad, que se interpreta como cuadro postictal. Exploraciones complementarias: analítica muestra leucocitosis con neutrofilia, radiografía de tórax y Tc craneal simple sin hallazgos patológicos. Se realiza punción lumbar por persistencia de bajo nivel de conciencia, con obtención de LCR con citobioquímica normal y electroencefalograma de urgencia que informa de actividad anormal de aspecto corticosubcortical, con signos de sufrimiento cerebral de tipo focal sobre áreas frontales de hemisferio derecho. Con la sospecha de un cuadro infeccioso del SNC (encefalitis). El paciente ingresó en unidad de cuidados intensivos con tratamiento antibiótico empírico (Ceftriaxona 2 g) y antiepiléptico (fenitoína). La resonancia magnética cerebral evidenció hiperseñal y engrosamiento cortical frontotemporal bilateral de predominio derecho y esclerosis mesial izquierda, sugestivo de encefalitis, se detectó positividad para PCR de virus Influenza. Fue dado de alta con diagnóstico de probable encefalitis frontal derecha secundaria a gripe A, con buena evolución.

Conclusiones:

Aunque la evolución natural de las enfermedades víricas sea favorable y sus complicaciones excepcionales, siempre debemos estar alerta, especialmente en niños, puesto que la afectación neurológica puede alcanzar el 10% de los casos y a menudo presentan un diagnóstico complejo y un pronóstico infausto.

CASOS CLÍNICOS

P-1045

¡ME DUELE EL PECHO!

Al Uta (1), CE Uta, 2), C Isanta Pomar (1), R Regla Marín (1), EM Senra de la Fuente (3)

(1) San José Centro, (2) Almozara, (3) San José Norte. Zaragoza.

Palabras claves: acute idiopathic pericarditis, pericarditis guidelines, strategies treatment pericarditis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Antecedentes personales: plasmocitoma solitario humero derecho tratado con radioterapia. Anamnesis: Paciente de 72 años acude a Urgencias, remitido por su Médico de Cabecera, por dolor precordial opresivo de 2 días de evolución, que aumenta con la inspiración profunda. Por la mañana había presentado sudoraciones sin náuseas o vómitos. En los días previos había presentado cuadro catarral. El dolor ha cedido con Cafinitrina sublingual administrada en Centro de Salud. Exploración: AC: rítmica con soplo sistólico en foco aórtico y pulmonar. AP: crepitantes bibasales. Abdomen anodino. ECG: ritmo sinusal con ascenso del ST cóncavo en I, II, III, aVF, V5 y V6. Sin cambios en ECG seriados. Analítica sangre: enzimas cardíacas normales, hemograma leucocitosis con desviación izquierda. Rx tórax: lesión osteolítica humeral derecha ya conocida. Ecocardio: sin signos de derrame ni alteración de la contractilidad. HVI ligera con alteración diastólica. Tratamiento: Ingresa en Cardiología. Diagnóstico: Pericarditis aguda. Evolución: En nueva analítica, destaca alteración del perfil hepático, por lo cual se solicita ecografía abdominal, siendo esta normal. Serología: hepatitis B pasada. Dada la buena evolución con AAS 500mg cada 8 horas y la normalidad de las pruebas complementarias se procede al alta con control posterior por médico de cabecera y especialistas. El paciente vuelve a Urgencias dos semanas más tarde por aumento del dolor en zona submamaria izquierda que empeora con los movimientos del tronco y la inspiración profunda sin fiebre o cuadro catarral en los días previos. En nueva Rx tórax se observa derrame pleural izquierdo. Comentado con Cardiología, podría tratarse de una complicación de la pericarditis, pero dado sus antecedentes, ingresa en Medicina Interna para estudio de otras etiologías. En planta, en analítica de sangre destaca D-dímero elevado. Se solicita TAC tórax: no se observa TEP, derrame pleural y pericárdico. Ecocardio: ligero derrame pericárdico, resto sin cambios. Diagnóstico: pleuropericarditis aguda idiopática. Tratamiento: Enantyum IV con mejoría del dolor siendo. Evolución: revisión por Cardiología y una vez controlado el dolor se decide alta hospitalaria con tratamiento antiinflamatorio y seguimiento por el cardiólogo de área.

Conclusiones:

La pericarditis es causa de dolor torácico de varias etiologías. A pesar de los avances en los métodos diagnósticos, la causa más común es idiopática. Desde hace años no han habido cambios en el tratamiento: AAS, AINE o Colchicina.

P-1046

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ¿TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA DE URGENCIAS?

E Prado Mel, F Moreno Calatrava, M Gil López

Hospital Nuestra Señora de la Merced. Osuna, Sevilla.

Palabras claves: anemia hemolytic autoimmune, myocardial ischemia, therapeutics

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 49 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide en tratamiento con olanzapina, fluoxetina y trazodona. Acude a urgencias por malestar general inespecífico, astenia intensa de dos-tres días de evolución, disnea y dolor torácico. A la exploración el paciente presenta regular estado general, consciente, bien hidratado, ictericia de piel y mucosas, eupneico, sin trabajo respiratorio. Sus constantes a la llegada fueron Tensión arterial: 130/70. Frecuencia cardíaca: 130 latidos por minuto. Saturación Oxígeno 98%. En analítica se observó: anemia con Hb 5 g/dL y hematocrito 15.7%; Leucocitosis con 30.570 mil/mm³ (61.3 % Neutrófilos, 28% linfocitos), Plaquetas 390 mil/mm³; hiperglucemia: Glucosa 464.6 mgr/dL; Función renal e iones normales; Bb total 4.04 mgr/dL, LDH 1999 U/L, GOT 46 U/L, Troponina 104 ng/L. Inmunoematología: Test de Coombs directo IgG: positivo. Coagulación: alargamiento de tiempo de protrombina 17.8 segundos y disminución de actividad de protrombina en 58%. Ecografía de abdomen: esteatosis hepática sin signos de hipertensión portal, resto normal. ECG: ritmo sinusal a 130 lpm, ondas Q patológicas en cara inferior y V6, ST infradesnivelado en cara lateral alta. Ante la inestabilidad del paciente se contacta con el servicio de cuidados intensivos, estableciéndose la duda sobre la idoneidad de transfusión sanguínea ante el carácter autoinmune de la anemia. Se contacta con el servicio de hematología, estableciéndose como primera medida terapéutica corticoterapia, metilprednisolona a 1 mg/Kg en bolo. Tras varias horas de la administración, el paciente presenta mayor dolor torácico con disminución de cifra de hemoglobina, 4 g/dL, or lo que se inicia transfusión lenta de tres concentrados de hematíes, siendo bien tolerados por el paciente. A los tres días, tras tratamiento con Inmunoglobulinas Intravenosas y transfusiones de concentrados de hematíes periódicas es derivado a la unidad de cateterismo con oclusión de arteria circunfleja y coronaria derecha y colocación de stent.

Conclusiones:

La transfusión sanguínea en pacientes con anemia hemolítica autoinmune no es la primera medida terapéutica por el propio carácter autoinmune, debiéndose valorar estrechamente la situación crítica de cada paciente. Sólo cuando las alternativas terapéuticas disponibles hayan fracasado en la estabilización del paciente, la transfusión estaría indicada.

CASOS CLÍNICOS

P-1047

CASO CLÍNICO: MIOPERICARDITIS AGUDA

P Blanco Lapeña (1), U Blanco Fuentes (2),
C Fernández Barreras (1), S García Santisteban (1),
A Cid Fernández (1), V Álvarez Fernández (1)

(1) Hospital Universitario de Álava, (2) Emergentziak Osakidetza.
Vitoria-Gasteiz.

Palabras claves: miocarditis, pericarditis, dolor torácico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 21 años con dolor centrotorácico opresivo de inicio súbito, no pleurítico ni mecánico, con disnea, sin cortejo vegetativo. Cuadro catarral previo. Antecedentes personales: fumadora, asmática, toma anticonceptivos orales. Sin otros factores de riesgo cardiovasculares. Exploración y pruebas complementarias: Constantes y ACP normales. Sin IY. ECG: ST descendido con T negativas de V1-V3, normalizado en 3 días. Analítica: CK 294-484 U/l, TnI 3191-9372 pg/ml, PCR 23 mg/l, dímero D 840. Resto normal. Gasometría arterial, Rx tórax y ecocardiograma normales. TAC torácico sin TEP ni derrame cardíaco o pleural. CRM: FE normal, sin derrame, realce subepicárdico de patrón no isquémico, anterolateral e inferolateral basal y medio relacionado con miocarditis. Juicio clínico: Miopericarditis aguda con FEVI conservada. Diagnóstico diferencial: Cardiovascular (SCA, vasoespasmos, disecciones, miocarditis, pericarditis, taponamiento ...), intoxicaciones, feocromocitoma, patología de pared torácica, gastrointestinal (esófago, pancreatobiliar, úlceras...), pulmonar (TEP, neumonía, cáncer, broncoespasmo, neumotórax...), del mediastino (mediastinitis, tumores...), psiquiátrica (ansiedad, depresión, simulación...).

Conclusiones:

Pericarditis y miocarditis se asocian en el 15% de los casos diagnosticados de pericarditis aguda probablemente por la coexistencia de agentes etiológicos comunes (especialmente víricos). El principal síntomas es el dolor, frecuentemente difícil de distinguir del coronario, más si se acompaña de cambios en el ECG y elevación de los biomarcadores cardíacos. La fiebre, astenia, mialgias y cuadro catarral previo ayudan al diagnóstico. Cambios ECG típicos: elevación difusa del ST y descenso de PR con posterior normalización e inversión difusa de T. Los cambios atípicos son frecuentes, sobre todo en miopericarditis: ascenso focal de ST, inversión de T. Reflejan implicación epicárdica o miocárdica puesto que el pericardio parietal es eléctricamente silente. La elevación de biomarcadores sugiere daño miocárdico encaminando el diagnóstico hacia miopericarditis. La CRM confirma implicación miocárdica, identifica miocarditis focal o difusa y permite diferenciar inflamación miocárdica de infarto o necrosis miocárdica. Por

ello, el diagnóstico diferencial se planteaba complicado siendo las primeras opciones la pericarditis (aunque con ECG y dolor torácico atípico), el neumotórax (descartado por radiografía), y, por antecedentes (ACO y tabaquismo) y clínica, fue imprescindible descartar el TEP. La enfermedad isquémica era poco probable por edad. Así pues, al diagnóstico definitivo se llegó por descarte y con la CRM.

CASOS CLÍNICOS

P-1048

PÉRDIDA DE VISIÓN MONOCULAR EN UNA MUJER DE 43 AÑOS

C Marco López, JL Sierra Monzón, C Caramello Álvarez
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: agudeza visual, neuropatía óptica, meningioma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Uno de los mayores problemas del diagnóstico oftalmológico en Urgencias es la pérdida visual en ausencia de lesión estructural del ojo, cuya causa puede ser oftalmológica, neurológica o psicógena. Lo más importante será determinar si la pérdida se debe a un defecto de refracción (la agudeza visual (AV) mejorará cuando el paciente mire a través del agujero estenopeico) o si está relacionada con un trastorno oftalmológico o neurológico. Mujer de 43 años sin antecedentes, que presenta disminución de la agudeza visual de ojo derecho (OD) de 1 semana de evolución. Valorada por su Médico de Familia hace 3 semanas por dolor ocular, escozor y sensación de cuerpo extraño en ambos ojos, sin mejoría tras tratamiento antibiótico y corticoide tópico. La exploración oftalmológica revela una AV de 0,6/1 en OD que no mejora con agujero estenopeico y de 1/1 en ojo izquierdo. El polo anterior y el fondo de ojo resultan normales, así como la presión intraocular y la función pupilar. Se objetivó discromatopsia de OD al realizar el test de Ishihara y disminución generalizada de la sensibilidad ipsilateral en el campo visual. La tomografía de coherencia óptica (OCT) resultó sin hallazgos. Ante la sospecha de neuritis óptica retrobulbar (no se evidencia edema de papila en el fondo de ojo y el OCT es normal) se decide ingreso en Neurología para realización de resonancia magnética en la que se aprecia tumoración extraaxial compatible con meningioma. Se trata de una paciente con diagnóstico de neuropatía óptica infiltrativa por meningioma, a la que se le realizó exéresis del mismo un mes después del inicio del cuadro, confirmándose el diagnóstico histológicamente y con evolución postoperatoria favorable.

Conclusiones:

Sospecharemos una neuropatía óptica retrobulbar ante un paciente que presenta pérdida de visión monocular sin objetivar afectación del nervio óptico. La edad de aparición es un factor importante, de modo que, ante una neuropatía aguda en un paciente joven debemos descartar un proceso desmielinizante, mientras que si se trata de un paciente anciano pensaremos en un proceso isquémico (presencia de factores de riesgo cardiovascular) o en una arteritis de la temporal (aumento de VSG o PCR).

P-1049

FIBRILACIÓN VENTRICULAR IATROGÉNICA: ATENTADO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AM Jurado Carmona (1), V Martínez Prieto (2), AM Pozo Cascajosa (3), G Cortés Peralta (3), EJ Pastrana Gallego (3), A Ferrer Pertinez (3), M Romero González (3)

(1) Har Écija (Sevilla), (2) Har Écija, (3) Samu Madrid. El Arrecife.

Palabras claves: adverse effects, ventricular fibrillation, flecainide

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: Hoy en día, la flecainida se recomienda como una de las primeras terapias de línea para la conversión farmacológica y el mantenimiento del ritmo sinusal en pacientes con fibrilación auricular y / o taquicardias supraventriculares pero, a veces puede tener efectos adversos y comprometer la seguridad del paciente. **OBJETIVO:** Tener en cuenta el potencial proarrítmico de la flecainida. **MATERIAL Y MÉTODOS (CASO):** Mujer de 75 años que acude porque anoche, hace menos de 8 horas, comenzó con dolor en epigastrio que irradia a espalda, nota palpitaciones y nerviosismo, sensación de ahogo. Refiere episodios similares autolimitados por los que no ha consultado. **AP:** No alergias medicamentosas, HTA, DM tipo II, Dislipemia, cefaleas tensionales, excelente calidad de vida. **Tratamiento:** Irbesartan /HCTZ 150/12.5 mg, Metformina 850 mg/8 h, Glicazida 30 mg/8 h, Simvastatina 40 mg/24 h, clorazepato 5 mg/24 h. **Exploración y pruebas complementarias:** BEG, Consciente y orientada, normohidratada, bien coloreada, eupneica en reposo con FiO2 ambiente. **ACR:** tonos taquiarritmicos, sin soplos ni extratonos, MVC sin ruidos sobreañadidos. **MMII** leves edemas bimaolares. **Pruebas complementarias:** ECG: FA con RVR a 160 lpm. **Análítica:** HB 9.5 g/dl, Hto 31.3%, VCM 86.7 fl, leucocitos 9.83 mil/mm3, plaquetas 299000/mm3. **Perfil bioquímico básico,** abdominal, troponina y coagulación, todo normal. **GSV** pH 7.36. **Rx tórax:** realizada a posteriori, cardiomegalia. **RESULTADOS:** Se decide cardiovertir farmacológicamente y se administra Flecainida 1 ampolla en 100 SSF iv y a los 5 minutos, comienza con una taquicardia de QRS ancho, procediéndose a cardiovertir eléctricamente previo consentimiento informado de la paciente y previa sedoanalgesia con Midazolam y Fentamilo iv. Pasa a ritmo sinusal a 100 lpm, administrándose Enoxaparina 80 mg Sc y ½ ampolla de Flumazenilo. Pasa a Observación CHAD2DSVASC2: 4 puntos, HASBLED 2 puntos.

Conclusiones:

El tratamiento de la FA RVR menos de 48 horas de evolución, tratada con Flecainida iv puede inducir una FV iatrogénica que requiere cardioversión eléctrica, por ello, antes de usar flecainida, debemos enlentecer la FC de la taquiarritmia supraventricular del paciente usando betabloqueantes (primera elección) o verapami-

CASOS CLÍNICOS

lo. Minutos después de estos, ya podríamos usar los antiarrítmicos, asegurándonos siempre de la no existencia de cardiopatía estructural preservando integridad y seguridad del paciente.

P-1050

MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE URGENCIAS EN UN BODY PACKER ESTREÑIDO

E Sánchez Torres (1), C Pedrosa García (1), D García Ávalos (2)

(1) Complejo Hospitalario de Jaén y Centro de Salud José López Barneo, (2) Complejo Hospitalario de Jaén y Centro de Salud de El Valle. Jaén.

Palabras claves: medicina de emergencia, cannabis, endoscopia gastrointestinal

Ámbito del caso:

Ambos

Historia Clínica:

- INTRODUCCIÓN: Varón de 23 años residente en un centro penitenciario, que acude al servicio de Urgencias Hospitalarias acompañado por la policía.- OBJETIVO: El transporte de drogas ilegales en el interior del organismo (body packer) representa un problema médico-legal y un riesgo vital para el portador, por lo que los médicos de Urgencias tenemos que conocer su manejo diagnóstico y terapéutico.- MATERIAL O PACIENTE Y MÉTODOS: Antecedentes personales: hernioplastia umbilical hace ocho años, sin tratamiento habitual y sin alergias medicamentosas conocidas. Refiere náuseas y dolor abdominal en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda en relación con la ingesta de "bellotas de hachís" hace diez días y que aun no ha defecado, hecho que preocupa al paciente y al personal sanitario por el riesgo vital que puede desencadenar. A la exploración física destaca dolor a la palpación profunda de fosa ilíaca izquierda con defensa; resto sin hallazgos. Respecto a las pruebas complementarias: analítica con hemograma y bioquímica y radiografía de tórax sin alteraciones patológicas significativas; radiografía de abdomen (imágenes): se identifican dos cuerpos extraños en hipocondrio izquierdo, de morfología ovalada, localizados en fundus gástrico, resto sin alteraciones. Tras fallar el manejo conservador con procinéticos los días previos, se valora con Digestivo y Cirugía general y se procede a realizar gastroscopia urgente, lográndose extraer mediante cesta los dos cuerpos extraños. Al alta se le recomienda iniciar dieta de forma progresiva e ingesta de protector gástrico durante una semana.- RESULTADOS: Extracción de cuerpos extraños gástricos en un portador corporal de droga.

Conclusiones:

En la mayoría de las ocasiones la actitud expectante mediante el tratamiento conservador con procinéticos resulta ineficaz, teniendo en gran parte de los casos que recurrir a la endoscopia o a la cirugía para extraer los cuerpos extraños. Los médicos de Urgencias tenemos que estar formados para actuar rápidamente ante esta situación debido al riesgo vital que su intoxicación aguda puede tener para el paciente transportador de droga.

CASOS CLÍNICOS

P-1051

DIFERENTES APORTACIONES DE LA ECOGRAFÍA EN LA ACTIVIDAD ELÉCTRICA SIN PULSO

I García Suárez, L Hernández Sánchez, MD Macías Robles, M Pajín Collada, B Paredes Ojanguren, A Fernández SanMartín
Hospital San Agustín. Salinas (Castrillón).

Palabras claves: parada cardiorrespiratoria, ecografía, ecocardiografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Introducción: La aportación de la ecografía a los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) ha permitido mayor rapidez y seguridad tanto para la realización de procedimientos como de diagnósticos. Los diferentes organismos mundiales de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) están introduciendo protocolos de ecografía en sus próximas revisiones, lo que se traducirá en un mejor manejo de la Actividad Eléctrica sin Pulso (AESP) ganando un tiempo de "oro" en la reanimación del paciente. El protocolo de evaluación ecocardiográfica en el soporte vital (FEEL) tiene como objetivo diagnosticar o excluir algunas de las causas potencialmente tratables de un paro cardíaco, incluyendo taponamiento, embolia pulmonar masiva, disfunción ventricular severa e hipovolemia, así como la fibrilación ventricular fina no diagnosticada por ECG de superficie. **Objetivo:** En el SUH demostrar que la utilización de la ecografía en la atención del paciente en parada cardiorrespiratoria (PCR), permite la realización tanto de diagnósticos como apoyo de las diferentes técnicas de tratamiento. **Material o pacientes y método:** A través de un caso demostrativo atendido en el SUH de nuestro centro en situación de PCR, al que se le realizaron una serie de protocolos ecográficos, dentro de la AESP, así como en apoyo a la intubación orotraqueal (IOT), acceso venoso central, y la re-evaluación sistemática de la situación del paciente. **Resultados:** Varón de 70 años, traído al SUH en situación de PCR, como antecedentes de interés destacaba: HTA, diabetes no insulino-dependiente y obesidad. Se iniciaron las maniobras de RCP siguiendo protocolo de AESP, que incluyó protocolo ecocardiográfico FEEL, así como rastreo de grandes vasos abdominales, objetivándose un aneurisma de arteria ilíaca izquierda de 54 mm con abundante líquido libre. En la IOT se utilizó apoyo ecográfico para visualización y comprobación correcta de la técnica. Se realizó acceso venoso en femoral derecha mediante punción eco-guiada. Durante los 30 minutos de PCR, se realizó re-evaluación ecográfica continua y tratamiento intensivo de hipovolemia hasta exitus final.

Conclusiones:

La ecografía incluyendo protocolo ecocardiográfico FEEL en la atención de PCR en el SUH aporta seguridad y rapidez en la toma de decisiones en pacientes con AESP. La técnica eco-guiada permitió una cateterización fácil, rápida y segura.

P-1052

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO EN SERVICIO DE URGENCIAS

A Odiaga Andicoechea, A Argintxona Martín, I Barrenechea Barruetabeña, ME Alonso Gómez, E Echezarraga Ugalde, A Alday Beraza

Hospital Gernika-Lumo. Bilbao.

Palabras claves: pulmonary embolism, deep venous thrombosis, acute pulmonary thromboembolism

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

INTRODUCCIÓN La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) puede presentarse en forma de trombosis venosa profunda (TVP) o de tromboembolismo pulmonar (TEP), incidencia entre 100-200/100.000 habitantes. El TEP es una emergencia médica definida por oclusión del lecho arterial pulmonar generalmente por trombo, clínicamente inespecífico su diagnóstico es difícil resultando imprescindible valorar conjuntamente historia clínica, reglas de predicción clínica diagnósticas (RPCD) y pronósticas (RPCP), analítica y técnicas de imagen. El tratamiento inmediato y a largo plazo reduce la morbimortalidad. **OBJETIVO** Actualizar el diagnóstico y tratamiento del TEP agudo en urgencias. **MÉTODO** Se realiza revisión bibliográfica clínica narrativa del TEP agudo a propósito de un caso clínico, utilizando textos de medicina basada en la evidencia, guías de práctica clínica, artículos originales y opinión de expertos. **PACIENTE** Presentamos un varón de 32 años sin antecedentes médico quirúrgicos que acude por síncope y malestar general. En tratamiento con media compresiva y ALNES por posible rotura fibrilar. Hemodinámicamente estable a su llegada en el ECG: taquicardia sinusal, BIRDHH, patrón S1Q3T3, la analítica muestra plaquetopenia, dímero-D, troponina T y NT-proBNP elevados, el angio-TAC describe defectos de repleción en ambas arterias pulmonares y dilatación del ventrículo derecho (VD). Ingresó en UCI hemodinámicamente estable, fue tratado con enoxaparina a 1.5 mg/kg/día y acenocumarol, se realizó ecocardiograma transtorácico (ETT) con dilatación y disfunción severa VD, la ecodoppler venosa (EDV) muestra TVP en ilíaca común izquierda y cava inferior. Completándose estudio de hipercoagulabilidad al alta tratado con acenocumarol.

Conclusiones:

El TEP cursa con clínica inespecífica, debemos diagnosticarlo y tratarlo precozmente para reducir la morbimortalidad, utilizando: historia clínica, RPCD (escala de Wells) y exploraciones complementarias: dímero-D y angioTAC multicorte. En fase aguda, RPCP como la Pulmonar Embolism Severity Index (PESI) ayudan a estratificar riesgo de mortalidad precoz. Pacientes hemodinámicamente estables se tratan con oxígeno, fluidoterapia y anticoagulación parenteral hasta dosis terapéuticas de anticoagulación oral (AO).

CASOS CLÍNICOS

En la mayoría de pacientes se usan antagonistas vitamina K con rango INR 2-3 durante mínimo 3 meses. Pacientes con shock o hipotensión son candidatos a trombolisis. En pacientes con TVP y cáncer, las heparinas de bajo peso molecular son de elección. El tratamiento anticoagulante a largo plazo valorando riesgo de sangrado servirá para prevenir recidivas.

P-1053

¿UN SIMPLE DOLOR DE ESPALDA? PARAPLEJÍA SECUNDARIA A ABSCESO EPIDURAL DORSAL

FB Osorio Gallardo, L Berriozabal Díaz, MN Cortés Virtus, A Eguzkitza Ortega, AJ Masie Mebuy, F Melgosa Latorre, R Ollés Puyol

Hospital Alto Deba. Mondragón (Guipúzcoa).

Palabras claves: absceso, epidural, paraplejía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón 60 años, HTA, ACFA, Adenocarcinoma pulmonar 2011, con lobectomía inferior derecha (no recidivas), Asma Bronquial. Anti-coagulado con Sintrom. Valorado en urgencias en varias ocasiones en una semana, por dolor en región dorsolumbar, no traumático, afebril, evolucionando a parestesias en ambas piernas, retención urinaria y estreñimiento las últimas 48 horas. La exploración física temprana fue anodina salvo dolor a la palpación en musculatura paravertebral. Exploración física posterior: parestesias en ambas piernas desde ingles, flexión plantar bilateral 4/5, dorsal 4/5, eleva extremidad sin mantenimiento contrarresistencia, reflejos rotulianos simétricos y normales, Aquiles difícil de valorar. Vascular distal conservado. Analíticas solo elevación de la PCR sin leucocitosis. Una semana antes Gammagrafía ósea (control neoplasia) normal. ECO abdominal normal. Radiografía de tórax: cambios postquirúrgicos de Lobectomía inferior derecha. RMN: Lesión epidural posterior de T5-T8 (10 cm longitud) que estenosa canal y oblitera saco tecal. DIAGNÓSTICO: posible lesión metastásica/hematoma epidural encapsulado, sin descartar sobreinfección del mismo. Tratamiento: Laminectomía descompresiva desde T5-T9. Se encontró en el espacio epidural material purulento que se evacuó y analizó: Staphylococcus aureus meticilin sensible, tratado con Cloxacilina. Tras la intervención mejoría inmediata del dolor y recuperación de sensibilidad en las piernas, Actualmente aún en Rehabilitación para mejoría motora.

ABSCESO EPIDURAL. Colección purulenta localizada entre la duramadre y el canal medular. Originado por extensión directa o diseminación de foco lejano. Staphylococcus aureus causa más frecuente. Incidencia 1/10000 pacientes, edad promedio 60 años, localización más frecuente dorsolumbar. En la porción anterior o posterior del espacio epidural. Suele ocupar 4-5 segmentos vertebrales, puede causar lesión medular por compresión mecánica directa o indirectamente por trombosis del plexo venoso espinal. CLÍNICA: Fiebre, dolor, radiculopatía y déficit motor. RMN estudio diagnóstico de elección. TRATAMIENTO: drenaje quirúrgico + antibioterapia PRONÓSTICO: En función del estado neurológico del paciente al ingreso, precocidad diagnóstica e instauración de tratamiento médico-quirúrgico temprano.

CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

- El absceso epidural espinal es una urgencia medico quirúrgica. Patología infrecuente, de reconocimiento no siempre fácil. - Diagnóstico diferencial en dolores osteomusculares de evolución tórpida.

A-1054
LOS REFLEJOS, LOS GRANDES OLVIDADOS EN LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA EN LA URGENCIA

M Parras Cordovés, I Fortuny Esterri, MA Moreno Planelles, M Borja Díaz, F Camón Iglesias, A Crespo Giménez, N Rodrigo Saiz

Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Palabras claves: neurological reflexes, Guillain-Barré syndrome, facial diplegia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Objetivo: Hacer hincapié y rescatar la importancia de una exploración neurológica exhaustiva en la urgencia donde más del 50% de los motivos de consulta en pacientes jóvenes son la astenia y la focalidad neurológica inespecífica. Material y método: Por medio de la historia clínica, exploración y finalmente pruebas complementarias. Historia clínica: Motivo de consulta: Parestesias. Antecedentes personales: Hipertensión y trastorno ansiosodepresivo. Tratamiento habitual: Atenolol y paroxetina Historia actual. 1. Acude el primer día a urgencias por sensación de entumecimiento en miembros inferiores sin otra clínica. Hemodinamicamente normal en el triaje. Se realiza una exploración neurológica somera y se da de alta para seguimiento por su MAP. 2. A las 24 h vuelve a urgencias por sensación de pérdida de fuerza en labio superior y parestesias en región distal de miembros superiores. Se repite exploración general y neurológica y se vuelve a dar de alta con las recomendaciones del día anterior. 3. A las 72 h vuelve a la urgencia por imposibilidad para mover el labio superior y para el parpadeo con aumento de debilidad en miembros inferiores. En la exploración neurológica en este momento ya se objetiva: Exploración física: Diplejia facial. No alteración de MOES. No debilidad de flexores del cuello y quizá mínima distal. Debilidad 4/5 en iliopsoas, flexores de la rodilla y dorsiflexores y extensores del pie. Imposible talones y puntillas. Marcha anadeante con componente atáxico. Hipoestesia distal leve. Arrefléxico en EEII. Con la sospecha diagnóstica de Síndrome de Guillén Barré ingresa en neurología. Se confirma el diagnóstico con una punción lumbar y se trata con inmunoglobulinas con buena respuesta.

Conclusiones:

Más de un 50% de los motivos de consulta en gente joven en la urgencia hospitalaria entran en el fondo de saco de los síntomas neurológicos, yendo además en muchas ocasiones de la mano de los trastornos de ansiedad. En el caso que nos ocupa una exploración neurológica completa el primer día nos hubiera hecho sospechar el diagnóstico ya que lo primero que se pierde en el SGB son los reflejos.

CASOS CLÍNICOS

P-1055

REACCIÓN URTICARIAL ATÍPICA Y FIEBRE

A Garre García, E Quero Motto, E Mónico Castillo, A Hernández Molina, A Cantero Sandoval, RS Rojas Luán
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Palabras claves: eritema, dermatología, urgencias médicas

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: La patología dermatológica es percibida por el paciente de modo alarmante, por lo que la solicitud de consulta urgente es elevada. Las causas de fiebre y lesiones cutáneas son múltiples, el objetivo en Urgencias es reconocer precozmente aquellas entidades que pueden suponer un compromiso vital. **OBJETIVO:** Presentación de un caso de lesiones cutáneas y fiebre y su manejo en un Servicio de Urgencias. **PACIENTE-MÉTODO:** Paciente varón de 40 años que consulta por cuadro de fiebre y de lesiones cutáneas. Sin antecedentes de interés, presenta desde hace 48 horas lesiones pequeñas elevadas induradas no eritematosas en cara y frente sin contenido líquido y angioedema facial. Se acompaña de prurito generalizado con predominio en extremidades inferiores. Posteriormente las lesiones aparecen en tronco y extremidades con crecimiento centrífugo hasta convertirse en lesiones anulares completas o segmento de arco, con tamaño de las lesiones de hasta 8-10 cm de diámetro. Presentan un borde de crecimiento activo elevado y eritematoso con interior más claro. 24 horas previas a la consulta comienza con fiebre de alto grado. Ha presentado edema y dolor en ambos pies que dificulta la deambulación. Ha estado en tratamiento antihistamínicos, sin mejoría. **RESULTADO:** El paciente está hemodinámicamente estable, con fiebre de 38.5°. Presenta leucocitosis con neutrofilia, sin otras alteraciones (confirmado con frotis) con PCR y VSG dentro de la normalidad. La radiografía de tórax no evidenciaba alteraciones. Se extraen hemocultivos que resultan negativos, así como serología de Virus de Hepatitis, Citomegalovirus y Brucella. El Coombs directo es negativo. Se realiza diagnóstico diferencial con Eritema Gyrtatum Repens (asociado a precisos malignos). El paciente queda afebril con mejoría clínica y de las lesiones por lo que es alta con diagnóstico de Eritema Anular Centrífugo y con tratamiento con pauta descendente de corticoides.

Conclusiones:

La causa es a menudo desconocida, pero la enfermedad se asocia a veces con ciertos fármacos, infecciones y cáncer o hipersensibilidad a diferentes antígenos. No existe tratamiento específico y en los casos de prurito pueden ser útiles los corticoides tópicos. La mayoría de la patología dermatológica asistida en un Servicio de Urgencias no conlleva gravedad, no obstante, hay que tener en cuenta el estudio de otros procesos subyacentes.

A-1056

DOS CASOS DE TOS FERINA EN PACIENTES CORRECTAMENTE VACUNADOS

J Garrido Dorronsoro, C Hidalgo Collazos, JL Fraile González, J Del Cañizo Canto, P Tranche Álvarez-Cagigas, B García Marina, C Bibiano Guillén
Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: estridor, tos ferina, *Bordetella pertussis*

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Presentamos 2 casos de pacientes que acudieron a nuestro servicio de urgencias con tos, dificultad respiratoria y estridor. El primero, fue un paciente de 33 años, de nacionalidad española, sin antecedentes personales de interés que consulta en nuestro servicio por episodios nocturnos de dificultad respiratoria brusca y estridor, que en ocasiones le provocaban vómitos, después de un cuadro de tos seca en las dos semanas previas. La radiografía de tórax fue normal y en la analítica no había leucocitosis ni aumento de PCR. Fue valorado por el servicio de otorrinolaringología, que realizó nasofibroscoopia describiendo como única alteración reseñable un moderado eritema en mucosa aritenoides. Se solicitó serología para *Bordetella pertussis* y con diagnóstico de espasmo glótico posiblemente secundario a ERGE fue dado de alta con omeprazol, procinéticos y medidas antirreflujo. A la semana se revisó al paciente que no había presentado mejoría, y se comprobó la serología positiva para *Bordetella pertussis*, tanto IgM como IgG. Se inició tratamiento dirigido con claritromicina con la consecuente mejoría progresiva hasta la resolución completa del cuadro en dos semanas. El segundo, fue un paciente de 28 años, natural de Ecuador, que consultó en nuestro servicio por tos de una semana de evolución y episodios de estridor nocturnos. Había completado un ciclo antibiótico completo con amoxicilina y desde hacía tres días estaba en tratamiento con prednisona sin mejoría. Durante su estancia en urgencias también fue valorado por el servicio de otorrinolaringología (eritema en mucosa aritenoides), y estando en observación se presenció un episodio de tos (espasmódica) seguido de un espasmo glótico con estridor. Ante la sospecha de tos ferina se inició tratamiento con claritromicina y se solicitó serología correspondiente. A la semana se confirmó el diagnóstico de infección por *Bordetella pertussis* (IgM e IgG positivas) y la mejoría del paciente se produjo en dos semanas. Ambos estaban correctamente vacunados.

Conclusiones:

Recordar la infección por *B. pertussis* como causa de tos y estridor incluso en pacientes correctamente vacunados. Revisar los últimos brotes surgidos en nuestro país y el resto del mundo.

CASOS CLÍNICOS

P-1057

CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

G Verdejo Muñoz (1), BC Gracia Tello (1),
V Alastrue del Castaño (1), M Quesada Caballero (2),
JL Sierra Monzón (1), J Rubio Gracia (1), A Marín Ballvé (1)
(1) Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, (2) Complejo
Hospitalario Jaén.

Palabras claves: dolor abdominal, perforación esofágica,
mediastinitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: El dolor abdominal es la causa más frecuente de visita al Servicio de Urgencias. Una detallada historia clínica y un exhaustivo examen físico nos ayudarán a un correcto diagnóstico. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 85 años, independiente para actividades básicas, sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal. El paciente relata cuadro de epigastralgia no irradiada de inicio brusco tras ingesta, que aumenta con la deglución. Así mismo, vómitos postprandiales de aspecto alimenticio concomitantes y deposiciones diarreicas episódicas sin productos patológicos. Exploración: TA 73/45 FC 100 lpm SatO₂ 91%. Eupneico en reposo. A la exploración llama la atención crepitación subcutánea cervical bilateral con hipoventilación generalizada en la auscultación pulmonar. Abdomen: anodino. Sin otros hallazgos de interés. **RESULTADOS:** A pesar de que la primera sospecha diagnóstica fue cuadro de gastroenteritis aguda, dada la inestabilidad clínica y los hallazgos de la exploración física se solicitó radiografía simple de tórax en la que se objetivó ensanchamiento mediastínico y presencia de aire en región apicolateral del hemitórax izquierdo que impresiona de enfisema de tejido celular subcutáneo. Radiografía abdominal normal. En la analítica destacaba leucocitosis de 18600/mm³ con predominio neutrofílico (92%) así como lactato de 3.9 mmol/L con pH normal (7.38) sin otros hallazgos. Todos estos datos orientaron hacia neumonediastino por lo que se solicitó TC que confirmó dicho diagnóstico al objetivar burbujas aéreas en mediastino hasta crura diafragmática así como la existencia de imagen radiodensa en tercio medio esofágico, a nivel de carina con fuga aérea compatible con cuerpo extraño. Posteriormente se realizó endoscopia digestiva que encuentra cuerpo extraño esofágico compatible con espina de pescado a 25 cm enclavado unos 15 mm con orificio amplio por el que drena pus. El paciente fue ingresado en UCI precisando de drenaje laparoscópico mediastínico y antibioterapia de amplio espectro con buena evolución clínica.

Conclusiones:

La perforación esofágica no iatrogénica es una causa rara con una mortalidad del 7%. Su principal manifestación clínica es la disfagia. El tratamiento deber iniciarse lo antes posible y consiste en medidas de soporte asociado a antibiótico de amplio espectro y, en la gran parte de los casos, cirugía.

A-1058

SHOCK CARDIOGÉNICO... NO TODO ES SIEMPRE LO QUE PARECE

MC Lahoza Pérez, D Sáenz Abad, M Jordán Domingo,
V Blanco Alvarado, M Martínez Díez, M Tomey Montesinos
Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: síndrome coronario agudo, disección aórtica, shock

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 67 años sin hábitos tóxicos ni antecedentes. Es traído a Urgencias por presentar mientras se encontraba bailando, un episodio brusco de dolor torácico opresivo acompañado de sensación de gravedad y de desvanecimiento inminente. A su llegada se encuentra consciente, orientado aunque bradipsíquico y bradilálico con hipotensión arterial (70/40) y sudoración profusa. Aqueja dolor opresivo precordial irradiado a mandíbula. Diagnóstico diferencial: Shock cardiogénico por Síndrome Coronario Agudo (SCA). Taponamiento cardiaco. Tromboembolismo pulmonar masivo. Disección aórtica. Shock distributivo sin causa clara (sepsis sin foco, anafilaxia...). Evolución: a su llegada se realiza electrocardiograma (ECG) que muestra descenso de ST en todas las derivaciones y elevación en V1 y aVR. Con la sospecha de SCA por lesión en tronco común de la coronaria izquierda, se inicia doble antiagregación (AAS-Ticagrelor), heparina sódica y soporte inotro-po-vasopresor (dopamina y dobutamina) junto a carga de volumen con suero salino. Inmediatamente se traslada a Sala de Hemodinámica donde se realiza cateterismo urgente que descarta la presencia de lesiones coronarias evidenciando una compresión extrínseca del tronco común de la coronaria izquierda (se coloca stent). En este punto de sospecha un aneurisma aórtico complicado como causa más probable de la compresión coronaria y se realiza Tomografía Computarizada urgente que demuestra la existencia de una disección aórtica tipo A causante de la compresión extrínseca del tronco. El paciente se traslada al Hospital de referencia para cirugía urgente. Se aprecia hemopericardio y disección tipo A con puerta de entrada en el cayado colocando tubo aórtico de dacron y realizando reparación valvular (resuspensión de comisuras aórticas descolgadas). El postoperatorio transcurre de forma tórpida falleciendo el paciente a las 3 semanas.

Conclusiones:

El SCA es una patología frecuente en Urgencias. En general la sospecha clínica debe llevar a la obtención de un ECG en pocos minutos. En presencia de síntomas típicos y alteraciones electrocardiográficas congruentes el diagnóstico se convierte en probable y es suficiente para iniciar tratamiento específico. Sin embargo, conviene recordar que existen patologías como la de nuestro caso que pueden simular un SCA sin que existan en realidad lesiones coronarias.

CASOS CLÍNICOS

P-1059

NEUMONÍA LIPOIDEA COMO COMPLICACIÓN DE PROCEDIMIENTO ESTÉTICO

F Fuentes Ruiz (1), M Holden Fernández (2), N Bejarano Rivera (3), S Segovia Salazar (3), L Segura Martín (1)

(1) Hospital General de Vic. Cap Santa Eugenia de Berga,

(2) Hospital General de Vic, Cap Manlleu,

(3) Hospital General de Vic.

Palabras claves: neumonía lipoidea, aceites de silicona, centros de belleza y estética

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

En un hospital comarcal, consulta un paciente de 45 años, Antecedentes: consumo de cocaína y marihuana Transexual en tratamiento hormonal e intervenciones estéticas con inyecciones subcutáneas de Silicona en cantidad no precisada por personal no médico. Sin antecedentes familiares, médicos ni farmacológicos Motivo de consulta: Presenta desde hace 3 días disnea, sensación de angustia, malestar general, tos seca, niega fiebre u otro síntoma. Examen físico: normotenso, taquicárdico, taquipnéico, febrícula, Saturación de Oxígeno 84% Hipoventilación bilateral, crepitantes finos en hemitórax derecho. Exploraciones complementarias: Analítica: Leucocitosis (14400) fórmula normal, dímero D 1038, Proteína C reactiva 66 Gasometría arterial: Alcalosis respiratoria e hipoxemia moderada Antigenuria: Positiva Neumococo. VIH negativo Radiografía de tórax: Infiltrado intersticial bilateral sin condensación Tomografía axial computarizada de alta resolución torácica (TACAR): probable relación en la fase aguda de infección por pneumocisti jiroveci, sin poder descartar otras infecciones oportunistas o enfermedades intersticiales. Broncoscopia: aspiración de secreción (BAS), lavado broncoalveolar (BAL) no se aislaron gérmenes, negativa para células malignas. Biopsia transbronquial: signos de Neumonía Lipoidea (NL). Evolución: Ingresa en planta de Medicina Interna como sobreinfección respiratoria en paciente con neumopatía intersticial tipo NL. Requiriendo Ceftriaxona para neumococo y cotrimoxazol por sospecha de Pneumocistis jiroveci, corticoides sistémicos y oxigenoterapia. En planta presenta mejoría progresiva, clínica y radiológica.

Conclusiones:

Valoramos un paciente que ingresa en insuficiencia respiratoria, llama la atención patrón intersticial de Radiografía de tórax, lo que hace ampliar estudios complementarios, incluyendo TACAR torácico, Broncoscopia. Catalogándose como NL, al indagar en sus antecedentes se encuentra la inyección subcutánea de silicona como posible causa de la misma. La NL es una enfermedad rara, puede ser exógena, presentándose en pacientes con alteraciones que afecten la deglución o reflejo tusígeno y/o que estén expuestos a sustancias lipídicas por vía inhalatoria, o por otras vías, como

la subcutánea del caso presentado. Otras exposiciones son el uso de lubricantes, pulverizaciones, gotas nasales, brillo de labios, lavados orales con aceites, exposición laboral a parafina líquida en "comedores de fuego". La NL endógena se desarrolla por procesos neoplásicos, supurativos crónicos, proteinosis alveolar, embolismo graso o alteraciones del depósito lipídico. El diagnóstico de certeza exige la demostración de macrófagos cargados de lípidos en esputo, BAL, punción aspirativa transtorácica con aguja fina y biopsia transbronquial.

CASOS CLÍNICOS

P-1060

CATETERIZACIÓN VENOSA CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO GUIADA POR ECOGRAFÍA: EL PAPEL DE ENFERMERÍA

I Andueza Latorre, L Minchinela Zarraluqui, A Ganuza Zamborain, C Fernández Basterra

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Palabras claves: acceso venoso central, ecografía, enfermería**Ámbito del caso:**

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

La utilidad de la ecografía para facilitar el acceso venoso central es incuestionable, siendo la manera recomendada en muchos sistemas de salud. En los últimos años se ha desarrollado esta técnica aplicada a la inserción de vías centrales con acceso periférico por parte de Enfermería. Presentamos el caso de una paciente de 50 años con antecedentes personales de HTA y DM tipo II. Acudió a urgencias con un cuadro de cefalea súbita y síncope asociado. Después de la valoración inicial y la realización de TAC craneal es diagnosticada de hemorragia subaracnoidea. Descartada la presencia de aneurisma que precisara embolización, ingresa en observación de urgencias para manejo inicial y administración de nimodipino endovenoso. Para ello, se procedió a la inserción de un catéter venoso central de acceso periférico en extremidad superior derecha, realizado por parte del personal de enfermería bajo control ecográfico y con técnica Seldinger habitual.

Conclusiones:

La cateterización venosa central de acceso periférico guiada por ecografía realizada por parte de Enfermería, es de gran fiabilidad y utilidad en el servicio de urgencias, disminuyendo el número de complicaciones y precisando de una mínima curva de aprendizaje para adquirir las habilidades necesarias. (Se aportarán imágenes del catéter visualizable en la radiografía de tórax, así como de la realización de la técnica con canalización del vaso de manera ecoguiada).

A-1061

LA MIGRACIÓN DE LA DISECCIÓN

S Lozano Royo, M Avellana Gallán, R Lahoz Abadías, E Nuin Cons, R Regla Marín, EM Senra de La Fuente

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Palabras claves: cardiovascular diseases, aortic diseases, aneurysm, dissecting**Ámbito del caso:**

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón, 60 años, fumador, alergia Penicilinas y Cefalosporinas. HTA mal controlada. Refiere mareo de 10h de evolución, acompañado de dolor torácico izquierdo, lancinante. Tras 2h, dolor epigástrico, continuo, transfixivo a escápula y región lumbar, aumenta con cambios posturales e inspiración profunda. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 223/98. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, no soplos. Auscultación pulmonar: normoven-tilación. Abdomen: normal, pulsos femorales presentes. Extremidades inferiores: no edemas, pulsos distales presentes. Espalda: contractura musculatura paravertebral predominantemente lumbar. ECG: ritmo sinusal, 78 lpm, PR normal, eje izquierdo, QRS estrecho, elevación aislada punto J V1-V2 de 2mm, aplanamiento onda T cara lateral. Analítica sangre: Bioquímica y hemograma normales. D dímero 1106. Troponina I 0.03 y mioglobina 153.4. Radiografía tórax: silueta cardíaca límite superior de normalidad, crecimiento aurícula derecha. Elongación y ateromatosis calcificada aórtica. Ecocardiograma: dilatación progresiva de porción tubular de aorta, hasta 51 mm, con colgajo intimal. Disección a nivel de nacimiento de tronco braquiocefálico derecho, con dilatación. TC toraco-abdominal: Disección aórtica tipo A, por encima de unión sinotubular, con dilatación fusiforme de aorta ascendente de 52 mm de diámetro. Se extiende al tronco arterial braquiocefálico, ostium arteria subclavia izquierda, aorta torácica descendente y abdominal, hasta ambas arterias ilíacas comunes, disecando arteria renal izda. La arteria mesentérica inferior depende de la luz falsa. JUICIO CLÍNICO: Disección aórtica tipo A de Stanford DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Cardiopatía isquémica. Aneurisma aórtico. Pericarditis. TEP. Patología musculoesquelética.

Conclusiones:

La disección aórtica se caracteriza por la creación de una falsa luz en la capa media de la pared aórtica. Es una situación crítica cuyo pronóstico depende de un diagnóstico certero y rápido, así como de la instauración temprana de un tratamiento. El factor predisponentes más importantes es la HTA, presente en el 80% de los pacientes. Su incidencia es de 2.6-3.5/100.000 personas-año, con un pico a los 50-70 años, siendo la relación varon: mujer de 2:1. Se presenta como un dolor torácico lancinante migratorio. Puede ir asociado a síncope, ACV, IAM, insuficiencia cardíaca, entre otros. Existen dos clasificaciones: Stanford (más empleada) y DeBakey.

CASOS CLÍNICOS

Debemos sospecharla con la anamnesis y exploración física, aunque son imprescindibles para su diagnóstico las pruebas de imagen como el ecocardiograma, el TC y la RMN.

A-1062

NO TODO ES PALUDISMO

B Tijero Rodríguez, G Feroso Álvarez, M Sanz Almazán,
R López Izquierdo, I González Manzano, M Cano Pazos,
MJ Giraldo Pérez

Hospital Universitario Río Hortega. La Cistérniga.

Palabras claves: leptospirosis, feverm malaria

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Mujer, 26 años. AP: Pubertad precoz. Viaje los últimos 3 meses: Australia, Nueva Zelanda, Indonesia, Camboya y Vietnam (medio rural y urbano). No profilaxis de paludismo ni fiebre tifoidea. Baños en agua dulce. En Camboya cuadro febril de 24 horas que remitió con antibiótico que no recuerda. Refiere mordedura de mono por la que recibió vacunación antirrábica. Vuelve a España hace 4 días y acude por fiebre de 3 días de evolución, náuseas, mialgias, artralgias, cefalea y mareo. Mejora parcialmente con paracetamol. Ante la sospecha de patología importada, fundamentalmente Paludismo, es derivada al Servicio de Urgencias Hospitalaria para realización de pruebas complementarias. Inicialmente dada de alta, finalmente ingreso en el Servicio de M.I por persistir el cuadro de fiebre. EF Normal salvo discreta rigidez de nuca. Pruebas complementarias: Hemograma y Coagulación normales. Bioquímica: PCR:258. Resto normal. Frotis sanguíneo, Test de Paludismo, cultivos, serologías y pruebas imagen Normales, excepto positivo IgM de Leptospira.

Conclusiones:

Juicio clínico: Fiebre del Viajero. Probable leptospirosis. Diagnóstico diferencial: Malaria, Dengue, Tifus, Rickettsiosis, Salmonelosis, Erlichiosis, Viriasis agudas, Hantavirus. La leptospirosis es la zoonosis mas extendida del planeta, causada por espiroquetas, género leptospira. La mayoría en zonas tropicales. Afecta a mas de 150 mamíferos, principal reservorio la rata. Los animales infectados eliminan leptospirosis por orina transmitiéndose por contacto directo con abrasiones de la piel. Muy típico el contagio por baños en agua contaminada. Incubación 10 días. Existen dos formas de enfermedad: leve (cuadro pseudogripal) asocia fotofobia, odinofagia, desorientación y tos. El hallazgo mas característico es la inyección conjuntival. Las formas graves cursan inicialmente como una leve y una semana después se desarrolla ictericia, fracaso renal agudo y en ocasiones afectación pulmonar y sangrados. El diagnóstico es serológico o por cultivo con buen pronóstico en la mayoría de los casos, mortalidad del 10% en casos graves. Los cuadros leves no requieren tratamiento, pero en los caso graves se necesita tratamiento antibiótico: Penicilina G, ceftriaxona, doxiciclina o amoxicilina. En conclusión todos los pacientes viajeros de zonas tropicales con fiebre se debe descartar urgentemente un Paludismo. Sin embargo, existen otras enfermedades infecciosas tropicales que cursan con fiebre y se deben tener en cuenta en el diagnóstico diferencial.

CASOS CLÍNICOS

P-1063

CERVICALGIA PERSISTENTE

R Cenjor Martín

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Palabras claves: infección/infection, dolor de cuello/neck pain, fiebre/fever

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 45 años sin alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos, enfermedades crónicas ni intervenciones quirúrgicas. Acude por primera vez al Servicio de Urgencias de nuestro hospital tras haber consultado en dos ocasiones más la última semana en su hospital de referencia por cervicalgia intensa que relaciona con traumatismo leve tras caída en bicicleta. Se realiza radiografía cervical con dudosa fractura a nivel de C5 y tomografía computerizada, objetivándose disminución de altura de los espacios C4-C5 y C5-C6, y proliferación ósea en muro posterior de C5. En ese momento observamos, incidentalmente, fiebre de 38'5°C, 15300 leucocitos/uL (70% neutrófilos) y exudados amigdalares, por lo que es alta a tratamiento con Amoxicilina/Clavulanato por faringoamigdalitis aguda, analgésicos y collarín cervical blando. Tres semanas después, y tras al menos seis consultas a su Centro de Salud y hospital de área por cervicalgia, donde no se realizaron nuevas radiografías y sólo se modificó la pauta analgésica, es remitido urgente de nuevo a nuestro hospital con clínica de parálisis descendente desde nivel D5 en cinturón e hipoestesias de miembros inferiores. En tomografía y resonancia magnética se observa proceso infeccioso que compromete la porción inferior de C4, la práctica totalidad de C5 y la porción superior de C6, condicionando reducción del 60% del diámetro del canal medular. Es ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos con colocación de compás cervical por Traumatología. Se realiza punción de la lesión y biopsia abierta para recogida de muestras, aislándose *Streptococo Epidermidis*. El paciente fue alta un mes después tras tratamiento con Piperacilina/Tazobactam y Linezolid por osteomielitis+espondilodiscitis cervical. Actualmente se encuentra asintomático con fusión vertebral residual C5-C7.

Conclusiones:

La incidencia de la espondilodiscitis varía de 1:250000 a 1:400000. Se presenta como dolor inespecífico y fiebre en un 14% de los casos, y es habitual el retraso diagnóstico (68% de las ocasiones) y las visitas reiteradas al hospital, contribuyendo al incremento en morbi-mortalidad. Además, la presentación a nivel cervical constituye una localización inusual en comparación con otros segmentos vertebrales (5-10% de espondilodiscitis), e implica peor pronóstico. Es importante considerar dicha etiología ante pacientes con cervicalgia recurrente a fin de lograr un diagnóstico precoz.

A-1064

TROMBOSIS AÓRTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

AP García Marín, ML Castro Arias, E Muro Fernández de Pinedo, J Vila Santos, A Sánchez Morla, LT Vázquez Rodríguez, L Pérez Ordoño

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Palabras claves: paresthesia, thrombosis, neoplasms

Historia clínica

Mujer de 58 años con antecedentes de exfumadora, dislipemia, isquemia crónica de miembros inferiores grado IIa y Síndrome de Lynch con carcinoma endometrial en 2008 tratado con cirugía, radioterapia pélvica y braquiterapia endocavitaria, cáncer de mama de reciente diagnóstico y adenocarcinoma rectosigma intervenido hace un mes con estudio de extensión negativo, postoperatorio tórpico por colecciones intraAbdominal tratadas de forma conservadora. Tratamiento actual con ácido acetil salicílico, simvastatina, omeprazol, hierro oral, megestrol, amoxicilina/ácido clavulánico y fluconazol. Acude a urgencias por cuadro de dos días de pérdida de sensibilidad y fuerza en miembro inferior derecho, dificultad para la marcha y diarrea con 4-5 deposiciones diarias. Exploración física: estable hemodinámicamente, auscultación cardiopulmonar y abdomen normal. Exploración neurológica: disminución de fuerza en miembro inferior derecho con reflejo cutáneo-plantar indiferente y flexor izquierdo, hipoestesia desde raíz de muslo derecho hasta pie, reflejo patelar derecho hipoactivo y aquileo derecho abolido. Resto sin alteraciones. Pruebas complementarias: Hemograma: 16900 leucocitos con neutrofilia y hemoglobina 10.3 g/dl. Bioquímica: creatinina 2.61 mg/dl, sodio 126 meq/l, potasio 6.43 mEq/l, proteína C reactiva 30.55 mg/dl. Coagulación: actividad de protrombina 73, INR 1.26. TAC craneal, electrocardiograma y radiografía abdomen: normal. Se solicita valoración por Neurología, objetivan una hipoestesia en territorio del nervio femorocutáneo y casi anestesia en L5-S1 derechos con Lassegue derecho positivo a 30°. Concluyen un déficit sensitivo-motor de miembro inferior derecho de predominio distal que sugiere afectación de plexo lumbosacro derecho. Se solicita TAC abdomino-pélvico. Mientras espera la realización del TAC presenta progresión clínica con dolor sordo en ambos miembros, al reexplorarla, debilidad 0/5 en ambos pies con ausencia completa de movimiento en pies y debilidad 2/5 proximal y 1/5 en cuádriceps. Reflejo patelar y aquileo derechos abolidos y frialdad en ambos pies sin pulsos pedios. TAC abdomino-pélvico donde se objetiva oclusión aórtica terminal incluyendo ambos ilíacas. Diagnóstico: Trombosis aortoiliaca aguda con posible isquemia del plexo lumbosacro.

Conclusiones:

En el paciente oncológico con clínica neurológica pensamos como primera posibilidad en la existencia de enfermedad a distancia cerebral, pero no siempre es así. La enfermedad trombótica está muy relacionada con el cáncer y debemos sospecharla en estos paciente, no sólo en su presentación como trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar, sino también a nivel arterial.

CASOS CLÍNICOS

P-1065

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y EMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA Y CIRUGÍA MENOR

M Lupiani Moreno (1), P Rebaque Gómez (2), D Rodríguez Morales (3), A Barranquero Fuentes (4), S García-Velasco Sánchez-Morago (5), MD Sánchez Coello (6)

(1) UME Ciudad Real, (2) EAP Consuegra, (3) UME Ciudad Real, (4) Hospital General Universitario de Ciudad Real, (5) Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Ciudad Real, (6) Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Palabras claves: colitis ulcerosa, TVP, profilaxis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Introducción. La colitis ulcerosa (CU) representa una enfermedad frecuente en nuestra práctica clínica diaria. Las manifestaciones extra intestinales en estos pacientes se presentan en un 25% de los casos, de éstas, las manifestaciones vasculares son raras y representan entre el 1% y el 8%, las más importantes son la trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar (EP). Presentamos el caso de un varón de 18 años con CU, al que se le sometió a una intervención de uña encarnada y desarrolló una TVP y EP. Caso Clínico Paciente varón de 18 años, que acude al Sº de Urgencias por cuadros presincoales, que consisten en sensación de mareo ortostático, tanto al incorporarse del decúbito como en la bipedestación mantenida. Diagnosticado de Colitis Ulcerosa, con última deposición sanguinolenta hace 10 días, en tratamiento con Claversal e Imurel. Ha sido sometido una semana antes a una matriectomía del primer dedo pie derecho, con indicación de reposo relativo. A la llegada a Urgencias está consciente y orientado, algo pálido, TA 95/50 mmHg, Fc 140 lat/min, Frec resp 25 /min, Sat O2 93%O2, Tª 36.5°C. Taquipnea superficial, sin aumento del trabajo respiratorio. Auscultación cardíaca: taquicárdico, posible desdoblamiento pulmonar Auscultación pulmonar: murmullo conservado, no ruidos sobreañadidos MMII: Aumento de diámetro a nivel gemelar derecho con empastamiento y signo de Trousseau presente. ECG: Sinusal a 150 lat/min, imagen de bloqueo de rama derecha, sobrecarga de cavidades derechas, S en I, Q y T en III. Se solicita Angio-TC de arterias pulmonares, objetivándose tromboembolismo pulmonar masivo bilateral, así como dilatación del ventrículo derecho con arqueamiento del septo como signo de sobrecarga ventricular. Ante la situación de riesgo vital se le realiza una fibrinólisis con alteplasa, obteniendo buen resultado y buena evolución posterior.

Conclusiones:

Los pacientes con CU activa presentan mayor tasa de complicaciones tromboembólicas, debido a que los brotes condicionan un estado de hipercoagulabilidad por aumento de síntesis de sustancias procoagulantes. ¿Debería incluirse en las guías de TVP la profilaxis con heparinas en los casos de cirugía menor y CU activa?

A-1066

MAREOS Y DESORIENTACIÓN AGUDA

R Jiménez López (1), M Morales del Águila (2)

(1) Centro de Salud Puerta Blanca, (2) Centro Salud Delicias. Málaga.

Palabras claves: whiteout, sickness, subarachnoid hemorrhage

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 58 años sin antecedentes personales de interés. Fumadora de 45 paquetes/año. Bebedora leve. Acude por presentar desde esa mañana cuadro de desorientación y deterioro cognitivo progresivo. No ha presentado traumatismo craneoencefálico. No refiere cefalea. Presenta amnesia anterógrada y mareos sin giro de objetos con náuseas asociadas. Automedicada esa mañana con ácidoacetilsalicílico. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: Afebril. Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar normal. Tensión arterial 140/75, saturación 98% basal. Exploración neurológica: Desorientada en tiempo, no en espacio. Pares craneales normales. Marcha no valorable. Extremidades fuerza y sensibilidad conservadas. Reflejos osteotendinosos normales. Analítica básica: Destaca leucocitos 11400 (9400 neutrófilos). Proteína C reactiva 12. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 94 latidos por minuto, sin alteraciones de la repolarización. Eje normal. Radiografía tórax: Sin hallazgos radiológicos significativos. Tomografía Computarizada craneoencefálica: Hemorragia subaracnoidea de predominio en fosa supraselar que se extiende caudalmente por cisternas de la base del cráneo y cranealmente a surcos supratentoriales bilateralmente. Componente ventricular mínimo. Mayor cuantía del sangrado en polígono de Willis. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Hipoglucemia, Neumonía, Infección del tracto urinario, lesiones ocupantes de espacio cerebrales, Arritmia, Infarto agudo de miocardio, tóxicos. DIAGNÓSTICO FINAL: Hemorragia subaracnoidea. EVOLUCIÓN: Tras diagnóstico la paciente pasa a observación en camas. Se contacta con Neurocirugía de Hospital de referencia que indica traslado. Tras estabilización en unidad de cuidados intensivos, se somete a embolización de aneurisma de comunicante anterior 3 días más tarde. A los seis días se le realiza control radiológico con oclusión completa del aneurisma embolizado, estando la paciente tras 18 días de ingreso sin secuelas y hemodinámicamente estable, procediendo al alta clínica.

Conclusiones:

La hemorragia subaracnoidea es una enfermedad con una mortalidad del 45% en los primeros 30 días y el 50% de los supervivientes presentan alguna secuela irreversible. Esto indica la importancia de detección precoz y de su rápido manejo para aumentar la supervivencia.

CASOS CLÍNICOS

P-1067

SÍNDROME CONSTITUCIONAL E INFILTRADOS
MULTIFOCALES PULMONARES BILATERALES

P Fajardo Velasco, A Fernández Gómez,
R Rivas Martínez

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras claves: bronquiectasias, tuberculosis, disnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Presentamos paciente con síndrome constitucional e imagen radiológica de infiltrados multifocales pulmonares bilaterales. SE enfoca el caso desde el punto de vista radiológico. Motivo de consulta. Varón de 84 años que presenta deterioro del estado general con astenia y anorexia de 2 semanas de evolución. Desde hace 1 semana tos y expectoración abundante. Afebril. Antecedentes familiares: padre EPOC, DM2, madre HTA. Hermana cáncer de páncreas. Antecedentes personales: EPOC tipo enfisematoso GOLD IV, anemia ferropénica, fractura de rótula y húmero tras atropello hace 5 años. Enfermedad actual: paciente que consulta por deterioro del estado general, astenia, anorexia desde hace 3-4 meses, acentuándose en las últimas dos semanas, aumento de disnea con tos y expectoración mucosa desde 1 semana. Afebril. Exploración física: mediano estado general, caquéctico, CYO, eupneico. ACR: tonos rítmicos. Crepitantes bibasales, roncus aislados. Resto anodino. Pruebas complementarias: hemograma: neutrofilia 86%, leu 9900, hb. 10.6, hto 34.6, VCM 78. Bioq. pcr. 105, vsg 70, urea 44, creat. 0.8. Fibrinógeno 7.6. GSA: ph. 7.40, sat 95% Rx de tórax. se visualizan imágenes nodulares periféricas, múltiples, bilaterales, pérdida de volumen en hemitórax derecho, imagen lineal en vértice derecho compatible con atelectasia, engrosamiento pleural diafragmático basal derecho y pinzamiento de seno costofrénico derecho. DD: bronconeumonía, TBC, bronquiectasias, carcinomatosis metastásica, vasculitis con afectación pulmonar JC: síndrome constitucional a estudio. Infección respiratoria. Evolución: El paciente fue ingresado en medicina interna para estudio. EN planta se le realizó tac de tórax y abdomen donde se visualizó en parénquima pulmonar enfisema mixto de predominio paraseptal, tractos fibrosos pleuroparenquimatos apicales, bilaterales que se acompañaban de opacidades parenquimatosas visibles en ambos hemitórax, de predominio subpleural, algunas de ellas de aspecto cavitado que sugerían naturaleza infecciosa, ¿TBC?, bronquiectasias en ambas pirámides pulmonares, pequeño derrame pleural, basal bilateral. Se le realizaron 2 baciloscopias de esputo: negativas, cultivo de esputo flora orofaríngea, pendiente de cultivo lowestein. EN planta evolucionó favorablemente con tratamiento antibiótico intravenoso. Fue dado de alta al mes aproximadamente.

Conclusiones:

Diagnóstico final fue de EPOC tipo enfisematoso y bronquiectasias sobreinfectadas. Hay que reseñar que los infiltrados nodulares bilaterales inicialmente sugerían naturaleza tumoral o metastásica resultaron causa infecciosa. Se pueden mencionar enfermedades con patrón similar, vasculitis asociadas ANCA, TBC, metástasis pulmonares, bronconeumonías y la del caso, bronquiectasias sobreinfectadas.

CASOS CLÍNICOS

P-1068

COMUNICACIÓN PLEURO-PERITONEAL EN PACIENTE CON DPCA

PL Carles García, S Otero Rodríguez, E Díaz de Mayorga Muñoz, C Rodríguez Rebollo, I Guerra Molina, A Von Wernitz Teleki, C del Arco Galán
Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Palabras claves: ultrafiltración, derrame pleural, disnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

PACIENTE Y MÉTODO: Varón de 67 años hipertenso, con enfermedad renal crónica estadio 5D en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria desde hace 2 meses sin otros antecedente de interés. Acude a urgencias por inicio de disnea brusca de 24 horas de evolución y disminución de ultrafiltración con balances de + 700 siendo el suyo habitual de + 2000. A su llegada a urgencias el paciente se encuentra con buen estado general, TA 149/89, FC 72 lpm, afebril, eupneico en reposo a 18 rpm, con mala tolerancia al decúbito a 26 rpm. Destaca a la exploración física hipofonesis hasta campo medio de pulmón derecho. Se solicitan análisis de sangre que no tenían alteraciones significativas y radiografía de tórax donde se observa derrame pleural derecho masivo. Con consentimiento del paciente, se procede en el servicio de urgencias a la realización de toracocentesis diagnóstico- terapéutica, en ausencia de contraindicaciones para la misma y sin incidencias inmediatas en la realización. Se obtiene 830cc de líquido claro de características serosas el cual se envía a examinar, donde destaca una concentración de glucosa de 275 mg/ml siendo la plasmática de 174 mg/ml, por lo que se sospecha comunicación pleuroperitoneal. El paciente ingresa en planta para monitorización y cambio a régimen de hemodiálisis, permaneciendo estable y con tolerancia al decúbito. **DIAGNÓSTICO FINAL.** La comunicación pleuroperitoneal es una complicación poco frecuente en paciente con diálisis peritoneal. Para el diagnóstico es fundamental la sospecha clínica. Así en un paciente con diálisis peritoneal que presenta disnea brusca, pérdida de ultrafiltración y derrame pleural hay que descartar su existencia. La realización de toracocentesis con concentración de glucosa mayor que la plasmática es de gran ayuda.

Conclusiones:

El estudio del líquido pleural permite alcanzar un diagnóstico en más del 75% de las ocasiones. Su realización en urgencias esta justificado siempre y cuando exista cantidad suficiente de líquido pleural, ausencia de discrasia sanguínea, y etiología no secundaria a insuficiencia cardiaca. Sus complicaciones más frecuentes son reacción vagal y neumotorax. No es necesario la realización de radiografía postrealización siendo esto frecuente en la práctica clínica habitual.

P-1069

EL ESPELUZNANTE VIAJE DESDE EL CATARRO HASTA LOS CUIDADOS PALIATIVOS

CA Baquer Sahun, MC Lahoza Pérez, M Jordán Domingo, I Murillo Díaz de Cerio, M Martínez Díez, D Sáenz Abad
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras claves: tromboembolismo pulmonar, carcinoma suprarrenal, infarto pulmonar

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 57 años sin hábitos tóxicos ni antecedentes. Consulta en Atención Primaria por un cuadro catarral con disnea y dolor pleurítico sin fiebre siendo diagnosticada de catarro común y recomendando antibioterapia tras constatar normalidad radiológica. La paciente evoluciona de forma tórpida apareciendo fiebre e incremento de la disnea por lo que acude a Urgencias. Allí se objetiva una consolidación en LID con derrame pleural atípico. Diagnóstico diferencial: Neumonía comunitaria con derrame paraneumónico. Infarto pulmonar por enfermedad tromboembólica. Neoplasia pulmonar. Infiltrado pulmonar por procesos autoinmunes Evolución: Se solicita TC torácica con contraste para filiación del cuadro objetivando tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral con infarto pulmonar necrosado en lóbulo inferior derecho. La paciente ingresa para tratamiento y estudio etiológico. En Medicina Interna se busca neoplasia oculta mediante TC abdominal que informa de la presencia de una masa gigante suprarrenal izquierda con trombosis de la vena suprarrenal izquierda y cava inferior (Figura 4). Fue necesaria la biopsia ecodirigida cuyo resultado anatomopatológico fue de carcinoma suprarrenal. La paciente es derivada para tratamiento quirúrgico y quimioterápico pero finalmente en un control de TC presentó metástasis pulmonares (Figura 5) y se encuentra en la actualidad en programa de cuidados paliativos.

Conclusiones:

El TEP es una enfermedad grave tanto por su repercusión hemodinámica como por su asociación frecuente con patologías tumorales. De hecho puede ser la forma de debut clínico de muchas de ellas. El diagnóstico es complejo en ocasiones y requiere un alto índice de sospecha. Tener esta enfermedad presente ante un paciente con síntomas respiratorios (disnea, dolor pleurítico...) ayudaría a incrementar el número de diagnósticos. El carcinoma suprarrenal es una enfermedad extremadamente rara suponiendo el 0,02% de todas las neoplasias (incidencia 0.5-2 por millón de habitantes). Suele cursar de forma asintomática hasta que su crecimiento provoca síntomas por compresión de estructuras vecinas. Por ello suele tratarse de un hallazgo incidental. En ocasiones presentan síntomas por hiperfunción suprarrenal (Cushing, virilización). Es inhabitual su forma de presentación en forma de TEP.

CASOS CLÍNICOS

A-1070

DOCTORA TENGO MOLESTIAS AL ORINAR DESDE QUE MI HIJO SE FUE DE VIAJE

I Ortega Gálvez, A Rojas Sánchez, G Gálvez Santiago,
R Manzano Rodríguez

Hospital Comarcal Básico de Baza. Peligros.

Palabras claves: disnea, electrocardiograma, tromboembolismo

Ámbito del caso:

Hospitalaria - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 82 años con AP de HTA y DM tipo 2 en tratamiento con Enalapril 20mg 1/24 horas y Metformina 850mg 1/12horas. Totalmente independiente para sus actividades de la vida diaria. Sin alergias medicamentosas conocidas. Acude a urgencias por referir molestias urinarias y fiebre de hasta 38.5° desde que se fue su hijo(7 días de evolución) motivo por el cuál ha permanecido en cama la mayor parte del tiempo. En la exploración buen estado general, consciente y orientada temporoespacialmente, ligera deshidratación de piel y mucosas, sin signos de focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos con murmullo vesicular conservado y sin ruidos sobreañadidos. Abdomen doloroso a la palpación de trayecto de vías urinarias con puñoperCUSión renal izquierda positiva. Tensión Arterial 145/83 Frecuencia cardiaca: 73 Saturación de oxígeno: 97%. Temperatura: 38.4°. Se realiza ECG que resulta normal y se cursa hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría venosa, hemocultivos y sedimento. Tras ir al baño a orinar para recoger sedimento, la paciente comienza con un cuadro de disnea brusca. Se pasa a sala de críticos donde realiza una parada respiratoria que se resuelve tras tres minutos de ambú. Tensión Arterial en críticos: 52/34. En ECG de sala de críticos aparece un bloqueo completo de rama derecha junto con S1Q3T3. Se cursa TC de tórax y Dímero y se ponen 10.000 UI de heparina y dos cargas de 500 ml de suero fisiológico. Al cambiarla de camilla realiza de nuevo parada respiratoria. Se procede a intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Mientras se realiza la TC entra en asistolia. Tras 12 minutos de reanimación la paciente recupera ritmo sinusal y se sube a UCI. En TC de tórax: Tromboembolismo pulmonar masivo Dímero D: 10.307.

Conclusiones:

Un caso totalmente atípico de Tromboembolismo Pulmonar que se pudo justificar por la inmovilización de la paciente durante los 7 días que refería la clínica de disuria y fiebre. En este caso, el electrocardiograma fue fundamental para el diagnóstico y el tratamiento precoz.

A-1071

DOLOR REFERIDO.... NO LEJOS DE LA REALIDAD ASISTENCIAL

JM Concha Járava, I García Baquero, R Gallardo González,
A Serrano Heras

Hospital Universitario San Agustín. Linares, Jaén

Palabras claves: dolor torácico, torsión anexial, absceso tuboovárico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Antecedentes Personales: No alergias medicamentosas. Fumadora activa 20 cig / día. No diabetes. No HTA. No IQ. FUR: 17/12/14. Anamnesis: Mujer, 23 años, nulípara, consulta por cuadro de dolor desde esa mañana, referido sobre zona costal derecha, tipo pinchazo, agujazos, calambres, localizados en zona submamilar externa derecha. No refiere fiebre ni tos ni expectoración ni irradiación ni cortejo vegetativo ni clínica respiratoria. TA:100 /60 Fc:78 SatO2:98% Tª:36.1 Exploración: Buen estado general, eupneica, normohidratada y normoperfundida. ORL: normal. ACR: normal. No se observan lesiones dérmicas. Abdomen: Blando, depresible, sin defensa. No megalias. Dolor muy discreto en hipogastrio a la descompresión. No peritonismo. Peristaltismo normal. PuñoperCUSión renal normal. Murphy negativo. Mcburney negativo. Blumberg negativo. No hernias ni masas ni ascitis. Puntos ováricos libres. Pruebas complementarias: Rx tórax: normal. Rx abdomen: meteorización importante. Psoas normal. No patrón obstructivo. Resto normal. ECG: normal. Hemograma: leucocitosis: 13.000 sin neutrofilia. Serie roja y plaquetas normales. Bioquímica: glucosa, urea, creatinina e ionograma, función hepática y pancreática normal. Filtrado renal normal. PCR normal. Sistemático orina normal. Test de gestación negativo. Curso Evolutivo: Tras tratamiento analgésico con Desketoprofeno IV + Metamizol iv + Dlacepam IV, la paciente continúa con dolor que refiere de mayor intensidad en zona costal derecha y simultaneo con dolor a la descompresión en hipogastrio parecido al inicial. Se pide ECO abdominal, informándose de tumoración anexial derecha de 88 x 55 sugestiva de torsión anexial o absceso tubo ovárico derecha. Ovario izquierdo poliquístico. Se cursa ingreso en Ginecología para valoración, completando el estudio con exudado endocervical con Tinción de Gram negativo. Cultivo aerobio con escasa flora no patógena. Ag Chlamydia negativa. Beta HCG < 1.20.

Conclusiones:

El dolor referido se siente en una parte del cuerpo distante al del sitio de origen, y es característico de algunos dolores de origen visceral. Se percibe en una zona distante de su lugar de origen. El cuadro clínico que nos ocupa es un claro ejemplo del mismo, poniéndonos en guardia ante una situación de urgencia vital.

CASOS CLÍNICOS

P-1072

TRAUMATISMO Y ALTERACIÓN DEL HABLA

MR Sanz de Barros, A Crespo Giménez, L Allega Gnecco,
AI Nogales García

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes.
Madrid.

Palabras claves: alteración del habla, dificultad para la
deglución, traumatismo

Historia clínica

Introducción: presentamos el caso de un varón de 38 años alérgico a metoclopramida y clobopride, que acude a urgencias por dificultad para la deglución y disartria. Objetivo: dar a conocer este caso por la excepcionalidad de la parálisis aislada del XII par craneal en el contexto de una situación postraumática. Material o pacientes y método: Como único antecedente de interés el paciente había sufrido un accidente de bicicleta 10 días antes, con traumatismo craneoencefálico leve, policonusiones y fractura de clavícula izq. A las 48 horas del mismo el paciente nota lengua acorchada e hinchada y disfagia para sólidos. Valorado por dicha sintomatología en días previos en la Urgencia se le pauta corticoide por vía oral pensando que es una reacción alérgica, el paciente acude de nuevo a Urgencias por continuar con acorchamiento de hemilengua izq., disfagia para sólidos y alteración del habla. Exploración sin hallazgos, salvo ORL: parálisis de hemilengua izq y leve desplazamiento de celda amigdalina izq. Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica, serología, estudio autoinmunidad normal. TAC cráneo: Normal TAC base de cráneo y cervical: Asimetría en orofaringe con protusión de hemilengua izq hacia la luz, obliteración de la valécula izq y desplazamiento de la úvula, sin alteraciones en lengua ni pared de orofaringe. RMN de cuello: no existen alteraciones del recorrido extracraneal del XII par izq. No alteración en troncos supAAórticos. Cambios agudos en nervio hipogloso izq con desplazamiento posterior de la hemilengua izq y colapso de musculatura hemifaringe izq. Con juicio clínico de parálisis del hipogloso izq. postraumático sin evidencia de lesiones óseas ni de tejidos blandos, se inicia corticoide oral, presentando en su evolución ligera mejoría clínica.

Conclusiones:

La parálisis del nervio hipogloso se asocia comúnmente con la afectación de otros pares craneales y su lesión aislada es infrecuente. En este caso se investigan todas las posibles causas de afectación del nervio en su trayecto intra y extracraneal, no evidenciándose ninguna causa, por tanto, dada la estrecha relación temporal entre el accidente sufrido y la parálisis del nervio, concluimos que ha debido producirse su lesión postraumática.

P-1073

CEFALEA Y LESIONES VESICULOSAS

A Crespo Giménez, MR Sanz de Barros, AI Nogales García,
P Chacon Testor

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes.
Madrid.

Palabras claves: cefalea, vesículas, fiebre

Ámbito del caso:

Hospitalaria - Comarcal

Historia clínica

Introducción: Presentamos el caso de un varón joven aparentemente inmunocompetente que acude a urgencias por cefalea, lesiones vesiculosas en piel y fiebre. Objetivo: dar a conocer una complicación inusual de infección por virus herpes zoster en un adulto inmunocompetente. Material o paciente y método: arón de 34 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por cuadro de una semana de evolución de cefalea holocraneal, asociando a las 24 horas vesículas en dermatoma dorsal D6 y D8 izq. Es diagnosticado de herpes zoster dorsal y pautado tratamiento con brivudrina oral. Acude de nuevo a las 24 horas por fiebre de 38.1 grados, empeoramiento de la cefalea, malestar general y sensación de tirantez en la parte alta de la espalda que no alivia tras tratamiento sintomático. Exploración: 130/70, afebril, cardiopulmonar normal, abdomen: lesiones vesiculosas en cara anterior de abdomen y espalda, territorio D6-D8. Neurológico: Kernig +, Brudzinsky negativo, resto normal. Pruebas complementarias: Hemograma, coagulación, función renal, perfil hepático, iones, PCR normales. TAC de cráneo: sin alteraciones. LCR: glucosa 45mg/dl, Prot. 97.6 mg/dl, ADA 5.4 U/L, lactato 2.13 mmol, 285 leucocitos / mm3, 98% linfomononucleares, 1720 hematíes /mm3. Gram y cultivo negativo, PCR virus varicela -zoster positivo. Herpes 1 y2 negativo, enterovirus negativo. Serología VIH negativa, poblaciones linfocitarias normales RM de cráneo: discreto aumento de la señal de los surcos de la convexidad frontal y parietal y surcos occipitales de ambos hemisferios compatible con patología inflamatoria meníngea, sin evidencia de lesiones parenquimatosas asociadas. Con la sospecha diagnóstica inicial de herpes zoster torácico y meningitis de perfil vírico en posible relación con varicela -zoster se pauta aciclovir iv, con excelente evolución clínica, sin presentar en la misma datos clínicos ni de imagen de encefalitis y tampoco síntomas de afectación parenquimatosa, siendo dado de alta con valaciclovir oral.

Conclusiones:

Aunque la meningitis por virus varicela -zoster es infrecuente (0.5%), en este caso se sospecha desde el inicio por la coexistencia temporal de lesiones vesiculosas compatibles y datos clínicos y analíticos de meningitis vírica, confirmándose con posterioridad por la positividad de la PCR para varicela-zoster en LCR.

CASOS CLÍNICOS

P-1074

TAQUICARDIA VENTRICULAR BIDIRECCIONAL POR DIGOXINA

MC Riba Castel (1), F Arroyo Alejos (1), S Solanas Alava (1),
D Palomar Carbo (2), O Rodríguez Gracia (1),
zS Rodríguez Esteban (1)

(1) Hospital Reina Sofía (2) 061 Aragón. Tudela.

Palabras claves: taquicardia, digoxina, intoxicación

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

La intoxicación digitálica es un evento relativamente frecuente en pacientes con tratamiento crónico con glucósidos digitálicos y más rara en ingesta con fines autolíticos o accidental. Una de las expresiones de dicha complicación es la aparición de arritmias siendo algunas potencialmente letales como el caso de la taquicardia ventricular bidireccional. Mujer de 72 años con antecedentes de fibrosis pulmonar con oxigenoterapia domiciliar y BIPAP nocturna, cardiopatía valvular mitroaórtica. Fibrilación auricular paroxística. IQ prótesis valvular mitral y aórtica. Disnea basal en grado funcional III. En tratamiento habitual con furosemida, sintrom, ivabradina, espirolactona, digoxina, esometrazol. Solicita asistencia por aumento de su disnea habitual siendo de reposo acompañada de febrícula y de broncorrea blanquecina. Regular estado general, TA 100/69mmHg. Tª axilar 37,7°C, Sat O2 basal 90%. Taquipnea a 32x'FC 87x'. AS destaca 18000 leucocitos con 94% Neutrófilos, Hemoglobina 11,8 /dL, INR 3,75 Creatinina 1,2 mg/dL (rango 0,5-1,1, Troponina I 0,424 ng/dL, rango 0-0,028), Urea 75 mg/dL (rango 15-58) Na 133 mmol/L (135-148), K 5 mmol/L (3,5-5,3), BNP 379,6 pg/mL (<100). Queda ingresada con diagnóstico de infección respiratoria refiriendo empeoramiento de su estado general con sensación de palpitaciones rápidas y de calor. Se realiza ECG donde se registra fibrilación auricular rápida que es tratada con digoxina iv con frenado de la respuesta ventricular a 100x' y mejora sintomática para repetir el episodio de palpitaciones rápidas mal toleradas con malestar general con registro de taquicardia ventricular bidireccional que cede espontáneamente. No se dispone de anticuerpos antidigoxina en el hospital por lo que se traslada a UCI de referencia. La digoxinemia estaba en rango de normalidad 2 ng/ml. No se trató posteriormente con Fab antidigoxina.

Conclusiones:

La digoxina es un fármaco ampliamente empleado como tratamiento crónico y no exento de complicaciones que pueden ser letales, sobre todo en pacientes con insuficiencia renal. Son escasos los casos descritos de taquicardia ventricular bidireccional, ante el que cabe plantear el tratamiento con FAB antidigoxina aunque no hay consenso de sus indicaciones en la intoxicación durante el tratamiento crónico.

A-1075

TRAUMATISMOS OCULARES: UN CASO DE ENFISEMA ORBITARIO Y SUBCONJUNTIVAL

MC Riba Castel, F Arroyo Alejos, S Solanas Alava, A Rodríguez
Marco, A Tejero Luna, B Peralta Villellas

Hospital Reina Sofía. Tudela.

Palabras claves: enfisema, traumatismo, quemosis

Historia clínica

El enfisema orbitario se asocia a cirugía dental u otorrinolaringológica, sinusitis o traumatismos craneo-faciales que originan una fractura de las paredes orbitarias. Pese a que el enfisema orbitario es una lesión relativamente frecuente, el enfisema subconjuntival con quemosis impidiendo el correcto cierre palpebral es extremadamente raro. Presentamos un caso de enfisema mixto, orbitario y subconjuntival. Varón de 44 años que acudió a urgencias después de sufrir un traumatismo la región periorbitario izquierda por impacto directo de una pelota de padel sin pérdida de conciencia. A la exploración destaca la llamativa e importante quemosis conjuntival, tumefacción periorbitaria con crepitación cutánea manifiesta e imposibilidad para cerrar correctamente los párpados. La agudeza visual en su ojo izquierdo era de 8/10, PIO 18 mmHg y fondo de ojo dentro de la normalidad. En lámpara de hendidura se apreciaron burbujas de aire subconjuntivales y queratitis de exposición. En el TC practicado se observa fractura de pared etmoidal y enfisema orbitario que se extendía hasta el espacio subtarsal. Se realizó drenaje del aire subconjuntival con aguja estéril tras limpieza con povidona yodada con lo que se consiguió la resolución el cuadro en 48 horas.

Conclusiones:

A pesar de la llamativa afectación ocular en esta lesión orbital traumática, con componente inflamatorio pero en ausencia de atrapamiento muscular y síndrome orbitario compartimental, el tratamiento es conservador, sin requerir abordaje quirúrgico descompresivo. En este caso el drenaje con aguja del enfisema fue suficiente para que el paciente recuperase la función palpebral. Al alta es preciso la indicación de evitar maniobras que impliquen aumento de presión nasal como sonarse, toser, estornudar, y maniobras de Valsalva así como pautar descongestionantes nasales o sistémicos y antieméticos en pacientes de riesgo.

CASOS CLÍNICOS

A-1076

MALA EVOLUCIÓN DE UN DOLOR LUMBAR

EM Prieto Piquero (1), M Cordero Cervantes (2),
O Potemkina (3), LM Siris González (4)

(1) C. Salud de Teatinos (SESPA), (2) C. Salud de Ventanielles,
(3) C. Salud del Cristo, (4) C. Salud de Teatinos. Oviedo.

Palabras claves: dolor de la región lumbar, hepatomegalia,
metástasis de la neoplasia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 20 años, sin antecedentes de interés, con dolor lumbar que desciende posteriormente y se irradia por cara posterior del muslo izquierdo, asociando parestesias. El dolor no se controla con la medicación habitual (AINEs, tramadol, gabapentina) y parece respetar la noche, pero impide la correcta deambulación. Tumefacción en la región supraclavicular izquierda, dolorosa. Exploración física: No focalidad neurológica. Adenopatía supraclavicular izquierda. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen anodino, hepatomegalia de unos 3 cm bajo reborde costal derecho. Dolor a la flexión de la cadera izquierda, disminución de fuerza sin pérdida de sensibilidad. Pruebas complementarias: TC cérvico torácico: Adenopatías patológicas cervicales y abdominales. Nódulos pulmonares. Múltiples lesiones focales hepáticas. Múltiples lesiones líticas óseas. RM columna: Afectación metastásica múltiple en todo el eje espinal sin grandes colapsos vertebrales ni masas extravertebrales de plano blando. Adenopatías patológicas prevertebrales dorsales y lumbares. Diagnóstico: Tumor desmoplásico de célula redonda pequeña, estadio IV de la AJCC.

Conclusiones:

El tumor de células pequeñas y redondas describe diversas patologías entre las que se encuentran el sarcoma de Ewing, neuroepitelioma periférico, neuroblastoma periférico, rabdomiosarcoma, tumor desmoplásico de células pequeñas y redondas, linfoma, leucemia, osteosarcoma de células pequeñas, carcinoma de células pequeñas, y melanoma maligno, entre otros. Para su distinción se emplean tres marcadores muy útiles antígeno pan-leucocitario CD45 (específico de linfomas), citoqueratinas (en tumores de origen epitelial y algunos sarcomas), y el filamento intermedio vimentina (en la mayoría de tumores mesenquimales y algunos carcinomas). Los tumores de células redondas pequeñas son un grupo heterogéneo de neoplasias propias de la niñez y la adolescencia, cuyo diagnóstico positivo se sustenta en estudios inmunohistoquímicos y microscopía electrónica. La edad promedio es de 22 años, y es más frecuente en el sexo masculino, con marcaje inmunohistoquímico epitelial, muscular y neural, que se plantea como una coexpresión epitelial (keratina, antígeno de membrana epitelial) mesenquimal muscular (desmina y vimentina) y neural (neuroenolasa específica), además de una traslocación + (11,22) (p13,q12). Los enfermos se presentan con enfermedad diseminada y su tratamiento multidisciplinario combina cirugía y quimioterapia agresiva, incluyendo trasplante de médula ósea o de células progenitoras periféricas y radiaciones ionizantes. La esperanza de vida es de 4 años.

P-1077

PARÁLISIS FACIAL EN EL CONTEXTO DE UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA

O Potemkina X (1), M Cordero Cervantes (2), EM Prieto Piquero (3), LM Siris González (3)

(1) C.S. El Cristo, Oviedo, (2) C.S. Colloto, Asturias, (3) C.S. Teatinos, Oviedo, Asturias.

Palabras claves: parálisis facial, neuroborreliosis de Lyme, meningitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 49 años, residente de ambiente rural con mascotas y ganado, que en Julio 2014 presentó varios días consecutivos fiebre hasta 39°C, artromialgias y cefalea holocraneal, tras una picadura de garrapata. Fue tratado con Doxiclina 10 días (suspendida por efectos secundarios). Serología para Borrelia fue negativa. En Noviembre 2014 volvió a presentar dolor cervical y lumbar paravertebral de características inflamatorias, y posteriormente parálisis facial izquierda, que se etiquetó como idiopática. Fue tratado con Valium, Tramadol y Corticoides. Acudió 2 veces más por persistencia clínica. A la exploración el paciente está afebril, hemodinámicamente estable. Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica normal. Serología: -Borrelia burgdorferi IgG positivo. Borrelia burgdorferi IgM negativo. Borrelia INMUNOBLOT positivo. LCR: proteinorraquia de 413, pleocitosis linfocitaria de 124 células y glucosa normal. Borrelia burgdorferi IgG (LCR) positivo. Borrelia INMUNOBLOT positivo. ECG, Rx de tórax y TC cerebral normales. Comentario: 1) Ambiente rural con picaduras de garrapatas en verano, una bien constatada en Julio 2014. 2) Artromialgias inespecíficas, lumbagos y rigidez todo que han ido empeorando a pesar del tratamiento con esteroides. 3) Parálisis periférica facial izquierda resistente a tratamiento. 4) Datos del LCR compatibles con meningitis linfocitaria subaguda sin signos meníngeos, pero con cefalea. 5) Seroconversión de IgG para Borrelia burgdorferi, negativa en Julio y positiva en Noviembre. 6) Ausencia de alteraciones en ECG. Diagnóstico: Neuroborreliosis (enf. Lyme) en fase secundaria con parálisis facial periférica y meningitis linfocitaria subaguda. Se ha realizado tratamiento con Ceftriaxona 2 g/día durante 21 días y corticoides con mejoría clínica y analítica de LCR.

Conclusiones:

La borreliosis de Lyme es una infección producida por Borrelia burgdorferi sensu lato y transmitida por las garrapatas del género Ixodes. La fase precoz es el eritema migratorio que hay que diferenciar con: hipersensibilidad a la picadura de insectos, enfermedades inflamatorias y parasitarias de la piel. En la fase de diseminación precoz predominan manifestaciones neurológicas como en nuestro caso (meningitis). El diagnóstico se basa en la presentación clínica y en los resultados de las pruebas serológicas, sobre todo la búsqueda de síntesis intratecal de inmunoglobulinas G específicas en las neuroborreliosis.

CASOS CLÍNICOS

P-1078

DOCE MÉDICOS Y NUEVE PRUEBAS PARA UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO... TAL VEZ DEBERÍAMOS REFLEXIONAR

M Martínez Díez, D Sáenz Abad, M Jordán Domingo,
MC Lahoza Pérez, I Murillo Díaz de Cerio, CA Baquer Sahún
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: fiebre, tiroiditis, dolor cervical

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 35 años sin hábitos tóxicos ni antecedentes. Consulta hasta en 3 ocasiones en Urgencias por fiebre y dolor laterocervical. Otorrinolaringología descarta patología a ese nivel. Se le pautan antibióticos y antitérmicos pero la clínica persiste. En su cuarta visita se solicita TC cerebral (normal) previo a realización de punción lumbar pero tras ello se realiza una anamnesis dirigida etiquetando el cuadro de posible tiroiditis y siendo dada de alta con AINE y recomendación de ampliación analítica en su Centro de Salud (Ac antitiroideos, TSH, T4...). Al día siguiente la paciente regresa a Urgencias persistencia del cuadro. Se evidencia tumefacción laterocervical. Diagnóstico diferencial: Mastoiditis; Absceso de partes blandas a nivel cervical; Meningitis; Patología infecciosa ORL. Evolución: se realiza TC cervical que muestra realce heterogéneo de la glándula tiroides. La punción lumbar es normal y la analítica realizada en Primaria muestra TSH suprimida (0.13 microU/ml) y T4 normal (1.58 ng/dl) con VSG 104 mm. A pesar de los hallazgos la paciente ingresa en Medicina Interna para estudio de síndrome febril necesitando 20 días de ingreso y realización de diversas analíticas, serologías y cultivos que resultan negativos. La ecografía tiroides demuestra un tiroides heterogéneo y se aprecia ausencia de captación en la gammagrafía compatibles con tiroiditis de De Quervain. Durante el ingreso la paciente padeció una diarrea aguda persistente con insuficiencia renal prerrenal secundaria a *C difficile* como complicación de la antibioterapia pautada desde el inicio del proceso.

Conclusiones:

La fiebre sin foco claro supone un reto para el "Urgenciólogo". La anamnesis orientada puede suponer una pista definitiva para el diagnóstico. El uso de antibioterapia en ausencia de un foco bacteriano puede conllevar más iatrogenia que beneficios para el paciente. La tiroiditis es una patología de diagnóstico clínico cuya sospecha debe establecerse ante un cuadro de fiebre, dolor cervical y síntomas distiroideos. La confirmación es analítica (anticuerpos, hormona, VSG...), ecográfica y/o gammagráfica. El diagnóstico clínico evita el empleo de tratamientos y pruebas diagnósticas que en ocasiones son invasivas o provocan una dosis de radiación no asumible.

P-1079

TODO LO RARO ME PASA A MÍ

B Peleteiro Cobo, E Méndez Rodríguez, R Cuadra San Miguel,
MJ Corullon, M Piñón García, B López Prada, G Fernández
Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

Palabras claves: abdominalgia, vómitos, pseudoobstrucción

Historia clínica

Varón, 30 años, acude por cuadro de 10 días de evolución de epigastralgia con vómitos biliosos. Deterioro del estado general, sin otra clínica. NO AMC. No hábitos tóxicos. EF: COC, aceptable EG, deshidratación piel- mucosas. ACP y EEL: sin hallazgos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a palpación en epigastrio-HD, sin defensas ni signos de irritación peritoneal. RHA positivos. Analítica: Normal. Ecografía abdominal: Hígado, tamaño normal. Vesícula distendida con material ecogénico en su interior que podría corresponder a barro biliar. Vía biliar no dilatada. Bazo, páncreas, riñones normales. Pese a tratamiento sigue presentando sintomatología. Se decide completar estudio. TAC abdomino-pélvico: estenosis 3º porción duodeno a nivel de su paso por el estrecho aorto-mesentérico, cuya distancia en el plano transversal es de aproximadamente 6 mm a nivel del paso duodenal. El origen de la arteria mesentérica y la aorta abdominal forma un ángulo agudo de 21°. Compatible con Sº de pinza aorto-mesentérica. Se ingresa en Digestivo. Gastroscoopia: Esófago normal. Estómago con restos de alimento. En bulbo duodenal estenosis de aspecto inflamatorio que no permite el paso. Se toman biopsias. Anatomía patológica: duodenitis crónica activa. No se identifican márgenes con malignidad. Diagnóstico diferencial: • Úlcera péptica duodenal • Pancreatitis crónica • Colelitiasis • Seudobstrucción crónica idiopática Diagnóstico final: • Estenosis duodenal secundaria a Sº de la pinza aorto-mesentérica. Evolución: Se diagnostica de Sº de pinza aorto-mesentérica. Dada la intolerancia oral, fue necesario colocar una vía central para nutrición parenteral total. Imposibilidad quirúrgica. Al alta mejoría del paciente. Tolerancia dieta túrmix.

Conclusiones:

El SPAMS es una entidad clínica poco frecuente, caracterizada por compresión de tercera porción del duodeno por la AMS, produciendo una obstrucción duodenal crónica e intermitente. Muchas veces subdiagnosticada. Suele afectar entre los 10- 30 años. Los síntomas más frecuentes: dolor epigástrico postprandial, sensación de saciedad temprana, vómitos, distensión abdominal. Diversos factores se pueden asociar como constitución delgada, lordosis, tumores o algún trastorno psiquiátrico. El diagnóstico se realiza básicamente mediante TAC. El tratamiento conservador se basa en correcciones hidroeléctricas y recuperación del estado nutricional. Esta medida se reserva solo en aquellos pacientes que no son candidatos a una duodenoyunostomía laparoscópica, que permite el tratamiento definitivo.

CASOS CLÍNICOS

P-1080

¿SE HA COMIDO UNA BOA?

AB Mecina Gutierrez, L Martínez Vallalta, M Mendoza Paico,
MJ Ramírez Muñoz, MI Beneyto de Arana, O Devora Ruano
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Palabras claves: obstrucción intestinal, neoplasias colorrectales,
impacción fecal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 56 años, exfumadora y bebedora ocasional. Sin cirugías previas ni tratamiento habitual. Acude por debilidad generalizada, anorexia, dolor y distensión abdominal de 3 meses de evolución. Estreñimiento en las últimas 2 semanas. No vómitos. A la exploración destaca caquexia marcada y gran distensión abdominal con visualización directa de las asas intestinales dilatadas. Timpanismo generalizado. Ruidos hidroaéreos disminuidos. Dolor difuso a la palpación sin defensa abdominal. Tacto rectal con abundantes heces formadas. Ante la sospecha de obstrucción intestinal como primera opción, (menos probable íleo adinámico, síndrome de Ogilvie) se solicitó radiografía simple de abdomen y en decúbito lateral, radiografía de tórax AP y analítica, objetivándose niveles hidroaéreos patológicos. Se procedió a la colocación de sonda nasogástrica, obteniéndose débito abundante fecaloideo. Se realizó TAC abdomen demostrando una marcada dilatación gástrica, de asas de intestino delgado (con calibre de hasta 6 cm) y de colon, con fecaloma distal. Tumoración en ángulo hepático. Masa anexial izquierda de aspecto tumoral, sin otras adenopatías o alteraciones peritoneales, que sugería obstrucción intestinal de curso crónico. Dado al carácter crónico clínico-radiológico, ingresa a cargo de Medicina Interna hasta filiar origen de masas abdominales y recuperación del tránsito tras resolución del fecaloma, y una vez realizado el estudio, valorar tratamiento quirúrgico de forma programada. A los pocos días del ingreso en planta, presenta insuficiencia respiratoria grave por bronconeumonía bilateral aspirativa, que requiere intubación orotraqueal e ingreso en UCI. En dicha unidad se completa estudio con colonoscopia, intentando la colocación de endoprótesis colónica, sin conseguirse, procediendo a intervención quirúrgica urgente (ileostomía de descarga). Posteriormente, presenta empeoramiento clínico y radiológico con sospecha de peritonitis purulenta, realizándose laparotomía urgente (hemicolecctomía derecha, ooforectomía bilateral, omentectomía e ileostomía terminal). Recibe antibioterapia de amplio espectro con buena evolución clínica, hasta el alta a hospitalización de Cirugía General, con recuperación completa tras 2 meses de ingreso. Las biopsias mostraron adenocarcinoma colorrectal metastásico. Se derivó a Oncología médica para completar tratamiento. JUICIO CLINICO: obstrucción intestinal aguda por fecaloma complicada sobre obstrucción crónica tumoral.

Conclusiones:

Una patología considerada banal (fecaloma) puede ser origen de múltiples complicaciones graves (broncoaspiración, peritonitis).

NOTA: lo llamativo del caso es el diagnóstico visual del abdomen en urgencias.

CASOS CLÍNICOS

P-1081

¿UNA SIMPLE CONVULSIÓN?

C Bolarín Angosto, A Sánchez Martínez, FM Aceituno Villalba,
A Balsalobre Matencio, IM Escudero Muñoz, S Falla Jurado

Hospital Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo.

Palabras claves: epilepsia, anciano, convulsión

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón. 72 años. Diabetes Mellitus 2. Dislipemia. Fumador. Prótesis biológica aórtica. Fibrilación Auricular paroxística. Accidente Isquémico Transitorio carotídeo izquierdo, se inició sintrom. Posteriormente hematoma en flanco derecho con INR 4 y anemia, se cambió sintrom por antiagregación. Tratamiento crónico: Eucreas, Omeprazol, Bisoprolol, Ramipril, Astudal, Atorvastatina, Adiro. Enfermedad actual: pérdida de conciencia y crisis tónica generalizada. Tras el episodio el paciente queda afásico y con mirada conjugada a la derecha. Exploración física: Rítmico con chasquido protésico. No responde a estímulos verbales ni dolorosos, mirada conjugada a la derecha, afásico, hemiparesia derecha con Reflejo Cutáneo Plantar derecho extensor. Exploraciones complementarias: coagulación normal, hemograma normal, bioquímica con perfil hepático y renal normales, enzimas cardíacas normales. Gasometría venosa: pH 7.38, Pco2 33.7, lactato 6.3 Electrocardiograma: ritmo sinusal sin alteraciones agudas de la repolarización TAC: sin evidencia de patología intracraneal aguda Líquido cefalorraquídeo: no patológico Doppler Troncos SuprAAórticos: ateromatosis carotídea sin estenosis. Estudio intracraneal normal Electroencefalograma (EEG): actividad intercrítica parcial no generalizada con inicio frontotemporal derecho que difunde a región contralateral Resonancia Magnética craneal: atrofia cortico-subcortical. Leucoencefalopatía vascular Diagnóstico diferencial: ACV. Status comicial. Paresia de Todd. Infecciones SNC. Tumores SNC. Alteraciones metabólicas. Diagnóstico final: status comicial Evolución: el paciente presenta en urgencias varios episodios tónicos generalizados, se inicia sedación y tratamiento con keppra. A las 48h no presenta paresia ni clínica sensitiva, persiste disartria y ampliación de la base de sustentación sin lesión cerebral aguda en RMN. Se mantiene estable, rechaza sintrom y no tiene indicación para los nuevos anticoagulantes orales (ACO) por ser portador de prótesis valvular, se añade a su tratamiento habitual heparina a dosis anticoagulantes y keppra.

Conclusiones:

El status epiléptico es una emergencia médica que requiere una intervención inmediata para prevenir el daño cerebral irreversible. Definido como estado convulsivo que dure 30 minutos, o 2 o más convulsiones en las cuales no se recupere la conciencia. Paciente con alteraciones del sistema nervioso central (SNC) como accidente cerebrovascular (ACV) isquémico, neoplasias, infecciones tienen alta incidencia de convulsiones. Dentro del manejo inicial está proteger la vía aérea, glucometría, gases arteriales, hemograma, bioquímica, tóxicos en sangre y orina. EEG y TAC. El tratamiento de primera línea son las benzodiacepinas.

CASOS CLÍNICOS

P-1082

¿QUÉ HAGO CON MI TENSION?

FM Aceituno Villalba (1), A Sánchez Martínez (1), C Bolarín Angosto (2), A Balsalobre Matencio (2), I Escudero Muñoz (1), S Falla Jurado (1), C Menéndez López (1)

(1) San Javier, (2) Torre Pacheco. Vélez Rubio.

Palabras claves: coartación aórtica, hipertensión, cardiopatía

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Varón, 27 años, natural de Marruecos. No AMC. HTA desde hace 5 años. No DM ni dislipemia. No hábitos tóxicos. Sin antecedentes familiares relevantes. Tratamiento habitual: atacand plus 16/12,5. Refiere cefaleas intensas en último mes, con medias tensionales: 150-160 mmHg/110 mmHg, refractarias a tratamiento. No otra sintomatología. Exploración física: BEG. CYO. Afebril. ACP: normal. Abdomen: normal, sin soplos abdominales. MMII: sin edemas. Ausencia de pulsos femorales. EN: PIC-NR. Sin focalidad. Exploraciones complementarias: analítica: glucosa: 98, urea: 34, creatinina: 1, sodio: 140, potasio: 4,6, ácido úrico: 5,7, colesterol total: 173, HDL: 35, Triglicéridos: 81, albúmina: 4,7. Enzimas hepáticas: normales. LDH: 202, TSH: 1,65. Catecolaminas plasmáticas: 1100, cortisol basal: 19,7, renina: 11,2, aldosterona: 53, adrenalina: 150, noradrenalina: 950, dopamina: 125. Sedimento orina: normal. Catecolaminas orina 24 horas: normales. Metanefrinas orina 24 horas: normales. Hemoblogina: 15, VCM: 81, plaquetas: 214000, leucocitos: 7700 (fórmula normal). ECG: ritmo sinusal con HVI. Rx tórax: normal. Fondo de ojo: normal. Ecocardio: Coartación de aorta distal a la salida de subclavia con gradiente de 50 mmHg. Grosos en límite alto de normalidad, aumento de trabéculas a nivel apical. Ligera dilatación de raíz aórtica, insuficiencia aórtica. TA en brazos: 165-95 mmHg, piernas: 110-50 mmHg. TC suprarrenales sin contraste iv: Litiasis de escasos mm en polo superior renal izquierdo. Suprarrenales de morfología y tamaño normal, sin nódulos. AngioRMN arterias renales: normales. RMN cardiaca: coartación de aorta hemodinámicamente significativa, diámetro: 1cm en zona máxima de estenosis, con circulación colateral y volumen sanguíneo doble del volumen que hay a través de la coartación. Diagnóstico diferencial: Miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía dilatada, miocarditis. Diagnóstico final: Hipertensión arterial secundaria a coartación aórtica hemodinámicamente significativa. Evolución: Cirugía cardiovascular realiza cirugía de reparación, precisando agresivo tratamiento antihipertensivo posterior. Evoluciona favorablemente, sin detección de gradiente en controles tensionales brazo-pierna. Se añade acovil 2,5mg a su tratamiento.

Conclusiones:

La coartación aórtica es una cardiopatía congénita, con estrechamiento de la luz aórtica por debajo de la salida de la subclavia izquierda, caracterizada por hipertensión arterial en miembros superiores y debilidad de pulsos femorales. De ahí la relevancia de un exhaustivo examen clínico, incluyendo palpación de pulsos periféricos y medición de presión arterial sistémica, para su rápido diagnóstico y tratamiento.

A-1083

EL NO CUIDARSE TERMINA SIEMPRE EN PROBLEMAS

B Peleteiro Cobo, R Cuadra San Miguel, E Méndez Rodríguez, JR Casal Codesido, MT Fernández Rivas, FJ García García, C Astorgano de la Puente

Hospital El Bierzo. Ponferrada, León.

Palabras claves: cetoacidosis, hipoglucemia, encefalopatía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón, 45 años, desde hace un mes no sale de casa por edemas en EEII. Presenta cansancio con alteraciones de conducta. Apenas come. Ingesta abundante alcohol. Lo encuentran ese día agitado y poco colaborador. AP: Obesidad mórbida (200kg), fumador, hipertenso, dislipémico. IAM (2011). Bebedor importante. No realiza tratamiento (abandono). EF: Estuporoso, Glasgow 6, TA 150/77, FC 77, satO2 94% T°37. glucemia capilar: 60. Pupilas normorreactivas, isocóricas, no focalidad neurológica. Ictericia conjuntival. Tiraje respiratorio con expulsión de líquido sanguinolento por boca. ACP: abundantes estertores. Abdomen: importante perímetro abdominal. EEII: edemas hasta flancos con fovea. Anasarca. PC: Analítica: Hb 12.7, Hto 38%, leucocitos 16800 (N 80%, cayados 3%), plaquetas 227000, glucemia: 57, BT 5.9, lactato 8, HCO3 19, PH 7.44. PCR 9 RX tórax: Atelectasias bibasales. Ecg: Normal. Ecografía abdominal: limitada por obesidad del paciente. Abundante líquido libre intraperitoneal compatible con ascitis. Atrofia LHD. Realización paracentesis. TAC cerebral: Imposibilidad por peso paciente. Microbiología: líquido ascítico negativo, BAS + para C Albicans HC negativo. Pruebas hepáticas: GOT 135, GPT 53 bilirrubina 2.92 GGT 28 albumina 2.8 Diagnóstico diferencial: • Hipoglucemias. • Intoxicación por sustancias de abuso. • Enfermedad tumoral. • Encefalopatía hepática. Diagnóstico final: • Cirrosis hepática descompensada. • Encefalopatía hepática. • Insuficiencia respiratoria. Evolución: Traslado UCI. Se instaura medidas de SV. IOT por bajo nivel conciencia. Se conecta a ventilador mecánico. Sedado. Precisa amina para remontan TA. Se fuerzan balances negativos con albúmina y diuréticos. Desarrolla hipernatremia. Se realiza paracentesis evacuadora (sin datos de PBE), dejándose catéter de drenaje, obteniéndose 27500 cc en 5 días. Alimentado con nutrición enteral específica para hepatópatas por SNG. Se completo tratamiento con antibióticos.

Conclusiones:

La EH puede llegar a representar una emergencia médica. Los objetivos se basan en terapia de soporte, eliminar o tratar los factores precipitantes y neutralizar el amoníaco u otras toxinas. Puede incluir soporte respiratorio o circulatorio, especialmente cuando se presenta coma. Además, se puede desarrollar un edema cerebral pudiendo ser mortal. Importante tratar infecciones, IR y anomalías electrolíticas. Para reducir producción de amoníaco se recomienda disminuir o suspender el consumo de proteínas en la dieta. Puede ser necesaria alimentación con fórmulas especiales iv o entérica.

CASOS CLÍNICOS

P-1084

DOCTOR, ¿QUÉ ES LO QUE ME PASA?

C Bolarín Angosto, FM Aceituno Villalba, A Sánchez Martínez, IM Escudero Muñoz, A Balsalobre Matencio, S Falla Jurado
Hospital Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo.

Palabras claves: taquicardia, frecuencia cardiaca, anciano

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer. 71 años. Alérgica a penicilina. Intolerancia a AINEs por gastritis. HTA. Obesidad. Fibrilación auricular (FA) paroxística en tratamiento con flecaínida. Anticoagulada con warfarina. Enfermedad actual: palpitaciones, presión torácica y malestar general Exploración física: consciente y orientada, mal estado general (MEG), no disnea ni taquipneica. No ingurgitación yugular ni reflujo hepato yugular. Rítmica y sin soplos. Murmullo Vesicular Conservado (MVC). No edemas ni signos de Trombosis Venosa Profunda (TVP). FC: 163 lpm. SatO₂ 96%. TA 86/53 Exploraciones complementarias: ECG: taquicardia de QRS ancho a 163 lpm Analítica: hemograma normal, bioquímica normal, enzimas cardíacas normales Coronariografía: coronarias normales Ecocardiografía: hipertrofia ventrículo izquierdo, insuficiencia aórtica ligera Diagnóstico diferencial: taquicardia ventricular, taquicardia supraventricular aberrante, flutter auricular. Diagnóstico final: flutter auricular aberrante bajo tratamiento con flecaínida Evolución: la paciente es ingresada en la UCI. Se intentan maniobras de apertura con estimulación del seno carotídeo y con adenosina. La paciente pasa a ritmo sinusal recurriendo la taquicardia más tarde. Se realiza nuevo ECG donde se objetiva flutter común. Se realizó ablación del istmo cavo tricuspídeo (ICT) para tratamiento del flutter y ablación de venas pulmonares para tratamiento de la FA. Tres meses después se revisó a la paciente en consultas externas de cardiología y estaba asintomática.

Conclusiones:

La inestabilidad hemodinámica no determina el origen ventricular de la taquicardia sino que depende, principalmente, de la presencia de cardiopatía estructural, anchura del QRS y frecuencia cardíaca. Fármacos que prolongan el QT pueden provocar Taquicardia ventricular (TV) polimórfica y fármacos antiarrítmicos de clase I pueden provocar aberrancia durante una taquicardia. En este caso se llegó al diagnóstico por la clínica, la morfología del ECG que no cumplía criterios claros de TV, la FC, la toma de flecaínida y la evolución posterior con la aparición de flutter común.

P-1085

UNA AMIGDALITIS QUE ESCONDÍA UN SECRETO

I Fortuny Esterri, M Parras Cordovés, MA Moreno Planelles, M Borja Díaz, F Camón Iglesias, N Rodrigo Saiz, A Crespo Giménez

Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes, Madrid

Palabras claves: tonsilitis, chest pain, gastritis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Motivo de consulta Dolor torácico Antecedentes personales Alergia: Metamizol No FRCV No tratamiento habitual Historia actual Varón de 50 años acude a urgencias por dolor centrotorácico desde medio día y malestar general. Opresivo con irradiación a la espalda, sudoración y náuseas. Desde hace 3 días odinofagia que mejora con antiinflamatorios. Epigastralgia. En su CS le administran Enantyum IM y Urbason IM con escasa mejoría por lo que es derivado al hospital. Exploración física TA: 97/70 FC: 80lpm SatO₂ basal 98% CyO. Quejumbroso. Orofaringe: congestiva, abombamiento pilar anterior derecho, no placas. ACP Rítmico s/s. MVC Abd: BD, no doloroso Extre: No edemas, ni signos de TVP Pruebas complementarias ECG: RS a 80lpm, eje izquierdo. PR normal BIRDDH (q / t negativa III, aVF). Sin alteraciones agudas de la repolarización Analítica Leucocitos 13.47 10E3/μL, Neutrófilos 11.5 10E3/μL, Resto de hemograma normal. Bioquímica normal con tropono <0.02. Cr 1.46 Epstein Barr : negativo IC cardiología: Tras historia y ecocardiograma diagnostican pericarditis aguda con alteraciones segmentarias JC Amigdalitis aguda con posible absceso periamigdalino. Epigastralgia en relación con AINEs. Pericarditis aguda con alteraciones segmentarias (IMC inferior silente). FEVI conservada. Leve deterioro de función renal (Cr 1,46 mg/ dL). Evolución: Se mantiene en observación para valoración por ORL al día siguiente y reevaluación por cardiología. Durante la noche persiste dolor importante, náuseas, hipotensión que remonta con sueroterapia y desaturación (88%) Analítica de control: Leucocitos 3.30 10E3/μL. Neutrófilos % 76.4, PCR 396.4 mg/L, Cr 1.15. Por la mañana dada la evolución y el deterioro hemodinámico se solicita Tac de cuello para valoración de absceso periamigdalino/parafaríngeo, que se amplía a tórax ante los hallazgos: Tumorción cervical sugerente de absceso para-retrofaringeo. Abundante gas en localización retrofaringea que diseciona el espacio retrofaringeo extendiéndose hacia mediastino donde ocupa la grasa paratraqueal hasta hiato esofágico. Mediastinitis. Se avisa a UVI y se traslada al paciente a HULP para valoración y tratamiento por cirugía torácica.

Conclusiones:

Es fundamental el enfoque global y continuado del paciente en urgencias, con las constantes como nuestros aliados fundamentales y ser capaces de replantearse los diagnósticos empezando de nuevo si hace falta sin dar nada por supuesto.

CASOS CLÍNICOS

P-1086

DISNEA EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

M Morales del Águila (1), R Jiménez López (2)

(1) Centro de Salud Delicias, (2) Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Palabras claves: dyspnea, hemoptysis, pulmonary embolism

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón, 34 años. Antecedentes de hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo II, Dislipemia, obesidad mórbida, fibrilación auricular paroxística, miocardiopatía dilatada enólica con disfunción ventricular severa, Hipertensión pulmonar. Acude a urgencias por hemoptisis tres días después tras alta por shock cardiogénico e insuficiencia renal. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Mal estado general. Hipotensión 90/50. Oliguria. Auscultación pulmonar con hipoventilación generalizada. Edemas maleolares leves. Analítica básica: Destacar Plaquetas 48000, Actividad de protombina 38, Aminotrasferasa 43, Creatina quinasa normal, Leucocitos 14000. Creatinina 3,1. Proteína C Reactiva 264. Radiografía tórax: Cardiomegalia con infiltrados bilaterales multilobares. Fibrobroncoscopia: Restos sanguíneos con origen probable en pirámide basal derecha, sin signos de sangrado activo ni neoplasia. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Carcinoma pulmonar. Crisis Hipertensión Pulmonar. Hemorragia digestiva alta. Infecciosas (Tuberculosis, aspergiloma). DIAGNÓSTICO: Tromboembolismo pulmonar bilateral masivo. EVOLUCIÓN: Ante mala evolución, ingresa en la unidad de cuidados intensivos requiriendo medidas de soporte vital avanzado. Inicialmente recupera función renal. A pesar de mejoría necesita oxigenoterapia y no se le puede retirar tratamiento con drogas vasoactivas. Se realiza angiografía pulmonar por tomografía computerizada que confirma tromboembolismo bilateral masivo. El paciente evoluciona a fibrilación auricular con ritmo ventricular rápido, realizando fibrinólisis sistémica con alteplasa sin mejoría. Se decide cardioversión eléctrica, pasando a ritmo sinusal. Se confirma trombosis venosa profunda extensa de miembro inferior derecho. Se inicia perfusión de heparina no fraccionada, presentado plaquetopenia y empeoramiento de dicho miembro con elevación de cifras de creatina quinasa. Posteriormente se implanta catéter Swan-Ganz para continuar fibrinólisis pulmonar. Finalmente el paciente fallece tras parada cardiorespiratoria tras Díez días de evolución desde el nuevo ingreso.

Conclusiones:

El tromboembolismo pulmonar masivo es una enfermedad con un alto índice de mortalidad, que requiere un diagnóstico temprano. Se debe realizar un dímero D en paciente con probabilidad baja o moderada, y en caso positivo se debe continuar estudio. La demora en el diagnóstico puede ser letal, así como la implantación tardía del tratamiento.

P-1087

ICTERICIA TRAS EXTRACCIÓN DENTAL

M Morales del Águila (1), R Jiménez López (2)

(1) Centro de Salud Delicias, (2) Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Palabras claves: jaundice, amoxicilin, hepatitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Varón, 48 años sin antecedentes personales de interés. Fumador 2-3 cigarrillos diarios. Bebedor ocasional. Acude a urgencias derivado por cirujano maxilfacial tras percatarse de ictericia en revisión por extracción de pieza dentaria (intervención realizada tres días antes) y en tratamiento con amoxicilina/clavulánico profiláctico, ibuprofeno y metamizol. No presenta náuseas ni vómitos. No astenia ni hiporexia. No refiere molestias abdominales ni síndrome miccional (aunque presenta orinas más oscuras sin llegar a ser colúrica). No deposiciones desde la intervención. Afebril. No semiología infecciosa asociada. No viajes ni toma de dieta fuera de lo habitual. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general. No signos de encefalopatía. Ictericia franca de piel y mucosas. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen sin alteraciones. Ruidos hidroaéreos conservados. Analítica básica: Destaca amilasa 46, aminotransferasa 120, bilirrubina total 11,3 y bilirrubina directa 7,6. Lactato deshidrogenasa 340. Proteína C reactiva 49. Coagulación actividad protrombina 76%. Ecografía abdomen: Esteatosis hepática. No otros hallazgos patológicos. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Hepatitis, Enfermedad de Calori, Colangitis, litiasis, úlcera duodenal penetrante, parositis. Enfermedad Dubin-Johnson. Síndrome de Gilbert. DIAGNÓSTICO: Ictericia secundaria a amoxicilina/clavulánico. EVOLUCIÓN: Dada la estabilidad clínica y analítica con normalidad de la función renal y de los parámetros de coagulación, se decide alta hospitalaria con vigilancia domiciliar y derivación a consulta de hepatitis aguda. A los 9 días acude a consulta persistiendo la ictericia sin otra clínica asociada. Se realizan diversos controles analíticos de seguimiento, disminuyendo controles analíticos hasta normalidad, siendo serología, autoanticuerpos, estudio tiroideo, alfa1-antitripsina y ceruloplasmina negativos.

Conclusiones:

La ictericia se encuentra dentro de los efectos secundarios de baja probabilidad en la amoxicilina/clavulánico. Aparte de ésta, hay otras como erupciones cutáneas y disminución de glóbulos blancos, entre otras. Se debería incluir a los pacientes en el Registro Español de Toxicidad y Pro-Euro DILI registry, firmando consentimiento informado.

CASOS CLÍNICOS

P-1088

DOLOR ABDOMINAL E HIPERMENORREA... DUDA RAZONABLE EN PACIENTE COMPLEJA

R Montoya Sáenz (1), M Rubio Gómez (2), B Sierra Bergua (3), A Hernández Marcos (3), S Trueba Insa (4), M Ruiz Felipe (5)

(1) C.S. Bombarda-Monsalud, (2) C.S. Delicias Norte, (3) H.C.U. Lozano Blesa (Urgencias), (4) C.S. Delicias Sur, (5) C.S. Valdefierro. Zaragoza.

Palabras claves: miomas, tuberculosis, endometriomas

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer, 29 años. Venida de Ghana Díez días antes. Acude a Urgencias por dolor abdominal difuso intenso. Asocia poli e hipermenorrea, astenia e hiporexia. Un mes antes, relata pico febril limitado. No tos, expectoración ni hemoptisis. Exploración: Consciente, afebril. TA 110/82 mmHg. FC 68 por minuto. Saturación O2 97% basal. AP: normoventilación. Gran masa abdominal que rebasa ombligo 4 centímetros en sentido cefálico, dura, lobulada, dolorosa, no hepatoesplenomegalia ni adenopatías. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Analítica normal. Radiografía tórax: lesión apical izquierda cavitada de dos centímetros compatible con tuberculosis (TBC). Ecografía abdominal: gran masa compatible con mioma. Trompa izquierda y derecha: quistes de contenido denso. Ecografía ginecológica: Flujo oscuro vaginal, grandes miomas subserosos, múltiples intramurales que distienden útero. Quistes ováricos bilaterales. TC toracoabdominopélvico: afectación parenquimatosa apical bilateral pulmonar, cavitada. Gran mioma intramural anterior y otro posterior, ambos heterogéneos con necrosis, sin poder descartar complicación. Miomas subserosos. Baciloscopia negativa. Cultivo y DNA positivos: *Mycobacterium tuberculosis*. Cultivo hidrosalpinx negativo. Anatomía patológica: Trompa izquierda quiste endometriósico, quiste lúteo hemorrágico. Útero: leiomiomas intramurales, mucosa endometrial proliferativa con metaplasia escamosa cervical. JUICIO CLÍNICO Y EVOLUCIÓN Ante el hallazgo casual de imagen compatible con TBC, y tras valoración ginecológica, se sospecha que el cuadro abdominal sea manifestación extrapulmonar tuberculosa. Ingresa en Infecciosas con Etambutol, Isoniazida, Pirazinamida y Rifampicina. Los cultivos confirman TBC pulmonar. La TC y ecografía informan de múltiples miomas e imágenes tubáricas con diagnóstico diferencial: abscesos en contexto de TBC/endometriomas. Finalmente y por indicación ginecológica, se realiza histerectomía con salpingectomía y ooforectomía bilateral. La anatomía patológica confirma diagnóstico de miomas y endometriomas y descarta su origen tuberculoso. Evolución favorable. Alta con diagnóstico: TBC pulmonar no bacilífera. Útero miomatoso. Endometriomas.

Conclusiones:

Las manifestaciones extrapulmonares de la TBC pueden afectar a toda la anatomía y el flujo migratorio es un factor que predisponen a ellas. Se presenta éste caso por la significación clínica del cuadro de la paciente, que obliga a sospechar una afectación genital tras hallar una TBC pulmonar de forma incidental. En ocasiones, la complejidad del trabajo médico es relevante como muestra este caso al valorar patologías potencialmente graves y que se solapan entre sí.

CASOS CLÍNICOS

A-1089

CUERPO EXTRAÑO Y AFILADO EN TÓRAX

F Rico Rodríguez (1), M Ruiz Ojeda (2), R Hidalgo Gil (3),
A López Sánchez (1), P Ceballos García (1), J Pedraza García (1),
E Lopera Lopera (1)

(1) Servicio de Urgencias y Cuidados Críticos. Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba, (2) Médico de Dispositivo Móvil de Cuidados Críticos y Urgencias. Área Sanitaria Norte de Córdoba, (3) Médico de Familia, Residencia El Salvad. Pozoblanco.

Palabras claves: cristal, chest, thoracotomy

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

HISTORIA CLÍNICA: Mujer de 46 años que acude al servicio de urgencias tras sufrir traumatismo en tórax al caerle una ventana de gran dimensión mientras trabajaba. Refiere leve dolor en heridas de hemitórax izquierdo. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Buen estado general, consciente y orientada, bien perfundida y coloreada, eupneica en reposo sin trabajo respiratorio. Tensión arterial 119/79 mmHg, frecuencia cardíaca 95 lpm, saturación basal 95%. Presenta dos heridas inciso contusas en región posterior de hemitórax izquierdo, lineales de 2 cm en superficie, sin apreciarse cuerpo extraño en su interior. Se realiza cura y sutura de herida. **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:** Al incorporarse la paciente a sedestación refiere dolor intenso, mareo, presentando leve palidez cutánea y sudoración. Se decide realizar radiografía de tórax, en la que aparece cuerpo extraño radioopaco de unos 10 cm en parénquima pulmonar izquierdo. Se amplía estudio con una tomografía computerizada (tac) de tórax que informa de cuerpo extraño de 102 mm de longitud, en región posterior de hemitórax izquierdo, atraviesa parénquima pulmonar, presentando uno de los extremos forma de punta en contacto con aorta descendente, sin poderse descartar compromiso de la misma, Hemotórax moderado sin sangrado activo, mínimo neumotórax, enfisema subcutáneo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE URGENCIAS:** Desde urgencias debemos plantearnos la posibilidad de una contusión pulmonar, laceración pulmonar, rotura diafragmática, lesión de grandes vasos, Hemotórax, etc. **DIAGNÓSTICO FINAL:** Herida penetrante en hemitórax izquierdo **EVOLUCIÓN:** Se contacta con cirugía torácica y cardiovascular del hospital de referencia y se decide su traslado acompañada de personal sanitario, manteniéndose estable hemodinámicamente en todo momento. Se realizó toracotomía izquierda visualizándose cuerpo extraño alojado en segmento apical de lóbulo inferior izquierdo, se extrae, sin apreciarse afectación de aorta descendente. Tras buena evolución durante el ingreso, es dada de alta.

Conclusiones:

El cuerpo extraño en parénquima pulmonar es una entidad con baja frecuencia en los servicios de urgencias, aunque se debe tener en cuenta en situaciones similares al caso descrito. Llama la atención el mecanismo lesional que sufre la paciente, que inicialmente no impresiona de las lesiones provocadas por el gran objeto extraño que tiene alojado en su parénquima pulmonar, además en estrecho contacto con vasos sanguíneos vitales.

CASOS CLÍNICOS

A-1090

LO QUE LA TVP ESCONDE

MP Ortigosa Arrabal (1), MC Fernández Fernández (1),
C de la Cruz Cosme (2)

(1) Centro de Salud Tiro de Pichón, (2) Hospital Universitario
Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: contraceptive, deep venous thromboses,
pancreas cancer

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: Las trombosis venosas profundas y las neoplasias pueden ser concomitantes por lo que debemos pensar siempre en ello. **OBJETIVO:** Recordar la necesidad de incluir la patología oncológica en el diagnóstico etiológico de la trombosis venosa profunda incluso cuando coexisten otros factores de riesgo. **PACIENTES Y MÉTODO:** Mujer, 50 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes de interés. Hasta hace 4 meses en tratamiento con anticonceptivos que ella suspendió por desaparición de la menstruación, retomándolos hace 10 días. Ex fumadora de 30 paquetes/año. Acude a urgencias por aumento del diámetro y endurecimiento gemelar en MID doloroso a la deambulación y en reposo. Refiere además lumbalgia de 12 días de evolución por la que ha permanecido en reposo. Niega disnea, dolor torácico u otra clínica. Consciente, orientada y colaboradora. Constantes normales. Afebril. Auscultación cardiopulmonar: Rítmica, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. MID: Dolor a la palpación, aumento de tamaño y temperatura respecto a MII. Empastamiento de área gemelar derecha. Homans +. Pulsos poplíteo y pedio negativos. **RESULTADOS:** Analítica: Hemograma, coagulación y bioquímica normal. Dímero D 33.44 (valores normales < 0.50). Eco-doppler MMII: contenido ecogénico en cayado de safena que se extiende a femoral común y poplíteo, sin flujo e imposibilidad de compresión. Sugestivo de TVP a dichos niveles. Radiografía tórax: imagen en T10 compatible con masa sin filiar. TAC-Tórax: Adenopatías mayores de 1cm en espacio cavo-traqueal, ventana aortopulmonar, subcarinal e hiliares bilaterales. Múltiples nódulos en ambos campos pulmonares. Lesión focal en T10. Todas compatibles con metástasis. TAC-Abdominopélvico: masa hipodensa mal definida de 5.5x5.2cm en cola pancreática. Imágenes nodulares en suprarrenal izquierda, hígado y a nivel cutáneo sugestivas de metástasis. Biopsia hepática: metástasis secundarias a adenocarcinoma pancreático. Juicio clínico: Trombosis venosa profunda paraneoplásica y neoformación pancreática con metástasis hepáticas, suprarrenal izquierda, pulmonares y cutáneas.

Conclusiones:

Ante pacientes de cierta edad, sin episodios previos de trombosis venosas tenemos que pensar que ese síntoma puede ser la primera manifestación de una neoplasia sólida. Los tumores que más frecuentemente aparecen tras un episodio de tromboembolismo venoso primario son el adenocarcinoma de próstata y el carcinoma colorrectal seguidos del adenocarcinoma de páncreas, ovario, hígado y cerebro.

CASOS CLÍNICOS

A-1091

ATÍPICA DISFAGIA DE LARGA EVOLUCIÓN

D Terner Escudero (1), AM Gutiérrez García (2), MP Ortigosa Arrabal (3)

(1) Centro de Salud Las Delicias, (2) Centro de Salud Puerta Blanca, (3) Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.

Palabras claves: esophagitides, eosinophilia, dysphagia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: La disfagia y pirosis, frecuentes motivos de consulta urgente, pueden tener etiología de muy distinta gravedad. **OBJETIVO:** Actualizar el diagnóstico diferencial de la disfagia en Urgencias, mediante la presentación de una entidad inhabitual pero de obligada consideración en el mismo. **MATERIAL/PACIENTES Y MÉTODO:** Varón de 32 años sin alergias medicamentosas conocidas. Diabetes mellitus tipo I insulinodependiente en tratamiento con insulina y metformina. Acude a urgencias por sensación de cuerpo extraño localizado a punta de dedo en región supraesternal tras ingesta de carne. Refiere dificultad para la deglución, salivación importante y dificultad respiratoria. El paciente presenta disfagia intermitente leve de larga evolución que mejora comiendo más despacio y acompañando las comidas con agua. Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. FR: 15 rpm. Constantes: TA 146/92 mmHg. FC 86 lpm. Sat O2 99% basal. Auscultación cardio-pulmonar: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. ORL: Faringe sin alteraciones, amígdalas hipertróficas. No se visualiza cuerpo extraño. **RESULTADOS:** Radiografía de tórax: Sin alteraciones. Nasofibroscoopia: Retención salivar en región supraglótica. Endoscopia digestiva alta: Hernia hiatal, esófago anillado. Se extrae bolo alimenticio impactado. Se tomó biopsia de la mucosa para AP. Juicio clínico: Esofagitis eosinofílica. Diagnósticos diferencial: Reflujo gastroesofágico, esclerodermia, neoformación esofágica. Evolución: Tras extracción de bolo alimenticio, el paciente fue remitido a domicilio a la espera de resultados de AP. En esta se observó un intenso infiltrado eosinofílico en mucosa esofágica (> 20 eosinófilos/campo).

Conclusiones:

La esofagitis eosinofílica es una enfermedad de muy baja incidencia, y baja especificidad semiológica, por lo que su diagnóstico exige conocer la entidad para indicar de forma expresa, y mas allá de otras pruebas habitualmente preliminares y en este caso fútiles, la realización de una endoscopia (que puede presentar hallazgos característicos tales como pérdida de la elasticidad de la mucosa, surcos lineales y anillos esofágicos, o ser normal) y la correspondiente toma de biopsia, a fin de demostrar un infiltrado eosinofílico característico de más de 20 eosinófilos/campo.

A-1092

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA AXILO-SUBCLAVIA DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO SECUNDARIA A COMPRESIÓN

E Puga Montalvo, P Rivas del Valle, MC García Tirado, I Arrizabalaga Aldalur, S García Perea, F Santamarina Carvajal
Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Palabras claves: thrombosis subclavian vei, -clavicle fracture-edema

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

ANAMNESIS. Paciente de 65 años con AP de Dislipemia sin tratamiento médico que hacía unos 15 días había tenido Fractura de tercio medio Clavícula derecha tras caída accidental montando en bicicleta y que se trató con Velpeau. Hacia dos días había sido visto en Consultas Externas de Traumatología por revisión, donde ya presentaba clínica que se justifico secuela por el Trauma presentado. Ante evolución tórpida con dolor en zona axilar y pesadez de MS drch con hematoma pectoral en evolución, decide acudir a Urgencias. **EXPLORACIÓN COC, BEG.** A la exploración de MS drch destacaba leve edema con mínimo empastamiento y hematoma pectoral derecho evolucionado. Movilidad activa del hombro conservada y completa aunque dolorosa. Contractura de ambos trapecios. Pulsos radiales conservados y simétricos. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.** La bioquímica, hemograma y estudio de coagulación realizados se encontraban dentro de valores normales y así mismo el DD. Pero ante la sospecha clínica de trombosis venosa profunda del MSD se realiza ecografía venosa doppler color informada sin evidencian alteraciones en el flujo arterial del MSD. Pero con la vena axilar, humeral y subclavia presentando toda su luz ocupada por material ecogénico sugerentes de TVP a ese nivel. **JUICIO CLÍNICO.** Trombosis Venosa Profunda Axilo-Subclavia de Miembro Superior Derecho. **EVOLUCIÓN.** El paciente se Ingreso en Vascular y se comenzó con tratamiento conservador (heparina de bajo peso molecular, vendaje compresivo, reposo y elevación de miembro). La evolución fue satisfactoria dándose de alta con anticoagulación oral y revisión a los tres meses, aunque quedó como secuela un síndrome posttrombótico. Se derivó a hematología para estudio de trombofilias que fue normal.

Conclusiones:

La obstrucción de la vena subclavia ocurre normalmente como resultado de una compresión extrínseca o por trombosis, tanto local, como ascendente de territorios más distales. La trombosis de MMSS supone aproximadamente el 2% de todas las TV. Pueden ser primarias (idiopáticas / esfuerzo) o secundarias. El síntoma princeps es el edema difuso. En nuestro caso, se descartó la existencia de neoplasia y el estudio de trombofilia fue normal. Debemos suponer que la TVP se desarrolló de forma secundaria a la compresión de la zona debida al vendaje y a la formación del callo de fractura.

CASOS CLÍNICOS

A-1093

DOLOR TORÁCICO COMO SIGNO DE HSA

AM Gallur Martínez, AR Uribe Mathews, G Jiménez Díaz

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.

Palabras claves: Takotsubo, hemorragia subaracnoidea, infarto de miocardio

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

HSA asociado Takotsubo. INTRODUCCIÓN. La cardiomiopatía de Takotsubo es una lesión cardíaca neurogénica asociada a diferentes tipos de enfermedades del sistema nervioso central, presentando un amplio espectro clínico que incluye cambios electrocardiográficos y elevación de marcadores de lesión miocárdica. EXPOSICIÓN DEL CASO: Varón de 70 años con antecedentes de HTA, dislipemia y herniorrafia inguinal. Presenta episodio súbito de pérdida de conocimiento presenciada iniciándose maniobras básicas de RCP. Tras 10 minutos, UVI móvil comprueba presencia de asistolia, iniciando RCP avanzada, saliendo en ritmo propio sinusal a los 17 min. Los testigos refieren que se quejaba de dolor torácico últimamente. En Urgencias mantiene ritmo propio a 70 lpm, GCS 3. Electrocardiográficamente presenta imagen de BRD, con elevación del ST en cara lateral. Con sospecha de SCA como causa de la PCR, se realiza coronariografía, sin lesiones agudas sugestivas de SCA con FEVI levemente disminuida y morfología de disquinesia apical. Dado que no se encuentra cardiológicamente causa que justifique la situación del paciente se realiza TAC craneal que muestra HSA con hallazgos compatibles con edema cerebral sin lesiones focales. El Servicio de Neurocirugía desestima tratamiento por la presencia de HSA masiva, secundaria aneurisma/malformación AV en el territorio del ACA derecha, falleciendo el paciente. DISCUSIÓN Se trata de un paciente trasladado a urgencias en situación de PCR recuperada con GCS3, con antecedentes de dolor torácico y datos electrocardiográficos compatibles con SCA. Los hallazgos de la coronariografía sugieren una cardiomiopatía de Takotsubo. Los mecanismos causantes de esta cardiopatía no están totalmente definidos. Se ha propuesto que en estados de estrés severo, como presencia de lesiones cerebrales, se produce una liberación masiva de catecolaminas que induce lesión miocárdica en ápex cardíaco, región con mayor cantidad de receptores betaadrenérgicos, como se ha demostrado en modelos animales.

Conclusiones:

Es importante conocer la asociación de esta miocardiopatía con la HSA para dar tratamiento oportuno de la causa y que no sea tratada como evento cardíaco primario. Una forma de distinguirlos es el patrón de elevación de biomarcadores de daño miocárdico. Un tratamiento incorrecto compromete el pronóstico de estos pacientes.

A-1094

ACIDOSIS LÁCTICA ASOCIADA A LA TOMA DE METFORMINA. PAPEL DEL HEMOFILTRO EN ESTOS PACIENTES

F González Márquez, JL Palma Aguilar, M Peña Capúz,

R García Mora, R Bermúdez Jiménez, L Luna Guerrero

Hospital San Juan de Dios de Aljarafe. Coria del Río.

Palabras claves: acidosis láctica, metformina, hemofiltro

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer 84 años, HTA y DM tipo II en tratamiento con Lisinopril y Metformina, que acude a urgencias por deterioro de estado general, náuseas y vómitos de 2 días de evolución. La paciente presentaba afectación del estado general, taquipnea y tenía una TA algo elevada y una clara tendencia a la taquicardia. Se le detectó una Infección urinaria y analíticamente presentaba una Insuficiencia renal con Creatinina de 7,9 mg/dl, una Hiperpotasemia 7 mmol/L y una importante Acidosis Metabólica con pH: 7,04 Bicarbonato de 9. La insuficiencia renal y la acidosis se mantenían a pesar de tratamiento (antibiótico, sueroterapia intensa, bicarbonato, y medidas antihiperpotasemia), por lo que dados sus AP se añadió Ácido Láctico al estudio analítico, que finalmente llegó en 9,5 (0,4-2). Tras ser sometida a hemofiltración en UCI comienza con mejoría rápida de parámetros de función renal, normalizando los niveles de lactato.

Conclusiones:

La acidosis láctica es una complicación infrecuente pero grave (mortalidad del 50%) asociada al empleo de metformina. Dado que la eliminación del fármaco es dependiente de la función renal, el fracaso renal es un requisito para su acumulación, excepto en casos de sobredosis. Es fundamental en el manejo el tratamiento de soporte, en particular la corrección ácido-base, la eliminación del fármaco y el tratamiento de factores concomitantes. Corregir el pH plasmático con bicarbonato no ha demostrado disminución de la mortalidad y podría tener efectos perjudiciales (disminución del gasto cardíaco, sobrecarga de volumen, hipernatremia y aumento paradójico de los niveles de ácido láctico). Las técnicas de reemplazo renal combinan la corrección ácido base con la eliminación del fármaco y lactato por lo que son muy importantes en el tratamiento de estos pacientes. La hemofiltración ha demostrado ser una técnica efectiva con corrección de la situación en las primeras 24 horas y hay estudios que demuestran que en estos casos podría ser más efectiva que la hemodiálisis convencional, especialmente en casos con inestabilidad hemodinámica. Los síntomas de la acidosis láctica por metformina son inespecíficos y el comienzo es sutil, lo que hace necesario un alto nivel de sospecha para establecer un diagnóstico y tratamiento precoz.

CASOS CLÍNICOS

P-1095

**INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS: FASCITIS
NECROTIZANTE DE ORIGEN PÉLVICO**

L Cano Alcalde, P Tranche Álvarez-Cagigas, R Parada López,
B García Marina, C Hidalgo Collazos, J del Cañizo Canto,
C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: fascitis necrotizante, diabetes mellitus, partes blandas

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 35 años de edad. Antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con Insulina glargina con mal control glucémico habitual. Acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por foliculitis inguinal derecha y dolor en la cara interna del muslo de una semana de evolución. Una semana antes se había realizado una biopsia vulvar por eritema genital. En la exploración física se objetiva foliculitis en pliegue inguinal derecho con dolor, eritema y tumefacción que se extiende hasta el tercio proximal del muslo derecho. No se objetivan alteraciones neurovasculares. Movilidad activa de cadera y rodilla conservada. Pruebas complementarias: Analítica sanguínea: Leucocitos 25.9 10E3/uL (88% PMN), Hemoglobina 10.7 g/dL, Hto 31.7%, Plaquetas 371 10E3/uL, Fibrinógeno > 500 mg/dL, PCR 305.9. TC de pelvis/miembros inferiores con CIV: asimetría de miembros inferiores con importante aumento de tamaño de miembro inferior derecho. En región perineal y en cara interna del muslo se identifica borrosidad y trabeculación de la grasa en relación con edema/celulitis, con múltiples burbujas de gas con afectación del músculo recto interno alcanzando la mitad del muslo. Ante la sospecha de fascitis necrotizante se inicia tratamiento antibiótico empírico con piperacilina-tazobactam y clindamicina y se realizó tratamiento quirúrgico urgente mediante desbridamiento con apertura de la fascia y toma de muestras para cultivo. En las tres muestras remitidas se aisló Enterococo faecalis (AMP-S), Streptococo del grupo viridans y un anaerobio.

Conclusiones:

La fascitis necrotizante es una infección rápidamente progresiva que supone la forma más grave de infección de partes blandas con una mortalidad del 25%. Es importante conocer esta entidad ya que su diagnóstico es esencialmente clínico y el pronóstico depende en gran medida de un diagnóstico precoz y un tratamiento agresivo inmediato.

P-1096

MASA PULMONAR VS NEUMONÍA

ML Nieto de Haro, MB Mora Ordóñez, G Díaz Córdoba,
J Amores Fernández, E Rosell Vergara, JA Rivero Guerrero,
A Bosca Crespo

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: masa pulmonar, neumonía, infiltrado alveolar

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Antecedentes personales: Mujer de 34 años. No alergias medicamentosas conocidas. Fumadora 10 paq/año (desde hace 20 años). Ingreso por TBC a los 21 años. Síndrome depresivo. Tratamiento domiciliario: lormetazepam, desvenlafaxina. Enfermedad actual: acude por cuadro de 1 semana de evolución de tos seca con escasa expectoración, astenia y febrícula. Desde hace 2 semanas, pérdida de peso y sudoración profusa. Exploración: BEG. Afebril. Sat O2 98%. ACR: tonos rítmicos, sin soplos. MVC. Crepitantes en campo medio izquierdo y base izquierda. ABD: anodino. EEL: no edemas. Pruebas complementarias: Analítica: Hemograma (Leucos 7.400 (neutrófilos 66%), Hb 10, Htc 32), Bioquímica (Gluc 94, Urea 13, Creat 0.70, PCR 98) Rx tórax: masa pulmonar en LSI. Evolución: Se realizaron en el área de observación determinación de hemocultivos negativos, PCR gripe negativa. Para aclarar origen de la masa, se solicitó TAC tórax (se observa en hemitórax izquierdo áreas de patrón alveolar con broncograma aéreo a nivel de lóbulo superior y lingula y agrupamiento broncovascular en LII que plantean como primera posibilidad bronconeumonía. Adenopatías hiliares derechas. Ingresa en planta de Neumología con cultivo de coco gram positivo (Gemella haemolysans). Buena respuesta al tratamiento antibiótico, desaparición de imagen radiológica y alta domiciliaria. Juicio clínico: Neumonía adquirida en la comunidad Multilobar Fine I. Ingresa en planta de Neumología con cultivo de coco gram positivo (Gemella haemolysans). Buena respuesta al tratamiento antibiótico, con alta domiciliaria.

Conclusiones:

La presencia de una lesión redondeada en la radiografía de tórax siempre debe elevar la sospecha de neoplasia. Sin embargo, entre los diagnósticos diferenciales debe tenerse en cuenta la neumonía redonda. Esta es una forma inusual de presentación de la neumonía en el adulto vista en 1% de los casos, que puede estar o no asociada a la presencia de síntomas agudos de infección y sólo se puede diagnosticar de manera acertada por la evolución radiológica y no por la clínica.

CASOS CLÍNICOS

A-1097

LA ESPIRAL DE VIOLENCIA

M Arroyo Gallego, L Cabeza Osorio, E Lozano Rincón, J Torres Yebes, E Espinosa de los Monteros, M Homez Guzmán, MS Ruiz Grinspan

Hospital Universitario del Henares. Madrid.

Palabras claves: accidentes de tránsito, hematuria, ultrasonografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 35 años fumador y bebedor ocasional, con consumo habitual de cocaína, hachís y MDMA. Acude a Urgencias por traumatismo craneal, dolor y excoriaciones en brazo y pierna derecha tras accidente de tráfico, mientras conducía su moto a 40km/hora. Niega pérdida de consciencia, cefalea o dolor abdominal. A su llegada se aprecia feto enólico. Se encuentra afebril, normotenso, con frecuencia cardíaca de 90lpm y saturación basal de oxígeno 100%. Presenta una exploración física anodina exceptuando erosiones en contexto de quemadura por asfalto en ambos codos, rodillas y falanges de miembros superiores. No presenta focalidad neurológica. Se realiza electrocardiograma, en ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización ni bloqueos, analítica de sangre con leucocitosis de 16400, neutrofilia (84,2%) y elevación de CPK con valor de 1280U/L, manteniendo una función renal normal, sin alteraciones iónicas ni en gasometría venosa. Niveles de etanol de 60 mg/dl. En sistemático de orina destacan indicios de hemáties en sedimento y cribado de drogas positivo para cocaína, MDMA y tetrahidrocannabinol. Se realiza radiografía de tórax, mano derecha y TAC craneal, sin alteraciones. Tras 24 horas de sueroterapia, analgesia y vigilancia neurológica, se evidencia descenso franco de CPK a 546U/L. Persiste, sin embargo, hematuria microscópica por lo que, con el objetivo de descartar patología traumática en la vía urinaria, se solicita ecografía abdominal donde se aprecia una ligera alteración de la ecogenicidad en la valva anterior del polo superior de riñón derecho. Se completa el estudio con TAC abdominal que refleja una captación de las pirámides renales bilaterales que podría estar en relación con estadio precoz de riñón esponjoso medular.

Conclusiones:

La hematuria microscópica lleva a la realización de una ecografía que conduce al TAC y, los resultados de éste, a un estudio por parte de Nefrología de esta anomalía congénita: La enfermedad de Cacci Ricci o esponjosis medular renal. El objetivo de este caso es reflejar el diagnóstico fortuito de una patología poco frecuente en un paciente que acude a urgencias por un motivo que nada tiene que ver con esta enfermedad. Este diagnóstico accidental favorece un diagnóstico y tratamiento precoz, interfiriendo positivamente en la evolución de la enfermedad.

P-1098

LA MIGRAÑA DE BICKERSTAFF

M Arroyo Gallego, ME Toribio Díaz, L Cabeza Osorio, E Lozano Rincón, J Torres Yebes, E Espinosa de los Monteros, L Mao Martín

Hospital Universitario del Henares. Madrid.

Palabras claves: síncope, vértigo, trastornos migrañosos

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Varón de 36 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a Urgencias por pérdida súbita de consciencia, de escasos segundos de duración, con recuperación completa posterior, sin movimientos anómalos asociados, estupor postcrisis o relajación esfinteriana. El cuadro se inició con cefalea occipital intensa, pulsátil, con irradiación holocraneal, asociada a sensación de alteración visual (diplopía, traslocación de objetos y pérdida de nitidez), seguido de acúfenos y mareo de una duración no superior a cuarenta minutos. Tras recuperación del síncope describe parestesias en ambos pies, autolimitadas, persistiendo cefalea intensa, con fonofobia, fotofobia y sensación nauseosa asociada. Niega cefaleas de forma habitual, ni episodios similares con anterioridad. A su llegada a Urgencias persiste cefalea occipital sin alteraciones visuales asociadas, clínica y hemodinámicamente estable, presenta una exploración física estrictamente normal, sin focalidad neurológica. Se realiza electrocardiograma, analítica de sangre, radiografía de tórax y TAC craneal, sin hallazgos patológicos. Ante la sospecha de un primer episodio de migraña basilar, se decide vigilancia neurológica 24 horas en Urgencias, que transcurre sin incidencias, con desaparición progresiva de cefalea con analgesia pautada, manteniendo exploración física anodina, sin focalidad neurológica. Valorada por Neurología, se decide alta hospitalaria, se solicita resonancia magnética ambulatoria y se deriva a consultas para seguimiento.

Conclusiones:

El concepto de migraña basilar fue propuesto por Bickerstaff, que atribuyó la primera descripción a Aretaeus en el siglo I aC. Es una variante infrecuente de migraña, complicada, con aura cuyos síntomas se originan en el tronco cerebral o en ambos lóbulos occipital. Para su diagnóstico son necesarios dos o más de los siguientes síntomas: síntomas visuales en los campos temporal y nasal de ambos ojos, disartria, vértigo, acúfenos, pérdida de audición, diplopía, ataxia, parestesias bilaterales y disminución del nivel de consciencia. El diagnóstico es de exclusión, siendo necesario descartar patología cerebrovascular, vértigo, crisis convulsivas (especialmente las del lóbulo temporal), esclerosis múltiple o lesiones ocupantes de espacio de fosa posterior. En ocasiones, el aura inicial no se sigue de cefalea, incrementando la ya patente dificultad diagnóstica.

CASOS CLÍNICOS

P-1099

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN GESTANTE: LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

L Castro Portillo, P de La Fuente Vaquero, E Jaloud Saavedra, MJ Bonomi Barby, H López Verdú

Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Palabras claves: peptic ulcer hemorrhage, melena, pregnancy

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Eliminado el consumo de antiinflamatorios, la enfermedad ulcerosa péptica (EUP) está causada casi en un 90% de pacientes por *Helicobacter pylori*. Se ha determinado un aumento de su seroprevalencia en embarazadas, atribuible a la inmunosupresión acompañante. No obstante, el embarazo parece brindar protección frente a la EUP y sus complicaciones gracias a tres factores: efecto de la progesterona como protector de la mucosa gástrica, hábitos de vida saludable (no tabaquismo ni consumo del alcohol...), tratamiento precoz con antiácidos de sintomatología común entre reflujo gastroesofágico propio del embarazo y EUP. En cambio, no es un periodo exento de patología y debemos considerar etiologías no obstétricas ante una situación de emergencia en la mujer gestante. La sintomatología digestiva propia de las modificaciones fisiológicas de la gestación puede enmascarar patología no obstétrica subyacente. Presentamos el caso de una gestante con sangrado de úlcera péptica con repercusión hemodinámica propia y del feto. Acude a Urgencias gestante de 37 años de edad con amenorrea de 37+6 semanas, sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés. Refiere epigastralgia y astenia intensa y se objetiva en el registro cardiotocográfico un riesgo de pérdida de bienestar fetal. Sospechando patología obstétrica, se realiza cesárea urgente sin incidencias y nace mujer viva, que no precisa ingreso en Neonatología. En el postoperatorio persiste la sintomatología y la paciente refiere heces oscuras, que ya presentó durante las últimas semanas y asociación con la feroterapia oral. Destaca intensa palidez mucocutánea y finalmente se objetivan melenas. El hemograma muestra hemoglobina de 4.3 g/dl y se decide transfusión urgente de hemoderivados. Se realiza gastroscopia, que informa de úlcera duodenal fibrinada (Forrest IIC), *Helicobacter Pylori* positiva, que no precisa tratamiento invasivo. Se pauta tratamiento conservador con sueroterapia e IBP intravenosos. Al alta, se indica triple terapia erradicadora frente a *Helicobacter Pylori* (omeprazol, claritromicina, amoxicilina). La paciente evoluciona favorablemente con controles en unidad de Digestivo.

Conclusiones:

Ante una situación de emergencia en la mujer gestante, debemos disponer de un alto índice de sospecha diagnóstica y considerar causas no relacionadas con la propia gestación para llevar a cabo un diagnóstico y tratamiento precoces que eviten un empeoramiento del cuadro.

A-1100

CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL DE CAUSA INFRECIENTE

E Quero Motto, LM Muñoz Gimeno, A Garre García, B Palazón Cabanes, D Nova López, A Hernandez Molina

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras claves: dolor abdominal, vena porta, trombosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: El dolor abdominal constituyendo casi el 85% de las asistencias a Urgencias, sobre todo si aparece bruscamente. La mayoría de las veces la clínica acompañante, los desencadenantes del mismo y las pruebas complementarias serán la clave para el correcto diagnóstico. En la mayoría de los casos (80%) de trombosis venosa portal (TVP) el dolor se asocia a síntomas dispepticos inespecíficos (nauseas, plenitud posprandial) y malestar general. **OBJETIVO:** Estudio de un caso de dolor abdominal de causa infrecuente, en un paciente sin antecedentes médicos de interés, ni patología quirúrgica reciente. **PACIENTES:** Paciente varón de 66 años, Hipertenso y diabético que consulta por dolor abdominal en epigastrio de unos 14 días de evolución, que en las últimas 24 horas aumenta de intensidad y presenta distensión abdominal. No ha presentado vómitos ni alteraciones del hábito intestinal. Permanece hemodinamicamente estable y afebril. En la exploración destaca dolor a la palpación en hipogastrio que se irradia a hipocondrios. La analítica evidencia leucocitosis con desviación izquierda y PCR de 12.7 con enzimas hepáticas y pancreáticas normales. La radiografía de abdomen muestra asas de intestino delgado sin otras alteraciones. Ante la persistencia del dolor se pide eco abdominal y posteriormente dados los hallazgos, TAC abdominal con contraste que informan de trombosis de vena porta, de mesentérica superior y vena esplénica. El paciente queda ingresado en dieta absoluta y anticoagulado. **RESULTADO:** Se realizan estudios de marcadores tumorales, siendo negativos así como biopsia de medula ósea para descartar Síndromes Mieloproliferativos. Tras analgesia y dieta absoluta el paciente presenta mejoría clínica y se realizan estudios de trombofilia hereditarias (antitrombina, proteína S y C, factor V de Leyden, protrombina): siendo todos ellos negativos. Tras iniciar pauta de anticoagulación oral y asintomático el paciente recibe el alta con diagnóstico de trombosis del eje venoso espleno-porto mesentérico superior de causa idiopática.

Conclusiones:

La TVP no asociada a cirrosis hepática o a enfermedad tumoral es la segunda causa de hipertensión portal en el mundo occidental. El inicio de una anticoagulación precoz en la fase aguda de la TVP incidirá de manera significativa en la probabilidad de recanalización y en el pronóstico de estos pacientes.

CASOS CLÍNICOS

P-1101

YO YA HE PASADO LA VARICELA

AM Gutiérrez García (1), D Ternero Escudero (2),
MP Ortigosa Arrabal (3)

(1) Centro de Salud Puerta Blanca, (2) Centro de Salud Las Delicias, (3) Centro de Salud Tiro De Pichón. Málaga.

Palabras claves: varicella, inmunodeficiency, azathioprine

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: Son muchos los pacientes con inmunosupresión que atendemos en urgencias siendo muy diversas las consultas que realizan, algunas de ellas, como la de este caso, poco frecuentes. Objetivo: Documentar el riesgo de reactivación de enfermedad viral latente en situaciones de inmunosupresión. Material/paciente y método: Varón de 50 años sin alergia medicamentosa conocida. Exfumador hace 15 años. Pancolitis ulcerosa diagnosticada en junio 2013 en tratamiento con Mesalazina y Beclometasona. Acude a urgencias por fiebre de 39.5°C de tres días de evolución junto con aparición en las últimas 36 horas de lesiones cutáneas de inicio en tronco con extensión a cuello y cuero cabelludo. En tratamiento desde hace 7 días con Azatioprina debido a reagudización de enfermedad inflamatoria intestinal, con controles previos y serología normales por parte del servicio de Digestivo. Regular estado general. Bien hidratado y perfundido. Tª: 37.1°C. TA: 130/70. FC: 100 lpm. FR: 20 rpm. SatO2: 99% basal. Consciente, orientado. Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos sin soplos. Crepitantes finos bibasales. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso sin masas ni megalias. Piel: Lesiones vesículo-pustulosas en distintos estadios en cara, tronco y extremidades. Resultados: Análisis sanguíneo: Leucocitos 6500 (Neutrófilos 73%). Destaca GGT 143. PCR 160. Análisis Orina: Leucocitos Nitritos Negativos. Hematías 50. Serología: VHA IgG +, VHB, VHC, VIH, Toxoplasma, Sífilis, Paul Bunnell, CMV, VHS y VEB negativos. Virus varicela-zóster (VZV) IgG +. Rx Tórax: normal. ECG: BIRD. Hemocultivos: Negativos. Juicio Clínico: Recidiva de varicela por inmunosupresión (Azatioprina). Diagnóstico diferencial: Reacción alérgica, toxicodermia. Evolución: Favorable con antibioterapia empírica y antivíricos permaneciendo afebril con desaparición de vesículas y mejoría del estado general. Alta con Famciclovir 500 mg y retirada de Azatioprina.

Conclusiones:

La reactivación del VZV está descrita en ficha técnica de la Azatioprina, principalmente con expresión metamérica, pero siendo posible también con fenotipo de primoinfección, pese a datos anamnésticos y evidencia serológica de haberla padecido en la infancia. Un proceso febril con aparición de vesículas diseminadas en el contexto de inmunosupresión en un adulto, junto a la evidencia serológica de contacto previo con el VZV, deben orientar al diagnóstico de varicela pese a existir historia de primoinfección infantil.

A-1102

EN OCASIONES VEO A MIS SOBRINOS

AM Gutiérrez García (1), D Ternero Escudero (2),
MP Ortigosa Arrabal (3)

(1) Centro de Salud Puerta Blanca, (2) Centro de Salud Las Delicias, (3) Centro de Salud Tiro De Pichón. Málaga.

Palabras claves: psychiatry, psychotic, stroke

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: En ocasiones existen verdaderas dudas para discernir patología psicógena y neurológica, por lo que debemos actuar de forma protocolaria. Objetivo: Ilustrar la necesidad de excluir la enfermedad orgánica como primer paso en la valoración de síntomas psiquiátricos de nueva aparición, mediante la presentación de un caso singular. Material/pacientes y método: Mujer de 43 años con alergia a betaláctamicos y Metamizol. Hipotiroidismo. Obesidad mórbida. SAOS. Tratamiento habitual con productos homeopáticos. Acude a urgencias por cuadro de 3 horas de evolución de visualización nocturna de personas en su domicilio (sus sobrinos) que viven a cientos de kilómetros de su residencia. La paciente hace crítica parcial del episodio al llamar a su hermana para verificar la salud de sus sobrinos, ya que su única explicación de la aparición es en forma espectral. Su pareja le deriva a los servicios de urgencias demandando atención psiquiátrica. Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Tª: 37.1°C. TA: 140/60. FC: 145 lpm. FR: 12 rpm. SatO2: 99%. Glucemia capilar: 95 mg/dL. Consciente, orientada, colaboradora. Lenguaje espontáneo y fluido. Mirada con aspecto de perplejidad. Campimetría por confrontación normal. Pares craneales normales. Balance muscular normal. REM vivos simétricos. RCP flexor bilateral. Sensibilidad normal, no presencia simultagnosia. Cerebelo normal. Marcha normal. Romberg negativo. Auscultación cardiopulmonar: Tonos taquicárdicos sin soplos. No ruidos sobreañadidos. Resultados: Análisis sanguíneo: Sin alteraciones significativas. Etanol negativo. Análisis Orina: Normal. Tóxicos negativos. Rx Tórax: Ligera cardiomegalia. No signos de condensación. ECG: Flutter auricular a 150 lpm no conocido. TC Cráneo: Infarto agudo en hemisferio derecho y en región talámica paramedial derecha. EcoDoppler TSA: Normal. Juicio Clínico: Ictus isquémico vértebrobasilar con alucinosis visual de origen cardioembólico. Diagnóstico diferencial: Psicosis, trastornos conversivos, intoxicación etílica, tóxica o medicamentosa.

Conclusiones:

En el ámbito de las urgencias existe la tendencia a prejuiciar al paciente por su motivo de consulta tras el triage sobre todo en los pacientes psiquiátricos. Es por ello que no debemos olvidar que el descarte de causa orgánica es el primer paso a realizar sin enturbiar nuestro juicio clínico etiquetando a los pacientes por impresiones subjetivas o externas.

CASOS CLÍNICOS

A-1103

ICTUS

LM Siris González, EM Prieto Piquero, M Cordero Cervantes,
O Potemkina
HUCA. Oviedo.

Palabras claves: accidente cerebrovascular (ACV), edema
vasogénico, marcha en estepaje

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 86 años, independiente para las actividades instrumentales de la vida diaria, comienza con alteración del comportamiento, incontinencia urinaria, astenia y cefalea frontal que no interrumpe el sueño, y cede parcialmente con Paracetamol, de un mes de evolución. Exploración Física: Consciente, orientado en persona. Lenguaje coherente. Marcha estable. Romberg negativo. MOE normal. Facial centrado. Resto de pares craneales normales. Dismetría en miembro superior izquierdo. Hipoestesia en tercio superior de miembro inferior izquierdo. AC: RsCsRs. AP: MVC. Abdomen: blando, molestias a la palpación en hipogastrio. No masas. No megalias. Peristalsis presente. Pruebas complementarias: TAC craneal: lesión hiperdensa en lóbulo parietal derecho que impresiona de metástasis. TAC toraco-abdominopélvico: no se identifican lesiones sugestivas de tumor primario. RMN craneal: al menos tres lesiones de perfil isquémico subagudo, corticales, localizadas en el territorio superficial de la arteria cerebral media derecha (ACMD). Dos de ellas, una localizada en la región insular posterior y otra en la convexidad frontal alta, son exclusivamente corticales y de pequeño tamaño. La tercera, de localización frontoparietal derecha, muestra un foco de transformación hemorrágica de aproximadamente tres centímetros de eje mayor y condiciona discreto efecto de masa sobre el parénquima circundante y el VL derecho, sin desplazamiento de la línea media, con edema vasogénico circundante. La distribución y morfología de las lesiones sugieren un perfil embolígeno.

Conclusiones:

Paciente con los antecedentes descritos, que en TAC craneal se observaron lesiones ocupantes de espacio a nivel cerebral en probable relación con enfermedad metastásica, y al completar estudios, dichas lesiones corresponden a áreas isquémicas secundarias a ACV de ACMD. El paciente presenta como secuela disfagia para líquidos y marcha en estepaje en miembro inferior izquierdo. Ha recibido sesiones de rehabilitación siendo capaz de caminar con ayuda al alta.

A-1104

UNA ADENOPATÍA MÁS... ¿O TAL VEZ NO?

J Iza de Pablo (1), A Muñecas Cuesta (1), I Viadero Ipenza (1), I Gabantxo Laka (1), L López Mallavia (2), L Barrio Fernández (2), B Pérez Bugedo (2)

(1) Hospital de Gernika-Lumo, (2) Servicio Cantabro de Salud.
Llanos de Penagos.

Palabras claves: lymphadenopathy in children, lymph node,
acute lymphoblastic leukemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: Las adenopatías en pediatría son un motivo de consulta frecuente. Generalmente son procesos benignos, pero eventualmente pueden representar una enfermedad grave subyacente. Es importante por lo tanto estar alerta y ser capaces de reconocer las características de una adenopatía patológica y los signos de malignidad. A propósito de este caso saber que, la leucemia representa un 25-30% de las neoplasias pediátricas, siendo el cáncer más frecuente en la infancia. Más de un 95% son agudas, y entre éstas predomina la leucemia linfoblástica aguda (LLA) que cursa habitualmente con fiebre, síndrome constitucional y adenopatías. **OBJETIVO:** Reconocer las características de una adenopatía patológica y los signos de malignidad para un temprano diagnóstico de una enfermedad grave como es la Leucemia Linfoblástica Aguda. **METODOLOGÍA:** Se realiza revisión bibliográfica clínica de las adenopatías y su diagnóstico diferencial, entre ellos la LLA, utilizando textos de medicina basada en la evidencia, guías de práctica clínica y artículos originales. **PACIENTE:** Niño de 3 años que acude a urgencias por cuadro catarral de 5 días asociado a adenopatía laterocervical de 48 horas de evolución y fiebre de hasta 40°C en las últimas 24 horas. A la exploración destaca la palidez cutánea, decaimiento y un llamativo conglomerado adenopático cervical posterior doloroso a la palpación asociado a aisladas adenopatías axilares e inguinales bilaterales. En la analítica se objetiva PANCITOPENIA (plaquetopenia 26000/mm³), anemia (Hb 6,4 g/dl) y linfocitosis (leucocitos 5100/mm³ con S5%, L86%, M9%). Ante la sospecha de un síndrome linfoproliferativo se ingresa en hospital de referencia donde se le diagnostica Leucemia Linfoblástica Aguda B Común y se inicia quimioterapia según protocolo LLA/SEHOP PETHEMA 2013.

Conclusiones:

Ante una adenopatía en paciente pediátrico es fundamental una correcta historia clínica y adecuada exploración física descartando los signos de malignidad (recién nacidos, generalizadas, de más de 1.5 cm, fusionadas entre sí o a tejidos adyacentes) por si fuera necesario realizar pruebas complementarias. La importancia del diagnóstico precoz ante una adenopatía es vital ya que puede influir de manera directa en el tratamiento, como en el caso de la LLA donde el temprano inicio de este, es factor pronóstico.

CASOS CLÍNICOS

A-1105

ANEURISMA ARTERIA SUBCLAVIA DERECHA ABERRANTE, UNA CAUSA POCO COMÚN DE MASA MEDIASTÍNICA SUPERIOR

JJ Giménez Ruiz, MC Martos Órpez, R Calvo Rodríguez,
MC Velázquez Navarrete, L Jiménez Murillo

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Palabras claves: subclavian artery/anormalities, aneurysm, aberrant right subclavian artery

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 59 años sin antecedentes de interés salvo HTA sin tratamiento, que acude a urgencias por dolor torácico punzante de inicio súbito de gran intensidad y que se irradia a zona interescapular de horas de evolución. Náuseas y sudoración. De aparición en reposo. La paciente refiere dolor en zona dorsal de menor intensidad desde hace meses, irradiado al pecho, y zona cervical derecha que empeora en decúbito supino y con la inspiración profunda, motivo por el cual ha consultado con diagnóstico de contractura muscular. También refiere desde hace un año sensación de nudo retroesternal, sin clara relación con la ingesta, así como cambio en el tono de voz. Exploración física a destacar cifras de TA elevadas (170/105) Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen: tumoración pétreo a nivel epigástrico. Miembros superiores con asimetría de pulsos. Pruebas complementarias: Analítica sanguínea incluyendo troponinas normales. ECG con HVI sin signos de isquemia. Rx tórax con ensanchamiento mediastino superior. Ante la sospecha de disección aortica se solicita: AngioTAC Arteria Aorta Abdominal: Como variante de la normalidad, las ramas del cayado aórtico son la arteria carótida derecha, carótida interna y subclavia izquierda y arteria subclavia derecha con un recorrido retroesofágico (arteria subclavia derecha aberrante ASDA) La arteria subclavia derecha es aneurismática en su origen y presenta imagen de flap intimal, en relación con disección que afecta a la parte posterior del cayado aórtico (tras la salida de la arteria subclavia izquierda) y se extiende hasta la arteria aorta abdominal infrarrenal. DISCUSIÓN El arco izquierdo con ASDA es la malformación más frecuente del arco aórtico (1/100 personas). Se origina en la pared medial de la aorta, distal a la salida de la arteria subclavia izquierda. Se dirige hacia la derecha, por detrás del esófago y después asciende hacia el desfiladero torácico superior. En su punto de origen puede estar dilatada, lo que se conoce como divertículo de Kommerell.

Conclusiones:

Estos aneurismas pueden pasar inadvertidos durante años, siendo diagnosticados por la aparición de una masa mediastínica superior en una radiografía rutinaria de tórax. Otras veces, pueden ser sintomáticos llegando a producir dolor torácico, disnea y disfagia, parálisis de cuerdas vocales o hemoptisis por ruptura dentro del parénquima pulmonar.

A-1106

GRAVES COMPLICACIONES EN HIPOTIRODISMO POR INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

E Pérez Muñoz, J Minguet Frias, L Moral Gamez

Hospital Osuna, Sevilla.

Palabras claves: myxedema, cardiac tamponades, treatment refusal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 44 años con antecedentes de hipertension arterial y dislipemia que acude por primera vez a urgencias por cuadro de disnea progresiva de 2-3 semanas de y edemas en miembros inferiores. En la exploración destaca habla entrecortada leve taquipnea crepitantes bibasales y edemas con fovea hasta tercio medio. En radiografía tórax presenta se observa índice cardiotorácico muy superior a la normalidad. En electrocardiograma presenta ritmo sinusal con voltaje normal y hemibloqueo izquierdo anterior. Analítica inicial sin hallazgos relevantes. Dado la situación clínica y edad del enfermo se decide ingreso en observación camas desde donde se gestiona completar analítica con TSH y ecocardiografía preferente que se realiza a la mañana siguiente. En dichas pruebas se observa TSH 100 y derrame pericárdico severo en cara infero lateral anterolateral pared anterior sin signos de taponamiento cardíaco. Se decide ingreso en MI para completar estudio. Se da de alta con tratamiento sustitutivo con levotiroxina 50 mejorando clínica. Desde el alta múltiples consultas a urgencias que generan ingresos hospitalarios incluidos servicios de observación-UCI por complicaciones importantes de cuadro de hipotiroidismo. Ante la torpidez de la enfermedad y tras el despistaje de posibles causas orgánicas que lo justifiquen se deriva a la unidad de endocrino. Allí se realizan una gran batería de pruebas (AC antiperóxido y antitiroglobulinas H. pylori endoscopia colonoscopia biopsia duodenal SOH pruebas malabsorción. No encontrándose causas médicas que justifiquen la mala. Destaca en sus ingresos la mejoría significativa de clínica cuando se inicia tratamiento con levotiroxina iv y oral empeorando de nuevo al poco tiempo del alta hospitalaria. En el último ingreso en urgencias se sospecha posible neurosis de renta se acuerda con médico de familia realizar tratamiento supervisado diario. Tras 1 mes con estas medidas, se observa mejoría significativa tanto de la clínica como de la analítica con lo que se reafirma la sospecha de neurosis de renta. En la actualidad está siendo valorado por psiquiatría.

Conclusiones:

Nos parece un caso interesante porque nos presenta una posibilidad diagnóstica infrecuente y compleja en la que en ocasiones no pensamos en nuestro ejercicio como médicos de urgencias. Otro punto interesante a tener en cuenta es gran gasto sanitario, uso de recursos y las múltiples consultas que genera.

CASOS CLÍNICOS

A-1107

SÍNDROME SEROTONINÉRGICO: UN GRAN OLVIDADO

D Fernández Vargas (1), S Martín Caravante (2), CA Yago Calderón (1), AJ Duarte Romero (1), D Godoy Godoy (2)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Victoria, (2) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Palabras claves: serotonin syndrome, attempted suicide, depression

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: El Síndrome Serotoninérgico (SS) es un cuadro que, acorde a la bibliografía, suele estar infradiagnosticado en los Servicios de Urgencias debido a sus manifestaciones heterogéneas, y que, sin embargo, es potencialmente letal. **OBJETIVO:** Actualizar conocimientos sobre las manifestaciones clínicas del SS en los Servicios de Urgencias para realizar un correcto diagnóstico y abordaje adecuado. **MÉTODO:** Caso clínico. Mujer 62 años. Hipertensa. Síndrome ansioso depresivo en seguimiento por Salud Mental en tratamiento con Duloxetina 60 mg/día y Lormetazepam 1 mg/noches. Acude a Urgencias por estar con temblores y nerviosismo tras ingesta, con fines de autolisis, de 60 comprimidos de Duloxetina de unas 8 horas de evolución. A su llegada, TA 140 mmHg. Taquicardia sinusal a 112 lpm, Discreta sudoración. Auscultación sin hallazgos ni déficit focal en la exploración neurológica. En la analítica, destaca Sodio 154 mEq/l sin otros hallazgos en los análisis de hemograma, coagulación ni bioquímica. La paciente es tratada con fluidoterapia y ansiolíticos, siendo vigilada en Observación. No muestra complicaciones analíticas ni neurológicas a las 24 horas, por lo que, tras ser evaluada por Psiquiatría, se procede al alta domiciliaria con suspensión de fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS) y seguimiento por Salud Mental. **DISCUSIÓN.** El SS suele sospecharse en Urgencias ante un antecedente de ingesta previa de fármacos IRSS, sin embargo, puede presentarse ante un paciente con la introducción inicial de estos fármacos, al aumento de dosis de los mismos o introducción de algunos fármacos que interaccionan con la metabolización de la toma previa de IRSS. Las manifestaciones clínicas son muy heterogéneas y el Diagnóstico Diferencial se realiza, principalmente, con el síndrome neuroléptico maligno, intoxicación por anticolinérgicos, intoxicación por simpaticomiméticos, síndrome de abstinencia, meningitis o encefalitis.

Conclusiones:

Una buena anamnesis que objetive el consumo de fármacos IRSS y la aplicación de los criterios diagnósticos de Hunter tras un diagnóstico diferencial, son la clave para el manejo de esta entidad, que comprende la retirada inmediata de fármacos IRSS o que interaccionen con el mismo, el soporte hemodinámico e hidroelectrolítico, ansiolíticos y, según la gravedad o refractariedad del caso, el uso de ciproheptadina oral como el mejor antídoto evidenciado.

A-1108

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO

A Albiñana Fernández, E Salvo Marco, P Romero Crespo, A Mercado Pardo, R Carbonell Vaya, A Lluch Sastriques, M Gálvez Paniagua

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Palabras claves: neumomediastino, enfisema subcutáneo, síndrome de Boerhaave

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: El neumomediastino espontáneo es la presencia de aire dentro del mediastino sin que exista una causa traumática o iatrogénica asociada. Se suele dar en varones jóvenes por un aumento de la presión intralveolar que provoca la rotura de los mismos en su base y causa una salida del aire al espacio intersticial hacia el hilio. Rara vez el neumomediastino espontáneo se produce por un episodio de vómitos, pero en estos casos el diagnóstico diferencial debe excluir el síndrome de Boerhaave, caracterizado por la rotura espontánea del esófago asociada a aumentos bruscos de la presión intraabdominal. **Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 25 años sano, que acude a Urgencias por presentar aparición de voz bitonal con aumento de tamaño y crepitación del cuello y del tórax, tras vómitos de repetición en el seno de una gastroenteritis aguda. A la exploración física se encuentra eupneico, estable hemodinámicamente y afebril. Se palpa enfisema subcutáneo en cuello, tórax y axila izquierda con auscultación cardiopulmonar normal. No refiere dolor abdominal espontáneo ni a la palpación. Los parámetros analíticos y el ECG son normales. En la radiografía de tórax se observa un neumomediastino con enfisema subcutáneo. Ante la sospecha de un neumomediastino espontáneo y debido al antecedente de vómitos de repetición se decide realizar una TAC de tórax con administración de gastrografín oral para descartar un Síndrome de Boerhaave, donde se observa un gran neumomediastino que diseca todas las estructuras mediastínicas, con enfisema subcutáneo de espacios cervicales, pared costal y axila, descartándose fugas de contraste en tubo digestivo. Tras tratamiento analgésico y antiemético, el paciente evolucionó favorablemente con resolución completa del cuadro.

Conclusiones:

El neumomediastino espontáneo es una entidad infrecuente y benigna que afecta a varones jóvenes. En raras ocasiones se asocia a vómitos y, en este caso, es necesario descartar un Síndrome de Boerhaave ya que éste entraña un mal pronóstico con una mortalidad de hasta un 90%, por lo que el Médico de Urgencias tiene un importante papel es su diagnóstico de sospecha precoz.

CASOS CLÍNICOS

P-1109

MIOCARDIOPATÍA DE TAKO-TSUBO E ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

O Ercilla Arguinzoniz (1), D Muñoz Araujo (2),
E Martitegui Albizu (3)

Urgencias del Hospital de Usansolo-Galdakao. Ugao-Miraballes.

Palabras claves: Tako-Tsubo, ictus isquémico, amnesia global transitoria

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCION: Síndrome de Tako-Tsubo, o disfunción ventricular transitoria, es clínicamente indistinguible del síndrome coronario agudo, con elevación de marcadores de daño miocárdico y extensa acinesia medio-apical con abombamiento apical del ventrículo izquierdo, sin alteraciones en las arterias coronarias. Reversible. Frecuente en mujeres. Tras estrés emocional. Etiología desconocida. CASO CLINICO: Mujer de 64 años, sin antecedentes. La familia observa a la paciente repetitiva, confusa y desorientada tras discusión familiar. Además refieren quejas inespecíficas de dolor torácico. La paciente no recuerda lo sucedido. Exploración neurológica y física normal a su llegada y en todo momento presentando únicamente amnesia del episodio. Hemodinámicamente estable. Se procede a estudio de amnesia global transitoria (AGT) y dolor torácico. Analítica con iones, glucemia, hemograma, orina y radiografía de tórax normal, y TAC craneal sin hallazgos significativos. EKG con elevación de ST de 2 mm en precordiales, con marcador de daño miocárdico elevado. Se avisa a UCI y se realiza ecocardiograma mostrando acinesia/discinesia de todos los segmentos medios y apicales. Se traslada a la paciente a hemodinámica para realización de cateterismo y revascularización urgente, donde se objetivan arterias coronarias normales y ventriculografía con movilidad de segmentos basales con acinesia del resto de segmentos. Durante el estudio de posible Tako-Tsubo y AGT se realiza RMN cardiaca con marcada hipocinesia de segmentos medioventriculares y apicales sin evidencia de realce de origen isquémico con disfunción sistólica moderada. RMN craneal con imagen sugestiva de milimétrico infarto agudo en vertiente izquierda de rodilla del cuerpo calloso (asintomática). Controlada en consultas tras un mes, asintomática y con ecocardiograma normal.

Conclusiones:

El síndrome de Tako-Tsubo se ha descrito tanto como causa como consecuencia de un ictus isquémico y es el curso temporal entre ambos procesos lo que puede determinar el tipo de relación etiológica. En esta paciente también podría haber una doble relación entre las dos entidades. Una de las complicaciones observadas en el Síndrome de Tako-Tsubo es el ictus isquémico cardioembólico debido a alteraciones en la motilidad parietal con la consiguiente formación de trombos murales dentro del ventrículo izquierdo (en

nuestro caso, infarto milimétrico que se objetiva en RMN craneal, silente). El síndrome de Tako-Tsubo tampoco es una complicación rara en pacientes con ictus isquémico agudo, sobre todo en mujeres, con causa desconocida, y suele ir precedido de evento estresante emocional con posible descarga de catecolaminas como causa (en este caso, posible ictus (AGT) con TAC craneal normal y posterior miocardiopatía).

CASOS CLÍNICOS

A-1110

NEUMOTÓRAX BILATERAL TRAS SESIÓN DE ACUPUNTURA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J Valdellós Cabello, MJ Morales Acedo, F Almellón Montero, JA Palomo López, RG Mesa Ramos, M Nogués Herrera, M Tejón Ruiz

Hospital de Antequera. Antequera, Málaga.

Palabras claves: dolor torácico, disnea, acupuntura

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 50 años, sin alergias conocidas, antecedentes personales de síndrome ansioso-depresivo tratado con Loracepam 1 mg/8h. Acude a Urgencias por dolor opresivo en ambos hemitórax, que aumenta con la inspiración profunda y disnea. Coincide con sesión de acupuntura hace 48 horas. EXPLORACIÓN FÍSICA: TA: 105/63 mmHg. Frecuencia: 67 l/min. Saturación O₂ basal 96%. T° 36,4°C. Consciente y Orientada. Eupneica en reposo. ACR: Tonos rítmicos, sin soplos ni rones. Hipoventilación en campo superior de hemitórax derecho. Abdomen: blando y depresible. No doloroso a la palpación. Extremidades normales. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Electrocardiograma: Ritmo Sinusal. Frecuencia 70 lpm. Sin trastornos de la conducción ni de la repolarización. AS: Hemoglobina 13,2 g/dl. Plaquetas 250.000. Leucocitos 11.500 (Neutrófilos 78%). Glucosa 76. Creatinina 0,8 Radiografía tórax: neumotórax izquierdo apical (10-15% del volumen total) y derecho (mayor del 20%). RESULTADOS DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Infarto Agudo Miocardio, Tromboembolismo Pulmonar, Asma, disección aórtica, ruptura aneurisma aórtico, perforación/desgarro esofágico-gástrico, neumonía, EPOC, pericarditis, Edema Agudo Pulmón, Insuficiencia Cardíaca. DIAGNÓSTICO FINAL: NEUMOTÓRAX BILATERAL. EVOLUCIÓN: se coloca "pleurecath" en segundo espacio intercostal derecho y es ingresada en planta donde además recibe fisioterapia respiratoria con "inspirón incentivador". La evolución transcurre sin complicaciones y con reexpansión completa de ambos pulmones comprobado radiológicamente.

Conclusiones:

Según la correlación de los hechos, pensamos que la sesión de acupuntura pudo ser la causante del neumotórax bilateral, por mecanismo traumático-penetrante, con carácter iatrogénico. Según la literatura médica la incidencia de efectos adversos con acupuntura es baja. Se estima 0,05/10.000 tratamientos y 0,55/10.000 pacientes.

A-1111

DOLOR ABDOMINAL REFRACTARIO A MEDICACIÓN TRAS INGRESO RECIENTE

B Gómez Álvarez (1), ME Maldonado Pérez (2), MM García Delgado (3), MJ Marchena González (1), E López Herrero (1), FJ Fernández López (1), M Castillo Paredes (1)

CHUH. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Palabras claves: trombosis, dolor abdominal, inmovilización

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 77 años AP: No RAMC. Ex-fumador de 20 cigarrillos/día. FRCV: HTA. EPOC grave con múltiples ingresos por reagudizaciones, último ingreso hace un mes por descompensación de EPOC e ICC. Colectectomizado hace un año. EA: Consulta en urgencias por dolor localizado en región inguinal derecha irradiado a FID, vacío derecho e hipocondrio derecho acompañado de vómitos. No fiebre ni otros síntomas. EO: BEG Apirético TA 116/78 Fc 76 lpm Sat 95 % AA ACR: normal Abdomen blando depresible doloroso en FID y vacío derecho sin defensa ni peritonismo. MMII sin edemas ni signos de TVP PPCC: EKG RS sin alteraciones agudas. Hemograma y coagulación: normales Bioquímica: Perfil general y hepatopancreático normales Rx simple abdomen y tórax sin hallazgos de interés. Evolución: durante su estancia en observación el paciente presenta frecuentes paroxismos de dolor que son difíciles de controlar con analgésicos iv incluidos fármacos de tercer escalón por lo que solicitamos Ecografía abdominal que es normal. A pesar de ello, el dolor se hace rebelde con malestar genera y tendencia a la hipotensión por lo que solicitamos TAC abdomen c/c: hallazgos compatibles con TVP en iliaca común, externa y femoral, con progresión hacia cava inferior y presencia de TEP en los vasos de LID pulmonar. No datos de neoplasia ni otros hallazgos. Se inicia anticoagulación con enoxaparina sc y se cursa ingreso donde se completa estudio: Estudio de hipercoagulabilidad negativo.

Conclusiones:

1. Nos parece interesante el caso por la forma tan inusual de presentación de una TVP. 2. Además nos gustaría hacer hincapié en la continuación de profilaxis ETV en pacientes médicos posthospitalizados pues la enfermedad tromboembólica venosa supone una importante causa de morbi-mortalidad. Sin embargo, hay una infratilización de la profilaxis de la ETEV en estos pacientes una vez son dados de alta a pesar de las recomendaciones realizadas en conferencias de consenso recientes. Aunque clásicamente se ha tenido una especial consideración con el TEV en relación con cirugía o traumatismo recientes, el 50-70% de los episodios tromboembólicos sintomáticos y el 70-80% de las EP mortales en pacientes hospitalizados corresponden a pacientes no quirúrgicos. Contribuyen de forma significativa al riesgo de TEV la insuficiencia cardíaca, exacerbaciones de EPOC y sepsis.

CASOS CLÍNICOS

A-1112

FIEBRE, AGITACIÓN Y RIGIDEZ: LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

JM García Alfaro (1), A Gil Díaz (1), T Blanco Barcenilla (1), B López Cañas (2), A Cherino Talens (2), N Campos Olivé (1)

(1) Hospital de Manises, (2) Hospital de Liria. Valencia.

Palabras claves: neuroléptico, fiebre, rigidez

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Antecedes médicos: No Alergias medicamentosas. No factores de riesgo cardiovascular. No hábitos tóxicos. Trastorno Bipolar desde hace 20 años. Tratamiento Crónico: Amisulprida, Litio, Biperideno, Olanzapina. Varón de 58 años, dado de alta hace 13 días de Psiquiatría por Trastorno Bipolar en fase maníaca en tratamiento con antipsicóticos y sales de litio. 6 días después del alta, consultó en Psiquiatra privado por Insomnio y se añade al tratamiento: Risperidona, Levomepromazina y Flurazepam. Acude a urgencias, acompañado por familiar, porque desde hace 5 días presenta deterioro del nivel de conciencia, disfagia, alteración del comportamiento, rigidez generalizada y fiebre de 38°. Niega consumo de tóxicos. EXPLORACIÓN FÍSICA: Tensión Arterial: 190/80 Temperatura: 38°. Consciente, no colaborador, agitación psicomotora. Auscultación Cardiopulmonar: rítmico, sin soplos, buena ventilación de ambos campos pulmonares. Abdomen: anodino. Neurológico: Desconexión del medio, desorientado en las 3 esferas. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Rigidez en los primeros grados de flexión del cuello. Agitación psicomotriz. Distonía generalizada. PIEL: múltiples hematomas y erosiones en las extremidades. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: BIOQUÍMICA: Destaca Mioglobina: 685, Creatinasa: 521. HEMOGRAMA: sin alteraciones. ORINA: anormal y sedimento negativo. Tóxicos positivo para benzoDiazepinas. Radiografía de Tórax y Electrocardiograma sin alteraciones. Ante sospecha de patología infecciosa neurológica se realiza Tomografía Axial Computarizada en la que no hay alteraciones. Tras ello se realiza Punción Lumbar siendo normal. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Síndrome Catatónico Grave. Hipertermia maligna Síndrome Serotoninérgico. Síndrome de la persona rígida. Infecciones: meningitis, encefalitis, encefalomiелitis. Otros: tumores, accidente cerebro-vascular.

Conclusiones:

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO Complicación grave del tratamiento con Neurolépticos. Incidencia: 0.5%-1%. Con cualquier dosis. Cualquier fármaco con capacidad bloqueadora de D2 puede producirlo. Factores de riesgo: deshidratación, agitación, cansancio, uso de dosis elevadas del fármaco causal, retirada brusca de anticolinérgicos. Forma de prevenirlo: ir aumentando de forma paulatina la dosis. No contraindica el uso posterior de Neurolépticos. La clínica aparece entre el 3º y 10º día después

de iniciar o aumentar la dosis del tratamiento causal, caracterizándose por hipertermia, disfunción autonómica, rigidez muscular con posturas distónicas y alteración del nivel de conciencia. Característico el aumento de la CPK, pero en un 5% de los casos se encuentra dentro de la normalidad. Mortalidad del 10%. TRATAMIENTO: Retirada de neurolépticos. Tratamiento clásico: Dantroleno. Con este caso clínico queremos resaltar la importancia de conocer y repasar el tratamiento crónico de un paciente a la hora de plantear distintos diagnósticos.

CASOS CLÍNICOS

P-1113

PACIENTE CON CRISIS DE ANSIEDAD, ¿SEGURO?

I de los Martires Almingol (1), A Vázquez Prat (1), ME Navarro Aguilar (1), N Achkar Tuglaman (1), J Navarro Calzada (2)

(1) Hospital Viamed Montecanal, (2) Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: tetania, hipocalcemia, ansiedad

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 59 años, sin alergias, antecedentes de tiroidectomía parcial hace 10 años con normofunción tiroidea y osteoporosis en tratamiento con Denosumab 1 iny s.c. Semestral desde hace 18 meses. Presenta parésteas en extremidades y peribucles con nerviosismo e irritabilidad desde hace unos días. Acude en dos ocasiones a urgencias. Se diagnostica de ansiedad. Se administra lorazepam sublingual y es dada de alta con diazepam. Acude por tercera vez por persistencia de las parestesias y aparición de espasmos musculares. Nuevamente tratamiento ansiolítico. Ante ausencia de mejoría se realiza analítica: a destacar calcio total 5,4 mg/dL, fósforo 3 mg/dL, potasio 2,9 mmol/L, leucocitos 11.900, CPK:2000 U/L, proteínas totales 5,9 g/dL. Calcio corregido: 5,8 mg/dL. Gasometría venosa: pH:7,50 con pCO₂ 29 mm Hg. HCO₃: 19 mmol/L, ECG: taquicardia sinusal a 110 l.p.m con ligero alargamiento del QT. Se diagnostica de tetania hipocalcémica. Alcalosis respiratoria por hiperventilación debida a ansiedad reactiva y rabdomiolisis por tetania mantenida. Se trató con hidratación y gluconato calcio al 10% cediendo los espasmos. Ingresa en Medicina Interna. Cifras de PTH de 374,4 pg/mL. Pico de CPK 4600 U/L. Se trata con calcio i.v más vitamina D e hidratación. Se interpretó como hipocalcemia secundaria a tratamiento con Denosumab. Pudo darse de alta a los 5 días. Al cabo de 9 meses la paciente está asintomática, con analíticas normales con mínimo aporte diario de calcio y vitamina D.

Conclusiones:

A urgencias acuden con frecuencia pacientes con síntomas compatibles con ansiedad pero no siempre se corresponde con un síndrome de ansiedad o es reactiva a otra patología por lo que son pacientes que no se deben infravalorar. Ante un paciente con espasmos musculares debemos descartar una tetania realizando estudio analítico y una correcta anamnesis. La hipocalcemia severa es una urgencia médica ocasionalmente muy grave (convulsiones, rabdomiolisis, arritmias cardíacas...). Entre las causas de hipocalcemia en edad adulta sin antecedentes recientes de cirugía tiroidea ni patologías de interés hay que pensar en origen farmacológico entre otras. Denosumab es un anticuerpo monoclonal utilizado en la osteoporosis postmenopáusica. Debe administrarse siempre con aporte de calcio/vitamina D. La hipocalcemia se considera un efecto secundario muy raro (1/10000).

P-1114

LA SEPSIS MATA: EXPLORA Y DIAGNOSTICA

M Lara Torres, L Prieto Lastra, GA Sgaramella, Z Soneira Rodríguez, M González Ruiz

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Palabras claves: sepsis, abscesos tuboováricos, dolor abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 36 años ADVP. VHC, VHB y VIH positivos. Cuatro días antes presenta malestar y fiebre, diagnosticándose infección respiratoria, iniciando tratamiento con Amoxicilina-Clavulánico. Reacude al servicio de Urgencias por persistencia de fiebre y dolor abdominal. A la exploración física se encuentra hipotensa, febril. Destaca en abdomen cierta asimetría a la inspección, doloroso a la palpación en hipogastrio, con defensa. Pruebas complementarias: Leucocitosis con desviación izquierda. Lactato 6, PCR 30. ECO abdominal: líquido libre intraperitoneal de importante cuantía. Formaciones quísticas complejas a nivel de ambos anejos. TAC: a nivel de áreas anexas se identifican sendas formaciones quísticas, de pared gruesa y contenido denso de 9.5x9 cm en lado derecho y 4.5x5 cm en lado izquierdo. El diagnóstico diferencial del dolor abdominal en una mujer incluye: Tracto reproductivo: masa ovárica, quiste ovárico roto, torsión ovárica, embarazo ectópico, aborto séptico. Gastrointestinal: apendicitis, gastroenteritis, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de intestino irritable, diverticulitis, colecistitis. Tracto urinario: cistitis, pielonefritis, litiasis renal, uretritis.

Conclusiones:

La paciente es intervenida de urgencia. Durante la IQ se encuentra abundante pus en la cavidad abdominal. Ovario derecho con trompa edematosa. Gran quiste ovárico con salida de pus. Se extirpan ovario y trompa derechos. Ovario izquierdo con absceso que se drena, conservando el ovario izquierdo. Casi todas las infecciones del tracto genital femenino que no son causadas por patógenos de transmisión sexual involucran a bacterias anaerobias. Entre los factores a tener en cuenta para un manejo conservador o quirúrgico de un absceso tuboovárico encontramos: Un absceso tuboovárico roto se presenta en aproximadamente el 15% de los casos y se trata de una emergencia potencialmente mortal y debe ser indicación de cirugía urgente. La sepsis ocurre en el 10-20% de las pacientes y también es indicación de cirugía urgente. No hay datos que apoyen la IQ precoz en pacientes inmunodeprimidas, aunque sí hay estudios que sugieren que mujeres VIH positivas son más propensas a presentar un curso clínico complicado. Sin embargo, la eficacia del tratamiento parece ser similar en mujeres VIH que en el resto. Las pacientes con abscesos que miden más de 9 cm de diámetro tienen mayor probabilidad de requerir terapia quirúrgica en comparación con aquellos más pequeños (60% vs 30-40%).

CASOS CLÍNICOS

P-1115

**SUBOCCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A
DIVERTÍCULO VESICAL GIGANTE**

R Regla Marín, E Senra de la Fuente, S Lozano Royo,
M Avellana Gallán, A Uta, D Marín del Tiempo, M Ruiz Pérez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: intestinal, suboclusión, vesical

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón, 60 años, sin alergias ni intervenciones quirúrgicas, antecedentes de HTA en tratamiento con Enalapril, acude a urgencias por cuadro de vómitos alimenticios persistentes con sangre, durante 2 días, sin relación con ingesta, asociados a dolor y distensión abdominal. Sin alteraciones del ritmo deposicional y con buena expulsión de gases, sin clínica miccional asociada. Exploración y pruebas: Buena hidratación, sin ictericia. Constantes normales, auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen no distendido, peristaltismo presente con algún ruido metálico, doloroso en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Sensación de masa a nivel de hipogastrio hacia fosa ilíaca izquierda. Sin edemas en extremidades. Analítica de sangre y radiografía de tórax sin alteraciones. Radiografía de abdomen con distensión de asas de intestino delgado en hemiabdomen izquierdo, con gas y heces en marco cólico y ampolla rectal, compatibles con cuadro suboclusivo en evolución. Gastroscoopia con desgarro en cardias compatible con síndrome de Mallory-Weiss y cavidad gástrica poco valorable por restos alimenticios. TAC sin alteraciones excepto próstata hipertrófica y vejiga distendida que presenta divertículo derecho gigante de 13 cm. Diagnóstico: Suboclusión intestinal secundaria a divertículo vesical gigante. Diagnóstico diferencial: Obstrucción secundaria a carcinoma o divertículo de sigma o colon, absceso del Douglas, adenoma prostático, hernia inguinal.

Conclusiones:

El divertículo vesical adquirido representa una herniación de la mucosa vesical por un punto debilitado en el espesor del músculo detrusor, por aumento de presión intravesical. Tiene una incidencia del 6% en adultos. Frecuentemente son de pequeño tamaño y asintomáticos. Suele ocurrir en varones mayores de 60 años, generalmente secundario a obstrucción infravesical, vejiga neurógena, hiperplasia prostática, carcinomas prostáticos o valvas uretrales posteriores. Se han reportado casos asociados a enfermedad de Ehlers-Danlos o síndrome de Williams. Ocasionalmente produce clínica por compresión de estructuras adyacentes. Entre las complicaciones se encuentran las infecciones urinarias recurrentes, litiasis, reflujo ureteral e hidronefrosis, pérdida del mecanismo valvular y más raramente, ruptura espontánea siendo una urgencia quirúrgica con elevado riesgo de muerte. Se diagnostica

mediante cistografía, TAC y cistoscopia. El tratamiento se decide en base a tamaño y clínica obstructiva. La exéresis de estos divertículos vesicales gigantes, constituye la solución definitiva y segura de tratamiento para aquellos pacientes que presenten sepsis urinaria por esta causa, y en ausencia de factores obstructivos al vaciamiento vesical, en cuyo caso se tiene que tratar la obstrucción antes o durante el tratamiento quirúrgico del divertículo.

CASOS CLÍNICOS

A-1116

MUJER DE 76 AÑOS CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO Y DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO. IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA Y ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

M Povar Echeverría (1), RE Bautista Alonso (1),
D Fuertes Ruiz (2), MA Vicente Altabás (1), D Andrés García (1),
L Ruiz Belmonte (1)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet, (2) Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Palabras claves: oclusión vascular mesentérica, confusión, anciano

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 76 años, antecedentes de colecistectomía, hipertensión arterial, fibrilación auricular (ACxFA) en tratamiento con acenocumarol, enfermedad renal crónica estadio 3 y un ingreso previo por insuficiencia cardíaca. Es traída al servicio de urgencias por síndrome confusional agudo y dolor abdominal con vómitos, con situación hemodinámica estable y exploración abdominal con peristaltismo y sin irritación peritoneal. En el electrocardiograma se observa ACxFA y en la analítica leucocitosis con neutrofilia, empeoramiento de la función renal, INR en rango infraterapéutico, amilasa, troponina y marcadores hepáticos normales, la radiografía de abdomen muestra neumatización y distensión de cámara gástrica. Valorada por cirugía general no impresiona de abdomen agudo quirúrgico, ingresa en el servicio de digestivo para tratamiento médico (fluidoterapia y sonda nasogástrica), con actitud expectante. Unas 15 horas más tarde la paciente sufre empeoramiento clínico con disnea de reposo y dolor abdominal intenso. La exploración muestra hipotensión arterial, abdomen con irritación peritoneal y ausencia de peristaltismo. En la analítica destaca leucocitosis, acidosis, con troponina, mioglobina, lactato deshidrogenasa, amilasa y proteína C reactiva elevadas. Se realiza tomografía computarizada (TC) urgente en la que se evidencia isquemia mesentérica aguda (IMA). Dada la situación avanzada e irreversible de la IMA se desestima intervención quirúrgica produciéndose el éxito de la paciente por fracaso multiorgánico.

Conclusiones:

En este caso la IMA se diagnosticó de manera tardía, la anamnesis fue difícil por el estado mental de la paciente, la exploración y analítica iniciales fueron anodinas. El diagnóstico se sospechó por el empeoramiento clínico y la mala evolución a pesar de las medidas terapéuticas iniciales. El síndrome confusional agudo es una manifestación común en pacientes ancianos y dificulta la interpretación clínica, frecuentemente se subestima la gravedad de este cuadro pero debemos tenerlo en cuenta como dato de

alarma. La IMA se da fundamentalmente en personas de edad avanzada, con enfermedad cardiovascular y ACxFA. El retraso en el diagnóstico aumenta la mortalidad, por lo que ante un paciente con estas características y dolor abdominal intenso, aun con exploración física anodina, debemos sospecharla y solicitar un TC abdominal urgente, que es la prueba de elección para el diagnóstico de esta patología.

CASOS CLÍNICOS

A-1117

DOLOR FOSA RENAL

P Javaloyes Victoria, S Guzmán Martínez, I Bañó Alba

Hospital General Universitario de Alicante

Palabras claves: emergency department, renal colic, aortic aneurysm

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente varón de 62 años, presenta dolor en fosa renal izquierda irradiado a genitales y disuria de unas 2 horas de evolución. Antecedentes personales: No RAMC. HTA. DLP Tratamiento habitual: atorvastatina 20mg. Amlodipino/olmesartán 40/10 mg Timolol/latanoprost Brinzolamida EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.: To: 36oC Fc: 73 lpm TA: 138/73 . Eupneico. Consciente y orientado. Dolor: 9. AP: MVC no estertores agregados AC: rítmico no soplos Abdomen: globuloso, no dolorso a la palpación. Puño percusión renal izquierda dolorosa AS: Gluc:196 Cr:1,09 FG: 73 Na:137 K: 3,7 PCR:0,76 Leucos:14,24 Neutrofilos:7,60 Hb:14,3 Hematocrito:42,3% Plaquetas:211,000 RX ABDOMEN: inespecífico DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: cólico renal complicado, pielonefritis, aneurisma aorta abdominal. EVOLUCIÓN: El paciente presenta intenso dolor con sudoración fría que no mejora tras administrar 10 mg de cloruro mórfico intravenoso por lo que ante la sospecha de patología aguda se solicita eco abdominal. ECO Y TAC ABDOMINAL: Rotura de aneurisma de aorta abdominal (AAA) de 11 cm de diámetro máximo aproximado, infrarrenal de que se extiende hasta arterias ilíacas proximales, se ve rotura en pared anterolateral izquierda y hematoma retroperitoneal que se extiende hasta espacio pararenal posterior izquierdo. Se comunica con cirugía vascular que acude al servicio de urgencias a valorar al paciente considerándolo candidato a cirugía urgente. Se realiza resección de aneurisma + Bypass AoAo. Durante la intervención tras proceso de desclampaje sufre parada cardiorespiratoria , que se resuelve tras administración de 1 ampolla de adrenalina y masaje cardíaco. Tras 17 días de ingreso en el servicio de reanimación es dado de alta al servicio de cirugía vascular ante la estabilidad clínica del paciente. JUICIO CLÍNICO: rotura de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal.

Conclusiones:

El paciente descrito ilustra la importancia de incluir la rotura de aneurisma de aorta abdominal en el diagnóstico diferencial del dolor lumbar. Hay algunas manifestaciones clínicas inespecíficas y sutiles que acompañan a una minoría de AAA. Cuando las vías urinarias están afectadas puede haber dolor lumbar, con síntomas urológicos, como fue el caso de nuestro paciente. Respecto a las pruebas diagnósticas , la ecografía es un método accesible y no invasivo, con una sensibilidad de 92-99% y una especificidad del 100%. La tomografía computarizada con contraste (angioTC) es la exploración de elección en el diagnóstico y el estudio preoperatorio.

A-1118

ARTRITIS SÉPTICA COMO CAUSA DE DOLOR EN EL HOMBRO EN UN ADOLESCENTE

A Rando Jiménez, JM García López, V Parent Mathias, M Moreno Fernández, E Lagares Santana

Hospital Regional Universitario de Málaga

Palabras claves: arthralgia, fever, bacterial infections

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 16 años, aquejada de dolor en hombro izquierdo de un mes de evolución sin traumatismo ni punción previa, que acude en 3 ocasiones a urgencias, diagnosticada de tendinitis manguito de rotadores y capsulitis retráctil y tratada con AINES sin mejoría. Acude nuevamente por empeoramiento de su estado general, impotencia funcional total en brazo izquierdo (MSI), y en la última semana aumento del diámetro y picos febriles de hasta 39°. Exploración: T° 37,8 Dolor a la palpación desde articulación glenohumeral izquierda sin deformidad a dicho nivel. Dolor y edematización hasta tercio medio de MSI con eritema en cara interna sin fluctuaciones. No se objetivan lesiones cutáneas. Imposibilidad para elevación, abducción ni rotaciones. Rx brazo: no se objetivan imágenes patológicas Analítica: plaquetas 626000, leucocitos 21800 neutrófilos 84%, TP% 59, INR 1,3, PCR 202 Se plantea diagnóstico diferencial entre causa reumática, artritis por cristales, proceso tumoral en MSI, proceso infeccioso de partes blandas o artritis séptica del hombro. Ecografía: Colección partes blandas con afectación capsular y remodelación ósea en cara medial metáfisis. Dados los hallazgos la paciente es valorada por Traumatología y se decide intervención quirúrgica con drenaje de colecciones a nivel cápsula articular, con extracción de cultivos, que son positivos para *Haemophilus aphrophilus*. Tratada posteriormente con cefazolina iv con buena evolución.

Conclusiones:

Las artritis piógenas son más frecuentes en niños y adolescentes con mayor afectación en cadera, rodilla y hombro. Ante todo adolescente con dolor y/o impotencia funcional que desarrolla fiebre debemos considerar como diagnóstico diferencial la artritis séptica incluso si no existe causa infecciosa previa. *Haemophilus Aphrophilus* en un microorganismo con escasa patogenicidad sin bien en la literatura describen que la mayoría de las infecciones que causa afectan a hueso y articulación. El estudio bacteriología del líquido sinovial es imprescindible para una correcta antibioterapia así como también es recomendable una tinción gram. La prueba diagnóstica más rentable es la RM aunque en diagnóstico urgente es mas usada la ecografía, que es bastante sensible pero poco específica.

CASOS CLÍNICOS

P-1119

CAUSA INFRECUENTE DE FIEBRE EN EL LACTANTE

M Jimena García, D Santamaría Amat, MJ Morales Sánchez,
M Krivocheya Montero, S Morales Sánchez,
DP Martínez Betancourt

Hospital Comarcal de Melilla (Urgencias). Melilla.

Palabras claves: ecocardiografía, criterios clínicos, fiebre

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 14 meses, acude por cuadro febril de hasta 40,5°C, acompañado de exantema, lesiones bucales, edematización de miembros y ojos enrojecidos de una semana de evolución. Recibió antibióticos 48 horas antes del cuadro sin apreciarse mejoría. Escasa ingesta desde hace 24 horas. EXPLORACIÓN FÍSICA A su llegada a nuestro centro, temperatura de 39°C Palidez cutáneo-mucosa, inquieto, irritable y con llanto Cara: Chapetas malares bilaterales. Mucosa labial enrojecida con labios agrietados y fisurados con restos de sangrado Piel: Exantema macular disperso en tórax, espalda y menos en parte superior de extremidades inferiores de características polimorfas. Edemas en manos. Ojos: Inyección conjuntival bilateral sin exudación ORL: Lengua de aspecto aframbuesado, con papilas discretamente engrosadas. Amígdalas y faringes eritematosas sin placas exudativas. No adenopatías cervicales. ACR: MVC sin ruidos, tonos rítmicos sin soplos Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias. Neurológico: No signos de afectación meníngea, irritable PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica general Bioquímica: AST 44, ALT 102, PCR 14,9. Hemograma: Hemoglobina 8,00, hematocrito 26,6, microcitosis con hipocromía, plaquetas (450000) Coagulación: TTPA (17,2 segundos) Orina: Destaca proteinuria +1 con microhematuria + 2. Resto normal Aumentos de las VSG de 90 en la primera hora y 126 en la segunda hora. ASLO negativo. 1. Inyección conjuntival bilateral no exudativa. 2. Lesiones orofaríngeas, con fisura labial y lengua aframbuesada. 3. Edema o eritema de manos y pies. 4. Exantema polimorfo. 5. Adenopatía laterocervical de > 1,5 cm de diámetro. Nos ayuda también los parámetros analíticos. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Sarampión: Manchas de Koplik; Escarlatina: Aumento del ASLO; Síndrome de Steven-Johnson y Lyell: Predomina el cuadro cutáneo-mucoso; Síndrome del shock tóxico suele ser en mayores y asociarse con tampones y heridas; Colagenosis: Artritis crónica juvenil, LES, fiebre reumática; Mononucleosis; Reacciones medicamentosas y enfermedad del suero; Otras infecciones: Rickettsias, Leptospira. Se inicia tratamiento con AAS 90 mg/kg día cada 6 horas y una única dosis de gammaglobulina 2 g/kg en 12 horas con una muy buena evolución.

Conclusiones:

Se han descrito en España unos 400 casos. Es por lo tanto raro de ver en un Servicio de Urgencias. Debemos tener cuidado sobre todo con los aneurismas, principal complicación de este cuadro, con un diagnóstico y tratamiento precoz.

A-1120

DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE, ¿ES LO QUE PARECE?

LJ López Torres, A Marco Berna, MJ Martínez Valero,
MP Suárez Beke, JA Sánchez Nicolás, P Lázaro Aragüés

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras claves: cirrosis hepática, sistema porta, trombosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

HISTORIA: Varón de 47 años con antecedentes de HTA y Cirrosis hepática estadio C-10 por VHC que consulta en urgencias por epigastria acompañada de vómitos biliosos y fiebre. CLÍNICA: Refiere disepsia y que en las últimas 24 horas presenta epigastria, sobre todo tras la ingesta, que se acompaña de varios vómitos biliosos, aumento del perímetro abdominal, ictericia y pico febril de hasta 38°C. EXPLORACIÓN FÍSICA: Regular estado general, con tinte icterico de piel y mucosas. TA 108/68. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen globuloso, con ascitis pero no a tensión, dolor a la palpación de forma generalizada, sin signos de irritación peritoneal. No edemas en extremidades. No flapping ni otros signos de encefalopatía. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Se realiza electrocardiograma con ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. En analítica destaca GPT 1773, leucocitosis de 15750, y actividad de protrombina del 44%, siendo el resto normal. Radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos. Debido a la no mejoría clínica tras analgesia, para completar estudio se realiza TAC-abdominopélvico con hallazgos de hepatopatía crónica en grado de cirrosis con trombosis masiva de la porta y múltiples infartos en ambos lóbulos hepáticos e importante ascitis. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE URGENCIAS: Colecistitis. Pancreatitis aguda. Enfermedades inflamatorias intestinales. Úlcera perforada. Pericarditis aguda. DIAGNÓSTICO FINAL: Fallo hepático agudo sobre hígado cirrótico secundario a trombosis portal masiva. EVOLUCIÓN: Ante los hallazgos analíticos y TAC-abdominopélvico se contacta con la Unidad de Trasplantes para valorar las posibilidades terapéuticas, informando los responsables que el paciente no es candidato a recibir un Trasplante Hepático urgente ni a tratamiento quirúrgico en ese momento. Asimismo, se contacta con la Unidad de Cuidados Intensivos que desestima el ingreso en dicha unidad al no tener expectativas terapéuticas eficaces. El paciente presenta en las siguientes 24 horas una evolución desfavorable, siendo exitus a la mañana siguiente.

Conclusiones:

Aunque la trombosis portal es una enfermedad poco frecuente, tenemos que tenerla presente en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal y fiebre, sobre todo en hepatópatas, ya que la cirrosis hepática constituye la causa subyacente entre un 22 y un 32% de los casos de trombosis portal.

CASOS CLÍNICOS

A-1121

INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTE Y ACOMPAÑANTE
POR LESIONES NUMULARES

D García Avalos (1), E Sánchez Torres (2), C Pedrosa García (2)

(1) Centro de Salud San Felipe, (2) Centro de Salud Torredonjimeno. Jaén.

Palabras claves: tiña, contagio, antifúngicos

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 17 años acude por lesiones circulares pruriginosas esparcidas por abdomen y miembros que han aumentado de tamaño. Antecedentes personales: No alergias ni intolerancias medicamentosas. No enfermedades de interés. Anamnesis: Mujer acude acompañada por amiga que refiere que ha empeorado de las lesiones en la piel que aparecieron hace una semana. Son dolorosas y pruriginosas. No ha tenido fiebre, no clínica respiratoria ni de otro tipo. La acompañante es su compañera de piso y ha comenzado con dos lesiones parecidas en abdomen de escasa evolución. Comentan que hace poco han adoptado gato callejero. No mejora con amoxicilina oral y mupirocina tópica pautada por servicio de urgencias. No han consultado con médico de cabecera. Exploración: Se contabilizan más de 15 lesiones distribuidas por abdomen, miembros superiores e inferiores de aspecto numular, no agrupadas, sobrelevadas, con bordes descamativos y costra melicérica. No adenopatías. Pruebas complementarias: hemograma, coagulación y bioquímica sin alteraciones. Impresión diagnóstica: Granuloma anular, pitiriasis rosada de Gilbert, eczema anular, psoriasis juvenil e impétigo en fase costrosa. Juicio clínico: Tiña corporis. Tratamiento, planes de actuación: Mantuvimos tratamiento antibiótico oral, Fluconazol oral 150 mg cada 24 h y ketoconazol 2% crema. Se deriva a su médico de Primaria para control de la evolución. Se recomienda acudir a veterinario con el gato y medidas higiénicas dada la contagiosidad de las lesiones.

Conclusiones:

Una correcta anamnesis, exploración y diagnóstico diferencial en el servicio de urgencias junto con una alta sospecha puede adelantar el tratamiento de problemas dermatológicos, en este caso muy antiestéticos. Gracias a la acompañante se pudo enfocar hacia un problema fúngico. Después de unas semanas se contacta con la paciente. Las lesiones desaparecieron y no se necesitaron otras medidas tras el tratamiento. El animal fué llevado al veterinario y tratado igualmente.

P-1122

PACIENTE JOVEN CON ROTURA CARDIACA
CONTENIDA: ACTIVACIÓN CÓDIGO INFARTO

T Fernández Letamendi, MP Oliete Blanco, L Usieto López, AC Cabistany Esqué, P Cuadra Giménez, AM Díaz de Tuesta Chow Quan

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: thoracic trauma, broken heart, heart attack

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 37 años con antecedente de HTA en tratamiento y exfumador acude a Urgencias por traumatismo torácico tras caída casual mientras trabajaba desde una altura de 2-3 metros. No sintomatología previa ni posterior a la caída. Niega TCE. A su llegada al hospital, hemodinamicamente estable y asintomático, por lo que solicita en varias ocasiones el alta temprana. A la exploración. TA:130/70 mmHg. FC:80 lpm. SATO2: 99% (basal). Glasgow: 15. AC: rítmico, sin soplos. AP: normoventilación. ABD: blando, depresible, sin masas ni megalias, peristaltismo conservado, no signos de irritación peritoneal. No edemas ni signos de TVP. Exploración neurológica sin focalidad. No dolor en columna, clavículas parrilla costal. Esternón sin crepitación. Pelvis estable. A nivel superficial se observa hematoma externo en región subesternal, no dolorosa a la palpación. Se solicita ECG, Rx.tórax-abdomen y analítica completa. En el ECG se observa onda Q en toda la cara anterior. Las radiografías y la analítica con enzimas cardíacas están dentro de la normalidad. Por tratarse de un politraumatizado desde una altura de 2-3 metros, se solicita TAC toraco-abdominal para descartar patología traumática secundaria a la caída. Se descarta, aunque el informe del TAC aconseja completar estudio mediante ecocardiograma puesto que se observa una imagen hipodensa de aspecto quístico que parece depender del endocavitario. Con los hallazgos del ECG y del TAC se avisa a Cardiología de guardia quien realiza ecocardiograma, confirmando imagen compatible con rotura cardíaca contenida en ápex y amplias zonas de necrosis subaguda/crónica con adelgazamiento parietal en territorio de descendente anterior y circunfleja. Dada la edad y situación del paciente, se activa Código Infarto, realizando de forma urgente cateterismo cardíaco que confirma: Enfermedad de tres vasos multisegmento. El paciente permaneció en UCI coronaria, posteriormente en hospitalización en planta y evolucionó favorablemente.

Conclusiones:

- Parece ser que en esta ocasión, el paciente padeció el IAM previo al traumatismo, y que la zona necrótica facilitó hematoma/rotura cardíaca contenida.- Se debe seguir siempre una rigurosa anamnesis, exploración y seguimiento de protocolo en el paciente politraumatizado. - La correcta interpretación de pruebas básicas como es el ECG puede hacernos sospechar patología potencialmente grave.

CASOS CLÍNICOS

P-1123

INFRAIDIAGNÓSTICO DE LA MIASTENIA GRAVIS EN EL ANCIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

FJ Diego Robledo, MA Palomero Martín, JA Sánchez Serrano, A García García, S Grande Báñez, RM Herrero Antón
Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

Palabras claves: miastenia gravis, anciano, diagnóstico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 84 años, que volvió a nuestro servicio a los dos días de ser dado de alta del servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca. Durante dicho ingreso comenzó con alteración para la masticación, deglución, y el habla al mantener una conversación durante un tiempo, así como debilidad de miembro superior izquierdo. El día de su llegada a urgencias, presentaba ptosis palpebral bilateral fluctuante, ptosis cefálica y disfagia sobre todo para líquidos, síntomas que eran mas intensos por la tarde-noche. En el servicio de urgencias se realizó el test de tensión siendo positivo con la mejoría evidente del músculo recto externo derecho y de la ptosis palpebral. Ingreso en el servicio de neurología con el diagnóstico de MG.

Conclusiones:

La incidencia de la Miastenia Gravis (MG) tiene una distribución bimodal y esta aumentado fundamentalmente a expensas de los mayores de 60 años (de 4,7 a 20,8 casos por millón de habitantes y año), mientras la prevalencia en el inicio temprano, 20-30 años, se mantiene sin cambios. Esto nos pone en alerta sobre su infra-diagnóstico en las personas de edad avanzada. Ptosis, diplopía, debilidad de los músculos faciales, y la disartria son importantes signos clínicos en MG y son más fáciles de detectar en la juventud. El envejecimiento provoca una disminución de la superficie total del párpado con la flacidez de los párpados inferiores. La diplopía es mas difícil de detectar debido a disminución de la visión por la degeneración macular o la formación de cataratas, además se piensa antes en una causa local o diabetes ante una oftalmoplejía. La modificación de la voz, debilidad o fatiga son inespecíficos en el anciano. Ante una sintomatología bulbar como la disfagia se tiende a considerar una afectación vascular vertebrobasilar, o de ganglios de la base o afectación de motoneurona. La fatiga muscular es de difícil interpretación en los ancianos. La gran disponibilidad y dependencia de las pruebas de imagen y la alta presencia de ictus silentes conduce al sobrediagnóstico de ictus en detrimento de MG

A-1124

ESTE HÍGADO NO ES PARA MÍ

I Ortega Gálvez, A Rojas Sánchez, R Manzano Rodríguez, G Gálvez Santiago

Hospital Comarcal Básico de Baza. Peligros.

Palabras claves: oliguria, anuria, trasplante

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 51 años, con trasplante de hígado el día 15 de septiembre de 2014 por cirrosis biliar primaria. Acude a urgencias el día 15 de octubre de 2014 refiriendo disminución del ritmo diurético en las últimas 48 horas hasta permanecer en anuria en las últimas 12 horas. No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. No otros antecedentes médico-quirúrgicos aparte de los descritos anteriormente. No dolor abdominal, no fiebre, no náuseas ni vómitos, no disuria. A la exploración, buen estado general, consciente y orientada temporoespacialmente, deshidratación de piel y mucosas y ligero tinte icterico. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen blando y depresible, con cicatriz en hipocondrio derecho, levemente doloroso en dicha zona. Tensión Arterial 134/63 Frecuencia cardíaca 62 Temperatura: 36.2°. Se cursa hemograma, bioquímica y sedimento y se realiza sondaje vesical obteniendo únicamente 100cc de orina. En la analítica: hemograma con ligera leucopenia, glucosa: 125, urea: 345, creatinina: 18.5, Estimación del filtrado glomerular: 8 LDH: 866, AST: 568, ALT: 345, GGT: 1132. Resto dentro de la normalidad. Juicio Clínico: Fallo hepato-renal por posible rechazo agudo de hígado. Ante la situación, consulto con adjunto de guardia, internista e intensivista y acordamos pauta de esteroides(metilprednisolona) 500 mg y trasladar a la paciente a centro de referencia. En centro de referencia, se realiza biopsia hepática confirmándose el rechazo de trasplante hepático. En centro de referencia se realiza tratamiento con esteroides a dosis máximas(1 gramo día) y aumento de inmunosupresores y posterior diálisis. Finalmente la paciente mantuvo el órgano y el fallo renal se solventó.

Conclusiones:

Aunque en un comarcal no se llevan a cabo trasplantes, hay que tener siempre en mente estos, puesto que se nos pueden presentar complicaciones derivadas de los mismos y es de vital importancia saber actual rápidamente.

CASOS CLÍNICOS

P-1125

INTERVENCIÓN EN PACIENTE CON GRAN DISTENSIÓN ABDOMINAL Y EPISODIOS DE DIARREA

D García Avalos (1), E Sánchez Torres (2), C Pedrosa García (2), R Martínez García (3)

(1) CS San Felipe, (2) Centro de Salud Torredonjimeno (Jaén), (3) Complejo Hospitalario de Jaén, Servicio de Digestivo. Jaén.

Palabras claves: pseudoobstrucción colónica, diarrea, abdomen agudo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 75 años con dolor abdominal agudizado y episodios de diarrea melánica en los últimos dos días. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, Sin alergias ni intolerancias medicamentosas. No hábitos tóxicos. Sin antecedentes familiares. Anamnesis: Paciente con cuadros de dolor abdominal y diarrea crónica desde hace 4 años sin productos patológicos ni cuadro constitucional. Citado en 2010 para estudio de episodio similar con pruebas analíticas normales y pendiente de realización de colonoscopia a la que no acude. 3 años después nueva cita a la que no acuden. Exploración: Mal estado general, consciente y orientado, normohidratado y perfundido, afebril, normotenso, eupneico. Auscultación cardio-respiratoria: sin hallazgos. Abdomen: destaca timpanismo, dolor localizado en flanco izquierdo, disminución ruidos hidroaéreos. Miembros inferiores: sin hallazgos. Pruebas complementarias: Hemograma: Hemoglobina 11,8. Coagulación sin hallazgos. Bioquímica: glucosa 124, urea 104, creatinina 2, potasio 3, Proteína C Reactiva 7,2. Radiografía: Dilatación de asas intestinales con edema de pared. Tc abdomen: Hidronefrosis grado II, gran dilatación marco cólico acentuado en sigma, sin signos de obstrucción. Tratamiento urgencias: colonoscopia descompresiva no avanzando mas de 45 cm debido a retroflexión del mismo. No se aprecian elementos obstructivos ni vólvulos. Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en la etapa III. Gran apoyo sociofamiliar, más en sus hijos que ayudan en las decisiones. Impresión diagnóstica: impactación fecal, tumor de colon o recto, vólvulo cecal o sigmoideo y megacolon tóxico. Juicio clínico: Síndrome de Ogilvie. Tratamiento, planes de actuación: Levogastrol antes de las comidas. Dieta según tolere. Evolución: Asintomático al alta, tolera dieta y función renal normalizada.

Conclusiones:

Un correcto diagnóstico en el servicio de urgencias de una patología que puede resolverse sin ingreso en planta y permaneciendo como máximo 48 h en el servicio de hospital de día ahorra al paciente una estancia de 4-5 días de media. Esto supone un beneficio tanto para el paciente como para el hospital. El paciente evolucionó correctamente en domicilio.

P-1126

¡CUIDADO CON LOS TRATAMIENTOS!... LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO DE ORIGEN INESPERADO...

M Ruiz Felipe (1), A Hernández Marcos (2), B Sierra Bergua (3), M Trivez Valiente (4), R Montoya Sáenz (5), M Rubio Gómez (5), R Martínez Gil (6)

(1) C.S Valdefierro, (2) C.S Delicias Norte, (3) HCU Lozano Blesa, (4) C.S Delicias Sur, (5) C.S Bombarda, (6) C.S Miralbueno/Garrapinillos. Zaragoza.

Palabras claves: absceso, micosis dematiacea, corticoides

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente 41 años de origen senegalés, residente en España hace 3 años y con antecedente de artritis reumatoide en tratamiento con prednisona y metotrexate. Acude a urgencias refiriendo odinofagia, vómitos y cefalea intensa retroorbitaria derecha que le impide conciliar el sueño acompañada de fiebre de 38°C en las últimas 24 horas. Exploración física: No focalidad. Afebril. Dolor a palpación cervicooccipital, sin signos menígeos, cavidad oral séptica con caries diseminada y faringe hiperémica. Constantes vitales sin alteraciones. Glasgow 15. Analítica urgencias: Leucocitos: 11800 mm/dl (Neutrófilos:84,1%), Hematocrito: 6.32%, VCM: 79,80. Fibrinógeno: 8,1mg/dl. PCR: 9,53. Rx senos paranasales y tórax: Sin alteraciones. TC craneal: Proceso expansivo intraparenquimatoso frontal derecho. Comportamiento quístico o necrótico, fino realce anular y gran cavidad central con otras dos satélites que comunican con la principal. Edema vasogénico asociado a hemisferio derecho y efecto masa que desplaza línea media. Tras realizar historia clínica y exploración y ante la escasa mejoría con analgesia, se solicita TC urgente que muestra una lesión que justifica la clínica por la que se plantea el diagnóstico diferencial entre absceso y tumor. Ingres en Neurocirugía. Las serologías (incluyendo VIH) son negativas. Se solicita RMN cerebral que confirma diagnóstico de absceso cerebral. Se realiza una craneotomía frontal y el análisis microbiológico evidencia el origen micótico de la lesión del tipo dematiaceos. Se instaura tratamiento antifúngico con evolución clínica favorable.

Conclusiones:

Se expone un caso de patología micótica, haciendo énfasis en la predisposición del paciente por la toma de un tratamiento inmunomodulador crónico y que se descubre tras la asistencia a Urgencias por cefalea. El absceso cerebral consiste en un acúmulo de materiales generalmente secundaria a infección bacteriana o micótica formando una masa. La clínica del absceso es variable: dolor, estupor, coma, signos de irritación meníngea, deficiencias neurológicas focales, etc. La inmunodepresión por enfermedad (VIH, cáncer...) o fármacos (corticoides...) es factor de riesgo para padecerlo. En las últimas décadas existe un aumento de abscesos de origen micótico con la participación de hongos tan poco frecuentes como los dematiáceos, caracterizados por presentar pigmento (melanina) en sus paredes celulares y que se reconocen actualmente como patógenos humanos cada vez más prevalentes.

CASOS CLÍNICOS

P-1127

DOLOR LUMBAR Y PETEQUIAS CON RÁPIDA EVOLUCIÓN FATAL

A García-Perla García, I Pérez Torres, A Díez Naz, E Chinchilla Palomares, P Conde Hernández, A Vázquez González
Servicio de Urgencias. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras claves: dolor lumbar, petequias, muerte

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

1. Motivo de Consulta: Paciente de 77 años, alérgica a Ibuprofeno y Codeína. HTA, con dolor lumbar de 3 semanas de evolución. 2. Enfermedad actual: acude a su Médico refiriendo lumbalgia que se irradia a miembro inferior. Se indica tratamiento con Paracetamol y Pregabalina. Ante la persistencia de la clínica, la paciente consulta en Urgencias Hospitalarias donde se encuentra: Afebril, sin pérdida de peso, cierta palidez, eupneica y hemodinamicamente estable. Presenta dolor mecánico y un Lasegue positivo con fuerza, sensibilidad y reflejos osteotendinosos normales. Se decide entonces modificar el tratamiento. Se realiza un "Check list" en raquialgias con los siguientes resultados: 1. Le duele la espalda desde hace más tres semanas y no tiene hecha RX: SI. 2. Tiene menos de 20 años o más de 50 y es la primera vez que le duele la espalda: SI. 3. El dolor le aumenta cuando descansa e incluso le llega a despertar: SI. 4. Antes del dolor ha sufrido un traumatismo en la espalda: NO. 5. Padece o ha padecido algún tipo de cáncer: No. 6. Ha consumido o consume drogas por vía iv: NO. 7. Ha realizado o realiza algún tratamiento con corticoides: NO. Se realizó una RX lumbar con "signos degenerativos". Pero ante la persistencia del dolor la paciente retorna y añade a la sintomatología petequias en abdomen. Se solicita ahora una analítica que muestra una pancitopenia con Microangiopatía trombótica. Posible Púrpura Trombótica Trombocitopénica. Se tramita su ingreso en Medicina Interna. Se realiza un TAC que confirma: Afectación osea heterogénea, de tipo blástico sugerente de proceso neoplásico infiltrativo de la médula ósea. 4. Evolución de la Paciente: Se ingresa y se solicitan diversos estudios. La paciente evoluciona mal y aparece una disfunción renal aguda y hematomas generalizados. Con el diagnóstico de Pancitopenia por infiltración neoplásica de médula ósea de primario desconocido, se decide no realizar más estudios.

Conclusiones:

Discusión: el abordaje en urgencias se adapta al protocolo del Hospital (1), Realizándose el "check list" en raquialgias (2). En la exploración se describe inicialmente la palidez, pero no es hasta el descubrimiento de las petequias, que se descubre una pancitopenia. La lumbalgia no es ningún caso un síntoma sugerente de la Púrpura Trombótica Trombocitopénica. (3). La veloz evolución fatal de este caso justifica la limitación del esfuerzo terapéutico, a expensas de no discernir la existencia y posible identificación de una neoplasia primaria.

P-1128

NO PUEDO COMER

CM Cantón Ortiz, L Chao Ricoy, A Pizarro Portillo, C del Arco Galán
Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Palabras claves: vómitos, disfagia, esofagitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Se trata de un varón de 22 años que acude por odinofagia, pirosis y disfagia progresivas junto con vómitos en poso de café de 6 días de evolución hasta imposibilitar ingesta tanto a sólidos como a líquidos. Refiere cuadro en la semana previa de tos con escasa expectoración, fiebre, mialgias generalizadas y dolor abdominal. Niega conductas sexuales de riesgo. En la exploración física se evidencia deshidratación de mucosas, adenopatías submandibulares bilaterales y vesículas hemorrágicas en paladar blando sin otros hallazgos. Se realiza analítica de sangre, destacando datos compatibles con deshidratación y radiografía de tórax, sin hallazgos. Se realizan test rápido de VIH, siendo negativo y serología virus herpes. Ante la sospecha de esofagitis vírica, se realiza gastroscopia de urgencia objetivándose tres lesiones ulcerosas longitudinales a nivel esofágico. Se toman biopsia y cultivo e ingresa con aciclovir empírico y rehidratación intravenosos. Durante el ingreso informan de inmunohistoquímica positiva para Herpes Virus tipo I y tipo II y se realiza estudio completo de inmunidad, siendo negativo.

Conclusiones:

La primoinfección herpética es una entidad frecuente durante la primera infancia, apareciendo más frecuentemente en pacientes inmunodeficentes en la edad adulta como enfermedad oportunista. Sin embargo, en un 6% de los casos en adultos según algunas series, se presenta como una faringitis severa. Para demostrarlo, necesitamos una prueba de imagen invasiva, por lo que hemos de sospechar esta entidad para poder diagnosticarla e instaurar tratamiento de la forma más precoz posible.

CASOS CLÍNICOS

A-1129

SEPSIS SEVERA DE ORIGEN ABDOMINAL

M Pastor Sanz (1), M Valtueña Camacho (2), D Museros Sos (3), R Tomeo Muñoz (4), L Rodríguez Serra (5), N Gargallo Gasca (5)
CS San Pablo. HUMS (Sector Zaragoza II). Zaragoza.

Palabras claves: septic shock, colitis, Chikungunya fever

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 59 años hipertenso, con angina de esfuerzo hace un año y sin otros antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por obnubilación brusca con desorientación temporoespacial, fiebre, vómitos y tiritona intensa. No ha realizado viajes al extranjero durante los últimos 6 meses. Su esposa, que regresó hace 3 días de un viaje a Santo Domingo, asegura haberle transmitido la fiebre Chikungunya que contrajo en dicha estancia, dados los cuadros clínicos similares. A la exploración, TA 161/80, FC 109 lpm, Sat O2 95%, Temperatura 40,5°C. Glasgow 15, meníngeos negativos/dudosos, desorientación temporoespacial sin focalidad neurológica. AC rítmico a 100 lpm. AP normoventilación. Abdomen blando, depresible, no doloroso en ningún cuadrante. Pruebas complementarias: Analítica sanguínea: 8500 leucocitos (88.5% neutrofilia), urea 61, creatinina 1.39, ácido láctico 3.5, PCR 0.11, resto sin alteraciones. ECG ritmo sinusal a 113 lpm. Radiografía tórax y TAC cerebral sin hallazgos significativos. Tras revisar bibliografía sobre el virus Chikungunya, se descarta tal posibilidad ya que su vector de transmisión son los mosquitos. Se practica punción lumbar y se pauta antibioterapia empírica ante la sospecha de meningitis, la cual se retira tras ser los valores de LCR normales. El paciente mantiene fiebre elevada y a las horas inicia vómitos alimenticios y numerosas deposiciones diarreicas sin productos patológicos. Presenta TA 65/41, dolor a la palpación de FID con defensa peritoneal, globo vesical e incremento de leucocitosis. Se practica TAC toraco-abdominal que sugiere colitis. Con tales hallazgos, se diagnostica de sepsis severa de origen abdominal y se inicia antibioterapia en UCI, con traslado posterior a Medicina Interna. Una vez allí se reciben hemocultivos, coprocultivos y serologías negativos, y el paciente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta a los 7 días.

Conclusiones:

Importancia del reciclaje continuo del médico ante enfermedades infecciosas y tropicales dada su prevalencia, para ser capaces de un diagnóstico diferencial y tratamiento tempranos.

A-1130

CEFALEA HOLOCRAEAL PERSISTENTE,
¿CON HALLAZGO CASUAL?

J Hong Cho, M Arrieta Bernaras, T Tabera Arevalo,
O Peñagaricano Muñoa, M Sánchez Andion,
A Vela Fernández

Hospital Zumárraga. Zumárraga.

Palabras claves: cefalea, HSA, aneurisma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente mujer de 44 años que acude a Urgencias por cefalea holocraneal incapacitante de una semana de evolución, con sonofobia, sin fiebre, náuseas ni vómitos. Fue vista en el mismo servicio 48 horas antes por este mismo motivo con exploración neurológica normal, analítica y TC craneal normal, etiquetándose el cuadro de sinusitis aguda y alta con analgésicos y amoxicilina/clavulánico. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Glasgow 15, TA 111/78, FC 75, T 36°C, SatO2 98%. Exploración física: afectada por el dolor, rigidez de nuca, no focalidad neurológica ni otros hallazgos. Analítica de sangre: Leucocitos 1 000 con fórmula: Neutrófilos 12 700. Resto sin alteraciones. Punción Lumbar: Líquido hemorrágico 1º tubo: 224000 hematíes/mm3, 2º tubo: 112 000 hematíes/campo. Xantocromía positiva. Proteínas 72 mg/dL. + Tras punción lumbar la paciente se encuentra casi asintomática, hemodinámicamente estable y persiste Glasgow 15. TAC craneal: normal. Se activa protocolo de hemorragia subaracnoidea y tras hablar con el servicio de Neurocirugía se traslada al Hospital Terciario. Constantes estables, exploración física sin alteraciones. ECG normal. Analítica de sangre: Leucocitos 11 860. Resto normal. Microbiología LCR: Herpes simplex tipo 1 DNA (PCR) Positivo. Rx Tórax: normal. AngioTAC: Aneurisma de 3x5mm en ACI izquierda intracraneal supraclinoidea de aspecto bilobulado. Se observan otras dos imágenes de menor tamaño en lado contralateral, uno en la misma localización que la anterior y la otra en la rama superior de la ACM derecha posterior a la bifurcación. Arteria vertebral derecha de aspecto filiforme en su región más distal, previa a la arteria basilar. Tratada por Neurorradiología mediante anestesia general y cateterismo de los aneurismas. Despierta con buen nivel de conciencia y asintomática. JUICIO CLÍNICO: hemorragia subaracnoidea aneurismática subaguda. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Meningitis bacteriana, Meningoencefalitis vírica, Encefalitis vírica, HSA subaguda.

Conclusiones:

Recalcar la importancia de la historia clínica y la exploración física en el caso de la cefalea teniendo en cuenta los final a pesar de que el TAC sea normal.

CASOS CLÍNICOS

P-1131

LA GRAN IMPORTANCIA DEL TIPO DE RESPUESTA INMUNE

JM González González (1), M García Palacios (1), L Bernabé Vera (1), C Hernández Martínez (1), AL Casas Torres (1), MD Medina Abellán (2)

(1) Hospital General Reina Sofía, (2) Unidad Docente Medicina de Familia Murcia. Torreagüera.

Palabras claves: immunity, cardiac, transplantation

Historia clínica

Mujer de 75 años, acude al Servicio de Urgencias por problemas de agudeza visual y disnea de 24 horas de evolución. Antecedentes personales: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 insulinizada. Trasplante cardíaco en 2004 por miocardiopatía dilatada y disfunción biventricular. Tratamiento: Tacrolimus 1mg/24 horas, perindopril-indapamida/24 horas, Micofenolato-mofetilo 500 mg/ 2-12 horas, Insulina lantus 23 unidades/24 horas, Novorapid: 8 unidades/24 horas. Exploración: Regular estado general, afebril, Tensión Arterial: 100/40 mmHg, Frecuencia Cardíaca: 100 l/m, Sat. O₂: 90%, Taquipneica. Auscultación Cardíaca: Latidos rítmicos, no soplos, pulmón: crepitantes generalizados, Abdomen: blando y depresible, no dolorosa, Extremidades sin hallazgos Exploración neurológica: Glasgow 15. Disminución de la agudeza visual bilateral. Pupilas isocóricas y normoreactivas, pares craneales centrados y simétricos, fuerza y sensibilidad conservada no signos meníngeos. Analítica: destaca: leucocitos: 2.67 10e3/ul. plaquetas: 123.0 10e3/ul. Bioquímica: procalcitonina: 1.68. ProBNP: 1589. Gasometría venosa: PH:7.26, PCo₂:46, ChCo₃: 19. Ácido láctico: 3.8nmol/L. RX tórax: Infiltrado intersticial bilateral. TAC cráneo: Sin evidencia de patología aguda. Ante la sospecha de un Shock Séptico de probable origen pulmonar se inicia tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactam y se realiza interconsulta con UCI que acepta ingreso en su servicio. Evolución: Cursan hemocultivos, Antígeno Neumococco y Legionella, Gripe A y se amplía el tratamiento con levofloxacin, vancomicina y oseltamivir. Se inicia Ventilación Mecánica no Invasiva. A las pocas horas inestabilidad hemodinámica que requiere Intubación Orotraqueal, drogas vasoactivas. Se produce oligoanuria, taquiarritmia que no responde a Cardioversión eléctrica, acidosis metabólica severa con fallo multiorgánico siendo éxitus a las 48 horas de su ingreso. Resultado de cultivos: Todos negativos excepto: Tinción Ziehl-Neelsen/auramina en el aspirado bronquial con mas de 50 BAAR/línea. Se realiza autopsia: Se observa septicemia por micobacterias tuberculosas con focos sépticos por diseminación hematógona en bazo, hígado, pulmones, corazón, tiroides y cerebro.

Conclusiones:

El diagnóstico final tras anatomía patológica fue: shock séptico por tuberculosis miliar y la probable causa de disminución de agudeza visual por bajo gasto cardíaco. El tipo de respuesta inmune a la micobacteria se produce por hipersensibilidad tipo IV (mediada por células CD4+) de la que esta paciente carecía por su tratamiento inmunosupresor careciendo de capacidad de respuesta. Es importante pensar en ésta patología ante un paciente con tratamiento inmunosupresor tras cualquier trasplante para poder iniciar rápidamente las medidas adecuadas.

CASOS CLÍNICOS

A-1132

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO: UNA CAUSA DE DOLOR TORÁCICO A TENER EN CUENTA

CS López Seijas, B Martínez Barreira, H Villena García del Real, C Seijas Rodríguez, C Varela Donoso

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Palabras claves: spontaneous pneumomediastinum, subcutaneous emphysema, cervical emphysema

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 23 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor torácico de aparición brusca de dos horas de evolución, no irradiado, sin cortejo vegetativo asociado. Refiere así mismo, cuadro de 48 horas de evolución que consiste en tos seca, fiebre y malestar general EF Y PC: Hemodinámicamente estable, sO₂ 98%, discreto enfisema subcutáneo cervical, resto sin hallazgos. Radiografía de tórax: imagen compatible con la existencia de aire en el mediastino. ECG, GSA Y AS sin alteraciones. DIAGNÓSTICO: Neumomediastino espontáneo (NME) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: síndrome de Boerhaave, SCA, embolismo pulmonar agudo, neumotórax espontáneo, etc.

Conclusiones:

El neumomediastino se define como la presencia de gas-aire libre en los tejidos blandos del mediastino. El NME es una entidad poco frecuente, con una incidencia estimada entre 0,003- 0,006%, que afecta sobre todo a varones jóvenes, de hábito predominantemente alto y delgado. El desencadenante más común son las exacerbaciones agudas de asma (1/3 casos), otras causas pueden ser la maniobra de Valsalva, vómitos, cetoacidosis diabética, rotura esofágica, infecciones respiratorias, extracciones dentales, barotrauma, etc. Clínicamente se caracteriza por la aparición de dolor torácico agudo junto con disnea, disfagia, odinofagia y enfisema subcutáneo. Un signo característico a la exploración es la auscultación de crepitantes secos sobre mediastino coincidiendo con cada latido cardíaco, que se denomina signo de Hamman (presente en un 30 % casos). La radiografía simple de tórax es el examen de primera elección ante la sospecha clínica de NME, debiendo realizarse las proyecciones posteroanterior y lateral izquierda, donde podrá verse de la presencia de gas en la grasa de los diferentes compartimentos mediastinales, delineando de forma directa o indirecta las estructuras viscerales. El tratamiento es conservador con analgesia, suplemento de oxígeno y reposo con resolución completa del cuadro en aproximadamente una semana. No se recomienda las radiografías o TC de control a menos que haya deterioro clínico o se sospeche de otra lesión asociada. El pronóstico de los pacientes con NME es bueno, por cuanto es un proceso autolimitado, no obstante, el desenlace clínico global dependerá de las comorbilidades.

A-1133

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO: LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

CS López Seijas, H Villenz García del Real, C Seijas Rodríguez, B Martínez Barreira, C Varela Donoso

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Palabras claves: aortic aneurysm, dissecting aneurysm, chest pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 70 años, hipertenso a tratamiento farmacológico, que refiere cuadro dos horas de evolución de dolor retroesternal intenso y lancinante e irradiado a región interescapular de aparición brusca mientras caminaba, acompañando de sudoración profusa y molestias abdominales. EF Y PC: TA 205/120 mmHg. Masa pulsátil en mesogastrio. Pulsos periféricos presentes. Resto exploración sin hallazgos. ECG, AS, GSA sin alteraciones AngioTAC toracoabdominal: Aneurisma aorta descendente con datos de rotura a nivel de cruras diafragmáticas, con gran trombo mural y efecto masa sobre aurícula izquierda. La parte proximal se sitúa a 2 cm de la arteria subclavia izquierda, extendiéndose hasta la bifurcación ilíaca. DIAGNÓSTICO: Síndrome aórtico agudo (SAA): Aneurisma de aorta toracoabdominal roto. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: IAM, insuficiencia aórtica aguda, pericarditis, perforación de víscera hueca y dolor musculoesquelético. EVOLUCIÓN: monitorización. Tratamiento con cloruro mórfico y labetalol e intervención quirúrgica urgente.

Conclusiones:

El SAA es un conjunto de patologías aórticas (disección, hematoma intramural y úlcera penetrante) asociados a elevada morbimortalidad, que requieren diagnóstico y manejo precoz. Su incidencia es de 3/100.000 habitantes/año, siendo más frecuente en varones con edad media 65 años. La HTA es el factor de riesgo más frecuente, seguido del tabaquismo. Clínicamente cursa con dolor intenso de aparición brusca, desgarrante, localizado en la parte anterior del tórax e irradiado hacia mandíbula, brazos o espalda y en ocasiones hacia abdomen. Las PC habituales ayudan al diagnóstico pero son inespecíficas siendo el angio-TC la técnica de elección diagnóstica. Es imprescindible mantener la PAS en 100-120 mmHg y la FC en torno a 60 lat./min mediante el empleo de vasodilatadores de acción rápida y betabloqueantes. Se recomienda el uso de opioides para atenuar la descarga simpática de catecolaminas que genera el dolor, que provoca hipertensión y taquicardia. Puede ser necesario el tratamiento de complicaciones añadidas como pericardiocentesis, reposición de volumen o sangre, tratamiento del shock, etc. El pronóstico está claramente relacionado con el diagnóstico precoz y la reparación quirúrgica adecuada en el caso de afectación proximal de la aorta. La afectación de los segmentos distales puede dar paso a enfoques terapéuticos individualizados de tipo médico o endovascular.

CASOS CLÍNICOS

A-1134

MEDIASTINITIS AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

A Romero Conde, R Becerra Piñero, E Ruiz-Cabello Crespo
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: mediastinitis, etiology, diagnosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 25 años de edad, que como único antecedente destaca diagnóstico desde hace una semana, de faringoamigdalitis aguda con mala evolución pese a tratamiento antibiótico, que acude a Urgencias por persistencia de odinofagia y disfagia. Requiere ingreso por cuadro de hipotensión, taquicardia y pico febril. Descartándose foco infeccioso orofaríngeo y tras realizar radiografía de tórax, se evidencia ensanchamiento mediastínico. Se amplía estudio de imagen realizándose TC cervico- torácico objetivándose neumomediastino con múltiples colecciones en mediastino anterior, medio y posterior, con extensión a espacios cervicales, hallazgos indicativos de mediastinitis aguda. A nivel cervical infrahioides se aprecian colecciones con moteado gaseoso en el lado izquierdo y derecho. Dado el diagnóstico de mediastinitis aguda, requiere ingreso en UCI y drenaje por parte de cirugía torácica, a pesar de la inicial evolución tórpida, el cuadro clínico se reconstituyó por completo y el paciente fue dado de alta.

Conclusiones:

La mediastinitis es una patología compleja y grave, en la que el precoz diagnóstico en Urgencias y la intervención de un equipo multidisciplinar es fundamental en su evolución. Infecciones del área orofaríngea no son una causa infrecuente de esta patología, por lo que ante el hallazgo de ensanchamiento mediastínico y datos de sepsis, debemos descartarla, dado el índice elevado de mortalidad que conlleva.

P-1135

UNA VIDA EN EL LÍMITE

S Medina Ruiz, CJ Quiñonero Hernández, MP Guzmán Bolívar
Hospital Punta Europa. Algeciras.

Palabras claves: enfermedad diverticular, embolización, shock

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 68 años hipertenso, diabético con nefropatía, cardiopatía isquémica con stent, válvula metálica nortica por estenosis severa y trombosis carotídea. Anticoagulado con sintrom. Es traído a Urgencias por episodio de hemorragia digestiva baja (HDB) activa con inestabilidad hemodinámica. El paciente está sudoroso, palidez de piel y mucosas, frialdad distal, mal estado general. Tensiones 90/43 mmHg, afebril, frecuencia cardíaca de 115 latidos por minuto y oligoanuria. La auscultación cardíaca es rítmica con click protésico, auscultación pulmonar con buena ventilación. Abdomen distendido con dolor tipo cólico sin irritación peritoneal. Se objetiva rectorragia activa. Exploraciones complementarias: Hemograma con hemoglobina de 6.7 g/dl, hematocrito 19.4%, leucocitosis con neutrofilia y 128.000 plaquetas, coagulación con TP 61%, INR 1,3, bioquímica con urea 118, creatinina 3.45 (previa 1,6), iones normales, PCR 10, saturación O₂ 100%, electrocardiograma con ritmo sinusal sin alteraciones en la repolarización. TAC abdominopélvico y angiotac aórtico visualizándose en colon derecho extravasación de contraste por dentro de la luz colónica, coincidiendo con imagen diverticular adyacente. Se canalizan dos vías venosas periféricas y dos centrales, se transfunden 5 concentrados de hematíes, 3 de plasma, 1 pool de plaquetas, 1 gramo de fibrinógeno y suero ringer. Se inició antibioterapia y se sustituyó sintrom por heparina sódica no fraccionada. Se contactó con Hospital de Málaga para embolización de rama cólica sangrante. Diagnóstico diferencial de causas de HDB: enfermedad Inflamatoria Intestinal, neoplasias, divertículos, malformación arteriovenosa, colitis isquémica, hemorroides, fisuras anales, vasculitis, coagulopatías, discrasias sanguíneas, tratamiento anticoagulantes. Diagnóstico final: HDB activa por rotura de rama arteria cólica derecha en paciente con enfermedad diverticular y anticoagulado por alto riesgo trombótico. Evolución: Una vez estable volvió a nuestro Hospital, se transfundió por hemoglobina de 7.9 g/dl y trombopenia. No volvió a presentar episodios de HDB. Comenzó a remontar tensiones y mejorar la función renal con buenas diuresis, permaneciendo estable hemodinámicamente en Observación.

Conclusiones:

La HDB es de 3 a 5 veces más frecuente que la alta, suele tener un curso menos grave, la mayor parte de los casos se autolimitan, sólo el 10-15% recidivan, la mortalidad global se sitúa en el

CASOS CLÍNICOS

4%. Tiene predominio en varón y su incidencia aumenta con la edad. Aunque menos grave, hay casos en el que es fundamental un proceso asistencial continuo, lo que requiere un elevado grado de colaboración entre los servicios médicos implicados, ya que gracias a ello este paciente no fue sometido a cirugía de urgencia conservando el colon.

A-1136

HERIDA TRAQUEAL POR TRAUMATISMO CERVICAL

A Romero Conde (1), R Becerra Piñero (1), MJ Ruiz Catena (2), M Mieles Cerchar (2)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (2) Hospital Materno-Infantil. Málaga.

Palabras claves: tracheal, injury, children

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 10 años de edad, sin antecedentes de interés, que tras traumatismo con manillar de bicicleta a nivel cervical, acude a Urgencias. Presenta herida en región cervical anterior aproximadamente de 3-4 cm, con fuga aérea (evidenciándose burbujeo sanguinolento). Estable hemodinámicamente, refería sensación subjetiva de disnea y como único signo exploratorio destacaba un discreto estridor. Se sospecha lesión de vía aérea y se realiza radiografía de tórax en la que se aprecia discreto enfisema cervical. Valorada por Cirugía Pediátrica, se realiza exploración quirúrgica, evidenciándose rotura de anillo traqueal que se repara, descartándose otras lesiones asociadas. La evolución postoperatoria cursó sin complicaciones, procediéndose al alta.

Conclusiones:

Las lesiones traumáticas de la tráquea pueden ser consecuencia de traumatismos cerrados o penetrantes del cuello o parte alta del tórax. Por lo menos el 75% de estas lesiones se encuentran en la porción cervical de la tráquea, siendo las heridas penetrantes mucho más comunes que las cerradas. Por ello, destacar la importancia del papel de la atención inicial en Urgencias, para descartar ante un traumatismo cervical, lesiones de estructuras vasculares, digestivas y de la vía aérea, dada la gravedad de las mismas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

CASOS CLÍNICOS

P-1137

DECISIÓN EN UNA HORA

MC Villa Álvarez (1), H Safir Jabeen (2), V Prieto Muñiz (3)

(1) Hospital Álvarez Buylla, (2) Centro de Salud José Aguado, (3) Hospital Valle del Nalón. Oviedo.

Palabras claves: síndrome coronario agudo, cateterismo cardíaco, troponina

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

El dolor torácico, es uno de los motivos de consulta más prevalentes en un servicio de urgencias. Por ello, es de gran importancia realizar un correcto diagnóstico etiológico, y en caso de ser necesario, establecer la atención médica que el paciente precise, con la mayor brevedad posible. Ante un paciente con alta sospecha de dolor torácico de origen cardíaco, queremos evaluar la variación precoz de los valores de troponina en relación al diagnóstico de la patología que presenta el paciente. Varón de 50 años, fumador, diabético y dislipémico, sin antecedentes de patología coronaria. Acude por dolor centrotorácico, opresivo, acompañado de sudoración y disnea, que apareció estando en reposo. Exploración física anodina. Electrocardiograma en ritmo sinusal sin signos isquémicos específicos. Radiografía de tórax dentro de límites normales. Troponina I 0.028, seriada tras una hora 0.074. Ecocardiografía trastorácica con dudosa hipoquinesia septoapical poco extensa y fracción de eyección de ventrículo izquierdo conservada. Cateterismo cardíaco con enfermedad coronaria de un vaso con estenosis del 90% en segmento medio de arteria coronaria descendente anterior. Completamente revascularizada, realizándose angioplastia y colocación de stent farmacoactivo.

Conclusiones:

Recientes estudios han demostrado la capacidad de diagnóstico específico de infarto agudo de miocardio (IAM), con el seriado de valores de troponina en la primera hora. En el caso que nos ocupa, solicitamos determinación precoz de valores de troponina, observando en una hora, una elevación por encima de los límites de normalidad. Esto nos orienta a la existencia de un daño miocárdico, que se confirma con los resultados del cateterismo cardíaco. Ante un paciente con alta sospecha clínica de IAM, la determinación de la variación de los valores de troponina en la primera hora, supone una disminución del tiempo necesario para un correcto diagnóstico y puede obviar la necesidad de una monitorización prolongada.

A-1138

SEPSIS POR LESIONES CUTÁNEAS

S Medina Ruiz, MP Guzmán Bolívar, E Bellido Pastrana

Hospital Punta Europa. Algeciras.

Palabras claves: sepsis, celulitis, ictus

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 65 años camionero de profesión y antecedentes de fibrilación auricular (FA) anticoagulada con sintrom. Es traído a Urgencias tras haber sido encontrado en su camión tirado maloliente, desorientado y con lesiones en miembros inferiores. Refiere que se mareó cayéndose al suelo donde permaneció una semana sin poder moverse. Exploración física: Se encuentra consciente y orientado en urgencias, Glasgow 15/15, bien hidratado y poco perfundido. Neurológico normal. No signos de irritación meníngea. Tensiones 90/60 mmHg, temperatura 38°C, frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto. Auscultación cardíaca es arrítmica sin soplos. Auscultación pulmonar con buena ventilación. Miembros inferiores con escaras necróticas en cara anterior de rodillas. En miembro inferior izquierdo eritema generalizado con edema, aumento de la temperatura local, dolor a la palpación y flictenas de contenido purulento. Cianosis plantar y digital con imposibilidad de palpación de pulsos. Exploraciones complementarias: Hemograma con leucocitosis y neutrofilia, coagulación con fibrinógeno elevado e INR 5.4, bioquímica urea 154, creatinina 2.89, mioglobina 10.245, PCR 28.04, gasometría venosa con pH 7.39, saturación O₂ 93%, electrocardiograma con FA con respuesta ventricular rápida. En TAC de cráneo se observó infarto subagudo de 3 cm a nivel parietal derecho. En ecografía de pierna izquierda no se observaron signos de trombosis venosa profunda. Diagnóstico diferencial de urgencias: Trombosis venosa profunda, necrosis tóxica epidérmica, reacción de hipersensibilidad, dermatitis de contacto, pioderma gangrenoso, panadizo herpético, herpes zoster precoz, eritema migrans. Diagnóstico final: Sepsis grave con foco piel y partes blandas. Evolución: El paciente permaneció en Observación de Urgencias donde comenzó a remontar tensiones y mejorar la función renal. Se inició antibioterapia y pasó a Unidad de Infecciosos. Precisó valoración por Cirugía y Traumatología para desbridamiento quirúrgico.

Conclusiones:

La sepsis es una patología compleja que requiere un diagnóstico rápido y abordaje precoz. Es fundamental un proceso asistencial continuo, con elevado grado de colaboración entre los servicios médicos implicados. La mortalidad hospitalaria se sitúa entre el 20 y el 50%. La celulitis es una infección de la piel por entrada de bacterias a través de heridas. Es importante detectar signos de alarma que nos orientan hacia una infección severa que hacen imprescindible una exploración quirúrgica ya que el retraso en el diagnóstico puede dar lugar a un pronóstico nefasto. La mortalidad global observada es baja y afecta de manera exclusiva a pacientes con mal estado al ingreso, enfermedades crónicas o infecciones profundas.

CASOS CLÍNICOS

A-1139

YA NO COMO MÁS HELADO

A Gómez Quiles, S Medina Ruiz, R Gil Alcaráz

Hospital Punta Europa. Algeciras.

Palabras claves: anafilaxia, isquemia, adrenalina

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 43 años derivada de Atención Primaria por presentar tras ingesta de helado con frutos secos cuadro de dificultad respiratoria con prurito generalizado y más localizado en plantas de los pies y angioedema en cuello, cara y vía aérea superior. Posteriormente sufre episodio de mareo con rubefacción y cifras de tensión arterial indetectables por lo que administraron adrenalina y corticoides intravenosos cediendo los síntomas. Exploración física: El paciente se encuentra asintomática a su llegada a Urgencias, Glasgow 15/15, aceptable estado general, bien hidratada y perfundida. Tensiones de 109/70 mmHg, afebril, frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto. Ligero edema en lengua y eritema generalizado con algunos habones. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar con buena ventilación. Abdomen y miembros inferiores normales. Exploraciones complementarias: Hemograma con leucocitosis, neutrofilia y linfocitosis, coagulación normal, bioquímica con urea 26, creatinina 0.70, mioglobina 75, CK-total 111, troponina I 0.23, saturación O₂ 99%, electrocardiograma con ritmo sinusal a 85 latidos por minuto con infradesnivelación del segmento ST en aVF, II, I II V2 a V6. Se le realiza a las 6 horas del cuadro control de enzimas cardíacas con mioglobina 27, CK-total 141 y troponina I 2.34. Diagnóstico diferencial de urgencias: En función del cuadro sintomático predominante: Respiratorios: Tromboembolia pulmonar, obstrucción de la vía aérea, crisis de broncoespasmo, neumotórax a tensión. Cardiovasculares: Shock hipovolémico, arritmias cardíacas, infarto agudo de miocardio. Crisis convulsivas generalizadas. Angioedema hereditario. Reacción o síncope vasovagal. Enfermedad del suero. Crisis histérica. Diagnóstico final: Shock anafiláctico con isquemia miocárdica transitoria secundaria a la administración de adrenalina. Evolución: En Observación sufrió episodio de dolor torácico opresivo no irradiado con cortejo vegetativo. En nuevo electrocardiograma se observó ritmo sinusal a 100 latidos por minuto con descenso de segmento ST de V4 a V6. En tercer control de enzimas cardíacas apareció mioglobina 138, CK-total 217, troponina I 2.80. Con cafinitrina sublingual cedió el dolor. En posteriores controles la troponina descendió y la paciente permaneció asintomática y estable hemodinamicamente.

Conclusiones:

El término anafilaxia se emplea para describir tanto las reacciones inmunes mediadas por IgE como las no alérgicas ni inmunológicas. El riesgo de producirse aumenta con la comorbilidad,

como el asma, infección, ejercicio, alcohol o el estrés, así como por medicamentos. La muerte por anafilaxia, muy infrecuente, es producida por hipoxia tras la afectación de la vía aérea alta, broncoespasmo grave o por shock profundo tras vasodilatación y extravasación de líquido.

CASOS CLÍNICOS

P-1140

NO SIEMPRE UN DOLOR CÓLICO ES UN CÓLICO NEFRÍTICO

Z Soneira Rodríguez (1), M Andrés Gómez (2), A Robles Amieva (3), A Grajales Ruiz (4), PN Aguilera Samaniego (5), MJ Reina Rodríguez (5)

(1) Centro de Salud Cazoña. Santander, (2) HUMV, (3) Centro Salud Camargo Costa, (4) Centro de Salud Alisal, (5) Centro de Salud Isabel II. Santander.

Palabras claves: renal artery obstruction, nephrolithiasis, acute renal failure

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 72 años con AP de HTA, DLP, Arteriopatía periférica con claudicación intermitente, cólico nefrítico derecho a los 54 años. Acude a urgencias por dolor abdominal súbito en flanco izquierdo, irradiado en cinturón, asociado a náuseas y sensación distérmica. Se objetiva alteración de función renal (Cr1,96), previamente normal. Ante sospecha de causa obstructiva y ausencia de mejoría con analgesia y sueroterapia, y el empeoramiento progresivo de la función renal nos planteamos otras opciones diagnósticas. TA: 196/100, FC: 61lpm, Tª: 35,7°C. ACP: Normal. Abdomen: Blando, doloroso a la palpación profunda en flanco izquierdo, RHA+, puño percusión renal-. Pulsos femorales+. Pruebas Complementarias: Leucocitos 9.100 (Segmentados 73.9%, Linfocitos 12.3%), Hb 14.2 g/dL, Plaquetas 175000, Glucosa 111 mg/dL, Urea 54mg/dL, Cr 1.96 mg/dl, (Cr 24 horas 2,56 mg/dl), LDH441 U/L, Iones normales. ECG: RS a 65lpm, BSAHH. Eco Doppler renal: Alteración de señal doppler de riñón derecho. Angiotac renal: En fase arterial, defecto de repleción en arteria renal derecha, desde su origen, observándose paso filiforme de contraste distalmente, presentando captación, excreción de contraste retrasado respecto al contralateral. Arteriografía post fibrinólisis: Resolución de trombosis de arteria renal inferior derecha.

Conclusiones:

Más de un 12% de la población sufrirá un CR durante su vida, siendo la tasa de recurrencia del 50%. El cólico nefrítico constituye el motivo más frecuente de asistencia urológica urgente, y una de las causas más frecuentes de admisión en Servicio de Urgencias. Descartada causa obstructiva del deterioro de función renal, es necesario replantearse otras opciones diagnósticas. Dados los antecedentes de enfermedad vascular periférica y los FRCV nos planteamos la probable trombosis aguda de arteria renal. Una vez confirmada se realizó fibrinólisis con mejoría parcial de función renal. Las causas principales de trombosis de arteria renal incluyen Fibrilación auricular y lesión in situ de la arteria renal. Típicamente presentan dolor subito en flanco o dolor abdominal generalizado, con frecuencia acompañados de náuseas, vómitos y, ocasio-

nalmente, fiebre, pudiendo presentar hematuria microscópica, deterioro de función renal. La prueba de imagen indicada es el TAC con contraste, con una sensibilidad del 80%. Se recomienda anticoagulación con heparina y ACO cuando la causa lo justifique. La terapia endovascular percutánea tiene mayor probabilidad de beneficio si se inicia de forma temprana.

CASOS CLÍNICOS

A-1141

LUMBOCIÁTICA: PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA GLÚTEA

T Fernández Letamendi, AM Díaz de Tuesta Chow Quan,
M Angulo Tabernero, MP Oliete Blanco, N Fernández
Letamendi, F López López
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: spinal column pain, artery glutea, aneurysm

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 84 años con intolerancia a dogmatil, HTA, hiperuricemia, IRC grado III y ACxFA en tratamiento con Sintrom, que acude a Urgencias por lumbociática irradiada a MII de 13 días de evolución que imposibilita la deambulación. Ha sufrido varias caídas en el domicilio por este motivo. Refiere buen estado general previo al ingreso, sin síndrome constitucional ni febril. A la exploración: TA:120/70, Temperatura: 36°C Pulso: 82 lpm, SO₂:96%. Consciente, orientado, eupneico. Palidez mucocutánea. ACP: Tonos cardiacos rítmicos, soplo foco mitral de baja intensidad. Crepitantes en ambos hemotórax. AB: Blando, depresible, no doloroso, peristaltismo conservado, no palpo masas ni visceromegalias. EEII: Pulsos distales +, sin edemas ni signos de TVP. Dolor selectivo en región de n. ciático, a punta de dedo selectivo. Lasegue positivo a 30°. No déficit motor ni sensitivo. ROT conservado. No sd. cola de caballo. No dolor de apófisis espinosas dorso-lumbares. Expl. neurológica sin alteraciones. Se instaura tratamiento con bomba de analgesia de perfusión continua, encontrando mejoría parcial del dolor pero persistiendo imposibilidad para la deambulación. Ante la persistencia del dolor ingresa en Unidad de Columna para completar estudio y control del dolor. Se solicita analítica y TAC toracoabdominal, donde se objetiva, masa en región glútea izquierda de 130 x 62 mm que presenta un componente relativamente hipodenso mayoritario delimitado por una cápsula y que no se realiza con administración de contraste y un elemento redondeado de 50 x 54 mm, de localización medial, separado del resto de la masa por una pseudocápsula en cuyo interior se pone de manifiesto, al administrar contraste IV. Una estructura lobulada de 47 x 33 mm que se realiza con intensidad de tipo vascular, protruyendo en la escotadura ciática. Se aprecia además una imagen de fractura y/o erosión en el margen sacro adyacente a esta zona hiperrealizada con desplazamiento anterior de un fragmento óseo. Alteraciones sugerentes de pseudoaneurisma traumático de una rama glútea con hematoma glúteo. Se solicita colaboración a Cirugía Vascular. Se ratifica pseudoaneurisma de aprox 2-3 cms de diam desde rama glútea. Se emboliza el vaso aferente al aneurisma, mediante microcoils, con buen bloqueo pequeño.

Conclusiones:

El paciente evolucionó favorablemente, mejorando el dolor y recuperando la estabilidad en la marcha.

A-1142

TORSADE DE POINTES

C Sánchez Sánchez (1), J Rodríguez Escobar (2)
(1) UGC Victoria, (2) UGC Palma-Palmilla. Málaga.

Palabras claves: torsade de pointes, heart arrest, electric defibrillation

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Varón de 47 años que acude a las urgencias de su centro de salud tras el segundo episodio de dolor torácico opresivo que irradia a brazo izquierdo, cuello y espalda (EVA4) (23:50, previo 22:15 mientras hacía deporte). AP: ex-ADVP, SCASEST en 2013, fumador, VHC. Tratamiento: AAS, naloxona, buprenorfina. Consciente y orientado. ACR normal. ECG: ritmo sinusal con descenso del ST en V3, V4, aVF, III. Mientras esperan al 061, pérdida de consciencia de un minuto, torsade de points que precisa dos descargas bifásicas de 150J para recuperar pulso. Extrasístoles ventriculares. Se inicia fibrinólisis extrahospitalaria con tenecteplasa (00:32) por indicación del hemodinamista. Cloruro mórfico 10 mg, AAS 300mg, clopidogrel 300mg, enoxaparina 70mg, metoclopramida 10mg en el traslado al hospital.

Conclusiones:

Juicio clínico: Taquicardia ventricular polimorfa tipo torsade de points que evoluciona a fibrilación ventricular, probable origen isquémico. El eje eléctrico cambia de forma rotacional de manera que el trazado es una figura sinusoidal. Diagnóstico diferencial: Taquicardia ventricular polimorfa con QT normal. 1) Cardiopatía isquémica aguda. 2) TV catecolaminérgica polimórfica: ausencia de cardiopatía estructural u otros síndromes asociados, comienzo típico en la juventud, historia familiar de muerte súbita, el primer síntoma suele ser el síncope con TV o FV, coincidentes con episodios de estrés físico o emocional, la etiología no está clara y es típico que no se puede inducir la taquicardia en el estudio electrofisiológico. Tratamiento (ERC 2010); Compresiones: ventilaciones 30:2; Monitorizar. Evaluar el ritmo: FV/TV sin pulso; Desfibrilar 150-200J (bifásico); Reanudar 30:2; Desfibrilar 150-360J (bifásico). Evolución favorable en UCI. Ligera elevación de enzimas (T:2 y CK-Mb: 20). Coronariografía: lesión en CD del 70% similar a estudio previo y 50% en primera diagonal no subsidiaria de tratamiento. Sin signos de fallo cardíaco. Ecocardiografía normal. RM normal. Se excluye patología estructural. Implantación DAI.

CASOS CLÍNICOS

P-1143

NIVELES IV DE TRIAJE... UNA CANTERA DE PATOLOGÍAS TUMORALES

M Bastarós Bretos, MC Lahoza Pérez, M Jordán Domingo, C Baquer Sahún, M Martínez Díez, D Sáenz Abad
Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Palabras claves: lumbalgia, velocidad de sedimentación globular, metástasis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Paciente de 68 años hipertensa en tratamiento con ARA II. Fumadora de 10 cigarrillos/día. Consulta por dolor lumbar de 3 semanas que se incrementa con los movimientos y con pobre respuesta a analgesia. Niega traumatismo, fiebre u otra sintomatología. En la tercera visita a Urgencias por idéntico motivo se solicita Rx de columna que resulta normal y se aconseja realización de analítica con VSG en Atención Primaria. El resultado muestra Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) de 88 mm y anemia normocítica (Hb 9.1 g/dl) por lo que se decide derivación para ingreso. Diagnóstico diferencial: Lumbalgia mecánica por patología degenerativa; dolor de origen muscular; Patología infecciosa (osteomielitis, espondilodiscitis, absceso paravertebral...); Patología inflamatoria (espondiloartropatía, patología autoinmune, sacroileítis...); Patología tumoral (Primaria o metastásica). Evolución: Ingresos en Medicina Interna donde le solicitan TC toracoabdominal evidenciando conglomerados adenopáticos supraclaviculares y cervicales y metástasis hepáticas múltiples sin tumor primario demostrable. La gammagrafía ósea muestra captación metastásica en calota, raquis, costillas, escápula derecha, cabeza humeral izquierda, diáfisis humeral derecha, pelvis y tercio proximal de ambos fémures. Se decide biopsia ecodirigida de una lesión hepática obteniendo un material compatible anatomopatológicamente con carcinoma microcítico de pulmón (concordante con elevación de marcadores tumorales ENOLASA y CYFRA). Se inicia quimioterapia paliativa (Carboplatino) que se suspende precozmente por mala tolerancia y deterioro general de la paciente. Se produce el éxito en la segunda semana de ingreso.

Conclusiones:

Al dolor lumbar con frecuencia se le asigna un nivel de prioridad bajo en el sistema de Triage. Aunque la mayoría de las veces obedece a patologías leves existen datos que pueden sugerir otras etiologías más importantes. Es el caso de la elevación de VSG y de la reiteración en las visitas o la escasa respuesta al tratamiento. Todos ellos sumados pueden constituir un motivo suficiente para indicar una ampliación de estudio para despistaje de esas etiologías.

A-1144

DOLOR TORÁCICO EN MUJER JOVEN

M Alarcón Meléndez, E Duque Castilla, MA San Juan Zamudio, N Fernández, JA Moreno, D Casado
Centro de Salud Los Barrios. Algeciras.

Palabras claves: diagnóstico, dolor torácico, etiología

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria (Pública/Privada) - Equipos de atención primaria

Historia clínica

Introducción. Las urgencias extrahospitalarias abren un amplio abanico de diagnósticos diferenciales cuando las únicas herramientas a utilizar son monitor desfibrilador, tomas de constantes, fonendoscopio y conocimientos teóricos de patologías. Objetivos Las directrices a seguir en una urgencia extrahospitalaria están basadas en un estricto protocolo de actuación. Material Caso clínico. Mujer de 25 años. Antecedentes personales : intervención de Comunicación intraauricular 2005 Motivo de consulta: Dolor centrotorácico de características opresivas irradiado hacia la espalda acompañada de cortejo vegetativo con náuseas y disnea leve. Iniciado de manera sorda hacia unas horas estando en reposo, con reagudización progresiva. No esfuerzo previo. Proceso infeccioso reciente: infección de vías altas sin fiebre hacia una semana, en la actualidad resuelto, mantenía escasa tos seca. Método Exploración física. Normocoloreada Tensión arterial 110/60, 75 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria 16 rpm, Sat. O2 98% FiO2 21%. Escala de dolor EVA inicial de 5 incrementando a 8- El dolor aumentaba con los movimientos respiratorios, no se modificaban con los posturales. Tras ser derivada al centro hospitalario: Analítica de sangre leucocitosis sin neutrofilia, PCR negativa, enzimas cardíacas negativa. PNB negativo. Ecografía cardíaca: mínimo engrosamiento de pericardio. Tras la administración de antiinflamatorios, mejoría significativa. Resultados Durante la exploración en medio extrahospitalario, los diagnósticos diferenciales se encontraban entre SCASES, Neumotórax, Pericarditis, Crisis de ansiedad. En nuestro caso la ecografía ayudó al diagnóstico.

Conclusiones:

Conclusión En las urgencias extrahospitalarias, el uso de protocolos, evitan cometer errores en caso de pacientes que por antecedentes personales podrían estar predispuestos a ciertas patologías. Bibliografías 1. [Clinical profile and influences on outcomes in patients hospitalized for acute pericarditis]. Kytö V, Sipilä J, Rautava P Duodecim, 2014, 130(21):2210. PubMed ID: 25582017 2. Myocarditis in adult-onset still disease. Gerfaud-Valentin M, Sève P, Iwaz J, Gagnard A, Broussolle C, Durieu I, Ninet J, Hot A Medicine (Baltimore), 2014 Oct, 93(17):280-9. PubMed ID: 25398063 3. Clinical profile and influences on outcomes in patients hospitalized for acute pericarditis. Kytö V, Sipilä J, Rautava P Circulation, 2014 Oct, 130(18):1601-6. PubMed ID: 25205801.

CASOS CLÍNICOS

P-1145

INFECCIÓN FÚNGICA DE SENOS PARANASALES

E Tejero Sánchez, P Pardo Rovira, S Sánchez Sánchez,
R Piñero Panadero, O Rubio Casas, MJ Domínguez García,
A Muñana Fuentes

Hospital Fuenlabrada. Arganda del Rey. Madrid.

Palabras claves: sinusitis, fúngica, inmunodeprimidos

Historia clínica

Mujer de 79 años con antecedentes de DM, HTA, dislipemia, enfermedad renal crónica, ictus embólico (anticoagulada) sin secuelas y miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular severa (FEVI 25%) que condiciona insuficiencia respiratoria parcial con necesidad de oxigenoterapia domiciliaria. Acude a urgencias por edema facial izquierdo de 12 horas de evolución y sequedad nasal sin fiebre, otalgia ni odonalgias. Durante la exploración inicial se muestra afebril, hipotensa (TA 100/50) y se objetiva edema con aumento de temperatura local a nivel mandibular izquierdo así como lesiones costrosas en ambas fosas nasales. En analítica destacan leucocitosis de $20.000 \times 10^3/\text{microL}$, PCR 8,8 mg/dl, creatinina 2,6 mg/dl e INR 8,1. Se inicia tratamiento con ceftriaxona y clindamicina i.v añadiéndose vitamina K. Durante las siguientes horas, el edema y la inflamación van progresando, haciéndose bilateral, alcanzando párpados y pirámide nasal, con deterioro del estado general y del nivel de conciencia. Se solicita Tc facial y de senos , que muestra sinusopatía en senos paranasales derechos y maxilar izquierdo sin poder descartar infección fúngica así como perforación septal de aspecto necrótico . Se prescribe antibioterapia de amplio espectro mas anfotericina B liposomal i.v y se solicita valoración por Sº ORL para drenaje quirúrgico, que es desestimado por la situación de inestabilidad. UCI también desestima ingreso a su cargo. Hospitalizada continua con tensiones bajas, deterioro del nivel de conciencia y empeoramiento progresivo de función renal, sin respuesta a tratamiento antibiótico, expansivo y drogas vasoactivas. La paciente fallece en 48 horas.

Conclusiones:

Las infecciones micóticas de senos paranasales han ido aumentando progresivamente. Histológicamente se dividen en no invasivas e invasivas, y estas a su vez, en agudas o fulminantes y crónicas. Las fulminantes suelen afectar a inmunodeprimidos y presentan un elevado índice de morbimortalidad. El diagnóstico debe sospecharse mediante la historia clínica y debe realizarse una rinofibrolaringoscopia. La TC valora la afectación ósea y nos muestra características radiológicas diferentes en función de las distintas variables histopatológicas. La ocupación del seno con destrucción ósea es característica de las formas invasivas. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico y el tratamiento de las formas invasivas es con antifúngicos intravenosos a dosis altas.

P-1146

TAQUICARDIA VENTRICULAR IDIOPÁTICA EN MUJER JOVEN CON PALPITACIONES

P Lara Cachinero, J Valle Alonso, J Pedraza García,
F Rosa Úbeda, M Aguayo López, A López Sánchez,
F Rico Rodríguez

Hospital Valle de Los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba

Palabras claves: tachycardia, ventricular, verapamil, catheter ablation

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 26 años que acude por urgencias por cuadro de palpitaciones de 2 horas de evolución acompañado de opresión centro-torácica. Refería episodios previos similares autolimitados de forma espontanea. Antecedentes personales: sin interés. Tratamiento habitual: ninguno. Exploración física: Buen estado general, consciente y orientada, normohidratada y normoperfundida. Afebril y eupneica. Auscultación cardiaca y pulmonar: tonos rítmicos, taquicárdicos, sin soplos, ni roces. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible. Sin puntos de dolor. Extremidades: sin edemas, ni signos de trombosis venosa profunda. Exploraciones complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación dentro de la normalidad. Tóxicos: negativos. Test de gestación: negativo. Exploraciones complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación dentro de la normalidad. ECG: taquicardia a 142 latidos por minuto sin P objetivables con QRS ancho con patrón de bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterior izquierdo. Ecocardiograma: Fracción de eyección dentro de la normalidad, sin anomalías estructurales. Bajo monitorización electrocardiográfica en la sala de críticos se administra adenosina iv, sin obtener respuesta alguna. Seguidamente con verapamilo iv se objetiva disminución de la frecuencia cardiaca y visualización de ondas P disociadas de los complejos QRS anchos de origen infrahisiano. Pasados tres minutos de la administración del último fármaco, la paciente revierte a ritmo sinusal. El estudio electrofisiológico posterior a su alta, confirmó el diagnóstico, y tras la ablación por radiofrecuencia, la paciente se mantiene asintomática en la actualidad.

Conclusiones:

La Taquicardia ventricular (TV) idiopática corresponde a un grupo de TV sin cardiopatía estructural conocida. Representan el 10% de todas las taquicardias ventriculares. Afecta por lo general a pacientes jóvenes (15-40 años). Pueden ser clasificadas según su presentación clínica, origen (ventrículo derecho o izquierdo), respuesta a drogas antiarrítmicas (verapamilo o adenosina) o patrón electrocardiográfico. En su diagnóstico requiere la exclusión de enfermedad cardiaca estructural. Plantea el diagnóstico diferencial con la taquicardia supraventricular paroxística con aberrancia. La ablación con catéter demuestra un 90% de tasa de éxito para su supresión a largo plazo.

CASOS CLÍNICOS

P-1147

BANDA GÁSTRICA. CIRUGÍA NO EXENTA DE COMPLICACIONES

M Soler Núñez, A Rodríguez Molina, ML Morales Cevitanes,
E Rosell Vergara

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: banda gástrica, cirugía, complicaciones

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

La cirugía representa el último recurso para aquellos pacientes con obesidad mórbida en los que fracasan otros tipos de tratamientos. Su objetivo es prevenir y/o tratar las comorbilidades, así como mejorar la calidad de vida. La colocación de una banda gástrica es de los procedimientos menos invasivos y se realiza vía laparoscópica, esto permite una rápida recuperación del paciente. Es una técnica relativamente segura aunque tiene algunas complicaciones. Presentamos el caso de una paciente de 56 años que acude a urgencias con clínica de epigastalgia sin repercusión del estado general ni aparente gravedad quirúrgica inicial. No aporta informe alguno y no toma tratamiento habitual. Está afebril, normotensa, con abdomen blando y depresible, doloroso en epigastrio, sin signos de peritonismo. La auscultación cardiopulmonar es normal. En la analítica: leucocitos 13500 (N 68,9%), resto normal incluido GOT y amilasa. PCR 25.95. Orina: 250 hematíes, resto normal. Ante la ausencia de mejoría clínica indicamos valoración por cirugía que recomienda observación y repetir analítica. La paciente manifiesta aumento del dolor abdominal a pesar del tratamiento intravenoso. Cursamos nueva analítica y TAC abdominal donde se objetiva hernia de hiato por deslizamiento y morfología gástrica en "reloj de arena". Hay dilatación del asa de yeyuno y duodeno. No neumoperitoneo. Se consideran hallazgos compatibles con cambios postquirúrgicos (desconocemos la técnica quirúrgica empleada y los seguimientos realizados). Planteamos al Digestivo realizar gastroscopia urgente: se visualiza gran dilatación gástrica. En curvatura menor se aprecia material plástico (banda). Píloro deformado pero permeable. Ingresa a cargo de Cirugía.

Conclusiones:

Dentro de las técnicas de cirugía bariátrica, la colocación de una banda gástrica tiene la menor cifra de morbi-mortalidad pero no está exenta de complicaciones. La penetración parcial crónica de la banda en la luz del estómago a través de su pared es la complicación postoperatoria más severa, con una incidencia menor 4% y en el 50% de los casos cursa de manera asintomática o paucisintomática, siendo necesario para su diagnóstico una endoscopia urgente. Es fundamental que radiólogos, digestivos y cirujanos además de los urgenciólogos reconozcan estas complicaciones para conseguir una actuación rápida y eficaz que minimice así su morbimortalidad.

P-1148

FRACTURA DE ASTRÁGALO. EVALUACIÓN CLÍNICO-QUIRÚRGICA DE URGENCIAS. UNA URGENCIA NO DEMORABLE

M Soler Núñez, M Jiménez Parras, JM Rosillo Soler,
E Rosell Vergara

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: fractura, astrágalo, osteonecrosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

El astrágalo tiene un papel fundamental en tres articulaciones: tobillo (con tibia y peroné), subastragalina (calcáneo) y astrágalo-escafoidea. Recubierto en gran parte por cartílago articular y carente de inserciones musculares hace su vascularización escasa y su afectación en fracturas o luxaciones conducen con facilidad a la necrosis de este hueso. CASO CLINICO: Varón de 26 años derivado a Urgencias tras caída desde unos 5 metros. Valorado inicialmente como policontusionado, presenta heridas en manos, cuero cabelludo y erosiones superficiales. El paciente está consciente, orientado con exploración cardiopulmonar sin alteraciones patológicas y abdomen blando, no defendido. Se objetiva durante la exploración dolor, gran inflamación, hematoma y deformidad del pie dcho. Sin alteraciones neurovasculares asociadas. En el estudio radiográfico se observa una fractura-luxación de astrágalo dcho. Se reduce en Urgencias la luxación sin necesitar anestesia. Se inmoviliza el tobillo con una férula de yeso y en el control radiográfico se confirma la reducción de la luxación. Para valorar con mayor precisión la fractura se realiza un TAC quedando ingresado a cargo de Traumatología con intervención quirúrgica programada. Se diagnosticó como tipo IV de Hawkins. El paciente fue intervenido y no ha presentado complicaciones.

Conclusiones:

La fractura-luxación del astrágalo es una lesión poco frecuente y muy grave por la dificultad de su tratamiento y las importantes secuelas que puede originar para la integridad anatómico-funcional del tobillo. Son secundarias a traumatismos de alta energía (accidentes de tráfico, precipitaciones, caídas casuales desde altura). A pesar de que la clínica es característica, debemos sospecharla al realizar la historia y exploración física ya que su diagnóstico por radiología simple es difícil, pudiendo pasar desapercibida. Siendo necesario recurrir en casos dudosos a la TAC para confirmar el diagnóstico, evaluar el tipo de fractura y el grado de desplazamiento. Además precisa una reducción sin demora en urgencias para evitar daños irreversibles de partes blandas y de la vascularización del hueso. Las complicaciones más frecuentes son la necrosis avascular y la artrosis astragalina. Otros menos frecuentes son la osteomielitis, limitación-inestabilidad articular y lesiones cutáneas. En el caso clínico referido la eficaz reducción en Urgencias seguida de osteosíntesis permitió una recuperación completa del tobillo sin complicaciones.

CASOS CLÍNICOS

A-1149

CUANDO EL LUGAR SÍ TIENE IMPORTANCIA

I Jiménez Velasco, MJ Palomo de los Reyes, A Lizcano Lizcano,
C Navarro Osuna, M Rodríguez Cola, A Lozano Ancin,
JM Romeu Prieto

Hospital Virgen de la Salud. Getafe, Madrid

Palabras claves: virus Chikungunya, artralgias, fiebre

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 39 años, sin antecedentes médicos de interés ni tratamiento habitual, que acude a Urgencias por fiebre y artralgias desde hace 5 días. Dicho cuadro comenzó con malestar general, mialgias, artralgias y cefalea frontal opresiva. Las artralgias son más intensas en rodillas, cintura escapular y pélvica, con disminución de la movilidad y dificultad para deambulación. Además ha presentado fiebre de 38.3°C. A su llegada a Urgencias impresiona de mal estado general, hipotensa (98/46 mmHg), taquicárdica (152 lpm), sudorosa, vasoconstricción periférica. Presenta dolor muscular generalizado que limita los movimientos. La exploración por aparatos es normal, incluyendo la exploración neurológica que no mostraba signos meníngeos. Destacan lesiones en miembros inferiores sugestivas de picaduras de mosquito sin exantemas, petequias o hematomas. Se procede a soporte hemodinámico mediante sueroterapia intensiva para estabilización de la paciente y analgesia con Paracetamol 1g iv. Analíticamente no presenta anemia (Hb 12.4g/dl), ni leucocitosis (7.300), ni trombopenia (235.000). La función renal, ionograma, enzimas hepáticas, marcadores de daño miocárdico y sistemático de orina eran normales. Se realiza una radiografía de tórax sin hallazgos de interés. Una vez estabilizada, se reintroa a la paciente. Destaca viaje a Venezuela de 15 días de duración, con aparición del cuadro clínico durante su estancia y regreso hacía 2 días. Refiere abundantes picaduras de mosquitos y cuadro clínico similar en familiares cercanos. Ante dicho antecedente epidemiológico y la clínica de la paciente, el diagnóstico diferencial planteado en Urgencias es de malaria, dengue o enfermedad por virus de Chikungunya. Se solicita análisis de gota gruesa sin observarse formas parasitarias y estudio serológico para virus de Dengue y virus Chikungunya, y se decide ingreso. La paciente evoluciona favorablemente durante su estancia en planta de hospitalización. Finalmente se obtiene resultado serológico: Ac IgG e IgM anti virus Dengue negativos, PCR virus Chikungunya positivo. Diagnóstico final: Enfermedad por virus de Chikungunya.

Conclusiones:

El síndrome febril es uno de los principales motivos de consulta del viajero a su regreso. El objetivo inicial fundamental es reconocer o descartar aquellas enfermedades con elevada morbimortalidad (malaria, fiebre tifoidea...) o que representan un peligro para la salud pública (fiebre hemorrágica viral...).

A-1150

PROTECCIÓN ADECUADA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN EXANTEMA CONTAGIOSO

T Martínez Boyero (1), MA Javierre Loris (1), A Valero Torres (1),
E Arnal Pérez (2), MF Barcones Molero (1)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet, (2) Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Palabras claves: seguridad, exantema, fiebre

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

AM: niega AQ: apendicitis No RAMs ENFERMEDAD ACTUAL Paciente que refiere aparición de exantema en cabeza, cuello, tronco y extremidades, pruriginoso, de 48h de evolución. Comenzó en cabeza y cuello, generalizándose posteriormente. No relaciona el comienzo con nada. Fiebre de hasta 39.3°C desde hace cuatro días. Odinofagia. Sensación disneica. Náuseas sin vómitos. Tos seca. No otros síntomas acompañantes. No recuerda calendario vacunal. Hace 10 días breve contacto con enfermo con lesiones cutáneas y fiebre elevada. EXPLORACIÓN FÍSICA TA 126/66. FC 85. T° 37,6°C. Sat O2 95% Glasgow 15, BEG, NH. Eupneico. Exantema en placas en cabeza y tronco, predominantemente en espalda, confluyente, eritematoso, sobre elevado, caliente, cede con digitopresión. Las lesiones se encuentran en el mismo estadio. ACP: tonos rítmicos. Normoventila. FARINGE: eritematosa, sin lesiones. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS AS y RX TÓRAX: normal. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Urticaria Gripe Enfermedad exantemática EVOLUCIÓN Dada la clínica y contacto previo, impresiona sarampión. Se toma frotis faríngeo y se decide alta con antitérmicos y control ambulatorio, explicando lo contagioso de la enfermedad y medidas necesarias. A las 24h el paciente vuelve al servicio con quebrantamiento del estado general, vómitos y diarreas y fiebre persistente de más de 39,5°C. Se decide ingreso en el servicio de infecciosas. DIAGNÓSTICO FINAL Sarampión.

Conclusiones:

Este caso, en principio, pudo parecer una urticaria, debido a que ésta es la causa más frecuente de exantema en el adulto. La presencia de fiebre y el contacto previo con el sarampión, enfermedad exantemática, nos hizo pensar en dicho cuadro. Este ejemplo, aun por lo poco frecuente del mismo, nos tiene que hacer reflexionar sobre la seguridad en el servicio de urgencias. La protección que debemos adoptar como profesionales sanitarios a la hora de explorar a un paciente con enfermedades contagiosas, y la seguridad que debemos brindar al resto de enfermos del servicio con medidas como usar nosotros una mascarilla apropiada durante la exploración faríngea o proporcionar al paciente una mascarilla desde la primera sospecha de enfermedad contagiosa, son precauciones que no se nos deben pasar nunca por alto.

CASOS CLÍNICOS

P-1151

NEUMONITIS QUÍMICA POR GASOIL

B del Val Oliver, J López Pérez, N Rodríguez García, B de la Villa Zaragoza, I Pico García, M Córcoles Vergara, MC Quesada Martínez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras claves: neumonía por aspiración, hidrocarburos, gasolina

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 59 años, mecánico de profesión, aquejado de disnea, cefalea, tos seca y dolor torácico de características pleuríticas tras la ingesta accidental de gasoil. A su llegada a la puerta de urgencias presentaba: TA 138/81, Tª 36.9°C, FC 86 lpm, Sat 94% y crepitantes en base derecha a la auscultación pulmonar. La analítica mostró leucocitosis con neutrofilia y PCR elevada. En la Rx tórax se apreciaba un infiltrado condensante en LM derecho. Se inició analgesia y oxigenoterapia con mejoría clínica progresiva, por lo que fue dado de alta. Sin embargo, a las 48h regresó presentando: TA 149/91, FC 98 lpm, Tª 38.5°C, Sat 90% y expectoración hemoptoica. Se realizó TC torácico evidenciando aumento del infiltrado neumónico con importantes áreas de necrosis, por lo que se decidió iniciar tratamiento con Aztreonam + Clindamicina + Vancomicina e ingreso hospitalario con diagnóstico de Neumonía química por aspiración de gasoil de evolución tórpida.

Conclusiones:

La intoxicación por hidrocarburos alifáticos y sus derivados, por vía inhalada o ingerida, constituye una patología poco frecuente causada en su mayor parte por contactos accidentales o con fines autolíticos. En la ingestión accidental, el daño mayor se debe a la toxicidad pulmonar por aspiración más que a la absorción gastrointestinal. Por ello, la primera medida a tomar es el soporte ventilatorio, desaconsejándose el vaciamiento gástrico por riesgo de aspiración adicional. La extensión y severidad del compromiso pulmonar depende del tipo de hidrocarburo ingerido. La gasolina, por su baja tensión superficial y viscosidad, tiene una gran difusión y penetración en el árbol bronquial. Las células inflamatorias causan edema intersticial y daño alveolar, pudiendo ocasionar hipoxemia por aumento del shunt intrapulmonar. Aunque la evolución suele ser favorable, se han descrito complicaciones como necrosis de áreas pulmonares y/o derrame pleural inicialmente estéril que puede llegar a sobreinfectarse produciendo neumonías bacterianas, como le ocurrió a nuestro paciente. El uso de corticoides no está indicado y la antibioterapia profiláctica no se ha demostrado eficaz, por lo que se reserva para aquellos casos con fiebre o leucocitosis superior a 48 h, infiltrados radiológicos crecientes o cultivos positivos.

A-1152

CÓLICOS NEFRÍTICOS DE REPETICIÓN...
HIDRONEFROSIS Y ALGO MÁS

L Holgado Castell, J Guillén González, A Tapia Céspedes, I Torres Tronchoni, C Duart Clemente, M Mustienes Bellot

Hospital Universitario de la Ribera. Algemés.

Palabras claves: urgencias, cólico, hidronefrosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

INTRODUCCIÓN AP: No RAM, no antecedentes patológicos de interés. En tratamiento actual con: Medebiotin, Permixon, Minoxidil y Tamsulosina. Varón de 66 años de edad acude a Urgencias varias veces por molestias urinarias, tenesmo, nicturia y polaquiuria asociado a dolor en hipogastrio. Refiere en alguna ocasión hematuria limitada. Consulta en 4 ocasiones Urgencias siendo siempre las pruebas complementarias realizadas normales, sin hallazgos patológicos, en la última visita se visualizó calcificación en pelvis menor izquierda compatible con litiasis en uréter pélvico izquierdo. Se instauró tratamiento sintomático y se remitió a CCEE de Urología. La última vez que acude refiere dolor en pene tipo cólico desde hacía 3 días, síndrome miccional y hematuria. No dolor abdominal, no náuseas ni vómitos. No alteraciones del ritmo intestinal. No fiebre. EXPLORACIÓN FÍSICA BEG.Glasgow 15. No rigidez de nuca, no signos meníngeos. No focalidad neurológica. ACP. Rítmica, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, no defensa abdominal, RHA conservados. Murphy negativo. Blumberg negativo. No signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral negativa. No soplo carotídeo ni ingurgitación yugular. Pulsos periféricos presentes no signos de TVP. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Cólico renal vs uropatía obstructiva. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Analítica sanguínea: normalidad, salvo discreto deterioro de la función renal respecto a analíticas previas, con leve aumento de las cifras de urea y creatinina. Leve leucocitosis. Sedimento de orina: hematuria y leucocituria. Rx de aparato urinario: sin hallazgos patológicos. TC abdomino-pélvico con contraste: hidronefrosis izquierda III/IV. Probable neoplasia vesical con uropatía obstructiva izquierda y urinoma secundario a rotura de fornix medio. DIAGNÓSTICO HIDRONEFROSIS. UROPATÍA OBSTRUCTIVA. PROBABLE NEOPLASIA VESICAL. TRATAMIENTO. Ingres a cargo de Urología para proseguir con el estudio y tratamiento.

Conclusiones:

Este caso ha sido seleccionado por la importancia que tiene una buena anamnesis y una buena exploración física, teniendo siempre en cuenta posible diagnósticos diferenciales, en este caso, todo orientaba a cólicos nefríticos de repetición en el paciente, incluso, se evidenciaba litiasis en radiografía realizada, pero dada la persistencia de la sintomatología y el leve deterioro de la función renal, se realizaron más pruebas que nos llevaron al diagnóstico definitivo.

CASOS CLÍNICOS

A-1153

DOLOR ABDOMINAL AGUDO

L Holgado Castell, J Guillén González, C Palacios Martorell,
J Matamoros Hernandez

Hospital Universitario de la Ribera. Algemés.

Palabras claves: urgencias, dolor, peritonitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

AP: No RAM, HTA, DL, Cirrosis, DM tipo 2, linfedema en MMII. Tratamiento habitual: enalapril, simvastatina, furosemida. Varón de 56 años de edad que acude a Urgencias por dolor abdominal de localización hipogástrica, de dos días de evolución, coincidiendo con disminución de la diuresis. Asocia náuseas y algún vómito aislado. En su Centro de Salud se le realiza sondaje vesical, sospechando RAO, pero el paciente no orina. Además refiere deposiciones blandas, mezcladas con moco que han dejado restos sanguinolentos. Presenta en unas horas de evolución dolor abdominal intenso en hipogastrio irradiado a todo abdomen, con náuseas. No alteraciones del ritmo intestinal EXPLORACIÓN FÍSICA REG, ligera palidez mucocutánea, normohidratado. Normotérmico al tacto Ligera taquipnea Glasgow 15. No focalidad neurológica. ACP: rítmica, MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen globuloso, duro, muy doloroso a la palpación superficial. Dificultad a la exploración por presencia de defensa abdominal. Pulsos periféricos presentes. Edemas habituales en MMII. No signos de TVP. No se realiza tacto rectal por sospecha de prostatitis. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Abdomen agudo. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Analítica: Sin hallazgos patológicos de interés, salvo ligero aumento de las trasaminasas, ya presente en exámenes previos. No leucocitosis. Gasometría venosa: normal ECG: RS al 80 lpm. Eje a 45°C. No alteraciones de la conducción ni de la repolarización. Ecografía abdominal. Líquido libre interasas. Exploración dificultosa por lo que se decide TC para completar estudio: moderada cantidad de líquido libre en pelvis, interasas hipogástrico, en mesorrecto, en gotiera paretocólica derecha y perihepáticos. Tramo largo de sigma con acusado aumento de grosor de sus paredes. Diverticulosis en todo el colon. Cirugía laparoscópica. DIAGNÓSTICO PERITONITIS DIFUSA. TRATAMIENTO. Se realiza laparoscopia exploradora, apreciando peritonitis difusa con ascitis purulenta, sin restos fecales. Impresiona de diverticulitis sin perforación. Extremo distal de la apéndice, se incluye en el plastrón por lo que se realiza apendicectomía.

Conclusiones:

La relevancia de este caso, viene en que es muy importante una buena exploración física, ya que este caso, estábamos ante un paciente con peritonitis difusa, que no tenía ninguna alteración analítica, ni fiebre, ni ningún otro signo de sepsis. Es muy importante explorar detalladamente al paciente.

P-1154

CUADRO PSEUDO-OCCLUSIVO POR BALÓN INTRAGÁSTRICO (BIG). A PROPÓSITO DE UN CASO

M Soler Núñez (1), A Rodríguez Molina (1), JM Vergara Olivares (2), E Rosell Vergara (1)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, (2) Emergencias 061, Ceuta.

Palabras claves: balón intragástrico, cuadro pseudooclusivo, cirugía bariátrica

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

La obesidad es la enfermedad metabólica más prevalente en el mundo occidental y uno de los problemas más importantes de salud por su contribución a la morbilidad con alto coste sanitario. La técnica del "balón intragástrico" no requiere que el paciente se someta a cirugía ni que necesite anestesia general y pueden regresar a casa el mismo día del procedimiento. Pero ¿es segura esta cirugía?. Exponemos el siguiente caso clínico: Mujer de 38 años que acude a urgencias por dolor abdominal desde hace 5 días, fiebre de 38,5°C, náuseas con vómitos alimenticios y estreñimiento de dos días. Ha estado en Urgencias de su Centro de Salud en varias ocasiones con escasa mejoría clínica. Refiere que se colocó un B.I.G. hace 5 meses en una clínica privada, no describe complicaciones ni molestias secundarias. No aporta informe médico. A la exploración TA: 99/63, FR: 17 rpm, Sat basal 99%, FC 61 lpm. T° 36.3°C. Abdomen: Blando, doloroso en hipogastrio y flanco izdo. No masas ni megalias. No s peritonismo. Analítica: leucocitos 15800 (N76.7%), PCR 11.18. Resto normal (incluido amilasa, GOT). Test gestación negativo. Rx abdomen: Abundantes gases en marco cólico con dilatación de asas. Indicamos SNG, analgesia y tras consulta con Cirugía solicitamos TAC de abdomen que informa de B.I.G. en cuerpo gástrico. Gran invaginación ileocólica llegando el asa invaginada a colon descendente. Engrosamiento parietal colon descendente. No signos de obstrucción. Se plantea realizar colonoscopia diagnóstica/ terapéutica con Digestivo de guardia pero la paciente realiza dos deposiciones con rápida mejoría del dolor abdominal. Evoluciona favorablemente y es dada de alta con diagnóstico de Cuadro Pseudooclusivo resuelto.

Conclusiones:

La técnica del BIG no está exenta de complicaciones que debemos conocer como médicos de urgencias. Debemos además diferenciar las relacionadas con la colocación o retirada del balón y las relacionadas con el periodo que se lleva el balón implantado: hemorragia interna, perforación, y en particular la referida en este caso clínico (obstrucción en intestino delgado) por ser una complicación que puede provocar la muerte del paciente. Su rápido diagnóstico en área de urgencias es clave para reducir la morbilidad asociada a esta técnica.

CASOS CLÍNICOS

P-1155

HIPERTENSIÓN INTERMITENTE

Al Nogales García (1), L. Allega Gnecco (2), A Crespo Giménez (3)

(1) Centro Salud V Centenario, (2) Centro Salud Chopera, (3) Hospital Infanta Sofía. Alcobendas.

Palabras claves: hipertensión, taquicardia, feocromocitoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: Varón de 38 años, exfumador de 20 cig/día desde hace 1,5 años, en seguimiento en cardiología por palpitations lentas y rápidas en relación con foco ectópico auricular que en ocasiones no conduce y produce bradicardia y en otras ocasiones taquicardia auricular, se realizó estudio electrofisiológico sin poder inducirse arritmia y por tanto no se realizó ablación. Tratamiento con diltiazem 120 mg/12 horas. Consulta por palpitations fuertes lentas, seguido de náuseas y vómitos, y posteriormente, taquicardia y cefalea occipital con hormigueo generalizado. Realiza toma de tensión arterial en domicilio de 230/160 mmHg, y posteriormente de 150/100 mmHg. Refiere episodios similares casi todos los días desde 2012, siempre inicia bradicardia con sintomatología vagal, seguido de taquicardia e hipertensión refleja, pero el episodio de hoy es de mayor intensidad y duración. Cifras normales de tensión arterial fuera de estos episodios. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Afebril, TA 220/120 mmHg, FC 115 lpm, Saturación O₂ 96%. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen blando, depresible, no doloroso, con ruidos conservados, sin masas ni megalias, ni signos de irritación peritoneal. EKG: taquicardia sinusal a 130 lpm, sin alteraciones de la conducción ni de la repolarización. Analítica: 18.000 leucocitos con neutrofilia, creatinina 1.7, Troponina I 0.48 μg/L, metanefrinas plasmáticas y urinarias positivas. Rx tórax: normal. Ecocardiograma: normal. Ecografía abdominal: masa suprarrenal izquierda RMN abdominal: Masa suprarrenal izquierda sin características de lesión benigna. Gammagrafía simpatocoadrenal con metayodobencilguanidina (MIBG): Estudio compatible con diagnóstico de presunción (feocromocitoma) en masa ya conocida dependiente de glándula suprarrenal izquierda. JUICIO CLÍNICO: Feocromocitoma DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: enfermedad renal (glomerulonefritis, riñón poliquístico, ...), feocromocitoma, hipertiroidismo.

Conclusiones:

Las crisis hipertensivas son motivo frecuente de consulta en la urgencia, habitualmente se trata de pacientes con hipertensión crónica en tratamiento, con descompensación por abandono de la medicación o situación estresante personal, o que tan solo requieren ajuste de su medicación habitual, sin embargo, en ocasiones se trata de pacientes no hipertensos, en los que puede ser el inicio de una hipertensión crónica o como en nuestro caso motivada por otra causa. A nuestro paciente, se le ha realizado adrenalectomía izquierda y está pendiente de estudio genético.

P-1156

FIEBRE Y RABDOMIOLISIS EN PACIENTE VARÓN JOVEN

J. Enríquez Aragón (1), N. Domínguez Manzano (2), C Baena Gallardo (2)

(1) Hospital Universitario Puerta del Mar, (2) Epes-061. Cádiz.

Palabras claves: fiebre, cocaína, rabdomiolisis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Presentamos a un paciente varón de 27 años, atendido por Equipo de Emergencias en domicilio y trasladado posteriormente a Hospital. Según los datos obtenidos tras entrevistar a la familia, el paciente no presentaba antecedentes personales de interés, fármacos o hábitos tóxicos conocidos. Pocas horas antes de la llamada el paciente evidencia un comportamiento no habitual, con fluctuaciones de su estado de consciencia (somnia excesiva) alternando con cierto grado de agitación psicomotriz, mostrándose reiterativo y desorientado. Cuando es atendido en el domicilio el paciente se encuentra en la situación antes descrita, siendo regular su estado general, con sudoración profusa, fascies hiperémica y constatando fiebre (38,7°C). A la llegada persiste la temperatura elevada (39,2°C a pesar del antitérmico administrado. Poco colaborador y se muestra con mayor grado de agitación. El resto de la exploración física es normal, con auscultaciones cardíaca y pulmonar anodinas, al igual que la exploración abdominal, no hay signos meníngeos. La T/A es de 112/62 mmHg y la FC de 122. Se establece como primera sospecha clínica la de un proceso infeccioso, activando código SEPSIS. Se cursan las analíticas extraídas en domicilio y se amplía el estudio con determinaciones de Lactato, Procalcitonina, Gasometría Venosa, Sistemático de orina, Uro y Hemocultivos. Las pruebas de imagen realizadas (Radiografía de Tórax y TAC craneal son normales). Destaca como único hallazgo analítico una Leucocitosis de 12,34, una P.C.R. moderadamente elevada y una CPK de 1.254 UI, con fracción MB normal. Se realiza una punción lumbar, siendo negativa. Finalmente, se practica test de detección de tóxicos en orina, siendo positivo para Cocaína y Cannabis. La mejoría de la situación neurológica permite obtener datos directos del propio paciente, quien admite consumo habitual de Cannabis y esporádico de Cocaína, con uso en los dos días previos. El paciente ingresa en planta, sin desarrollar insuficiencia renal o hepática y es dado de alta sin mayores complicaciones.

Conclusiones:

Estas manifestaciones son frecuentes en la hipertermia por Síndrome Neuroléptico Maligno por consumo de cocaína, aunque en este caso no se evidenció rigidez muscular ni se produjo afectación renal, la presencia de alteración en el sensorio, refuerzan el diagnóstico finalmente establecido.

CASOS CLÍNICOS

P-1157

OBSTRUCCIÓN ACCIDENTAL DE LA VÍA AÉREA EN EL ADULTO: RIESGO VITAL

M Lara Torres, L Prieto Lastra, GA Sgaramella, Z Soneira Rodríguez, M Andrés Gómez (1), M González Ruiz
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Palabras claves: broncoaspiración, cuerpo extraño, disnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 44 años, acude al servicio de Urgencias de otro hospital porque, accidentalmente, al ir a usar su inhalador, ha tragado un "cuelga-fácil". Se realiza una Fibroscopia donde no se objetiva cuerpo extraño. Posteriormente le realizan Gastroscoopia, con igual resultado. Ante la falta de hallazgos patológicos es dada de alta. A los dos días acude a nuestro hospital por cuadro de disnea y dolor torácico derecho que ha ido aumentando progresivamente. A la exploración física destaca una Saturación de O₂ 96% basal, resto anodino. Entre las pruebas complementarias encontramos leve leucocitosis, con fórmula normal. Bioquímica, incluyendo enzimas cardíacas, dentro de la normalidad. ECG RS a 76 lpm sin alteraciones de la repolarización. Rx tórax cuerpo extraño en bronquio derecho. Finalmente, Fibrobroncoscopia rígida, se retira el cuerpo extraño sin incidencias. Es dada de alta al día siguiente con Amoxicilina- Clavulánico.

Conclusiones:

La broncoaspiración de cuerpos extraños en adultos tiene una presentación sutil. La presentación de síntomas depende del grado de obstrucción, de la ubicación y el tiempo que el cuerpo extraño ha estado en la vía aérea. La tos (hasta en un 80% de casos) debida a la obstrucción de vías aéreas más distales es el síntoma más común. Otros síntomas son fiebre, hemoptisis, esputo maloliente, dolor torácico o sibilancias. La disnea es muy poco frecuente (menos del 25% de casos confirmados). Las complicaciones son potencialmente graves a largo plazo, incluyen neumonía, atelectasia, estenosis bronquial, bronquiectasias, absceso pulmonar, empiema, neumotórax y neumomediastino. Lo más frecuente es que el cuerpo extraño se aspire hacia lóbulos inferiores. El sitio más común es el bronquio derecho, específicamente en el cauce principal o divisiones del bronquio del lóbulo inferior derecho, debido al ángulo más vertical y que en ocasiones presenta un diámetro algo más grande que el contralateral. La mayoría de los cuerpos extraños no se identifican en una Rx simple. El TAC resulta más sensible. Pero, si las pruebas anteriores no son concluyentes, la Fibrobroncoscopia rígida es el procedimiento de elección, si se sospecha su localización en tráquea o bronquios principales. Es poco común tener que recurrir a la toracotomía, sólo en casos recalcitrantes.

P-1158

PERDIDO EN NUEVA YORK

L Allega Gnecco (1), Al Nogales García (2), A Revuelta Alonso (3), R Sebastián Cambon (3), A Crespo Giménez (3)
(1) Centro Salud Chopera, (2) Centro Salud V Centenario, (3) Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid.

Palabras claves: ataxia, anticuerpos antiVIH, leucoencefalopatía multifocal progresiva

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: Varón de 39 años, sin antecedentes de interés, que consulta por deterioro cognitivo y trastorno de la marcha desde hace dos meses. Refiere cuadro diarreico 6 meses atrás, tratado con ciprofloxacino y por el que perdió 10 kilos de peso, al no recuperarlo comenzó con cuadro depresivo, tratado inicialmente con lexatín y posteriormente con mirtazapina. Relacionaban la clínica con el inicio del tratamiento con mirtazapina, sin embargo, no había mejorado tras suspenderla. La mujer comentaba que de forma progresiva le veía cada vez más dependiente, empezó a notarlo dos meses atrás en un viaje a Nueva York, se desorientaba al volver al hotel, a pesar de haber vivido un tiempo en dicha ciudad, además presentaba dificultad para mantener el equilibrio, problemas para la conducción, progresivamente marcha cada vez más inestable, con pensamiento lento, lenguaje coherente pero muy pobre, torpeza manual y pérdida de sus intereses habituales. **EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Consciente, orientado en persona y lugar, desorientado parcialmente en tiempo. No disfasia, comprende, nombra, repite, aunque con fluencia algo disminuida. Mirada algo perpleja, pupilas isocóricas y normoreactivas, movimientos oculares extrínsecos conservados sin nistagmo. No afectación campimétrica por confrontación. Parálisis facial completa, aunque muy leve izquierda, resto de pares craneales normales. No dismetría dedo-nariz ni ataxia de tronco, balance muscular conservado en las 4 extremidades, tono y trofismo normal. Reflejos osteotendinosos presentes, hipoactivos en miembros superiores respecto a inferiores, Hoffman positivo en el lado izquierdo, reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Romberg negativo, marcha cautelosa normal e imposibilidad para realizar el tándem. Analítica: normal. Ac antiVIH +, 30 CD4. Rx tórax: normal. Punción lumbar: hiperproteíorraquia con leucocitos 11 cel/mm³ RMN cerebral: múltiples lesiones corticosubcorticales bilaterales de predominio derecho que realzan tras administración de contraste intravenoso. PCR virus JC en LCR: positiva **JUICIO CLÍNICO:** Leucoencefalopatía multifocal progresiva. Infección VIH estadio C3. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** esclerosis múltiple, metástasis o tumor primario, farmacológico.

CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

El diagnóstico precoz del VIH y los tratamientos de los que disponemos, hacen que la leucoencefalopatía multifocal progresiva asociada a VIH, sea infrecuente en la actualidad, en nuestro paciente, a pesar de iniciar tratamiento antirretroviral, el deterioro fue rápido y progresivo, falleciendo antes de dos meses.

P-1159
PARESTESIAS ISQUÉMICAS

Al Nogales García (1), L. Allega Gnecco (2),
A Crespo Giménez (3)

(1) Centro Salud V Centenario, (2) Centro Salud Chopera, (3)
Hospital Infanta Sofía. Alcobendas, Madrid.

Palabras claves: parestesia, síndrome coronario agudo,
cardiomiopatía de Takotsubo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: Mujer de 56 años, fumadora de 20 cigarrillos/día, con síndrome cubital bilateral y hernia discal en C5-C6, que consulta por dolor en ambos brazos después de comer, quedando posteriormente el dolor en brazo izquierdo, irradiado a cuello y acompañado de malestar general, náuseas y diaforesis. El día antes le despertó el dolor en ambos brazos, irradiado a cuello, con cortejo vegetativo, teniendo episodios similares de hasta 30 minutos de duración a lo largo del día, que mejoraron parcialmente con ibuprofeno. Refiere 5 episodios similares en los últimos dos meses. Acude a urgencias por dolor de mayor intensidad y de características diferentes al síndrome cubital que padece. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Afebril, TA 195/113 mmHg, FC 75 lpm, Saturación O₂ 100%. Columna cervical: no apofisalgias ni dolor a la palpación en musculatura paravertebral. No dolor en trapecio ni esternocleidomastoideo. Movilidad conservada. Parestesias en cara interna de brazo y antebrazo con disminución de sensibilidad en dedos 3º-5º. Auscultación cardíaca: rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores: pulsos periféricos conservados, no edemas. EKG: ritmo sinusal a 65 lpm, eje normal, elevación de ST V1-V3, máxima de 2 mm en V2. Analítica: troponina I 1.00 (pico máximo 2,29). Ecocardiograma: VI no dilatado con función sistólica global ligeramente deprimida (FE 49%). Aquinesia de segmentos medio y apical de septo y cara anterior, que parecen adelgazados. Hipoquinesia de segmentos medio y apical de cara lateral. Cateterismo: arterias coronarias sin lesiones significativas. JUICIO CLÍNICO: Síndrome de disfunción apical transitoria inducida por estrés (Síndrome de tako-tsubo). DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: SCACEST, síndrome cubital.

Conclusiones:

La presentación atípica de dolor en ambos brazos irradiado a cuello, unido a los antecedentes de síndrome cubital, no nos hizo pensar en un primer momento en un síndrome coronario, sino en una reagudización de su problema de base, sin embargo, el escuchar a los pacientes, (nos planteaba variación de su dolor habitual), así como, indagar en otros síntomas asociados o desencadenantes (cuadro vegetativo, estrés), nos puede llevar al diagnóstico definitivo, que en este caso no se consiguió hasta la realización del cateterismo.



CASOS CLÍNICOS

A-1160

DISOCIACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA EN PACIENTE CON NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO

M Holden Fernández (1), F Fuentes Ruiz (2), N Bejarano Rivera (3), L Segura Martín (3), S Segovia Salazar (4)

(1) Hospital General de Vic / Cap Manlleu, (2) Hospital General de Vic / Cap Santa Eugenia de Berga, (3) Hospital General de Vic, (4) Hospital General de Vic / Cap Manlleu. Vic.

Palabras claves: neumotórax, pulmón, disnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

En urgencias de un hospital comarcal, consulta un paciente masculino de 28 años de edad Deportista, practica 2 horas al día atletismo, fútbol, gimnasio. Alérgico a la Penicilina Fumador de 5 paquetes/año. Sin antecedentes personales ni familiares de interés, sin medicación activa Motivo de consulta: dolor en hemitórax derecho, tipo punzada, de 1 hora de evolución, que inicia súbitamente mientras realiza actividad física intensa –jugar partido de fútbol–, niega traumatismos torácicos, ni sintomatología previa, tampoco presenta disnea u otro síntoma Exploración física: Saturación de O₂ basal: 96-97%, TA: 115/67, FC: 80 x' FR: 18x' Buen estado general, biotipo longilíneo, auscultación respiratoria con hipofonesis de hemitórax derecho, sin dolor a la presión condrocostal. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Sin ingurgitación yugular, sin enfisema subcutáneo. Sin otro hallazgo anormal Exploraciones complementarias: Radiografía de tórax: Neumotórax derecho total, con desviación extrema de mediastino a campo pulmonar izquierdo. Evolución: Inmediatamente desde urgencias se realiza intervención quirúrgica toracostomía a drenaje cerrado, tipo Pleurecath®, con reexpansión parcial del hemitórax derecho. Requiere ingreso hospitalario, con reexpansión completa a las 48 horas. Se mantiene el drenaje con aspiración continua durante 3 días más, confirmada la adecuada evolución clínica y radiológica, éste se retira y se da alta a domicilio Pronóstico: Existe una alta probabilidad de recidivas (30%), que aumenta con el hábito tabáquico. Se instruye al paciente en abandonar dicho hábito y en vigilar síntomas precoces de recidiva.

Conclusiones:

Se valora paciente con neumotórax espontáneo, en quien llama la atención la disociación entre la imagen espectacular de su radiografía de tórax y los escasos hallazgos clínicos en el paciente, siendo imagen típica de neumotórax a tensión, sin la repercusión hemodinámica ni la dificultad respiratoria que suelen acompañarlo, lo cual se podría explicar en parte a la gran reserva respiratoria del paciente, a la adecuada eficacia de los mecanismos compensatorios y a la consulta precoz. Los neumotórax espontáneos siempre se deben sospechar en pacientes con dolor torácico súbito y factores de riesgo, como género masculino, contextura longilínea, hábito tabáquico, su tratamiento debe ser urgente, por el riesgo de neumotórax a tensión que conlleva elevada morbimortalidad.



CASOS CLÍNICOS

P-1161

LO QUE EL SÍNCOPE VASOVAGAL ESCONDE

L Usieto López (1), P Cuadra Giménez (1), AM Díaz de Tuesta Chow-Quan (2), MP Oliete Blanco (2), AC Cabistany Esque (3), MT Fernández Letamendi (3)

Urgencias, Hospital Miguel Servet Zaragoza. Zaragoza.

Palabras claves: síncope, síncope ortostático, teratoma de ovario

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 65 años con antecedentes de asma y síncope vasovagales en la adolescencia en tratamiento habitual con broncodilatadores, que acude a urgencias por cuadro sincopal. Los días previos refiere cuadro de tos y expectoración y esa mañana al incorporarse de la cama, ha sentido mareo y posteriormente ha sufrido síncope con traumatismo craneoencefálico a nivel occipital. No pérdida del control de esfínteres. Completa recuperación del nivel de consciencia sin estado poscrítico. No dolor torácico ni abdominal. No disnea. No cefalea. No náuseas ni vómitos. Afebril. Migrañas generalizadas. A la exploración: Consciente, orientada, perceptiva y reactiva. Tensión arterial (TA) 94/54, Frecuencia cardíaca 90, afebril, saturación basal de oxígeno: 100%. Normohidratada y normocoloreada. Cefalohematoma occipital. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, sin dolor espontáneo y doloroso a la palpación de ambas fosas ilíacas con Blumberg y Murphy negativo. No se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Exploración neurológica sin focalidad aparente. Pruebas complementarias: equilibrio ácido-base pH 7'38, pCO₂ 45'1 mmHg, Bicarbonato 26'2 mEq/L, marcadores cardíacos :troponina I <0'01 ng/mL, mioglobina 180 ng/mL, bioquímica sin alteraciones, hemograma y hemostasia sin alteraciones, Dímero D 775 microgramos/L. Radiografía de tórax y abdomen sin alteraciones de evolución aguda. Se instaura tratamiento con fuidoterapia remontando cifras de TA(120/68), pero al incorporarse la paciente presenta de nuevo clínica presincopal sin giro de objetos ni clínica vegetativa acompañante. Se solicita TAC cerebral sin patología aguda. Se decide observación de la paciente al persistir clínica de mareo con la sedestación y bipedestación, con cifras de TA normales. Se solicita ECO abdominal en la que se visualiza líquido libre en Douglas como único hallazgo relevante, por lo que se solicita tomografía abdominal identificándose el ovario izquierdo con rotura de tumoración voluminosa de contenido graso compatible con teratoma que desplaza útero y anejo derecho. La paciente fue derivada a urgencias de ginecología para intervención quirúrgica.

Conclusiones:

Los teratomas quísticos suponen el 20% de las neoplasias ováricas, ocurren durante los años reproductivos. La mayoría son asintomáticos, y entre los sintomáticos, lo más frecuente es que cursen con dolor o aumento del volumen abdominal. La rotura es rara, suponiendo el 1-1,2%, constituyendo una urgencia quirúrgica.

P-1162

NO ES EMBOLISMO PULMONAR TODO LO QUE RELUCE

L Chao Ricoy, C Cantón Ortiz, C Santiago Poveda, C del Arco Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Palabras claves: dolor torácico, neumomediastino, radiografía tórax

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 25 años, fumadora de medio paquete diario desde hace 10 años y en tratamiento actual con anticonceptivos orales, sin otros antecedentes de interés, que acude contando cuadro de aparición brusca de dolor centrotorácico de características pleuríticas irradiado a cuello tras sobreesfuerzo físico, acompañado de cortejo vegetativo (náuseas y sudoración) y sensación disneica. Niega fiebre ni hemoptisis. En la exploración física, destaca ligera taquipnea superficial a 28 respiraciones por minuto con saturación basal con pulsioximetría de 98%, auscultación pulmonar sin hallazgos relevantes, y sin palparse enfisema subcutáneo en región anterior de tórax. Presenta en analítica 13.400 leucocitos con 67% de neutrófilos y un D-Dímero de 0.45µg/ml, electrocardiograma sin hallazgos relevantes, y en radiografía de tórax se aprecia una línea retroesternal y supracardiaca en proyección lateral de densidad aire. Se solicitó TAC torácico, con hallazgos compatibles con neumomediastino, disecando estructuras mediastínicas y extendiéndose cranealmente a regiones cervicales profundas, fina lengüeta de neumotórax en la región anteromedial retroesternal del hemitórax derecho. La paciente ingresa a cargo de Cirugía Torácica, evolucionando favorablemente con tratamiento conservador.

Conclusiones:

El dolor torácico supone un motivo de consulta más que frecuente en el Servicio de Urgencias, constituyendo uno de los mayores retos en la asistencia sanitaria diaria debido a su amplia lista de posibles causas, muchas de ellas potencialmente graves, por lo que se requiere una anamnesis y exploración física minuciosas a la hora de orientar el diagnóstico de estos pacientes. Ante la aparición de dolor torácico brusco asociado a disnea en una mujer joven en tratamiento con anticonceptivos orales, hay que tener siempre en cuenta otros diagnósticos no tan frecuentes como el tromboembolismo pulmonar. Para ello, es primordial un buen aprendizaje en la lectura e interpretación de pruebas complementarias básicas como puede ser la radiografía de tórax, con el objetivo de orientar el manejo diagnóstico del paciente sin necesidad de realizar exploraciones innecesarias.



CASOS CLÍNICOS

A-1163

ALUCINACIONES VISUALES EN PACIENTE
INMIGRANTE

L Usieto López, AM Díaz de Tuesta Chow-Quan,
MT Fernández Letamendi, MP Oliete Blanco,
P Cuadra Giménez, AC Cabistany Esque

Urgencias, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: alucinaciones visuales, toxoplasmosis,
glioblastoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 37 años, originario de Mali. Sin antecedentes médicos ni hábitos tóxicos. Vive con un amigo, no relaciones de riesgo, tiene esposa en Mali. Trabajaba en una fábrica. Refiere desde hace 15 días alucinaciones visuales. Empezó viendo al "diablo", pero no es capaz de describirlo ni en forma, tamaño ni en color. Además, ansiedad y dificultad para conciliar el sueño, sin insomnio de mantenimiento posterior. Niega alucinaciones auditivas ni táctiles. Lo describe como episodios puntuales sin desencadenante. Afebril aunque sensación distérmica. Cefalea holocraneal. No clínica infecciosa. Pérdida de peso de unos 5 kilogramos en unos meses. No alteraciones ritmo deposicional. A la exploración física: consciente, orientado, reactivo, perceptivo, normohidratado y normocoloreado, eupneico. No se palpan adenopatías. Auscultación cardio-pulmonar normal. Abdomen anodino. Extremidades inferiores sin patología. Exploración neurológica: pares craneales normales, pupilas isocóricas y normoreactivas. No disimetrías. No alteraciones marcha ni equilibrio. No alteraciones del lenguaje. Fuerza y sensibilidad conservada. Reflejos normales. Signos meníngeos negativos. Exploración psiquiátrica: tranquilo, colaborador. Discurso coherente y acelerado, sin presión del habla. Contacto visual adecuado, reactivo y sintónico, aunque en ocasiones con perplejidad. Niega ideación delirante. No síndrome afectivo previo. No ideación autolítica. Juicio de realidad conservado. Pruebas complementarias: Electrocardiograma sin alteraciones, analítica de sangre y orina sin alteraciones valorables incluyendo proteína C reactiva y proclactonina. Tóxicos en orina negativos. Radiografía de tórax normal. Tomografía cerebral: Lesiones ocupantes de espacio temporales izquierdas acordes como primera posibilidad con abscesos cerebrales a valorar con el estado inmunitario del paciente. El paciente ingresa, con los siguientes diagnósticos diferenciales: Toxoplasmosis; Cerebritis; Abscesos cerebrales. Se solicitan serologías negativas, positiva herpes simple y toxoplasma IgG. Hemocultivos, urocultivos y coprocultivos negativos. Electroencefalograma normal. Ecocardiograma normal. Tomografía toráco abdominal sin lesiones. Finalmente, se solicita Resonancia Nuclear Magnética: lesión tumoral con realce anular y giriforme, que sugiere área de alto grado tumoral (glioblastoma). Se decide intervención quirúrgica, con estudio intraoperatorio concordante con diagnóstico.

Conclusiones:

El glioblastoma es una variante de las más malignas y frecuentes de los tumores astrocíticos. El inicio clínico con defecto motor, alteraciones de la esfera psíquica y clínica de hipertensión intracraneal, son las formas más frecuentes de presentación. El tratamiento se centra en exéresis quirúrgica, radioterapia y quimioterapia



CASOS CLÍNICOS

P-1164

CÓLICOS NEFRÍTICOS REPETITIVOS POR GRAN MASA RETROPERITONEAL

M Holden Fernández (1), F Fuentes Ruiz (2), N Bejarano Rivera (3), L Segura Martín (3), S Segovia Salazar (4)

(1) Hospital General de Vic / Cap Manlleu, (2) Hospital General de Vic / Cap Santa Eugenia de Berga, (3) Hospital General de Vic, (4) Hospital General de Vic / Cap Manlleu. Vic.

Palabras claves: cólico, cavidad peritoneal, neoplasias

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Acude a un hospital comarcas un paciente 32 años de edad sin antecedentes de importancia ni hábitos tóxicos, que acude a urgencias por presentar cólico nefrítico derecho de repetición, sin cuadro febril asociado ni sensación distérmica. A la exploración física presenta un abdomen blando, depresible no doloroso a la palpación profunda, persistéis correcta, puño percusión derecha positiva, sin palpación de masas no hepatomegalia ni esplenomegalia. Con mejora clínica por tratamiento analgésico simple. En la analítica sanguínea de urgencias sin alteraciones importantes. Se realiza TAC abdominal por sintomatología repetitiva y que muestra gran masa retroperitoneal inter aorto-cava de 9cm con oclusión ureteral completa y con anulación del riñón derecho así como compresión de vena cava. Se realiza una ecografía testicular encontrando en teste derecho parenquima más heterogéneo sin nódulos y con múltiples microcalcificaciones. Se orienta como neoplasia testicular con metástasis retroperitoneales e ingreso hospitalario y valoración por oncología y urología. Colocándose catéter doble J.

Conclusiones:

Hay múltiples tipos tumorales secundarios que afectan anatómicamente al retroperitoneo. Con clínica muy variada desde un paciente completamente asintomático hasta cuadros como anuria, Dolor lumbar, azoemia, etcetera. Ultrasonido abdominal: permite precisar la localización, el tamaño, aspecto sólido o quístico del tumor, la magnitud de la invasión y la configuración de las estructuras contiguas, así como permite guiar la biopsia percutánea. El tratamiento deberá ser valorado de forma integral, ya que constituye un método paliativo a la obstrucción urinaria. La derivación urinaria se valorará en cada caso, según tipo de tumor, estadio del tumor, tratamientos previos, etc. Las derivaciones a emplear pueden ser: colocación de catéteres ureterales doble Jota, nefrostomías percutáneas (NPC), nefrostomía a cielo abierto, etc.

A-1165

TEP AGUDO MASIVO CON PRESENTACIÓN CLÍNICA TÍPICA

L Hernández Castells, L Sánchez Amo, M Quero Escalada, M Domínguez García

Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

Palabras claves: embolia pulmonar, enfermedad aguda, fibrinólisis

Ámbito del caso:

Hospitalaria - Comarcal

Historia clínica

Varón 66 años. Exfumador. Hipercolesterolemia en tratamiento con Simvastatina 20 mg. Enfermedad renal crónica estadio 2B. Accidente isquémico transitorio hace Diez años estudiado mediante ecocardiograma transesofágico, eco-doppler de trocos supraaórticos y TC cerebral, sin hallazgos. Antiagregado con Ácido Acetil Salicílico 100 mg hasta hace 2 años por abandono del tratamiento. Safenectomía interna derecha. Jubilado. Vida sedentaria. Comienza de forma súbita, mientras paseaba, con mareo, disnea intensa, dolor centrotorácico opresivo y palpitaciones que le obligan a tumbarse en el suelo, sin perder el conocimiento. Unos días antes había presentado dolor, rubor, calor e induración gemelar derecha que cedió en cuatro o cinco días. A su llegada al box vital presentaba: TA sistólica 70 mmHg, FC 115 lpm, SAT O2 95% con oxígeno en reservorio. Palidez mucocutánea. Carótidas rítmicas, sin soplos, ACP normal. Pulsos femorales positivos. Pulsos radial y pedio bilaterales débiles. Sin signos de trombosis venosa profunda. Bioquímica: Creatinina 1.62 mg/dl, Troponina I 2.18 ng/ml. Gasometría arterial: pH 7.19, pCO2 33.00 mmHg, pO2 191.00 mmHg, lactato arterial 5.8 mmol/l. Coagulación: Dímero D 14184 ng/ml ECG: Ritmo sinusal a 100 lpm, QRS normal, imagen de BRD no conocido. RX TÓRAX sin hallazgos. Ecocardiograma urgente: deficiente ventana, marcada dilatación de ventrículo derecho que está hipocontráctil. Estando el paciente en situación clínica de shock hemodinámico y siendo los hallazgos clínicos y ecocardiográficos sugerentes de tromboembolismo pulmonar agudo masivo ingresa en UCI para fibrinólisis inmediata que se realiza sin incidencias, confirmándose posteriormente el tromboembolismo pulmonar mediante angio-TC de tórax.

Conclusiones:

El tratamiento se basa en la administración precoz de heparina. Otros tratamientos dependen de la situación hemodinámica (la presencia de shock define a un TEP como masivo) y de que exista contraindicación para la anticoagulación. Aunque el máximo beneficio se obtiene en las primeras 48 horas, la trombolisis es efectiva durante 10-14 días después del inicio de los síntomas. Puede beneficiarse de este tratamiento el paciente hemodinámicamente estable, con bajo riesgo de hemorragia que presenta evidencia de disfunción ventricular derecha (ecocardiografía, elevación de troponinas y péptidos natriuréticos) o hipoxemia severa a pesar de administración de oxígeno a altas concentraciones.

CASOS CLÍNICOS

P-1166

HERNIA DE MORGAGNI EN PACIENTE ADULTO CON DISNEA BRUSCA

P Lara Cachinero, J Pedraza García, F Rosa Úbeda,
J Llamas Reyes, I Fernández López, M Aguayo López,
L Mechbal Gracia

Hospital Valle de Los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba.

Palabras claves: encephalocele, laparoscopy, dyspnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 78 años traída a urgencias por cuadro de disnea brusca. Después de colonoscopia realizada una semana atrás, presentaba también náuseas y estreñimiento. Antecedentes personales: No RAM. HTA y DLP. No broncopatías conocidas. Tratamiento habitual: enalapril 20 mg y simvastatina 10 mg. Exploración física: regular estado general, normohidratada y normocoloreada. Taquipneica con respiración abdominal y taquicárdica. Afebril. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos y taquicárdicos. Disminución del murmullo vesicular con hipoventilación más acentuada en el hemitórax derecho con algunos roncus. Abdomen: globuloso y distendido. Doloroso a nivel del hemiabdomen superior. Extremidades: no edemas en miembros inferiores. No signos de trombosis venosa profunda. Pruebas complementarias: hemograma: 15.200 /uL leucocitos con 88% de neutrófilos. Hb 11.4 mg/dl. Bioquímica dentro de la normalidad (incluyendo cpk, troponina I, amilasa y bilirrubina). Coagulación: dímero de 353. Gasometría arterial: pH 7,50, pO₂ 73 mmHg, pCO₂ 32 mmHg, HCO₃ 24 mEq/l, EB -0,2. ECG: taquicardia sinusal a 109 lpm sin trastornos de la repolarización. Radiografía de tórax: gran masa con nivel aéreo que ocupa la mitad del hemitórax derecho y cardiomegalia. Con la sospecha de hernia diafragmática se le practica TAC toraco-abdominal que confirma el diagnóstico de hernia de Morgagni con compromiso colónico. Se interviene de forma urgente para la descompresión colónica manual y el sellado posterior del orificio herniario.

Conclusiones:

La hernia de Morgagni es un defecto congénito a través del triángulo esternocostal del diafragma. Es de rara frecuencia (menos del 2% de las hernias diafragmáticas). Además de clínica digestiva inespecífica (vómitos, dolor abdominal, hiporexia), puede debutar por síntomas respiratorios (tos, disnea) y ser interpretada como una neumonía o un derrame pleural. Se debe de diferenciar de otras masas del mediastino anterior. El contenido aéreo de la masa por el paso de asa intestinal a la cavidad torácica facilita su identificación. Su tratamiento es quirúrgico, por el riesgo de estrangulación.

P-1167

PACIENTE PSIQUIÁTRICO. NARCOLEPSIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M Soler Núñez (1), JM Vergara Olivares (1), I Peñuelas Calvo (1),
E Rosell Vergara (1)

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: paciente psiquiátrico, narcolepsia, cataplejía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

La narcolepsia es de causa desconocida y probablemente multifactorial con una base genética pero con una gran influencia de factores ambientales no genéticos. Su diagnóstico es clínico y con frecuencia hay un largo intervalo entre el inicio de síntomas y su diagnóstico definitivo. Presentamos un caso clínico para hacer hincapié en que la patología neurológica, en particular y la patología orgánica en general, pueden manifestarse con síntomas psiquiátricos de aparente fácil control farmacológico. CASO CLÍNICO: Mujer de 62 años, polifrecuentadora de servicios sanitarios, obesa, con antecedentes de anemia, angina (seguimiento por Cardiología), artrosis columna y rodillas (seguimiento por Traumatología y Rehabilitación), meningioma parietal izdo seguida en consulta de Neurología, Sd depresivo con cambios repetidos de tratamiento (lo relaciona con la muerte de un hijo hace 22 años y dice "le ha cambiado el sueño"). Acude porque "tiene ideas autolíticas". Historiamos, exploramos y solicitamos pruebas complementarias para posterior valoración por Psiquiatra. La paciente realiza adecuada autocrítica. Nos comenta además episodios desde hace años de somnolencia diurna con dificultad para conciliar el sueño de noche, y en ocasiones sensación de mareo inespecífico, sin pérdida de conocimiento, con dificultad para movilizar extremidades durante minutos que asocia a cuando recibe cualquier "impresión". Se completó estudio ambulatorio y fué diagnosticada finalmente de Narcolepsia-cataplejía con buena respuesta al tratamiento. Ha reducido significativamente fármacos y visitas médicas en los últimos meses.

Conclusiones:

La narcolepsia es un trastorno raramente diagnosticado en Psiquiatría. Tiene que diferenciarse de las enfermedades psiquiátricas y los síndromes neurológicos. Sus síntomas suelen considerarse erróneamente como síntomas psiquiátricos, confusión responsable de fracasos terapéuticos. La posibilidad de error en nuestro ámbito se produce mayoritariamente en relación con una anamnesis limitada a síntomas actuales, exploración física insuficientes, o interpretación errónea de pruebas complementarias solicitadas con frecuencia por varios profesionales que atienden al mismo paciente. En particular aquellos pacientes que por edad, pluripatología y trastornos yatrógenos asociados justifican muchos de los síntomas que motivan la consulta. Todo ello impli-

CASOS CLÍNICOS

ca retrasos en el inicio del tratamiento específico y aumenta el número de asistencias médicas y gasto sanitario para una misma patología.

P-1168

SEPSIS GRAVE POR INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES*

C García Martínez (1), MJ Cárdenas Isasi (1), JC Sanz Sánchez (1), E González Fernández (1), A Von Wernitz Teleki (1), C del Arco Galán (2)

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Palabras claves: sepsis, *Streptococcus pyogenes*, toxemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Presentamos el caso de un paciente de 55 años, diabético tipo 2, en tratamiento con metformina. Consulta por inflamación en codo derecho de 48 horas de evolución. Previamente, se había manipulado una lesión pustulosa a ese nivel. Llega afebril y hemodinámicamente estable, con aumento de temperatura local y eritema en región olecraneana derecha, compatible con bursitis, y una lesión costrosa como probable puerta de entrada. Presenta además un eritema confluyente en tronco y extremidades, no pruriginoso, de inicio gradual. Se realiza drenaje quirúrgico superficial de la bursa, y se inicia tratamiento con Cefazolina, Clindamicina y Gentamicina y antiinflamatorios no esteroideos, con mal control del dolor y progresión del edema y tumefacción, que se extienden hasta antebrazo y mano derechos. En las horas siguientes, presenta empeoramiento clínico, con fiebre de 38°, hipotensión (TA 90/50 mmHg), taquicardia (120 lpm) y desaturación (SatO2 basal 92%), tromboopenia (140.000 Miles/mm3), coagulopatía (INR 1'7 AP 47% Tcefalina 39'3 seg), fracaso renal agudo (Cr 1'81 mg/dl), L- Lactato 2.6 mmol/L y procalcitonina 21'4 ng/ml. Con diagnóstico de sepsis grave por infección de partes blandas, se inicia resucitación con flúidos (4L), se administra oxigenoterapia, se extraen hemocultivos. Se amplía la cobertura antibiótica a Daptomicina y Meropenem. Se solicita TC de miembro superior derecho, donde se observa importante edema y engrosamiento del tejido celular subcutáneo en el contexto de la celulitis extensa, sin signos de fascitis ni miositis. En la tinción de Gram del exudado se visualizan cocos gram positivos en cadena, que posteriormente se identificarán como *Streptococcus pyogenes*. Tras el inicio del tratamiento, mantiene TAM 80mmHg, y diuresis superior a 0'5 ml/kg/h, con aclaramiento de lactato <10% en las primeras dos horas. Ingresa en UCI y requiere control del foco mediante desbridamiento quirúrgico por empeoramiento en las horas siguientes, con buena evolución posterior.

Conclusiones:

Es prioritario el reconocimiento precoz de la situación de sepsis grave, con inicio rápido del tratamiento antibiótico y resucitación con flúidos, así como el control del foco urgente. El deterioro clínico rápido de este paciente, y otras manifestaciones sistémicas como el eritema cutáneo por toxemia indican de forma precoz una infección local grave.

CASOS CLÍNICOS

P-1169

MELENAS DE ORIGEN ATÍPICO

S Trueba Insa (1), MV Heredia Cedeño (2), E Esteban Zubero (1), A Hernández Marcos (3), R Montoya Saenz (4), M Rubio Gómez (5), E Fernández Alonso (5)

(1) Centro de Salud Delicias Sur/ Hcu Lozano Blesa, (2) Hcu Lozano Blesa, (3) C.S. Delicias Norte/Hcu Lozano Blesa, (4) C.S. Bombarda/Hcu Lozano Blesa, (5) C.S. Delicias Norte/ Hcu Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: epistaxis, melena, tonsilitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Motivo de consulta: melenas y fiebre en varón de 21 años. AP: No AMQ de interés, no fumador, sin alergias medicamentosas. Historia clínica: Paciente que acude al servicio de Urgencias del hospital por presentar 2 deposiciones melénicas y un síncope autolimitado 2 horas antes. Desde hace 4 días disfagia con odinofagia y fiebre de 38.5°C, diagnosticándosele de amigdalitis purulenta y en tratamiento con Amoxicilina-Clavulanato e Ibuprofeno. Refiere sensación de "estar tragando líquido" y plenitud gástrica desde hace 24 h. Exploración: Temp 38°C, TA: 100/70, FC: 98 lpm. Aceptable estado general, palidez mucocutánea. Cabeza y cuello: adenopatías submaxilares bilaterales dolorosas a la palpación de gran tamaño, amígdalas hiperémicas e hipertróficas con placas blanquecinas diseminadas. AC: rítmica sin soplos a 100 lpm. Abdomen: palpación dolorosa en epigastrio, peristaltismo aumentado, sin defensa. TR: ampolla con escasos restos fecales, dedil manchado de heces melénicas. PC: Analítica en 1ª hora: Hb 10,8 g/dl, HTO 33% (analítica año antes: Hb 15,8, HTO: 49%), Leucocitos 14,000 (discreta neutrofilia). Rx tórax y abdomen: Sin alteraciones. Juicio clínico y DD: Amigdalitis purulenta y melenas por, a diferenciar: Gastritis hemorrágica por toma de AINES; Sangrado amigdalar por amigdalitis. Epistaxis posterior con sangrado abundante. Desarrollo. Se realiza gastroscopia: Reguero de sangre fresca a lo largo del esófago. Moderada cantidad de restos hemáticos digeridos en cavidad gástrica. Resto sin lesiones. Tras dichos hallazgos se realiza fibroscopia pocas horas después: restos de sangre en fosa nasal derecha, pared lateral faríngea derecha, polo amigdalino inferior derecho y a nivel de entrada de senos piriformes, sin evidenciar sangrado activo. Diagnóstico definitivo. Epistaxis posterior autolimitada con anemia por gran sangrado. Evolución. El paciente es ingresado en planta ORL, sin nuevo sangrado ni detección exacta del punto sangrante. Mejoría discreta de las cifras de Hb. Ausencia de nuevos episodios.

Conclusiones:

La epistaxis posterior se presenta más frecuentemente en las ramas posterolaterales de la arteria esfenopalatina pero también puede surgir de la arteria carótida. Se ha descrito un 3% de complicaciones en pacientes con epistaxis como: sinequias intranasales, broncoaspiración, angina e hipovolemia. A pesar de no ser frecuente, las epistaxis posteriores pueden dar lugar a hemorragias importantes, que pueden comprometer la estabilidad hemodinámica. El clínico no debe menospreciar estas patologías, incluyéndolas en el diagnóstico diferencial las melenas.

CASOS CLÍNICOS

P-1170

LUXACIÓN POSTERIOR BILATERAL DE HOMBRO.
A PROPÓSITO DE UN CASO

M Soler Núñez (1), JM Vergara Olivares (2), M Conde Melgar (3), E Rosell Vergara (4)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (2) Emergencias 061, Ceuta, (3) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (4) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: luxación, bilateral, hombro

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: La luxación posterior de hombro es una lesión poco frecuente que tiene la peculiaridad de pasar desapercibida por ser de diagnóstico clínico-radiológico difícil. Un traumatismo en cara anterior del hombro puede ocasionar una luxación unilateral, pero tras una crisis convulsiva en un paciente epiléptico o una descarga eléctrica podemos encontrar una luxación o fractura-luxación posterior bilateral. Presentamos el caso de un hombre epiléptico de 65 años, obeso, mal cumplidor del tratamiento, derivado a urgencias por crisis convulsiva generalizada sin relajación esfínteres y con amnesia de lo ocurrido, que tras valoración y estudio completo, precisa tratamiento hospitalario no detectándose lesiones asociadas al episodio convulsivo. Se le da de alta a domicilio con seguimiento a cargo del Servicio de Neurología. Acude a los 5 días del alta, por hematoma en brazo izquierdo, dolor e impotencia funcional de ambos hombros con limitación para realizar la rotación externa pasiva de ambos brazos. Hematoma en brazo izdo. Tras radiografía de ambos hombros anteroposterior y axial se diagnostica de luxación posterior bilateral de hombros. Avisado Traumatólogo de guardia cursa preoperatorio y se programa para reducción en quirófano de urgencias. Ingres a cargo del Servicio de Traumatología.

Conclusiones:

Aunque es frecuente atender en Urgencias una luxación glenohumeral anterior, la posterior y su presentación bilateral constituye un hecho infrecuente. Suele pasar desapercibida en los Servicios de Urgencias (hasta en un 60% de los casos). Debemos sospecharla en pacientes que hayan tenido una crisis convulsiva y acudan con una actitud de miembro superior en adducción y rotación interna con imposibilidad de realizar rotación externa. Incluso plantearnos como médicos de urgencias tras la resolución de la crisis convulsiva, realizar de forma regular y metódica una exploración física que permita descartarla. Lo confirmaremos con un método tan sencillo como la radiología simple en proyección axilar, practicando posteriormente una reducción cerrada bajo anestesia general e inmovilización de los miembros. De esta forma conseguimos evitar complicaciones y secuelas articulares, permitiendo una reincorporación temprana del paciente a sus actividades cotidianas.

A-1171

ERRORES DIAGNÓSTICOS EN LA INTERPRETACIÓN
RADIOLÓGICA DE SOSPECHA DE FRACTURA DE
CADERA

P Fajardo Velasco, R Rivas Martínez, AM Carrillo Colmenero
Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras claves: fractura, artrosis, osteoporosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 80 años que refiere caída accidental y presenta dolor en región inguinal derecha. Antecedentes familiares: padre DM2, IAM. Madre HTA, enfermedad de alzheimer. Antecedentes personales: EPOC, demencia cuerpos de lewys. Fractura de cadera derecha. No AMC. Enfermedad actual: El paciente refiere caída accidental con dolor en región inguinal derecha e impotencia funcional. Exploración física: MID acortado en rotación externa, llama la atención que levanta el talón del plano de la cama, difícil la exploración del paciente debido a su deterioro cognitivo. Pruebas complementarias: Rx de fractura de cadera derecha: sospecha de fractura persubtrocantérea cadera derecha. Se contacta con traumatólogo de guardia, solicita TAC sin contraste de para confirmación. TAC de articulación coxofemoral: signos degenerativos y deformidad de metáfisis y porción proximal de diáfisis femoral derecha. En la medular ósea se observa imagen tubular radioluciente compatible con trayecto de clavo endomedular. Geodas subcondrales en epífisis, áreas radiolucientes de trabeculación irregular óseas en metáfisis. Diagnóstico diferencial: fracturas antiguas, osteoporosis, artrosis rápidamente destructiva de cadera, enfermedad metastásica de cadera. Diagnóstico final: Se descarta fractura de cadera. El paciente fue alta con tratamiento analgésico.

Conclusiones:

La fractura de cadera es la causa más común de hospitalización en los servicios de urgencias traumatológicos. Las fracturas más comunes son las de cuello femoral y pertrocanteréas, 90% del total de fracturas. Pacientes mayores los que sufren este tipo de fracturas, las osteoporosis además de ser factor de riesgo es importante factor contribuyente, debido a que disminuye la resistencia del esqueleto. El diagnóstico es fácilmente establecido con historia clínica, exploración y estudio radiológico, hay pacientes que no presentan alteraciones evidentes (alrededor 1%) y en ocasiones no se ven en RX claramente, requiriéndose estudio adicional. La Fractura de cadera es la complicación más seria de la osteoporosis. Otra causa de error diagnóstico es la coxartrosis avanzada, puede llegar a producir destrucción óseas, casi ausencia de cabeza femoral y cotilos, es la coxartrosis rápidamente destructiva, requiere estudios adicionales para confirmarla. Fracturas antiguas, como en este caso donde se realizó osteosíntesis endomedular, retirándose posteriormente el clavo. EN Rx imagen dudosa que

CASOS CLÍNICOS

requirió tac. Enfermedades metastásicas: cáncer de mama es el que más frecuente da en cadera, imágenes osteolíticas. Enfermedad de paget,, carcinoma de pulmón, próstata, tiroides.

A-1172

MIOMA PARIDO EN URGENCIAS A LOS 56 AÑOS

L Rosado Mena (1), CA Sesam Mendez (2), M Alonso Alcañiz (3), G Yáñez Herbas (4), A Racareanu (1), J Garrafa Delgado (1), JP Viscarra Gambarte (1)

Hospital Ernest Lluch. Calatayud.

Palabras claves: útero fibroide -los progestágenos-, miomectomía abierta para los fibromas uterinos

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Mujer de 56 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, vertigo paroxístico benigno y hipoacusia crónica en tratamiento con metformina 850 mg que consulta en atención primaria por alteraciones del ciclo menstrual con episodios de metrorragias frecuentes de 2 años de , se complementa estudio con, citología y ecografía transvaginal resultando como dato relevante mioma intraluminal de 26mm x 28mm se le solicita consulta con ginecología para su valoración, 3 meses mas tarde consulta por urgencia por aumento de metrorragias y dolor pélvico, se solicita hemograma y ecografía, como resultado mioma parido de 4cm con talle vascular a nivel del cervix. Biopsia: leiomioma de endocervix, metaplasia tubarica de endocervix (no atipia ni mitosis); polipos mucosos endometriales endocervicales con metaplasia inmadura. Ginecólogo de guardia valora el caso, ordena su ingreso para intervencion quirurgica, siendo favorable su .

Conclusiones:

La miomatosis uterinas también llamado leiomioma o fibroma es la patología mas frecuente del útero, es una de las principales causas de metrorragias en la mujer de edad fértil, pre y post menopausia, además asociado a la inespecificidad de un dolor abdominal se convierte en un dilema y hasta en una urgencia. Los miomas suponen un importante problema sanitario, no tanto por su gravedad sino por los gastos que conlleva para el sistema de salud en vigilancia y tratamiento, conllevando a intervenciones quirúrgicas y además los casos no intervenidos requieren un largo seguimiento con múltiples visitas al ginecólogo.

CASOS CLÍNICOS

A-1173

**ANGINA DE LUDWIG (AL).
A PROPÓSITO DE UN CASO**

M Soler Núñez (1), JM Vergara Olivares (2), A Rodríguez Molina (1), E Rosell Vergara (1)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (2) Emergencias 061, Ceuta.

Palabras claves: angina Ludwig, vía aérea, letal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: En el apartado de urgencias odontológicas la AL es sin duda, la infección de tejidos blandos de cuello y lengua que más causa compromiso de la vía aérea, por su progresión rápida y silenciosa. El retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento favorece la aparición de complicaciones tempranas potencialmente letales por compromiso de las vías respiratorias. Asimismo, la propagación vía hematogena o linfática puede ocasionar complicaciones: trombosis del seno cavernoso, absceso cerebral, meningitis, y mediastinitis. Presentamos este caso clínico en el que la rápida actuación en área de urgencias tras el diagnóstico impidió un desenlace fatal. **CASO CLINICO:** Varón de 27 años sin antecedentes de interés que consulta por dolor en región laterocervical izda. de 3 días de evolución, fiebre de 38.5°C y disfagia que no mejora con tratamiento ambulatorio. A la exploración está la úvula en posición media sin edema ni exudado amigdalario. Empastamiento doloroso en región laterocervical izda. Analítica: 28610 leucocitos (N 96%), PCR 336, resto normal. Se solicita TAC donde se objetiva gran área flemonosa y edematizada de 6x2 cm que se extiende desde región sublingual y submandibular izda. hasta espacio preepiglótico produciendo desviación de la laringe, obliteración del seno piriforme y pliegue aritenopiglótico izdo. En el espacio submandibular presenta colección de 0.6x1.2 cm en relación con el absceso. Avisamos a ORL de guardia que intenta fibroscopia en área de urgencias no pudiendo realizarse por el trismus. El paciente inicia con dificultad respiratoria y rápido deterioro de su estado general. Tras tratamiento y soporte ventilatorio se ingresó a cargo de ORL.

Conclusiones:

La incidencia de la AL ha disminuido en las últimas décadas por el uso excesivo de antibióticos lo que ha favorecido que los médicos no estemos familiarizados con esta patología y no se consideran graves sus complicaciones. Además la prescripción de antibióticos de amplio espectro cuando no es necesario conlleva la aparición de resistencias quedando la infección silente. Un retraso en la consulta puede favorecer la aparición de complicaciones mortales por compromiso de la vía aérea. El tratamiento debe ser precoz asegurando vía aérea y antibioterapia intravenosa de amplio espectro.

P-1174

APENDAGITIS. CAUSA DE ABDOMEN AGUDO NO QUIRÚRGICO

M Soler Núñez (1), A Rodríguez Molina (1), JM Vergara Olivares (2), E Rosell Vergara (2)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, (2) Emergencias 061- Ceuta.

Palabras claves: apendagitis, abdomen agudo, tomografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: La apendicitis epiploica o apendagitis (A) es un proceso inflamatorio autolimitado desencadenado por la torsión o trombosis del pedículo vascular que provoca isquemia o infarto del apéndice epiploico. Como factores de riesgo están la obesidad, actividad física intensa, comidas copiosas,... Su localización más frecuente es en colon sigmoide, seguido de colon descendente y hemicolon dcho. Debuta como dolor abdominal agudo que plantea dudas con otros procesos como diverticulitis, apendicitis o colecistitis. El síntoma más frecuente es el dolor en FII sin cambios en el hábito intestinal, fiebre ni leucocitosis. La sospecha clínica inicial es clave para solicitar la confirmación radiológica (ecografía o TAC). Una vez diagnosticado el tratamiento es conservador. **CASO CLINICO:** Mujer de 90 años traída a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución, náuseas, algún vómito alimenticio. Estreñimiento de una semana de evolución. Afebril. A la exploración presenta aceptable estado general, abdomen blando, levemente distendido, con dolor generalizado, sin signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Tacto rectal con heces en ampolla rectal. Analítica: 21400 leucocitos (85% neutrófilos), resto normal. La Rx simple de abdomen no es concluyente. Se trata con sueroterapia y analgesia pero persiste dolor en hemiabdomen inferior y más focalizado a FII con cierta defensa a la palpación. Se pide ecografía abdominal pero finalmente se realiza TAC que sugiere diagnóstico de infarto omental vs apendagitis con áreas de intestino delgado adyacentes con realce de pared sin neumatosis de la misma y sin líquido libre. Se descarta cirugía urgente y se mantiene tratamiento intravenoso, vigilando evolución. Finalmente queda ingresada a cargo de Cirugía.

Conclusiones:

La apendagitis es una causa relativamente frecuente de abdomen agudo no quirúrgico. Su diagnóstico es difícil si no pensamos en ella. La tomografía es el método solicitado con más frecuencia para evaluar este tipo de pacientes aunque con un estudio ecográfico suele ser suficiente. Su correcto diagnóstico puede evitar laparoscopias y/o laparotomías exploratorias innecesarias.

CASOS CLÍNICOS

P-1175

ALGO MÁS QUE UN DOLOR TORÁCICO

G Buisán Casbas (1), M Arevalo Duran (1), C Burgasé Olivan (1), D Mejía Escolano (1), C Cuartero Casin (1), C Martínez Huguet (1), T Giménez Maurel (2)

(1) Hospital San Jorge, Huesca, (2) Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: dolor torácico, aneurisma, arteria subclavia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 87 años, con antecedente de intervención por aneurisma de aorta torácico (hace 18 años) en tratamiento con Disgren y Cardil, que estando en reposo inicia cuadro de malestar general con dolor en hemiabdomen izquierdo que se irradia a hombro y escápula izquierdos. A la exploración física descataca dolor a la palpación de hemiabdomen superior con livideces en abdomen, sin objetivarse masas ni soplos y presentando pulsos en las 4 extremidades. El paciente se mantiene estable y en las pruebas complementarias solicitadas en urgencias: analítica de sangre con perfil hepático y cardiaco se objetiva un descenso de la función renal y un dímero D de 925, en ECG un BRDHH ya conocido y en radiografía de tórax se objetiva una opacidad en hemitórax izquierdo en relación con derrame pleural. Una vez descartado el SCA, se inicia antibioterapia por posible neumonía atípica sin presentar mejoría el paciente y aumentando el dolor y el malestar general. Por ello, se decide solicitar TAC torácico mediante el cual se diagnosticó un aneurisma sacular trombosado de arteria subclavia izquierda proximal fisurado hacia la cavidad pleural produciendo un hemotórax de cantidad moderada. Tras esto se derivó al paciente al Sº Cirugía Vascular donde implantaron una endoprótesis vascular en la arteria subclavia.

Conclusiones:

Ante un paciente asintomático con inicio súbito de clínica de dolor torácico en hemitórax izquierdo debemos comprobar la ausencia de soplos cardíacos y la presencia de los pulsos en extremidades, ya que, debe descartarse entre las causas principales un aneurisma de aorta torácica o alguna de sus ramas. El primer síntoma de un aneurisma de subclavia es el dolor por compresión de las estructuras adyacentes previo a la rotura. Para el diagnóstico inicial se debe solicitar una analítica básica (con resultado normal en la mayoría de los casos si el aneurisma no se ha roto), ECG y radiografía de tórax aunque el diagnóstico definitivo será mediante TAC y angioTAC, ya que, nos dará mucha más información de cara a la intervención reparadora.

P-1176

SIGNOS DE ALARMA

D Fernández de Velasco Pérez (1), M Pozo Peña (1)

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Palabras claves: apraxia, debilidad muscular, bradicinesia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Se presenta el caso de un paciente varón de 64 años que acude a urgencias por cuadro de instauración progresiva desde hace dos meses de pérdida de fuerza en miembros inferiores hasta imposibilitarle la deambulacion. Asocia síndrome prostático con predominio de urgencia miccional. Como único antecedente de interés destaca esquizofrenia paranoide en tratamiento con risperidona. El paciente niega sensación distérmica o disuria. Valorado inicialmente por Traumatología, se objetiva dudosa paraparesia con fuerza 3/5 en ambos MMII con sensibilidad y reflejos conservados. Se solicita valoración por parte de urgencias generales. El paciente presenta bradicinesia, dificultad predominantemente para iniciar la marcha pero sin clara rigidez articular y coxalgia a la movilización pasiva de MMII. El resto de la exploración física resulta anodina. La analítica y las radiografías de pelvis y lumbosacra no aportan hallazgos de interés. En el sistemático de orina se objetiva hematuria y leucocituria. Se solicita valoración por Neurología y Psiquiatría para descartar parkinsonismo farmacológico. Se solicita además TAC craneal que resulta normal, descartando hidrocefalia normotensiva. Finalmente en la radiografía de tórax se evidencian múltiples nódulos pulmonares bilaterales. Ante la posibilidad de tratarse de una compresión extrínseca medular a nivel lumbar secundaria a neoplasia, se deriva a otro centro para realizar RMN urgente que descarta estenosis de canal pero se intuye desestructuración de la arquitectura renal. Se completa el estudio con TAC que evidencia gran masa renal heterogénea además de hígado y pulmón metastásicos. En ventana ósea se aprecia lesión lítica insuflante en rama ileo-pubiana izquierda, probable causante del dolor incapacitante que motivó la consulta del paciente. Finalmente ingresa a cargo de Urología ya diagnosticado.

Conclusiones:

Este caso pone de manifiesto la dicotomía entre servicios de urgencias con alta capacidad resolutoria en los que el paciente ingresa con un diagnóstico casi completo, y el modelo de urgencia distributiva, donde el paciente ingresa con un diagnóstico sintomático para posterior estudio. La optimización de los recursos en urgencias, y la adecuada diferenciación de la patología que precisa una intervención urgente de aquella cuyo estudio puede ser demorado, contribuyen a una mejora en la calidad y en los tiempos de atención.

CASOS CLÍNICOS

P-1177

BUSCANDO OTRAS POSIBLES CAUSAS

J Rodríguez Pérez (1), P Gómez Rodríguez (1), JM Aguilar Mulet (1), C del Arco Galán (1)

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Palabras claves: síndrome de la vena cava superior, aneurisma, edema

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

OBJETIVOS: El síndrome de vena cava superior, es una entidad relativamente rara muy relacionada con patología oncológica (según algunas series, más del 90% de los casos) pero no debemos olvidar otras posibles etiologías como trombosis en la vena cava superior, cicatriciales, postradioterapia o compresivas. **MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:** En este caso presentamos un paciente de 88 años con antecedentes personales de hipertensión, dislipemia, TVP en MMII hace 20 años, portador de marcapasos desde 2008 por bloqueo trifascicular, aneurisma de aorta torácica intervenido en 2008 y faquectomía ojo izquierdo hace 4 meses. Acude a Urgencias por edema en miembro superior izquierdo y en hemicara izquierda de unos 10 días de evolución. En la exploración física destaca edemas en antebrazo izquierdo, sin objetivarse aumento de partes blandas en hemicara izquierda. Analíticamente sin alteraciones significativas, incluyendo INR de 2.99 (estando anticoagulado con acenocumarol) y en la radiografía de tórax se observa un aumento de tamaño mediastínico, similar a previas. Se realiza ecografía de sistema venoso de miembro superior izquierdo con hallazgos compatibles con trombosis venosa de vena yugular interna izquierda, con vena subclavia izquierda sin datos de trombosis. **RESULTADOS:** Se solicita angio-TAC encontrándose aumento de tamaño de la dilatación aneurismática del cayado aórtico, con unas medidas de la porción anterior del cayado de 8,5 cm (6 cm en TC de 2009). La vena cava superior se encuentra desplazada y comprimida por aneurisma descrito. Ante el cuadro clínico de síndrome de vena cava superior secundario a compresión por aneurisma de aorta ascendente, se avisa a Cardiología, que ingresa al paciente en la unidad coronaria, desestimándose tratamiento quirúrgico y opciones intervencionistas, consensuándose con el paciente opción conservadora.

Conclusiones:

El síndrome de vena cava supone un reto de diagnóstico clínico, que aunque poco frecuente, hay que tener en cuenta en nuestro diagnóstico diferencial ante edema de miembros superiores o faciales. Se debe realizar un diagnóstico etiológico de la causa subyacente, pues el tratamiento es muy variable.

A-1178

UNA DEMENCIA COMO OTRA CUALQUIERA

JA García Cabrera (1), V Llamazares Muñoz (2), L Álvarez Uceda (2), MA Muñoz Muñoz (1), R Illanes Leiva (1)

(1) Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén, (2) Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Palabras claves: demencia, alteración de la marcha, meningioma

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Motivo de consulta: desorientación e incapacidad para la marcha. Historia clínica: Antecedentes personales: alergia a la codeína, HTA, Hipercolesterolémico. Antecedentes familiares: dos hermanos con demencia tipo Alzheimer. Anamnesis: Paciente de 81 años, con diagnóstico reciente desde hace 3 meses de demencia senil, en tratamiento con exelon parches de 9.5 mg, que acude a urgencias por torpeza progresiva para la marcha, disfunción de esfínteres y desorientación de una semana de evolución. Se ingresa en el servicio de neurocirugía para valoración del caso y tratamiento. Exploración en urgencias: Neurológica: PINR con MOE sin alteraciones. Facial centrado. Torpeza progresiva para la marcha, disfunción de esfínteres, desorientación temporoespacial y brasipsíquico. Resto de exploración por aparatos normal. Pruebas complementarias: En urgencias: Analítica: leucocitos 7800, Hb 10, Hto 30%, VCM 88, plaquetas 235000, TPAAct: 82.4%, INR: 1.03, Cr: 0.8, urea 65, iones dentro de la normalidad. TAC craneal sin contraste iv (01/08/15): tumoración extraaxial frontal izquierda de 65 mm de diámetro mayor, con edema importante que provoca compresión y desplazamiento inferior de la región frontal y sistema ventricular. En planta de neurocirugía: TAC postquirúrgico (25/08/14): cambios postquirúrgicos frontales izquierdos. Pequeña cantidad de sangre en lecho quirúrgico. Neumoencéfalo bilateral. Biopsia pieza quirúrgica (26/08/14): meningioma tipo transicional (Grado I). Juicio clínico: meningioma frontal izquierdo tipo transicional Grado I. Diagnóstico diferencial: demencia tipo Alzheimer, hidrocefalia normotensiva. Tratamiento: craniotomía frontal izquierda con extirpación de tumoración. Evolución: adecuada, mejorando por momentos su estado basal con mejoría de la conexión con el medio. Moviliza las 4 extremidades.

Conclusiones:

El meningioma es un tumor de crecimiento lento que surge de la aracnoides. Al menos el 98% se clasificaron como no malignos o inciertos. Se clasifican en grado I (común), Grado II (atípico), Grado III (anaplásico). Constituyen el tumor intracraneal más frecuente y el primero de los tumores espinales intradurales. Su localización más frecuente es parasagital. El diagnóstico se realiza mediante TAC o RMN. Tienen indicación quirúrgica si existe crecimiento por imagen y/o la presencia de síntomas. La mayoría son curables si se resecan completamente.

CASOS CLÍNICOS

P-1179

ROTURA DE PULL-UP GÁSTRICO POR TRAUMATISMO TORÁCICO

J Pedraza García (1), J Valle Alonso (2), F Rosa Ubeda (1), F Rico Rodríguez (1), MA Aguayo López (1), A López Sánchez (1), P Lara Cachinero (1)

(1) Hospital Valle de Los Pedroches, Pozoblanco, Córdoba, (2) Southport and Ormskirk NHS Trust.

Palabras claves: rotura gástrica, esofagectomía, traumatismo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 85 años que acude a urgencias tras sufrir traumatismo directo en hemitórax inferior derecho hace 48 horas. Valorado previamente en atención primaria fue diagnosticado de posible fractura costal, prescribiéndose analgesia y control en 48 horas. Como antecedente de interés presentaba esofagectomía con elevación gástrica por adenocarcinoma de esófago hace 13 años. El motivo principal de consulta era dolor punzante en hemitórax derecho y disnea. A la exploración estaba alerta, orientado y afebril. Frecuencia cardíaca 115 latidos / minuto, presión arterial 124/66 mm Hg, frecuencia respiratoria 24 respiraciones/minuto y saturación de oxígeno de 88%. El paciente presentaba dolor a la palpación a nivel de pared torácica posterolateral derecha. Los ruidos respiratorios estaban ausentes en el hemitórax derecho. Se realiza ecografía en servicio de urgencias objetivando derrame pleural derecho, examen FAST negativo. Hemograma y bioquímica completa normal y en electrocardiograma presentaba taquicardia sinusal. La radiografía de tórax mostró derrame hemitórax derecho. El TAC de tórax sin contraste informó mezcla de fluido y aire en el espacio pleural con compresión del pulmón derecho, sin fracturas costales, así como posible rotura del pull-up gástrico. Se indica TAC con contraste para evaluar la integridad del esófago y el estómago visualizándose una gran cantidad de contraste que llena la pleura y un punto relativamente pequeño de ruptura en el estómago en la zona postero-lateral. Fue remitido de forma urgente a la unidad cardiorrespiratoria del hospital de referencia. Durante su traslado presentó episodio de asistolia que a pesar de los intentos de reanimación no fue posible revertir. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico: Rotura traumática del pull up gástrico con hidrotórax significativo de contenido gástrico.

Conclusiones:

El paciente de nuestro caso es un paciente geriátrico con traumatismo torácico leve visto en un centro de atención primaria y tratado como posible fractura costal. Sin embargo uno de los aspectos más importantes de este caso es la historia previa de pull-up gástrico, esofagectomía y reemplazamiento de éste con ascenso gástrico. No se han reportado casos anteriores de ruptura traumática del pull-up gástrico, sin embargo se ha demostrado que estos pacientes que sobreviven tendrán una calidad normal de vida.

P-1180

HIPERCALCEMIA POR ADENOMA PARATIROIDEO ECTÓPICO COMO CAUSA DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA

I de los Martires Almingol (1), A Vázquez Prat (2), ME Navarro Aguilar (2), N Achkar Tuglaman (2), A García Noain (1), J Navarro Calzada (1)

(1) Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, (2) H. Viamed Montecanal.

Palabras claves: fibrilación auricular, hipercalcemia, adenoma paratiroideo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 79 años, sin alergias, con antecedentes de HTA, IVC, artrosis, osteoporosis y bocio multinodular en tratamiento con Amlodipino 10, omeprazol 20, valsartan 160, calcio+vitamina D. Acude a urgencias por dolor torácico inespecífico y palpitaciones diagnóstica de ACxFA de inicio indeterminado. CHADS VASC2: 4 y HASBLED:2 se inicia Acenocumarol. La paciente también refería náuseas y vómitos ocasionales, dolor torácico atípico y abdominal inespecífico, irritabilidad, hiporexia, sed y dolores musculares. Por tanto se amplía analítica con hallazgo de calcio total de 15,6, lo que unido al malestar general a pesar de revertir espontáneamente a ritmo sinusal se decide ingreso en Medicina Interna. Se diagnostica de hiperparatiroidismo primario por adenoma paratiroideo ectópico mediastínico. Alta con Xinacalcet, fuerosemida, acenocumarol y dronedarona. Posteriormente la paciente acude en varias ocasiones por crisis de fibrilación auricular revirtiendo a sinusal en una ocasión mediante cardioversión eléctrica y otras dos farmacológicamente. En todas esas ocasiones seguía manteniendo niveles elevados de calcio. Cuando se consiguió un adecuado control de las calcemias la paciente dejó de recaer en fibrilación auricular sin necesitar fármacos para mantenerla en RS. Finalmente es intervenida por cirugía torácica y revisada a los tres meses no ha vuelto a presentar arritmias y su metabolismo del calcio es normal.

Conclusiones:

La fibrilación auricular en una patología muy prevalente en urgencias y ante sus recaídas frecuentes o su mala respuesta a tratamientos debemos plantearnos qué está motivando dicha situación. La etiología metabólica es inferior al 3% y casi siempre relacionada con disfunción tiroidea, pero hay otras causas endocrinológicas que aunque menos frecuentes debemos tener en cuenta. Con este caso, interesante por su excepcionalidad (ACxFA en relación con hipercalcemia unido a un hiperparatiroidismo que se sospechó en urgencias así como la localización del adenoma) se demuestra la importancia de la anamnesis en urgencias y de no quedarnos únicamente con el síntoma principal por el que los pacientes acuden a nuestros servicios.

CASOS CLÍNICOS

P-1181

¡DOCTORA, ME ESTOY PONIENDO AMARILLA!

MA Muñoz Muñoz (1), V Llamazares Muñoz (2), L Álvarez Uceda (2), JA García Cabrera (1), R Illanes Leiva (1)

(1) Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén, (2) Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Palabras claves: hepatitis, cirrosis, hemocromatosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Motivo de consulta: Astenia, dolor abdominal Historia clínica: Antecedentes personales: Hipercolesterolemia Anamnesis: Mujer de 61 años, que acude a urgencias por dolor abdominal en hipogastrio, astenia e hiporexia desde hace 1 mes. Recientemente suspendido tratamiento con simvastatina por aumento de transaminasas. Ingresa en el servicio de digestivo con sospecha de hepatitis aguda. Exploración: edemas bilaterales hasta rodilla Pruebas complementarias: Analítica al ingreso (20/08/14): plaquetas 90000, TPA 42.4%, bilirrubina 4.8 (directa 2.4, indirecta 2.4), amilasa 56, AST/ALT 985/1248, FA 242, GGT 638, alfafetoproteína 6.14, CK 213. Serología negativa para VHA, VHB, VHC, VIH, CMV y VEB. Autoinmunidad negativa. Hierro 187, ferritina 1367.1, transferrina 95, IST 154.29%. Ecografía abdominal (21/08/14): cirrosis hepática con atrofia. Ascitis grado II/III Endoscopia alta (25/08/14): gastropatía leve de la hipertensión portal Biopsia hepática (28/08/14): Probable cirrosis. Sugiere etiología en relación a depósito férrico tisular (primario o secundario) Estudio genético (Gen HFE): No se detectan las variaciones buscadas Juicio clínico: Hepatopatía crónica en estadio cirrótico por sobrecarga férrica Diagnóstico diferencial: hepatitis aguda, cirrosis criptogénica Tratamiento: Dieta sin sal, espironolactona 100 mg, furosemida 40 mg Evolución: favorable con remisión de la sintomatología. En seguimiento por digestivo

Conclusiones:

La hemocromatosis es una enfermedad hereditaria que afecta al metabolismo del hierro, provocando un acúmulo excesivo en el organismo. Existen dos formas en que se puede presentar la enfermedad: hereditaria o primaria, debida a una alteración genética (gen HFE en brazo corto cromosoma 6). Adquirida o secundaria a múltiples transfusiones sanguíneas, anemia hemolítica o enfermedades hepáticas como son la hepatitis C y la hepatopatía alcohólica. El diagnóstico se basa en la clínica del paciente, seguida de una bioquímica que confirme la sospecha, a continuación, se realiza un test genético si la bioquímica muestra alteraciones y, finalmente, se hace una biopsia hepática que detalla el daño sufrido en el hígado. El tratamiento de elección en las hemocromatosis primarias es la flebotomía mientras que, en las secundarias, se opta por los quelantes de hierro. Sólo en aquellos casos en que surgen complicaciones hepáticas se plantea la posibilidad de un trasplante.

A-1182

ANGIOEDEMA: INTERACCIÓN GRAVE ENTRE EVEROLIMUS E INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA

MC Gutiérrez Martín, E Planchuelo Medina

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: angioedema, everolimus, IECAS

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Everolimus es un fármaco inmunosupresor cuya combinación con Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECAs) puede producir angioedema con mayor incidencia que de manera independiente, según se ha descrito. Probablemente su incidencia aumente debido al creciente uso combinado. Presentamos el caso de un varón de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial controlada con enalapril y carcinoma renal de células claras diagnosticado en 2006, nefrectomizado y en tratamiento con sunitinib. En 2014 presentó progresión tumoral, sustituyéndose sunitinib por everolimus. Cuarenta días tras el inicio del nuevo tratamiento, acudió a urgencias por tumefacción cervical y extensión faríngea hacia base de la lengua de dos horas de evolución, sin desencadenante ni clínica asociada. A la exploración destacaba edematización severa del suelo de la boca, hemilengua y región cervical izquierda. Presentó rápida evolución con disfagia, sialorrea y voz gangosa, que a pesar de antihistamínicos, corticoterapia y adrenalina, progresó a obstrucción de vía aérea superior precisando finalmente traqueotomía urgente. La triptasa, IgE, C1q, complementos C3 y C4 fueron normales. La Tomografía Computarizada (TC) objetivó edema generalizado con borramiento de planos grasos desde la base de la lengua a laringe, con práctica obliteración del calibre de la vía aérea, y edema del tejido celular subcutáneo hasta la región pretiroidea, sin colecciones ni adenopatías. Tras retirada de everolimus y enalapril, y tratamiento esteroideo a dosis altas, presentó remisión clínica y radiológica en TC en seis días. Se trata de un paciente en tratamiento crónico con IECAs, asintomático, que tras inicio de tratamiento con everolimus presentó cuadro descrito. El diagnóstico más probable es angioedema secundario a la asociación de everolimus e IECA, habiéndose descartado otras etiologías de angioedema.

Conclusiones:

Revisada la literatura, sólo existe un estudio retrospectivo publicado sobre incidencia del angioedema en pacientes que asocian IECAs con sirolimus o everolimus, objetivando incidencia del 6,6% en terapia combinada comparado con un 1.2% en pacientes en monoterapia con sirolimus o everolimus (p=0.01). El angioedema es por tanto un efecto secundario grave y reversible del uso combinado de everolimus e IECAs que debe ser considerado previo a la instauración del tratamiento y seguido durante las fases iniciales del mismo.

CASOS CLÍNICOS

P-1183

ICTUS TALÁMICO TRAS DISECCIÓN ARTERIA VERTEBRAL

FJ Rosa Úbeda (1), J Valle Alonso (2), P Lara Cachinero (1), J Pedraza García (1), MA Aguayo López (1), A López Sánchez (1), F Rico Rodríguez (1)

(1) Hospital Valle de Los Pedroches, Pozoblanco, Córdoba, (2) Accident and Emergency Department, Southport and Ormskirk NHS Trust, Southport, UK.

Palabras claves: ictus, cefalea, disección arteria vertebral

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 40 años con antecedentes de migraña sin tratamiento habitual que consulta por cefalea hemicraneal izquierda, pulsátil, irradiada a región occipital desde hace 2 días, que no cede con su tratamiento analgésico habitual y de mayor intensidad a episodios previos. Tras realizar el examen físico y pruebas complementarias dentro de la normalidad, se administra oxigenoterapia a alto flujo, dexketoprofeno 50 mg y paracetamol 1g endovenoso, presentando mejoría y derivándose a su domicilio. Regresa 48 horas después por persistencia de la cefalea y aparición de hemiparesia e hipoestesia en brazo izquierdo. Además refiere cervicalgia que atribuye desde realización de estiramiento muscular en el gimnasio hace 10 días. Se encuentra despierta, alerta, normoperfundida. Afebril. Estable hemodinámicamente con TA 145/78 mmHg. No alteraciones cardiorrespiratorias ni abdominales. Examen neurológico con hemiparesia con Barrè y Mingazzini 3/5 proximal y distal en brazo izquierdo, con alteraciones en la sensibilidad superficial y profunda. No rigidez de nuca. Analítica sin datos de anormalidad. TAC cráneo se evidencia lesión hipodensa en tálamo izquierdo sugestiva de ictus isquémico. Ingresó en Neurología con sospecha de ictus isquémico talámico secundario a disección arteria vertebral. Se solicitó RNM que mostraba infarto talámico. Tras angio-RNM se confirmó el diagnóstico. JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico talámico secundario a disección de la arteria vertebral izquierda. Se valoró la posibilidad de anticoagulación oral, declinándose por parte de la paciente tras analizar riesgos y beneficios. Se inicio tratamiento con AAS 150 mg/día, con evolución clínica satisfactoria, recuperando completamente déficit motor y quedando ligero déficit sensitivo. Al alta mantiene tratamiento con AAS.

Conclusiones:

1. La disección de la carótida interna o la arteria vertebral es una causa importante de ictus isquémico en pacientes jóvenes o de edad media. 2. Considerar la disección de la arteria vertebral en pacientes que presentan cervicalgia y cefalea occipital, especialmente con traumatismo en el cuello reciente o síntomas neurológicos como ataxia, AIT o ictus. 3. La RNM seguida de la angio-RNM de las arterias cervicales es la técnica de elección en el diagnóstico de la disección de la arteria vertebral. 4. La anticoagulación se recomienda como tratamiento inicial para la disección de la arteria cervical, aunque la evidencia clínica no está disponible.

CASOS CLÍNICOS

A-1184

DEHISCENCIA DE SUTURA TARDÍA AÓRTICA Y SHOCK HEMORRÁGICO TRAS LITOTRICIA EXTRACORPÓREA

S Villar Jiménez, E Montero Romero, F Manresa Manresa,
JJ Castilla Carretero, FT Gómez Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras claves: hemoperitoneum, lithotripsy, aortitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

La aortitis es una vasculitis caracterizada por la afectación inflamatoria de la pared aórtica. Clásicamente la clínica en la fase aguda corresponde a una fiebre sin foco en pacientes con factores de riesgo cardiovasculares. El diagnóstico es difícil de establecer en esta fase de la enfermedad siendo útil la gammagrafía con galio 67, el PET-TAC y con mayor sensibilidad y especificidad que la anterior, la RMN. Presentamos a un varón de 77 años, hipertenso e intervenido en 2002 de un aneurisma de aorta abdominal infrarenal no complicado mediante implantación de injerto protésico aorto-aórtico. El paciente fue diagnosticado de pielonefritis obstructiva secundaria a litiasis renal derecha, desarrollando una sepsis grave por E. Coli multirresistente productor de Blee. El paciente requirió derivación urinaria urgente mediante catéter doble J y antibioterapia intravenosa con meropenem, además de litotricia extracorpórea con ondas de choque (LEOC) para el tratamiento de la litiasis. Durante su estancia, el paciente comienza con un cuadro de dolor abdominal e hipotensión refractaria a volumen. Ante la sospecha de hemorragia intraabdominal se le realiza una TAC donde se evidencia hemoperitoneo y una fuga de contraste activo periprotésica en la zona de la anastomosis proximal del injerto, con realce de contraste de la pared aórtica en fase tardía de la TAC, hallazgos compatibles con dehiscencia de sutura secundaria a aortitis por sepsis. Acto seguido se procedió a la colocación de una endoprótesis aortobiiliaca de 3 módulos vía transfemoral. El paciente fue trasladado a UCI cuya evolución fue satisfactoria.

Conclusiones:

La combinación de antibioterapia y cirugía bien abierta o, cada vez más en auge, la colocación de endoprótesis han incrementado claramente la supervivencia cuando ésta rondaba un 80%. Destacar el tratamiento con LEOC de la litiasis renal como causa probable de la dehiscencia de sutura. Si bien ésta es una complicación altamente infrecuente como consecuencia de dicho procedimiento, existen casos de ruptura aórtica tras LEOC sobre aortas calcificadas. Actualmente esta técnica está contraindicada en pacientes con litiasis en tratar que se encuentren de la vecindad de un aneurisma aórtico abdominal. Sin embargo no existen recomendaciones formales acerca del uso de dicha técnica en pacientes con aortas degeneradas.

P-1185

DOCTORA ME SIGUE DOLIENDO MUCHO

V Madrid Ferreiro, A Cordovilla Moreno, S Martínez
Saldumbide, F Sánchez Salmerón, E Guirado Granados,
M Sánchez García

Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia.

Palabras claves: abdominal pain, intestinal obstruction, hemoperitoneum

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Introducción: Paciente mujer que acude a urgencias por dolor abdominal intenso. Objetivo: Valoración de la intensidad, refractariedad y evolución del dolor en urgencias. Paciente y Método: Paciente mujer de 51 años con antecedentes de hipertensión sin tratamiento, bebedora y consumidora de cocaína ocasional. Varios episodios de neumotórax espontáneos. Histerectomizada hace 4 años por miomas. Apendicectomizada. Acude a urgencias por dolor abdominal difuso constante e intenso de pocas horas de evolución, sin náuseas ni vómitos ni otra sintomatología asociada. Refiere estreñimiento de 4 días de evolución con adecuado ventoseo. En exploración física abdomen doloroso a la palpación de forma difusa aunque sobre todo en mesohipogastrio, sin defensa a ese nivel y sin signos de irritación peritoneal. En analítica presenta leucocitosis de 16500, función renal conservada. Resto sin hallazgos patológicos. Orina sin alteraciones. Etanol negativo. Cribado de drogas de abuso: positivo para cocaína. GSV: pH 7.4, bicarbonato normal, Lactato 1.1.Rx abdomen: heces en todo el marco cólico. Sin signos de obstrucción intestinal ni perforación. En todo momento se encuentra hemodinamicamente estable con TA, FC y FR dentro de los límites de la normalidad. A pesar de múltiple analgesia incluso precisando de cloruro morfínico, la paciente continua con insistentes quejas de dolor, por lo que se decide observar evolución y solicitar ecografía abdominal, que informa de líquido libre y dilatación de asas de delgado, por lo que se le realiza una TAC abdominal en el que se ven signos de obstrucción intestinal con isquemia parietal probablemente secundaria a brida. Se interviene de forma urgente mediante laparotomía media suprainfraumbilical con hallazgos de hemoperitoneo, precisando de resección de yeyuno distal por necrosis y anastomosis latero-lateral. Resultados: Obstrucción intestinal por adherencias.

Conclusiones:

En urgencias, debemos dar importancia a la clínica del paciente aunque inicialmente, tanto la exploración física como las pruebas complementarias no presenten hallazgos patológicos. Valorar la intensidad, refractariedad del dolor y evolución del cuadro clínico para la toma de decisiones de la solicitud de nuevas pruebas complementarias así como del destino del paciente.

CASOS CLÍNICOS

P-1186

MUERTE POR HIPERTERMIA MALIGNA TRAS
CONSUMO DE TÓXICOS

M Pérez Sánchez, F Salvador Suárez, Y Juan García,
J Mansilla Collado

Hospital Lluís Alcanyís. Mislata.

Palabras claves: hipertermia maligna, cocaína, dantroleno

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA: Varón de 27 años traído a urgencias por el transporte sanitario medicalizado con sospecha de intoxicación aguda por alcohol y cocaína según información aportada por los amigos del paciente. A su ingreso en Reanimación el paciente presenta: CONSTANTES: Temperatura 39°C. Tensión Arterial: 170/80. Saturación de Oxígeno(con mascarilla reservorio): 75% Frecuencia Cardíaca 140 lpm. EXPLORACION FÍSICA: Pupilas medias arreactivas. Rigidez muscular de miembros, mas evidente en miembros inferiores, con dificultad para la movilización pasiva. Auscultación Cardiorrespiratoria: Taquicárdico y rítmico. Murmullo vesicular disminuido. Abdomen: Contracción muscular de rectos. Inspección: No se aprecian signos externos de violencia. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Hemograma:Normal Bioquímica: Urea 8 mg/dl, Sodio 156 MEq/L, Creatinina 0.3 mg/dL, Calcio 3.4 mg/dL CO₂ 8.4mEq/L. Toxícos Orina: Benzodiacepinas, Cocaína y Tetrahidrocannabinol positivos DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Shock Séptico Golpe de Calor Hipertermia Maligna Crisis Tirotóxica Intoxicación Aguda desconocida EVOLUCIÓN EN URGENCIAS: Ante el cuadro inicial se inicia maniobras de soporte vital inmediato. Se intenta aislamiento de la vía aérea siendo imposible la intubación orotraqueal y la colocación de dispositivo avanzado supraglótico por contracción de maseteros y rigidez cervical a pesar de la sedación y relajación muscular por lo que se procede al aislamiento quirúrgico realizándose cricotiroidectomía urgente, durante la cual el paciente sufre parada cardiorrespiratoria (PCR) por asistolia. Tras 30 minutos de resucitación cardiopulmonar (RCP) recupera circulación espontánea (RCE) iniciando medidas post-paro cardíaco, apreciándose espasmos carpopedales. Tras hablar con familiares, el paciente tenía un antecedente previo de hipertermia en relación con anestesia. Así que se inicia tratamiento con Dantroleno a dosis 2.5 mg/kg y medidas físicas. A pesar de ello sufre nueva PCR siendo exitus tras 30 minutos de RCP sin RCE.

Conclusiones:

La hipertermia maligna es un síndrome hipermetabólico que ocurre en pacientes genéticamente susceptibles por exposición generalmente a determinados anestésicos pero que también puede desencadenarse por el consumo de otros tóxicos y que se puede convertir en una verdadera emergencia si se retrasa su diagnóstico. Anestesia en su práctica habitual intenta identificar a dichos pacientes, pero también los médicos de urgencias han de saber identificar de modo precoz este síndrome dado su tratamiento específico y su comportamiento atípico en la parada cardiorrespiratoria.

CASOS CLÍNICOS

P-1187

VISIÓN GLOBAL

A Cordovilla Moreno, V Madrid Ferreiro, T Galera Galera,
M Martínez Andreu, Z García Soto

Hospital Universitario Santa Lucía. Aguadulce.

Palabras claves: sepsis, anemia, institutionalization

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Introducción: Paciente varón que acude a urgencias para transfusión sanguínea por anemia crónica reagudizada. Objetivo: Valoración global del paciente, independientemente de su motivo de consulta. Paciente y Método: Paciente de 70 años con antecedentes de hipertensión, enfermedad arterial periférica con amputación de miembro inferior derecho, pendiente de amputación de miembro inferior izquierdo aplazado por imagen condensativa en lóbulo pulmonar inferior derecho hasta completar estudio. Cardiopatía isquémica crónica con IAM no Q reciente. Síndrome proliferativo mieloide crónica tipo LMC. Demencia multifactorial. Institucionalizado. Acude remitido desde Hospital de cuidados medios para transfusión sanguínea por anemización de anemia crónica. A su llegada se historia al paciente comentando su acompañante infección urinaria en tratamiento con antibiótico hasta 2 días previos al ingreso, Refieren pico febril de 39° pero sin acompañarse de cuadro respiratorio ni síndrome miccional. En exploración física destaca Tensión 70/40, Frecuencia cardiaca 110 lpm, Saturación oxígeno 92%, destacable en la exploración Necrosis seca de miembro inferior izquierdo aunque no se aprecia supuración. Resto de exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos patológicos. En analítica hemoglobina 6.1, hematocrito 20.3, leucocitosis 10310 (9130 Neutros), función renal conservada. Orina 5-10 leucos por campo. Proteína C reactiva 31, Procalcitonina 1.21. Radiografía Tórax: imagen condensativa en Lóbulo inferior derecho (descriptas previamente). Radiografía abdomen sin hallazgos patológicos. Hemocultivos positivos para SARM. Resultados: Sepsis secundaria a Necrosis seca Miembro inferior izquierdo.

Conclusiones:

A pesar de trabajar en un servicio de urgencias, donde tenemos gran carga asistencial, no debemos olvidar que nuestra labor como médicos no es centrarnos en solucionar aquellos problemas más visibles, sino realizar una valoración global del paciente integrando todas sus patologías. Recibimos a lo largo de los días, un número importante de pacientes como el de este caso, institucionalizados, pluripatológicos, muy complejos, en los que si sólo nos centramos en el motivo por el que vienen derivados, se nos escaparían patologías concomitantes más graves.

P-1188

CADA MINUTO CUENTA

VE Pacheco Barcia, EN Navarro Jiménez, S Bashir Viturro,
P Largo Flores, J Rogado Revuelta, C del Arco Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Palabras claves: disección arteria carótida, ictus, focalidad neurológica

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: La disección de arteria carótida (DAC) supone un 2% de los accidentes cerebrovasculares, siendo una entidad rara que requiere un elevado nivel de sospecha para su diagnóstico. Ante cualquier focalidad neurológica, el diagnóstico ha de realizarse precozmente, ya que incluye patologías tiempo-dependientes, cuyo tratamiento y pronóstico se ensombrecen al pasar los minutos. Objetivo: Describir la DAC como causa de focalidad neurológica, en ocasiones fluctuante, en pacientes jóvenes sin factores de riesgo cardiovasculares (FRCV). En ellos, la incidencia de infartos cerebrales por esta etiología representa hasta el 20%. La ausencia de FRCV y la fluctuación de la exploración física pueden convertirse en importantes factores de confusión en los servicios de urgencias (SU). Pacientes y método: Presentamos a una mujer de 47 años de edad, sin FRCV conocidos, que acude al SU, por sus propios medios, por cuadro brusco, autolimitado y no objetivado por terceros, de pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo, con caída sin pérdida de consciencia, ni traumatismo, que mejora a los 20 minutos. La paciente refiere cefalea hem craneal opresiva que abarca oído derecho y parte superior cervical derecha. A su llegada al SU no presenta focalidad neurológica y ante sospecha de accidente isquémico transitorio pasa al área de observación. A los 30 minutos presenta nuevo episodio de focalidad, objetivándose hemiparesia izquierda y desviación de comisura bucal hacia la derecha. Se activa Código Ictus: NIHSS 12. Resultados: En TC cerebral se observa oclusión en tándem carotídea (secundario a disección) y del segmento M2 de la arteria cerebral media derecha (ACM), infarto establecido que afecta a la corteza insular posterior derecha y al brazo posterior de la cápsula interna ipsilateral. Tras la fibrinólisis IV persiste clínica, con mayor déficit, NIHSS 17, por lo que se decide tratamiento intervencionista con trombectomía mecánica, logrando recanalizar la división inferior de la ACM derecha, persistiendo defectos de repleción, en su conjunto TICI IIa.

Conclusiones:

Ante todo paciente joven con focalidad neurológica fluctuante, el diagnóstico diferencial siempre debe incluir la DAC, incluso sin traumatismo previo. Los síntomas neurológicos no objetivables en el SU suponen un reto para el clínico, y en este caso, cada minuto cuenta.

CASOS CLÍNICOS

A-1189

ALCOHOL COMO PRECIPITANTE DE TAQUICARDIA POR REENTRADA EN SÍNDROME DE PREEXCITACIÓN

ML Martín Jiménez, H de la Torre Martí, A Junco García,
E García Guijarro, JF Montoro Lara, P Molina Ávila
Hospital Puerta de Hierro Majadahonda-Madrid. Matalpino.

Palabras claves: taquicardia, preexcitación, alcohol

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Describimos un caso de taquicardia por reentrada con inestabilidad hemodinámica en una paciente con Wolff Parkinson White (WPW) no conocido, precipitada por consumo de alcohol. Mujer de 21 años sin antecedentes de interés. Acude a Urgencias por palpitaciones y sensación de vuelco en el corazón de 20 minutos de duración, de inicio tras consumir varias copas de bebidas de alta graduación en una fiesta. A su llegada tensión arterial (TA) 85/45 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) 220 lpm y mala tolerancia clínica. Exploración rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin edema ni otros datos de congestión. Se realiza electrocardiograma (ECG) inicial: taquicardia regular de QRS ancho a 234 lpm. RP > PR, compatible con taquicardia por reentrada auriculoventricular (AV) ortodrómica conducida con aberrancia. Se administran 5 mg de midazolam y 5 mg de Morfina intravenosas (IV) previas a realizar cardioversión eléctrica (CVE) dada la inestabilidad hemodinámica que presenta. A los pocos segundos, el ECG pasa a taquicardia regular de QRS estrecho a 220 lpm. RP > PR TA 104/75 mmHg. Tras 6 mg de Adenosina IV salida en ritmo sinusal a 87 lpm, QRS estrecho, eje normal y onda delta en V3. La paciente es remitida a unidad de arritmias, objetivando en estudio electrofisiológico síndrome de WPW con vía derecha anterior, ablacionada sin incidencias.

Conclusiones:

En este caso se demuestra cómo el consumo de grandes cantidades de alcohol de forma aguda puede desenmascarar arritmias supraventriculares, debido a su efecto inotrope y cronotrope positivo mediado por la liberación de catecolaminas. No debemos olvidar que ante una taquicardia de QRS ancho con inestabilidad hemodinámica el tratamiento de elección, aunque estemos en un paciente joven sin antecedentes cardiológicos conocidos, ha de ser la cardioversión eléctrica. Una de las situaciones más peligrosas en estos pacientes es que entren en fibrilación auricular (con frecuencia precipitada por el consumo de alcohol, el llamado "corazón del fin de semana") pues existe el riesgo de degenerar a fibrilación ventricular. Es importante señalar la contraindicación de los frenadores de nodo AV (verapamilo, digoxina, B bloquantes...), siendo el fármaco de elección la procainamida, siempre que exista buena tolerancia hemodinámica.

A-1190

DISECCIÓN DE LA ARTERIA VERTEBRAL: UNA PATOLOGÍA A CONSIDERAR EN CASO DE DOLOR CERVICAL

RE Bautista Alonso (1), MA Vicente Altabás (2), M Povar Echeverría (2), M González Sánchez (1), E Artajona Rodrigo (1), A Juez Jiménez (1)

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: disección de la arteria vertebral, accidente cerebrovascular, dolor de cuello

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 41 años sin antecedentes. Refiere 6 días de dolor cervical derecho espontáneo refractario a analgesia habitual, que irradia a hemi-cráneo ipsilateral. Acude a Urgencias por cuadro de 3 horas de vértigo, vómitos, dificultad para la articulación del lenguaje y adormecimiento de hemifacies derecha. En la exploración destaca: tensión arterial 180/110mmHg, habla hipofónica, disartria, disfagia, desviación de la mirada hacia la derecha, nistagmus horizonte-rotatorio en todas las direcciones de la mirada con diplopía vertical, desviación de la úvula hacia la izquierda con velo del paladar derecho descendido y dismetría de predominio derecho. Exploraciones complementarias: Electrocardiograma en ritmo sinusal. Analítica sanguínea y radiografía de tórax normales. Tomografía computarizada (TC) craneal sin alteraciones. Ante sospecha de ictus isquémico en territorio vertebrobasilar, se realiza fibrinólisis intravenosa. El EcoDoppler de troncos supraórticos y transcraneal resultan compatibles con disección de arteria vertebral derecha. Transcurridas 8 horas desde el inicio del cuadro, el paciente presenta empeoramiento clínico, asociando parálisis de hemilengua derecha, hipoestesia y paresia braquiocrural izquierdas. Se repite TC, evidenciando isquemia en bulbo y hemisferio cerebeloso derechos. La arteriografía confirma disección de arteria vertebral derecha, por lo que se procede a angioplastia e implante de stent sobre la misma, consiguiendo permeabilidad de los segmentos tratados.

Conclusiones:

Las disecciones arteriales espontáneas son una causa común de ictus, particularmente en adultos jóvenes, en los que supone hasta un 20% de ictus isquémicos. La disección de arteria vertebral tiene una tasa de incidencia anual de 0,97 por 100.000, y debe sospecharse en los casos de dolor cervical asociado a alteración sensitivo-motora contralateral y de pares craneales ipsilaterales. Se recomienda con un nivel de evidencia 2A la fibrinólisis intravenosa en disecciones con ictus isquémico agudo durante las primeras 4.5 horas desde el inicio de la sintomatología. Las técnicas endovasculares constituyen una alternativa en pacientes con isquemia recurrente a pesar de la terapia antitrombótica. El pronóstico se relaciona directamente con la severidad del evento isquémico, con una mortalidad del 5 al 10%.

CASOS CLÍNICOS

A-1191

CUERPO EXTRAÑO OCULAR TRAS VIAJE A CAMERÚN

ML Martín Jiménez (1), S Lago Antón (2), M Fernández Tomás (2), E García Guijarro (1), P Molina Ávila (1)

Hospital Puerta de Hierro Majadahonda-Madrid. Matalpino.

Palabras claves: fiebre, viajero, ojo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Objetivo: Describimos un caso de loiasis ocular tras viaje a Camerún. Material o pacientes y método: Mujer de 32 años que acude a urgencias por sensación de cuerpo extraño intraocular móvil en ojo derecho de menos de 24 horas de evolución. Sin antecedentes personales de interés. Refiere lesiones móviles subcutáneas evanescentes desde hace 4-5 meses, no estudiadas. Bióloga, viaje hace 1 año a Camerún para estudio de calidad de aguas. A la exploración únicamente destaca hiperemia bulbar derecha con impronta conjuntival en sector superotemporal. Ojo izquierdo y resto incluido piel anodinos. Resultados: En analítica urgente se objetivan 14.000 leucocitos con 45 % de eosinófilos, resto normal. Se extrae en quirófano un parásito del espacio subconjuntival derecho, con confirmación posterior en análisis microbiológico de filariasis Loa Loa adulta. La paciente es remitida a hospital de referencia en enfermedades infecciosas, siendo diagnosticada de loiasis y recibiendo tratamiento con Dietilcarbamazina previa reducción de parasitemia con Albendazol.

Conclusiones:

La loiasis es un tipo de filariasis causada por el nemátodo Loa Loa y transmitida por la picadura de la mosca hembra Chrysops que típicamente deposita sus huevos en pantanos fangosos. Es una entidad endémica en África central y occidental. Tras la picadura, las larvas maduran hasta convertirse en adultos a los 3 meses. A los 6-12 meses comienzan a producir miles de microfilarias que son liberadas al torrente sanguíneo. El nemátodo adulto puede vivir más de 20 años. En la mayoría de los pacientes la infección es asintomática, siendo las manifestaciones más frecuentes las lesiones subcutáneas evanescentes (conocidas como hinchazones Calabar) y la migración suconjuntival. Se han descrito casos, aunque con menor frecuencia, de encefalitis y miocardiopatía por fibrosis endomiocárdica. El hallazgo analítico más prevalente es la eosinofilia, presente hasta el 84 % de los casos. Debemos sospechar esta patología ante epidemiología sugestiva (viaje a país endémico con o sin manipulación de aguas pantanosas), sintomatología ocular y cutánea junto con llamativa eosinofilia en el hemograma. En la actualidad no disponemos de vacuna frente a la infección por Loa Loa, por lo que se deben extremar las medidas de protección personal ante picaduras de moscas.

A-1192

DOLOR TORÁCICO Y FIEBRE TRAS CIRUGÍA CARDIACA

E García Guijarro, C Gómez Peñalba, JF Montoro Lara, ML Martín Jiménez, M Fernández Tomás, L Ferrer Armengou

Hospital Puerta de Hierro Majadahonda-Madrid.

Palabras claves: mediastinitis, fiebre, infección

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Describimos un caso de mediastinitis anterior. Mujer de 68 años con antecedentes de fibrilación auricular permanente anticoagulada, cardiopatía valvular de origen reumático intervenida el 19 enero 2015 con reemplazo valvular mitral por prótesis mecánica y anuloplastia tricúspide. Acude a Urgencias por fiebre de 38,5°C, tos con expectoración purulenta y dolor torácico en región de esternotomía de tres días. Presentaba supuración por cicatriz desde la operación. No otra sintomatología. En la exploración física TA: 85/57mmHg, FC:110-120 lpm, afebril, saturación O2 93% basal. En tercio superior de cicatriz presenta dehiscencia de 3cm con supuración de material seropurulento, leve eritema periférico y zona dolorosa a la palpación. Resto de exploración normal. Analítica con leucocitosis con neutrofilia (L: 20280 N: 81,6%) y leve aumento de PCR (16), sin otras alteraciones. En radiografía de tórax se observa ensanchamiento mediastínico, completando estudio con TAC tórax que muestra colección en mediastino anterior subyacente a sutura esternotomía con burbujas en su interior y fistulización cutánea compatible con mediastinitis anterior. Ante cuadro de sepsis secundaria a mediastinitis anterior ingresa en Cirugía Cardíaca con tratamiento empírico con vancomicina y ceftazidima previa toma de cultivo y se realiza a las 24 horas cirugía urgente con colocación de V.A.C. Cuatro días tras inicio de antibioterapia se objetiva en cultivo crecimiento de SAMS, por lo que se des-escala a cloxacilina con buena evolución posterior. Cultivo recogido tras nueve días de antibioterapia negativo.

Conclusiones:

Actualmente la mayoría de casos de mediastinitis se producen tras intervenciones de cirugía cardiovascular o torácica. El factor más importante para su desarrollo es la infección de la herida quirúrgica durante la intervención. La mayoría de las infecciones son monomicrobianas. En revisiones prospectivas el microorganismo más frecuentemente aislado es el SAMS (45%), seguido de bacilos gram negativos (17%). La incidencia de mediastinitis está en torno al 1.7% en nuestro centro. El tratamiento precisa antibioterapia empírica precoz y limpieza quirúrgica así como tratamiento de presión negativa en la herida. Se debe cubrir empíricamente cocos gram positivos incluyendo SARM y bacilos gram negativos incluyendo Pseudomonas hasta resultado de antibiograma, manteniéndolo un mínimo de 2-3 semanas. La mortalidad está en torno al 12-50%.

CASOS CLÍNICOS

P-1193

LAS MIL CARAS DEL DOLOR LUMBAR

C Cuéllar Pérez-Ávila, J Cornago Navascúes, E Platas Gil,
M Sánchez Galindo, A Von Wernitz, C del Arco Galán
Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. Majadahonda.

Palabras claves: low back pain, hipercalcemia, multiple myeloma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN. El síndrome hipercalcémico consiste tanto en la elevación de los niveles de calcio plasmáticos, como en las manifestaciones clínicas que conlleva, siendo variadas y multisistémicas. Igualmente, plantea un reto realizar un buen diagnóstico diferencial etiológico, en ocasiones multifactorial, y un buen manejo en urgencias para evitar complicaciones que pueden producir consecuencias graves para el paciente. **OBJETIVO** Detectar datos de alarma en el dolor lumbar. Manejo de hipercalcemia en urgencias. **MATERIAL O PACIENTE Y MÉTODO** Mujer de 59 años, fumadora, sin antecedentes médicos de interés, acude a Urgencias por dolor lumbar bilateral mecánico, debilidad en miembros inferiores y dolor costal de 10 días de evolución, acompañado de síndrome constitucional. A la exploración física objetivamos bradipsiquia, bradialia, desorientación y deshidratación. Presenta dolor a la palpación lumbar y arcos costales sin debilidad en miembros inferiores ni apofisalgias. Estable hemodinámicamente. En la analítica inicial destaca anemia, plaquetopenia, alteración de la coagulación, fracaso renal agudo de origen renal, alcalosis metabólica e hipercalcemia. Inicialmente se maneja de forma conservadora (sueroterapia y diuréticos intravenosos). **RESULTADOS** Tras segunda analítica objetivamos empeoramiento de niveles de hemoglobina y función renal, elevación de proteínas totales, hipercalcemia severa (calcio total 17,4 mg/dl), hiperuricemia, viscosidad sanguínea elevada, PTH normal. B2microglobulina elevada y pico monoclonal beta. En radiografía lumbosacra, disminución de la altura del cuerpo vertebral L1. Se decidió hemodializar por hipercalcemia severa y alteración neurológica, así como trasfunder dos concentrados de hemáties. Posteriormente, ante hallazgos que sugieren neoplasia hematológica (mieloma múltiple), se ingresa a cargo de Hematología para completar estudio e iniciar quimioterapia.

Conclusiones:

Por tanto, debemos fiar correctamente el tipo de dolor, identificar los datos de alarma que indiquen la realización de pruebas complementarias y realizar un diagnóstico diferencial de las alteraciones (en nuestro caso, hipercalcemia). Esto es fundamental puesto que la hipercalcemia grave junto con alteraciones del sistema nervioso central y fracaso renal, representan una verdadera urgencia médica, obligando la instauración de medidas correctoras inmediatas para restablecer la homeostasis y el buen funcionamiento de estos órganos.

P-1194

¿CÓDIGO ICTUS?

P Molina García (1), E Ruiz-Cabello Crespo (2), A Bellido Salvatier (3)

(1) C.S. Tiro de Pichón, Málaga, (2) C.S. Carranque, Málaga, (3) C.S. Puerta Blanca, Málaga. La Cala del Moral.

Palabras claves: stroke, encephalitis, herpes simplex

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 78 años con antecedentes de HTA. Activa código ictus por dificultad para el habla, sacudidas hemifaciales y debilidad de miembro superior derecho de forma brusca. Fue encontrada por su hijo hacía una hora, previamente había sido vista hacía dos horas. No se había presenciado convulsión. Tenía TA 150/90, SatO₂ 98% y T^a 36°C. Presentaba mordedura lingual bilateral. Estaba consciente, afásica, con borramiento de surco nasogeniano derecho y hemiparesia derecha. El análisis sanguíneo fue normal, el ECG demostró ritmo sinusal, la Rx de tórax era anodina y en el TC de cráneo se evidenciaron lesiones crónicas bihemisféricas de pequeño vaso y calcificaciones vasculares, pero no lesiones agudas. Se estableció la sospecha diagnóstica de "probable crisis generalizada sintomática no presenciada de origen focal, con déficit neurológico hemisférico izquierdo". Esto desestimaba la fibrinólisis. Durante las horas siguientes hizo un pico de 37,8°C, un doppler cervical y transcraneal descartó estenosis arterial, y ante empeoramiento clínico se procedió a punción lumbar demostrando pleocitosis mononuclear. Se comenzó tratamiento empírico con aciclovir, y el análisis de PCR permitió establecer el diagnóstico de "Encefalitis herpética por VHS-1". La RM cerebral demostró una lesión isquémica parietal izquierda de probable origen vasculítico. Al alta había recuperado parcialmente el lenguaje y no presentaba déficit motor.

Conclusiones:

Este caso ilustra la importancia de la anamnesis y la exploración para un correcto diagnóstico. Frente a un déficit motor agudo, interpretado habitualmente como "ictus", las claves anamnésicas – clonias hemifaciales – y exploratorias – mordedura lingual lateral – inducen la sospecha de crisis generalizada pese a no haber sido presenciada. De este modo se evitó la aplicación de un tratamiento fibrinolítico que, lejos de ayudar, podría haber precipitado la transformación hemorrágica de una encefalitis necrotizante como la herpética. La encefalitis por herpes puede simular un ictus isquémico, e incluso producirlo por un mecanismo de vasculitis, lo que obliga a tener muy en cuenta la entidad en el diagnóstico diferencial de los eventos ictales.

CASOS CLÍNICOS

A-1195

ICTUS ISQUÉMICO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE MIOCARDIOPATÍA DILATADA

Al Baguer Bascuas, MM Berned Sabater, Al Condon Abanto,
I Fonoll Tassier, N Alba Molina, LM Mateo Gallego
Hospital Joan XXIII. Tarragona.

Palabras claves: cardiopathy dilated, ictus, dysfunction ventricular

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial sin tratamiento médico, sin hábitos tóxicos, cuadro febril hace dos meses. Derivada a nuestro centro como código ictus. A su llegada a urgencias presenta Tensión arterial (TA) 166/108. Frecuencia cardíaca (FC) 91pm, Saturación oxígeno 98%. A la exploración física destaca paresia facial dcha, hemiparesia derecha leve, sin déficit sensitivo ni corticalidad, NIHSS 3. Auscultación cardíaca tonos rítmicos con ritmo de galope. El resto anodino. Se realiza Analítica donde destaca TTPA 1.3, resto sin alteraciones significativas. Angio TAC cerebral sin hallazgos patológicos. ECG donde se objetiva ritmo sinusal a 75 pmin con Bloqueo de rama izquierda (BRI) (Conocido desde hace 5 años a raíz de un preoperatorio). Rx tórax que muestra cardiomegalia importante a expensas del ventrículo izquierdo sin signos de insuficiencia cardíaca. Ecocardiograma que muestra muy severa dilatación de ventrículo izquierdo, con hipocinesia severa total y asincronía evidente por bloqueo de rama izquierda. Adelgazamiento de pared. Fracción eyección estimada 20%. Ventrículo derecho normal. Disfunción diastólica grado IV. Insuficiencia mitral funcional moderada. Hipertensión pulmonar moderada. Signo de Presión Venosa Central elevada. La paciente es diagnosticada de ictus menor de origen cardioembólico (no tributaria a fibrinólisis), secundario a la miocardiopatía dilatada diagnosticada en urgencias. Se inicia tratamiento antiagregante y anticoagulante a dosis terapéuticas, IECAS a dosis bajas y diurético e ingreso en cardiología para completar estudio.

Conclusiones:

Aproximadamente el 80% de los accidentes cerebrovasculares (ACV) se debe a un infarto Isquémico cerebral, de ellos un 20-30% están relacionados con enfermedades cardíacas. La más frecuente es la Fibrilación Auricular causante del 50% de dichos eventos, aunque no debemos olvidar el riesgo embolígeno de otras patologías cardíacas como: las valvulopatías, el infarto agudo de miocardio, endocarditis, anomalías del septo, insuficiencia cardíaca, y la miocardiopatía dilatada. Los pacientes con miocardiopatías dilatadas que están en ritmo sinusal tienen un riesgo de ictus del 2 al 3,5 % por año. Algunos estudios indican que el riesgo puede aumentar con la reducción de la fracción de eyección. Ante todo paciente con clínica sugestiva de ictus, es recomendable realizar de forma sistemática electrocardiograma y radiografía de tórax.

A-1196

SIGNO DEL PULGAR: UNA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POCO FRECUENTE

AM Mur Pérez (1), P Liévano Segundo (2), M Rivas Jiménez (3)
(1) Centro de Salud Valdefierro, (2) C.S. Bombarda, (3) Urgencias
(Hospital Clínico Zaragoza). Zaragoza.

Palabras claves: epiglottitis, signo del pulgar, anafilaxia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Caso clínico: Mujer de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial esencial y neoplasia mamaria izquierda (mastectomía, linfadenectomía, radioterapia y quimioterapia). En tratamiento con Amoxicilina-clavulánico y Mupirocina presenta desde hace 3-4 días una tumoración cervical anterior. Acude a Urgencias, 48 horas después por: sensación de disfagia, disnea laríngea, tos intensa, disfonía y episodio de "sensación subjetiva de taponamiento laríngeo". Exploración general: FC 100 lpm, SatO2 95%, eupneica, normohidratada, normocoloreada, sin signos de dificultad respiratoria. Obesidad generalizada. Exploración oral y faríngea: normal. Auscultación cardio-pulmonar: normal. Resto de exploración sin hallazgos. Radiografía cervical (2P): aumento de tamaño de epiglottis. Signo radiológico del pulgar. Ante la sospecha de epiglottitis irritativa versus edema angioneurótico mediado por bradicininas se solicita valoración por especialista de Otorrinolaringología que informa de edema aritenoides, con buen espacio glótico y movilidad de cuerdas vocales normal mediante fibroscopia faríngea. Resultados: Se decide ingreso en Servicio de Otorrinolaringología donde la paciente evoluciona de forma favorable permaneciendo en todo momento estable clínica y hemodinámicamente. Se le pauta tratamiento antiinflamatorio y corticoideo. Posteriormente se realiza exéresis programada de la tumoración cervical anterior, con resultado anatomopatológico de quiste abscesificado.

Conclusiones:

La paciente presenta un cuadro poco común (epiglottitis del adulto con obstrucción parcial de vía aérea) que en un primer momento se asocia a reacción alérgica local o anafiláctica (generalizada). Dicha reacción puede deberse a la toma del tratamiento antibiótico (amoxicilina con clavulánico) o a un proceso inflamatorio de origen infeccioso viral. La epiglottitis es una emergencia médica por inflamación de estructuras supraglóticas (epiglotis y músculos aritenoides) y compromiso brusco de la vía aérea que en casos graves requiere traqueotomía para asegurar la permeabilidad de la vía aérea. El agente causante principal es Haemophilus influenzae, aunque también lo causan Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis y estafilococos. Es una patología poco común y típica de la infancia (0,8 a 3,1% según las series), siendo excepcional su aparición en adultos.

CASOS CLÍNICOS

A-1197

UNA CAUSA DE DOLOR A TENER EN CUENTA

M Quero Escalada, L Hernández Castells, L Sánchez Amo,
P Pardo Rovira, R Piñero Panadero, M Domínguez García

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Palabras claves: rotura de la aorta, enfermedad aguda,
diagnóstico por imagen

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón, 47 años con hipertensión arterial, déficit de vitamina B12, enfermedad de Crohn complicada previamente, intervenida y endoscopia reciente con estenosis esofágica distal. Presenta dolor abdominal brusco difuso, intenso en epigastrio irradiado hasta mandíbula (precisó Fentanilo intravenoso para su control) con estabilidad hemodinámica aunque tendencia a hipertensión, sin focalidad neurológica, pulsos femorales vivos con soplo en izquierdo, resto de la exploración normal. Pruebas complementarias: electrocardiograma, radiografías tórax y abdomen sin hallazgos, en analítica Dímero D de 27.466ng/mL, se realiza AngiografíaTC de Aorta toracoabdominal con disección aórtica (DA) tipo A desde origen hasta ilíacas y troncos suprAAórticos. Iniciamos perfusión de Nitroglicerina (contraindicado Nitroprusiato por déficit de B12) con control de la tensión. Dado que se encuentra estable, se traslada para valoración por Cirugía Cardíaca de referencia donde precisa perfusión de Labetalol por nueva hipertensión. En ecocardiograma no se visualiza bien válvula aórtica que presenta insuficiencia moderada, ventrículo izquierdo normal. Se realiza tratamiento definitivo con colocación de prótesis tubular supra-coronaria.

Conclusiones:

La DA es poco frecuente, su diagnóstico y tratamiento tempranos son cruciales. Se desencadena por un desgarro súbito de la íntima arterial, entrando la sangre en la pared creando una falsa luz cuya propagación, es responsable de la clínica. El 90% de los casos presentan dolor torácico intenso e irradiado pero las manifestaciones pueden ser atípicas y confusas. Los factores de riesgo: edad avanzada, sexo masculino, hipertensión arterial, aterosclerosis y aneurisma aórtico preexistente. En pacientes jóvenes aparecen otros: trastornos de colágeno vascular, válvula aórtica bicúspide, coartación aórtica, traumatismos de alta intensidad, consumo de cocaína... El sistema de Stanford, más utilizado, las clasifica según afecte a aorta ascendente: tipo A (casi dos veces más frecuente, una emergencia quirúrgica) y las demás: tipo B, pueden tratarse médicamente en pacientes hemodinámicamente estables y sin complicaciones. El Dímero-D identifica pacientes sin DA, generalmente el resto de la analítica es normal, el electrocardiograma puede mostrar cambios crónicos y el diagnóstico definitivo requiere su demostración en los estudios de imagen. El tratamiento

consiste en estabilizar al paciente realizando control agresivo de la hipertensión y taquicardia para reducir su progresión asociado a control del dolor y valoración por Cirugía.

CASOS CLÍNICOS

A-1198

CON UNA DUDA RAZONABLE HAY QUE INTENTARLO

A Peinado Cano (1), A Sánchez López (2), JP Rodríguez Rodríguez (3), AB Callejas Romero (4), MA Guillén Montero (5), MD Solana Ortega (6)

(1) C.S. Plaza Toros. Hospital Torrecárdenas, (2) C.S. Nueva Andalucía. Hospital Torrecárdenas, (3) Medicina Interna. Hospital de Poniente, (4) C.S. Nueva Andalucía. Hospital Torrecárdenas, (5) C.S. Río Nacimiento. Hospital Torrecárdenas, (6) Urgencias. Hospital de Almería.

Palabras claves: isquemia aguda mesentérica, hiperglucemia de difícil control, episodio de melenas

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

INTRODUCCIÓN-OBJETIVO: Varón de 80 años, AP: NAMC, no ingesta enólica, DM2, HTA, Hipercolesterolemia, FA paroxística, ACV isquémico con hemiparesia residual izquierda. TTO: Sintrom, digoxina, metformina, atorvastatina, losartán, pentoxifilina, omeprazol. Trasladado por 061 en contexto de síncope vs caída casual con relajación de esfínteres (heces melénicas) e hiperglucemia (560) tratada con 10 UI de insulina rápida. En policlínica diaforético, pálido, con sequedad de mucosas, gran frialdad generalizada, consciente y orientado. TA: 100/85, FC: 104, DTT: 552, SAT: 97%. AC: Rítmica sin soplos ABD: Globuloso, muy doloroso a palpación. ECG: RS a 90 lpm, descenso ST V2-V6 (anteriormente descrito V4-V6. Se administran 10 UI insulina rápida. **MATERIAL-MÉTODO:** Traslado a box de críticos. Estabilización con 2 vías periféricas, cargas de SSF, perfusión de insulina, bolos de pantoprazol y perfusión. **TACTO RECTAL:** Heces melénicas, transfundimos 2 CH. **TAC ABDOMINAL URGENTE:** ateromatosis aórtioiliaca parcialmente calcificada por placa de 4cm en salida de arteria mesentérica superior con estenosis significativa de luz con adecuado relleno de ramas distales. Trombosis parcial de arteria mesentérica superior, dilatación de cámara gástrica con contenido líquido en su interior. Asas de yeyuno distendidas 3cm. **ANALÍTICA:** Hb 7,7, hto 25, VCM 85. Leucos 20210 (85%N), 30400 plaquetas, TP indosificable, TTPA seg 120, ratio 3,85. **EDA:** Estómago: abundante alimento que no permite descartar lesiones subyacentes. **DUODENO:** En segunda porción sangre roja mezclada con bilis, no pudiendo terminar técnica por inestabilidad del paciente. Se transfunden 2 CH y 2 de plasma, protomplex y somatostatina, antibioterapia de amplio espectro y se programa EDA a las 24 h. **RESULTADO:** Paciente continúa inestable, con leucocitosis y heces melénicas a pesar de todos los esfuerzos terapéuticos para conseguir y mantener estabilización. **ANALÍTICA** de control HB 6,3, nueva transfusión de 2 CH y mismo tratamiento, se avisa a Digestivo para plantear nueva EDA: se desestima debido a la mala situación del paciente y a que ésta no sería curativa. Se decide ingreso en planta con tratamiento conservador, posterior evolución tórpida.

Conclusiones:

Intervención multidisciplinar y urgente en paciente con FA paroxística probablemente causante de isquemia mesentérica aguda que probablemente desencadena episodio de diarrea con heces tipo melena por sangre digerida, produciendo hipotensión y angor hemodinámico, descompensando a un paciente diabético.

CASOS CLÍNICOS

A-1199

CASO CLÍNICO: SÍNDROME DE LISIS TUMORAL

P Burgueño Laguia, MJ Domínguez Artiga, M López Duarte,
JC Rodríguez Boregan

Hospital Marques de Valdecilla. Santander.

Palabras claves: NHL, chemotherapy, TLS

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Presentamos un caso clínico de shock y alteraciones hidroelectrolíticas graves en el contexto de un síndrome linfoproliferativo agudo. Mujer de 73 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acudió a Urgencias tras tres semanas con fiebre, pérdida de peso y desorientación. Fue ingresada en Medicina Interna, recibiendo tratamiento antibiótico por sospecha de infección urinaria. Ante la persistencia de leucocitosis, con predominio de células blásticas, bicitopenia, hiperuricemia (12,3 mg/dl) y LDH (2500 U/L) fue diagnosticada de síndrome linfoproliferativo agudo. Se comenzó tratamiento con rasburicasa y ciclofosfamida. A los 3 días del inicio de QT presentó empeoramiento clínico caracterizado por shock distributivo con fiebre, púrpura, desorientación, trabajo respiratorio y abdomen peritonítico. Analíticamente destacaba pancitopenia, insuficiencia renal (CrCl 30 ml/min), hiperfosforemia (7.3 mg/dL), hipocalcemia (Ca iónico 0,8 mg/dL), hiperlactacidemia (70 mg/dl) y LDH elevada (2500 U/L). El TC abdominal descartó patología quirúrgica. El cuadro fue filiado como sd. de lisis tumoral (SLT), iniciando fluidoterapia, vasopresores, antibiótica de amplio espectro, rasburicasa, bicarbonato y hemodiafiltración. Pese a todo, mala evolución clínica, con progresión a fallo multiorgánico, disociación electromecánica y exitus

Conclusiones:

El SLT es la urgencia oncológica más frecuente, asociado a tumores de alta tasa de replicación, durante la primera semana tras el inicio de la quimioterapia. Caracterizado por hiperuricemia, hiperfosforemia, hipocalcemia, insuficiencia renal, arritmias, crisis convulsivas y en las formas más graves SIRS, shock y fallo multiorgánico. La prevención (fluidoterapia y rasburicasa), el manejo y monitorización hidroelectrolítica, así como la sospecha clínica en todo paciente oncológico, son fundamentales para evitar un desenlace fatal.

A-1200

¿QUÉ ME PASA? ¿ESPUTO SANGRE!

CA Sesam Méndez (1), KA Contreras Delgado (1), M Alonso (1),
E Romano Maqueda (1), L Rosado Mena (1), M Catalán Ladrón
(1), V Girón Estrada (2)

(1) Hospital Ernest Lluch, Calatayud, Zaragoza, (2) Centro de
Salud de Mozón, Huesca.

Palabras claves: trombosis, hipercoagulabilidad, embolismo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

MOTIVOS DE CONSULTA Dolor en hemitórax derecho, ortopnea, fiebre y tos con esputo hemoptoico. HISTORIA CLÍNICA Enfoque individual: Antecedentes personales: No alergias conocidas. Escoliosis, Siringomelia. No Ant. quirúrgicos. No fumadora ni otros hábitos tóxicos. GO G:0. Medicamentos: Valium, Anticonceptivos orales. Anamnesis: mujer de 33 años, que acude por dolor torácico, tipo punzada en costado derecho de 19 días de evolución, con disnea en decúbito y en relación con esfuerzo físico de 2 días de evolución que el día de la consulta se acompaña de tos con esputo hemoptoico y T38°. FUR una semana antes. Uso de ACO desde hace 15 años. Exploración Física: Taquicardia a 102L/min. Tórax asimétrico a expensas de hemitórax derecho por escoliosis. Disnea en posición decúbito, SO2 96%. No edemas en EEII ni signos de TVP. Pruebas complementarias: Dímero D: 2976 Rx Tórax: Escoliosis dorsal importante. Angio-TAC: Defectos depleción ambas A. Pulmonares principales con extensión rama interlobar y del lóbulo medio en hemitórax derecho y raíz de rama lobar superior e inferior izquierda. Hemorragia en LID sobre cisura mayor. Derrame pleural moderado, atelectasias basales bilaterales. Escoliosis de convexidad derecha. Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas Paciente que inicialmente presenta dolor a nivel de tórax, disnea, fiebre y hemoptisis, se plantea como diagnósticos diferenciales 1. EAP 2. Infección Respiratoria 3. Pleuritis, considerando la sintomatología y antecedentes se solicitan pruebas diagnósticas complementarias. Diagnóstico Tromboembolismo Pulmonar Masivo Tratamiento, planes de actuación Anticoagulación y traslado a UVI.

Conclusiones:

El tromboembolismo pulmonar es una enfermedad potencialmente mortal, de diagnóstico no fácil, pues a menudo existen pocos signos que orienten. Es la tercera causa de morbilidad cardiovascular después de la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular, con una incidencia anual que se aproxima a 100 casos de 1000 / 100,000 habitantes y prevalencia en la población hospitalizada de 1%. En este caso, ante una paciente tan joven, sin trastornos de la coagulación conocidos, en tratamiento con anticonceptivos orales, se requiere tener muy presente ese posible diagnóstico ya que puede llevar a la paciente a padecer graves complicaciones e incluso muerte.

CASOS CLÍNICOS

P-1201

MÁS ALLÁ DEL DOLOR ABDOMINAL: NEFRONÍA FOCAL BACTERIANA

G Martín Góme, C Díaz Sánchez, I Gallego Texeira,
J Herasme Cuevas, MªM Neila Iglesias, L Téllez Castro

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Palabras claves: dolor abdominal, fiebre, pielonefritis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 34 años, sin antecedentes de interés, derivada al Servicio de Urgencias por dolor abdominal desde hace tres días, irradiado a flanco derecho, deposiciones diarreicas, náuseas y vómitos. Fiebre de hasta 40°C e intolerancia oral. No síntomas miccionales ni ginecológicos. EXPLORACIÓN FÍSICA. Tensión arterial 63/44 mmHg, frecuencia cardiaca 92 lpm, frecuencia respiratoria 17, temperatura 38,5°C. Regular estado general, palidez cutánea mucosa, sudorosa. Cabeza y cuello, tórax y extremidades superiores e inferiores sin hallazgos patológicos. Abdomen blando y depresible, con dolor difuso a la palpación más intenso a nivel de flanco derecho con puño percusión renal dolorosa. Ruidos hidroaéreos normales, sin signos de irritación peritoneal, no se palpaban masas ni organomegalias. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. Hemograma: Hemoglobina 7.9 g/dl, Hematocrito 22.3%, Hematíes 2.67 mill/mm³, Leucocitos 18.6 mil/mm³, Neutrófilos 86.9%, resto normal. Coagulación: Fibrinógeno derivado del TP 6.44 g/L, resto normal. Bioquímica: Creatinina 1.37 mg/dl, Potasio 3.01 mmol/L, Amilasa 14 UI/L, Proteína C reactiva 455.7 mg/L, Procalcitonina 34.1 ng/ml, resto normal. Test de gestación: negativo. Sistemático de orina: Proteínas 50 mg/dl, Urobilinógeno 0.2 mg/dl, Hematíes 25 eri/μL, Leucocitos 500 leu/μL, resto normal. Radiografía de tórax y abdomen y ecografía abdominal normales. DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA Abdomen agudo o pielonefritis. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: neumonías, pleuritis, tumores. Absceso subdiafragmático. Hepatitis aguda, colecistitis aguda, cólico biliar, colangitis, pancreatitis, pseudoquiste pancreático. Úlcus duodenal, diverticulitis de Meckel, enfermedad inflamatoria intestinal, tumor intestinal, adenitis mesentérica, apendicitis. Pielonefritis aguda, absceso renal, cólico nefrítico, infarto renal. - Hernias inguinal, crural. Embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica, torsión o hemorragia tubo-ovárica. Traumatismos, contracturas, hematoma, abscesos de pared abdominal. MANEJO Y EVOLUCIÓN. Se inició tratamiento con analgésicos, anti-piréticos e hidratación parenteral. Dada la persistencia de dolor ingresó en observación donde se pautó antibioterapia empírica por probable foco infeccioso renal. Se completó estudio con TAC abdomino-pélvico: en riñón derecho aumento de tamaño y áreas heterogéneas hipocaptantes con signos inflamatorios evidentes sugiriendo nefronía lobar. DIAGNÓSTICO FINAL. Nefronía focal aguda bacteriana (NFA).

Conclusiones:

Debemos sospechar una NFA ante un paciente con fiebre, dolor en flanco, leucocitosis y ecografía normal. El TAC es la prueba más sensible y específica para el diagnóstico. Resaltar la importancia de un tratamiento antibiótico precoz.

CASOS CLÍNICOS

A-1202

FRACTURA SUBTROCANTÉRICA DE FÉMUR DERECHO, AVISAN POR PARESIA Y MANO TORPE DERECHA

NG Bejarano Rivera, LA Segura Martín, PF Fuentes Ruiz,
MA Holden Hernández, SJ Segovia Salazar

Hospital Universitario de Vic. Vic.

Palabras claves: paresia, trombosis, isquemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 88 años que acude por caída casual con contusión pélvica derecha con sospecha clínica de fractura de fémur derecho, traumatología realiza interconsulta a urgencias por sospecha de ictus. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HTA, nefrectomía izquierda, Trastorno obsesivo convulsivo, hipoacusia severa con inestabilidad para la marcha. EXPLORACIÓN FÍSICA: Imposibilidad para la comunicación por sordera severa, palidez de piel y mucosas. Neurológico: No disartria aparente, VII par derecho conservado, moviliza con torpeza la extremidad superior derecha (ESD) con pérdida de fuerza proximal y distal, mano torpe, sensibilidad conservada. Locomotor: ESD con palidez, frialdad de piel y anexos, hipotrofia muscular, pulso radial y braquial ausente, no equimosis, ni hematomas, dolor selectivo en el segmento medio del bíceps. Llenado capilar >2 segundos. Extremidad inferior derecha en flexión y rotación externa dolorosa. ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA: isquemia arterial aguda. EVOLUCIÓN: En quirófano se observa disección de la intima con trombosis local, extracción del trombo y embolectomía, pulso radial fuerte. Buena evolución.

Conclusiones:

Inicialmente con la paresia y mano torpe de la ESD se podría orientar como una focalidad neurológica, pero con la CORRECTA exploración vascular se orienta como una isquemia arterial aguda, siendo un diagnóstico clínico. Por otra parte, debemos ser cuidadosos en la movilización de los pacientes, ya que probablemente podemos causar una disección vascular en pacientes ancianos y desnutridos.

P-1203

DOLOR PLEURÍTICO DERECHO INTENSO, ¿SÓLO NEUMONÍA?

NG Bejarano Rivera, LA Segura Martín, PF Fuentes Ruiz, MA Holden Hernández, SJ Segovia Salazar

Hospital Universitario de Vic. Vic.

Palabras claves: neumonía, derrame pleural, dolor

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 41 años, fumador de 30 cigarros al día, que acude porque desde hace 10 días presenta dolor torácico derecho leve que le permite hacer sus actividades. Acude porque le despierta dolor pleurítico intenso con irradiación al omoplato derecho, tos con expectoración amarillenta. Ambulancia medicalizada: constantes y saturaciones correctas, auscultación normal, se le administra fentanilo 150 ucg y Diazepam 5 ml sublingual. EXPLORACIÓN FÍSICA: TA: 125/69 Temp.:37.4 Puls:72 satO2: 95% FR: 20. Regular estado general, eupneico, facies dolorosa, tórax simétrico, no signos de enfisema, hipofonesis de mitad derecha, algún roncante, sibilante y algún crepito derecho. Resto de exploración normal. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Analítica: 17 mil leucos, PCR: 49 y lactato normal. Radiografía de tórax: Condensación basal derecha incipiente sin neumotórax o derrame pleural. ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA: neumonía basal derecha fine II. EVOLUCIÓN Se inicia tratamiento con amoxicilina/clavulanico, paracetamol y dextetopropeno, posteriormente necesita 6 mg de morfina por dolor intenso, repito radiografía sin cambios. Ingresa a la unidad de observación (UO). En la UO, se ha mantenido afebril, saturaciones del 98%, pero con dolor pleurítico persistente que ha necesitado de 9 mg de morfina. Radiografía de control con derrame pleural derecho para neumónico por lo que se realiza toracocentesis con líquido pleural de exudado, se inicia ceftriaxona y , ingreso a neumología, evolución tórpida que necesita drenaje torácico.

Conclusiones:

Clínica de dolor pleurítico-omoplato intenso sugerente de neumotórax o derrame pleural, que en menos de 24 horas se traduce radiológicamente en derrame pleural importante. Un ejemplo de que la clínica, es precoz a las exploraciones complementarias.

CASOS CLÍNICOS

P-1204

CELULITIS Y ENFISEMA FRONTO-ORBITARIOS

IM Cornejo Jurado, F Rico Rodríguez, M Guzmán Regalado,
AJ García Sánchez, C Soriano González, CL Arce Rocha
Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba.

Palabras claves: meningioma, craniotomy, brain neoplasms

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 56 años consulta por edema a nivel frontotemporal y palpebral desde esta mañana, doloroso a la palpación. Intervenido de meningioma meningotelial hace 4 meses en zona ipsilateral. No fiebre. Refiere que tras la intervención apreció salida de líquido por fosas nasales, intermitente y escaso, junto a bultoma fluctuante en región frontal, que pasó inadvertido en varias revisiones por Neurocirugía. ANTECEDENTES PERSONALES: hipertensión, diabetes, hipotiroidismo, SAOS. Intervenciones: vasectomía, meningioma meningotelial ectópico atípico (2 veces). Tratamiento: valsartán, Glimepiride, AAS, Eutirox, furosemida. EXPLORACIÓN FÍSICA: no signos meníngeos ni focalidad neurológica. Colección fluctuante fronto-temporal entre ambas líneas de sutura, palpebral y nasal. No signos flogóticos. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: Analítica: discreta leucocitosis, resto de hemograma, bioquímica y coagulación normales. Rx cráneo: nivel hidroaéreo con burbujas de gas dispersas. TAC cráneo sin contraste: colección extraaxial frontal bilateral de 17mm en lecho quirúrgico con nivel hidroaéreo, discreto efecto compresivo sobre el parénquima subyacente. Comunica con seno frontal donde se aprecia enfiseма subcutáneo. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: recidiva tumoral, fístula líquido cefalorraquídeo (LCR), celulitis/absceso, hemorragia. DIAGNÓSTICO: fístula LCR. TRATAMIENTO: se administra Ceftriaxona y Gentamicina y se deriva a hospital de referencia para valoración por Neurocirugía. EVOLUCIÓN: tras su ingreso en Neurocirugía, desarrolla signos flogóticos y se realiza resonancia cerebral donde se aprecia material inflamatorio-infeccioso en la base craneal en relación con seno frontal por lo que se realiza reintervención para limpieza y reconstrucción. Se le da el alta con tratamiento antibiótico y el paciente se recupera con el diagnóstico de: celulitis fronto-orbitaria e infección de craneotomía.

Conclusiones:

A pesar de los avances que han revolucionado la cirugía craneal, continúa asociándose a una elevada morbimortalidad, en general de tipo infeccioso, siendo las complicaciones más frecuentes la fístula de LCR y la meningitis. Es importante advertir al paciente sobre las complicaciones de su cirugía y ante qué signos debería consultar en un servicio de Urgencias. Esta complicación debería haberse tenido en cuenta por parte de Neurocirugía en las revisiones post-intervención y se diagnosticó tardíamente. La evolución fue buena, pero podría haber cursado con una meningitis/encefalitis e incluso la muerte del paciente.

A-1205

OTRA CAUSA DE SÍNCOPE EN PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

E Muro Fernández de Pinedo, AP García Marín,
L Castro Arias, J Vila Santos, A Sánchez Morla,
T Vázquez Sánchez, L Pérez Ordoño

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Palabras claves: síncope, miocardiopatía hipertrófica, taponamiento

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Mujer 32 años, antecedentes de miocardiopatía hipertrófica familiar, con hipertrofia septal moderada, sin datos de obstrucción, portadora de desfibrilador automático implantable (DAI), consulta por 2 episodios de síncope. Acude el 17/06/2014 al Servicio de Urgencias del Hospital 12 de Octubre por tos seca de 15 días, dolor costal derecho y vómitos, con síncope en 2 ocasiones en el contexto de los mismos. El día 15/06 acude por dicha clínica objetivándose dudoso infiltrado en base derecha, pautándose levofloxacino. En Urgencias destaca: Saturación 95%, eupneica, TA: 80/50, FC 80, T:37,7°C. Exploración física con hipoventilación bibasal, sin IY. Se realiza analítica completa con perfil cardiaco normal, elevación de LDH (330), linfopenia (1000) y PCR 1,8. ECG: ritmo sinusal, bajos voltajes (no presente en ECG previos), T negativas de V1 a V3. En la Radiografía de tórax presenta cardiomegalia (no previamente) y derrame pleural derecho sin consolidación. Se realiza revisión de DAI (normofuncionante). Ante la sospecha de derrame pericárdico se realiza ecocardiograma TT que muestra derrame pericárdico global muy severo con colapso severo de AD, por lo que se procede a evacuación de 450 cc de líquido hemático compatible con exudado (total 1,5 L) mediante pericardiocentesis subxifoidea. SE envían muestras a anatomía patológica y microbiología (gram y BAARES) y ante las posibles causas del cuadro: infeccioso (TBC), autoinmune o tumoral, se realiza TAC torácico que muestra una gran masa de partes blandas en mediastino anterior y derrame pleural bilateral e imágenes pseudonodulares en ambos parénquimas pulmonares. Se inicia cobertura antibiótica con amoxicilina-clavulanico y azitromizina. El día 26/06 se realiza biopsia con aguja gruesa con resultado compatible con linfoma B de células grandes primario mediastínico con infiltración pericárdica, ingresando en planta de Hematología para inicio de tratamiento.

Conclusiones:

El síncope es una patología común de consulta en Urgencias y en ocasiones difícil confirmar su clara etiología. Por un lado, reflexionar sobre que no todos los síncope cardiogénicos carecen de prodromos (aunque en este caso la historia clínica es de vital importancia). Por otro lado, la importancia de revisar las posibles

CASOS CLÍNICOS

causas del síncope, dado que en este caso inicialmente se podría pensar que estaba relacionado con su patología cardíaca.

A-1206

¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS DE UNA NEUMONÍA?

B Tijero Rodríguez, M Villacorta Martín, T Montero Carretero,
L Delgado Alonso, M Andrade Soto, A Córdoba Romero,
K Shimabukuro Higa

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Palabras claves: pneumonia, adquirir inmune defíc syndrome,
fever

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 49 años NAMC, no hábitos tóxicos, sin antecedentes personales de interés (neumonía hace 10-12 años). No tratamiento habitual. Acude al Servicio de Urgencias por disnea intensa y fiebre elevada (39.9°C) de 10 días de evolución que comenzó con fiebre y malestar general, tos con expectoración amarillenta y verdosa, con astenia y anorexia en estos últimos días. Realizado ciclo con azitromicina. Exploración: TA 157/80, FC 70lpm, FR 38rpm, Tª 39°C, SatO2 100% con oxígeno. Sudoroso, sequedad de mucosas, cianosis mucocutánea. AC: taquicardia, rítmico, sin soplos. Taquipnea con trabajo respiratorio. AP: disminución del murmullo vesicular bilateral, con crepitantes bilaterales sobre todo hemitórax izquierdo. Abdomen: normal. Extremidades: aceptable perfusión periférica, relleno capilar enlentecido. ECG: Taquicardia sinusal. Rx Tx: infiltrado alveolo-intersticial bilateral ocupando los dos pulmones completamente, más llamativo en el derecho. Analítica: Leucocitos 10800(N68%), Hb 10.8, plaquetas e iones normales, PCR 335, PCT 2.43, coagulación normal. GAB: pH 7.38, pCO2 17, pO2 39, HCO3 10.1, Sat O2 calculada 72%, lactato 8.5. Hemocultivos negativos. Dado la clínica del paciente se pauta suero, antibioterapia empírica y oxígeno a altos flujos y se decide Ingreso en UVI. Se le realizan Serologías siendo VIH, VHB y T. pallidum positivo pautando tratamiento y comienza con antirretrovirales.

Conclusiones:

Diagnóstico: Neumonía comunitaria grave por P. jiroveci. Infección por VIH en fase de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Diagnóstico diferencial: Neumonía de la Comunidad (NAC), infecciones oportunistas (P. jiroveci, Citomegalovirus, Virus herpes simple, virus respiratorio sincitial...), enfermedad intersticial pulmonar, enfermedad alveolar aguda. Evolución: El paciente a pesar de antibioterapia de amplio espectro y comienzo de tratamiento con antirretrovirales presenta evolución tórpida con muchas complicaciones y días después fallece. Actualmente existen 90 casos/millón de nuevo diagnóstico de VIH. La primoinfección se caracteriza por cuadro pseudogripal inespecífico resolviendo solo, en algunos casos transcurre mucho tiempo antes de que se presenten síntomas más graves, como fatiga profunda sin causa justificada, pérdida rápida de peso, fiebre frecuente y sudores nocturnos profusos. Este período varía pudiéndose prolongarse más de 10 años

CASOS CLÍNICOS

desde el momento en que el virus entró al organismo de un adulto, como podría ser el caso de nuestro paciente. Son frecuentes las infecciones por *Pneumocystis jirovecii*. Es importante realizar las pruebas diagnósticas ante este tipo de sintomatología para iniciar tratamiento antirretroviral lo antes posible.

A-1207

**DOLOR TORÁCICO TÍPICO:
A PROPÓSITO DE UN CASO**

N Vázquez González (1), MC Cintado Sillero (2), A López del Castillo (3), CB García Vertedor (4), MI Cañete Vargas (4), A Ramírez Ceballos (5)

(1) Hospital Clínico Virgen de la Victoria, (2) Hospital Alta Resolución Benalmádena, (3) Hospital Virgen de la Victoria, (4) Hospital Costa del Sol, (5) Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga.

Palabras claves: acute coronary syndrome, aortic aneurysm, differential diagnosis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Niega antecedentes personales. Anamnesis: Paciente varón de 62 años traído por DCCU por dolor centro torácico opresivo irradiado a cuello y acompañado de cortejo vegetativo sobre las 9h de esta mañana mientras estaba conduciendo. Es el primer episodio. El DCCU ha administrado nitroglicerina sublingual e intravenosa, 300 mg de clopidogrel, 300 mg de ácido acetilsalicílico y 3 mg de cloruro mórfico pero continua con dolor. Exploración física anodina excepto regular estado general. Pruebas complementarias: Electrocardiograma: RS a 60 lpm, PR límite, eje normal, elevación de ST de 1 mm en V3 y dudoso en V4, buena progresión de R en precordiales. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Cateterismo cardíaco: coronarias normales y sospecha de síndrome aórtico agudo. AngioTC torácico: imagen de disección aórtica tipo A. Ecocardiografía: ventrículo izquierdo con hipertrofia concéntrica leve. Raíz aórtica y aorta ascendente dilatadas (34 mm a nivel de raíz, 43 mm a nivel de porción sinusal y 50 mm a nivel de aorta tubular). Imagen compatible con flap a nivel de aorta tubular, sin interferir con la dinámica de la válvula aórtica y sin repercusión funcional sobre la misma. Válvula aórtica bicúspide tipo A, con buena apertura y ausencia de regurgitación. Resto normal. No derrame pericárdico. Juicio clínico: Disección de aorta tipo A. o Evolución: Se realiza sustitución de la aorta supracoronaria por prótesis recta de dacron 28 de mm. El paciente evoluciona favorablemente siguiendo revisiones periódicas por Cirugía Cardíaca y Rehabilitación Cardíaca. Actualmente asintomático y en seguimiento por su Médico de Familia aunque debe evitar cifras altas de tensión arterial así como los esfuerzos físicos intensos.

Conclusiones:

Debemos reforzar la capacidad de los profesionales para realizar diagnósticos diferenciales en todas las patologías ya que en este caso, un dolor torácico típico con cambios eléctricos, nos hace sospechar e iniciar tratamiento para el SCACEST y no debemos olvidarnos de los aneurismas de aorta ya que sin un diagnóstico y tratamiento precoz tienen una mortalidad muy elevada.

CASOS CLÍNICOS

A-1208

¿POR QUÉ TENGO MAL EL RIÑÓN SI LO QUE ESTOY ES ACATARRADO?

L Mao Martín, MD Martín Azcárate, M Mateas Moreno,
AV Chica Benayas, N Pérez Méndez, C Alvarado Springer,
M Arroyo Gallego

Hospital del Henares. Madrid.

Palabras claves: acute renal injury, nephritis, purpura

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 78 años, hipertenso, diabético, EPOC fenotipo bronquitis crónica reagudizador. Tras inicio de tratamiento 72 horas previas con amoxicilina-clavulánico por cuadro de reagudización respiratoria infecciosa, consulta por aparición de lesiones purpúricas no palpables en miembros inferiores, confluentes, que no desaparecen a la vitropresión, asociado a exantema en brazos y región axilar. A la exploración destaca febrícula de 37.2°C con roncus diseminados en ambos campos pulmonares y púrpura en miembros inferiores según lo descrito. En las exploraciones complementarias: urea 222 mg/dl (20.0-50.0), creatinina 2.21 mg/dl (0.7-1.3), proteína C reactiva 68.0 mg/L (0.0-5.0). Creatinina orina espontánea 166 mg/dl, sodio orina espontánea 14 mmol/L, EF, Na 0.18%. Determinaciones cualitativas en orina mediante tira reactiva pH 5.5 (5.0-7.5), proteínas 30 mg/dl (0.0-30.0). Leucocitos NEGATIVO cel/μL (0.0-10.0), hematíes 200.00 cel/μL (0.0-5.0), nitritos: NEGATIVO. sedimento urgente: hematíes > 100 hematíes/campo erit/campo, leucocitos 1-5 leucocitos/campo, células de vías bajas frecuentes, cilindros granulados aislados, eosinofilia 2%. Juicio clínico: NEFRITIS INTERSTICIAL INMUNOALÉRGICA INJERTADA SOBRE INSUFICIENCIA AGUDA PRERRENAL. Púrpura leucocitoclástica en miembros inferiores asociada a fármacos. La nefritis intersticial aguda (NIA) de origen farmacológico (91% del total) están asociados en su mayoría a AINEs y antibióticos. El fracaso renal agudo asociado puede pasar inadvertido desde el punto de vista clínico por lo que los hallazgos clínicos (como en nuestro caso una púrpura en miembros inferiores y exantema cutáneo) o analíticos, puede ser determinante para su diagnóstico. El análisis de orina es muy valioso en esta entidad clínica: hematuria microscópica presente en 2/3 partes de los pacientes, leucocituria aséptica o presencia de eosinófilos en orina pueden ser útil para orientar el caso. La retirada del fármaco causante suele inducir una rápida recuperación de la función renal, si bien no es desdeñable el porcentaje de pacientes en los que la recuperación de la función renal es incompleta. Existen recomendaciones de inicio de tratamiento esteroideo precoz en el intento de limitar la afectación intersticial y la posterior fibrosis renal.

Conclusiones:

La NIA inducida por fármacos es una entidad creciente a considerar entre los casos de insuficiencia renal aguda, donde el grado de sospecha es esencial de cara a la retirada de posibles fármacos causantes, dada su baja expresividad clínica.

P-1209

FIEBRE QUE PERSISTE... LA SOSPECHA INICIAL Y UN DIAGNÓSTICO FINAL INESPERADO...

A Hernández Marcos (1), M Ruiz Felipe (2), B Sierra Bergua (3),
M Rubio Gómez (4), M Trivez Valiente (5), R Montoya Sáenz (6),
JA Millán López (6)

(1) C.S. Delicias Norte, (2) C.S. Valdefierro, (3) Hospital Universitario Lozano Blesa, (4) C.S. Delicias Norte, (5) C.S. Delicias Sur, (6) C.S. Bombarda. Zaragoza.

Palabras claves: tuberculosis, pericarditis, atragantamiento

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Varón 52 años sin antecedentes ni hábitos tóxicos. Acude a su médico de cabecera por episodio brusco de atragantamiento y dolor epigástrico que se autolimita con posterior sensación distérmica y escalofríos. Se realiza radiografía de tórax evidenciándose atelectasia en lóbulo medio derecho por lo que se pauta antibiótico empírico y analgesia. A los 15 días acude de nuevo por persistencia de dolor y fiebre siendo derivado a urgencias. Exploración: consciente, orientado, presión arterial 114/89 mmHg, SatO₂ 97%. T^a 38.3°. Ingurgitación yugular positiva. Auscultación cardiopulmonar rítmica a 127 latidos por minuto sin soplos e hipoventilación generalizada. Resto anodino. Electrocardiograma: taquicardia sinusal con BRIHH. Análisis sin alteraciones salvo hipoxemia (pO₂ 69mmHg). Se solicita otra radiografía de tórax donde persiste la atelectasia pero lo que destaca es voluminosa cardiomegalia por lo que se hace una TC torácica que informa de gran derrame pericárdico y derrame pleural derecho. El paciente ingresa en UCI estable. Se realiza ecocardiografía transtorácica que confirma el derrame pericárdico sin signos de taponamiento, se efectúa una pericardiocentesis y se coloca tubo de drenaje en hemitórax derecho. En el TC posterior se descarta fuga esofágica o signos de mediastinitis. La bioquímica del líquido pericárdico es compatible con exudado de predominio linfocitario y ADA elevado (70.4 U/L) por lo que se inicia tratamiento tuberculostático añadido a la antibioterapia empírica inicial. La evolución clínica en planta es favorable donde se recibe el cultivo del líquido pericárdico DNA M. tuberculosis complex positivo con baciloscopia negativa. Finalmente es alta continuando con antituberculostáticos.

Conclusiones:

Presentamos un caso excepcional por su evolución diagnóstica. Lo que inicialmente parece una infección respiratoria-neumonía, finalmente se convierte en un derrame pericárdico de origen tuberculoso que se sospecha tras revisar y comparar la radiología desde Urgencias. La pericarditis tuberculosa (PT) es considerada la segunda causa de las pericarditis infecciosas, con elevada mortalidad (20-40%). Representa una forma rara de afectación de TBC extrapulmonar, siendo en algunos países de África muy frecuente

CASOS CLÍNICOS

debido al VIH. Frecuente en hombres de edad media, los síntomas incluyen tos, disnea, fiebre y dolor torácico. El aislamiento de M. Tuberculosis en cultivo o en el líquido nos confirma el diagnóstico.

P-1210

ONDA EXPANSIVA MORTAL

G Pugnet (1), J Gálvez Mora (1), I Grau Tost (1), Y Azeli (2), C Boque Oliva (1), A Condón Abanto (1), A Baguer Bascuas (1)

(1) Hospital Universitario Joan XXIII, (2) Hospital San Juan de Reus.

Palabras claves: resucitación cardiopulmonar, traumatismos por explosión, parada cardíaca

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Paciente de 44 años, fumador de 20 paq/año y dislipemia con control dietético, que presenta mientras trabajaba, una parada cardiorrespiratoria (PCR) tras explosión de neumático a presión con eyección de unos 3 metros. A la llegada de la ambulancia básica, desfibrilador externo automático realiza una descarga. Se continua reanimación cardiopulmonar (RCP) y a la llegada de la ambulancia avanzada presenta actividad eléctrica sin pulso, se administran 3 adrenalinas con recuperación de circulación espontánea a los 30 min con ritmo de salida en sinusal y bloqueo de rama derecha (BRD). Se procede a intubación orotraqueal. OBJETIVO: Manejo y realización del diagnóstico diferencial de PCR tras contusión cardíaca por onda expansiva. Evaluación de las complicaciones de RCP. MATERIAL O PACIENTE: En revisión primaria Aconectado a VM Bno deformidad, buena simetría en los movimientos torácicos, buena entrada de aire simétrica, no crepitaciones a la palpación caja torácica pálido, taquicárdico hipotenso pulsos periféricos presentes no soplos ni rones. Seudoanalgia- Escala Glasgow 3+Tubo, pupilas mióticas, reactivas, discreta anisocoria, temperatura axilar 36°C. Radiografía tórax y pelvis sin hallazgos patológicos, revisión secundaria destaca hematoma en flanco derecho, BODY-Tomografía axial computarizada (TAC) no lesión cráneo-cervical, mínimo hemotórax izquierdo, pequeño neumotórax apical bilateral, mínimo neumomediastino, fractura de las costillas 2º a 8º izquierda, no líquido libre ni neumoperitoneo, dilatación de asas intestinales sin engrosamientos murales. E-FAST descarta taponamiento y alteración de la contractilidad. Analíticamente destaca Troponina I > 50 ng/ml. tendencia a la hipotensión y taquicardia. Se administran 2l de cristaloides sin respuesta y se inicia noradrenalina, RESULTADOS: Ingresa en unidad de cuidados intensivos presentando mala evolución neurológica con signos de hipertensión intracraneal debido a encefalopatía anóxica confirmado por TAC craneal con edema difuso del parénquima supratentorial, de predominio en ganglios basales. A pesar de monitorización de la presión intracraneal y del tratamiento antiedema el paciente fallece de muerte encefálica al noveno día, siendo donante de órganos. La realización de una autopsia judicial confirmó nuestro juicio clínico.

CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

Blast syndrom es una entidad que produce lesiones mortales por onda expansiva, con traumatismo torácico y cardíaco. Este caso de PCR de etiología poco frecuente nos ha permitido revisar la bibliografía y actuación que debemos tener en Urgencias.

A-1211
CASO DE DISNEA

L Urieta González, C Canet Fajas, B Gay Gasanz,
C Marco López, P Lievano Segundo, M López del Pueyo,
A Mur Pérez (1)

Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: disnea, síndrome Takotsubo, coronario agudo

Historia clínica

Descripción del caso: Paciente mujer de 78 años que acude a urgencias por disnea de mínimos esfuerzos de 1 mes de evolución, que en las últimas 24 horas se convirtió de reposo, coincidiendo con cuadro catarral con tos y expectoración de color blanquecino. En el Centro de salud se le pautó antibiótico (Amoxicilina-clavulánico) e inhaladores (Salbutamol). No dolor torácico. No síncope. No fiebre. Antecedentes médicos a destacar: HTA, hipotiroidismo cardiopatía hipertensiva y anemia megaloblástica. En tratamiento habitual con Eutirox 100 (1-0-0), Ramipril 5 (1-0-1) Sutril 2,5 (1-0-0), Optovite B12 Exploración y pruebas complementarias: Disnea y taquipnea en reposo (durante la exploración). AC: ruidos cardíacos rítmicos a 80 lpm sin soplos. AP: crepitantes en ambas bases pulmonares. Abdomen: anodino. EEII: signos de insuficiencia venosa crónica sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pruebas complementarias: Primer ECG (bloqueo de rama derecha con ondas T negativas en cara lateral), Segundo ECG (bloqueo incompleto de rama izquierda con ondas T negativas en cara lateral). Analítica: Troponinas (3,94). Rx tórax: cardiomegalia y derrame pleural. Ecocardiograma: FEVI con asimetrías segmentarias sin valvulopatías. Coronariografía: sin alteraciones. Juicio clínico: Disnea de probable etiología mixta (cardíaca y pulmonar) Diagnóstico diferencial: Cardiovascular: Síndrome coronario agudo, insuficiencia cardíaca descompensada, tromboembolismo pulmonar, derrame pericárdico Respiratoria: infección respiratoria, atelectasia, derrame pleural, enfermedad obstructiva Nerviosa: ansiedad, encefalitis, hemorragia cerebral Metabólica: Acidosis, hipertiroidismo, insuficiencia hepática, anemia. Diagnóstico definitivo: Síndrome de Takotsubo o miocardiopatía por estrés

Conclusiones:

El diagnóstico final de la paciente fue de miocardiopatía por estrés (Enfermedad de Takotsubo) Es un síndrome de aturdimiento miocárdico intenso (disfunción ventricular izquierda reversible), precipitado por situaciones de estrés agudo con alteraciones electrocardiográficas (infra y supradesnivelación del ST, ondas T negativas y alteraciones en la conducción del impulso miocárdico) y analíticas (elevación de proteínas de origen miocárdico) que pueden confundirse con síndrome coronario agudo. Epidemiología: Infraestimado con un 2,2% de los pacientes que ingresan por IAM y un 2% de los pacientes que ingresan por descompensación cardíaca. El perfil del paciente suelen ser mujeres postmenopáusicas.

CASOS CLÍNICOS

A-1212

MILKING, MÁS ALLÁ DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

S Lozano Royo (1), R Regla Marín (2), EM Senra de la Fuente (3), M Avellana Gallán (3), AJ Arnal Meinhardt (1), J Isla Cobeta Cobeta (1)

(1) C.S. Almozara/Hospital Universitario Miguel Servet, (2) C.S. San José Centro/Hospital Universitario Miguel Servet, (3) C.S. San José Norte/ Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: myocardial, bridging, coronary

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 41 años con trastorno mixto ansioso-depresivo. Sin factores de riesgo cardiovascular ni hábitos tóxicos. Refiere muerte súbita de abuelo paterno a edad que no sabe precisar. Estando previamente asintomático, inicia sensación de inestabilidad y ortostatismo al levantarse de la cama. Relata cuatro episodios similares a lo largo de la mañana, de segundos de duración que ceden en decúbito. A continuación, estando en reposo, presenta dolor epigástrico que describe como "peso" con irradiación centrotorácica y sudoración. Lo relaciona con ansiedad laboral por lo que realiza ejercicios respiratorios sin obtener clara mejoría. Avisa a 061 y es trasladado a urgencias. **EXPLORACIÓN:** anodina. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Un primer Electrocardiograma (ECG) realizado con dolor revela imagen compatible con lesión subendocárdica en cara inferior (descenso de ST en II,III,aVF). Tras cafinitrina sublingual el paciente experimenta mejoría del dolor y un segundo ECG muestra normalización de ST y aparición de T negativas profundas y simétricas V1-V3. Analítica con curva enzimática negativa y radiografía de tórax normal. **JUICIO CLÍNICO:** Dolor torácico de perfil coronario, ángor inestable. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** ansiedad, síndrome vertiginoso, otras causas de dolor abdominal. El paciente ingresa en Cardiología con monitorización continua sin objetivar fases de bloqueo ni bradicardias. Tras ecocardiograma transtorácico normal se realiza ecocardiograma de estrés donde aparece, durante el esfuerzo, imagen de bloqueo de rama izquierda y trastornos de contractilidad en territorio inferior. Se procede a realizar cateterismo que muestra coronarias sin lesiones angiográficas pero objetiva a nivel de arteria descendente anterior, segmento distal recurrente y segmento medio con recorrido intramiocárdico y efecto milking asociado. Se instauró tratamiento con Bisoprolol 2,5 y evolucionó favorablemente.

Conclusiones:

Las arterias coronarias tienen trayecto epicárdico, sin embargo en ocasiones encontramos puentes intramiocárdicos. Estos son segmentos que discurren en el espesor del miocardio y durante la sístole pueden quedar comprimidos por las fibras musculares

disminuyendo la luz vascular, fenómeno conocido como milking. El caso expuesto describe un paciente con clínica y signos electrocardiográficos sugestivos de isquemia miocárdica. La presencia de puentes intramiocárdicos y efecto milking se alinea como la causa más probable, más aún cuando se trata de un paciente joven, sin factores de riesgo cardiovascular y coronarias sanas. Aunque siempre lo más probable es lo más frecuente, es importante integrar el fenómeno milking en el diagnóstico diferencial del dolor torácico de perfil coronario.

CASOS CLÍNICOS

A-1213

COLELITIASIS EN PACIENTE COLECISTECTOMIZADO

A Casanova Ferrando (1), R García Lorenzo (1), MJ Martínez Maldonado (2), D San Segundo Rivera (3)

Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.

Palabras claves: colelitiasis, colecistitis, colecistectomía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: la litiasis biliar es responsable de la mayoría de la patología asociada a la vesícula y vía biliar. Su prevalencia en el mundo occidental oscila entre el 5 y 15%, siendo más frecuente en mujeres, y el cólico biliar es la complicación más frecuente (70%) seguido de la colecistitis (10%). La litiasis biliar sintomática se produce por obstrucción transitoria del conducto cístico por un cálculo y representa una consulta muy frecuente en urgencias. Su tratamiento quirúrgico está indicado en casos de síntomas recurrentes y la colecistectomía subtotal es una técnica ampliamente utilizada pues disminuye el porcentaje de complicaciones secundarias a la cirugía. Objetivo: exponer un caso de colelitiasis en el remanente de vesícula biliar tras una colecistectomía subtotal. Método y resultados: se presenta una paciente de 31 años intervenida de colecistectomía por colelitiasis, que acude a urgencias por episodio sincopal tras el cual inicia dolor cólico en epigastrio y vómitos. En el examen físico destaca dolor a la palpación en hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo. La analítica mostraba hipertransaminasemia y elevación de bilirrubina total. Se realiza ecografía abdominal que muestra imagen sugerente de neo-vesícula o dilatación del muñón quístico con litiasis. La paciente pasa al servicio de cirugía donde se realiza ecoendoscopia objetivando litiasis en infundíbulo residual. Se produce mejoría de su situación clínica y es dada de alta para continuar estudio programado.

Conclusiones:

La recidiva de litiasis en pacientes con colecistectomía subtotal es una situación clínica rara pero posible a la hora de valorar a un paciente con clínica de dolor abdominal, vómitos y fiebre en urgencias, ya que debido al antecedente de colecistectomía se puede caer en el error de descartar de entrada la posibilidad de encontrarnos nuevamente con un episodio de colelitiasis, aunque estas puedan aparecer en el remanente de vesícula con mucosa funcionante. La importancia de este caso radica en que la presencia de una vesícula residual puede generar las mismas complicaciones que una vesícula normal y no debemos dejarnos llevar por el antecedente quirúrgico. Esta patología debe estar incluida en el diagnóstico diferencial y su tratamiento debe ser individualizado en cada caso.

P-1214

UN CASO RARO Y GRAVE DE ENFISEMA CERVICAL

M España Arita, S Nuggerud Galeas, M Soler Pérez, N Ramírez Domínguez, A Irigoyen Von Sierakowski, P Valdrés Carroquino

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: enfisema, perforación, esófago

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: El enfisema subcutáneo cervical es un signo que requiere reconocimiento precoz, ya que puede ser consecuencia de múltiples patologías graves que ponen en riesgo la vida del paciente, una de ellas es la perforación esofágica. Ilustramos a continuación un caso clínico y revisión sobre esta patología. DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer, 66 años, sin alergias medicamentosas, ni antecedentes médicos de interés. Acudió a urgencias por sufrir "atragantamiento con trozo de naranja, que intentó extraerse con parte posterior de un tenedor", presentando posteriormente aumento del perímetro del cuello y dificultad respiratoria. EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hallazgos de interés: Taquipneica. Enfisema subcutáneo cervical bilateral. Bioquímica, hemograma y estudio de coagulación: sin alteraciones. Rx de tórax: Neumomediastino y enfisema subcutáneo, sin imagen de condensación. TAC torácico: extenso enfisema subcutáneo en región cervical, neumomediastino bilateral-simétrico. Derrame pleural derecho leve. EVOLUCIÓN: Se realizó Intubación Orotraqueal y posteriormente traqueostomía, trasladándose a quirófano donde se efectuó cervicotomía en cara anterior cervical, encontrando tejidos con edema y gas, esófago equimótico con orificio de 1cm de longitud en cara latero-izquierda. Mediastino lleno de líquido, requiriendo lavado y aspirado. Se sutura esófago, dejando sondaje nasogástrico y drenaje en mediastino. Ingresa en UCI con ventilación mecánica y FiO2 al 50%, es extubada 24 horas después, recibe tratamiento antibiótico con evolución satisfactoria y a los 12 días es dada de alta.

Conclusiones:

La perforación esofágica es una entidad poco frecuente que tiene gran variedad de presentaciones clínicas. Su causa más común es la perforación iatrogénica (hasta un 75%). Otras etiologías menos frecuentes son: rotura espontánea, traumatismos, ingesta de cuerpo extraño. Una alta sospecha diagnóstica y un buen juicio clínico son cruciales para evitar las devastadoras consecuencias de diagnosticar una perforación esofágica en forma tardía.

CASOS CLÍNICOS

P-1215

ROTURA DE ANEURISMA ABOMINAL

MD Ferre Calabuig, A Cherino Talens, B López Cañadas,
F Salame, A Revert, A Gallego Peris

Hospital de Manises. Xirivella.

Palabras claves: rotura, aneurisma, abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Anamnesis Se trata de un paciente de 68 años que acudió a urgencias por presentar de forma súbita dolor abdominal esa misma noche con pérdida del nivel de conciencia, asociado a intenso cuadro vegetativo Antecedentes patológicos. Intervenciones quirúrgicas: colestectomía de oído derecho en el 2010, de estómago hace 40 años, pendiente de intervención de aneurisma abdominal conocido En vitales recupera el nivel de conciencia con tensión 110/ 60, frecuencia cardíaca 115 pm, mal estado general, sudoración profusa. Exploración abdominal: se palpa masa pulsátil en abdomen, doloroso de forma difusa sobretodo en hemiabdomen inferior distendido Ante la sospecha de aneurisma abdominal se decide realizar TC abdominal urgente con el siguiente resultado: aneurisma de aorta infrarrenal de 93x 107 mm que se extiende que puede incluir el inicio de las arterias ilíacas, la luz está parcialmente trombosada con coágulos. Rotura de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con coágulos frescos.

Conclusiones:

EVOLUCIÓN: A su ingreso en medicina intensiva, se inicia transfusión de un concentrado de sangre sin cruzar, se avisa a cirugía vascular y se indica cirugía urgente realizando injerto aortoortico con prótesis de Dacron. A su llegada a la UCI muy mal aspecto general, exitus a las 04:25. DISCUSIÓN: Factores de riesgo que pueden aumentar el riesgo de desarrollar un problema aórtico son tabaquismo, hipertensión arterial, sexo masculino Un aneurisma abdominal casi siempre se observa en hombres mayores de 60 años. Cuanto más grande (mayor de 5 cm) más probabilidad de que se rompa a la sangre o se filtre dentro de la pared del vaso (disección aórtica), por lo que se intervienen Los síntomas pueden aparecer de manera súbita, pero lo más frecuente es que sea asintomático (3 de cada 4) por ello se le denomina el asesino silencioso. El desenlace clínico suele ser bueno si se le practica cirugía para reparar el aneurisma antes de que este se rompa. Cuando un aneurisma abdominal comienza a romperse, es una emergencia médica, solo 1 de 5 sobrevive a una ruptura de un aneurisma abdominal.

A-1216

ECCEMA DISHIDRÓTICO VS PSORIASIS.
DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

GI Mestre Reoyo (1), M Jiménez Parras (2), ML Morales Cevitanes (2), J Gea Fernández (2), F Temboury Ruiz (2), E Rosell Vergara (2), Em Fragero Blesa (2)

(1) Cs. Rincón de la Victoria. Dccu Málaga, (2) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: eccema, psoriasis, urgencias dermatológicas

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: La psoriasis es una enfermedad crónica y frecuente de la piel con varios tipos de expresión clínica. Caracterizada por trastorno de la diferenciación celular epidérmica, excesiva descamación cutánea y lesiones en forma de placas hiperqueratósicas y pruriginosas en diferentes localizaciones. CASO CLÍNICO: Mujer de 41 años, sin hábitos tóxicos ni antecedentes de enfermedades autoinmunes ni dermatológicas y sometida a gran estrés laboral, acude a urgencias en varias ocasiones por lesiones descamativas, pruriginosas, en arco plantar derecho. No lesiones similares en el resto del cuerpo. Diagnosticada de eccema dishidrótico en Urgencias y Dermatología, tratada con corticoides tópicos de distinta intensidad durante doce meses sin mejoría. Exploración: lesiones descamativas eritematosas, fisura, y halo eritematoso que se extiende por más de la mitad de la planta del pie derecho. Debido a la progresión del cuadro y a la nula respuesta al tratamiento se comenta de nuevo en Dermatología. Se decide realizar biopsia para filiar lesión, con resultado anatomopatológico de psoriasis por lo que se inicia tratamiento queratolítico, obteniéndose una evidente mejoría de las lesiones en quince días.

Conclusiones:

La psoriasis presenta una prevalencia del 2%. Su debut puede ser a cualquier edad, aunque cuando existen antecedentes familiares aparece de forma más temprana. La lesión básica es una placa eritematosa, borde definidos, superficie irregular y descamativa, que se suelen disponer de manera simétrica en superficies de extensión, apareciendo en un tercio de los casos en zonas con traumatismos previos. Existen varias formas clínicas, entre las cuales se encuentran la psoriasis pustulosa localizadas denominada pustulosis palmoplantar (como la presentada en nuestro caso), que se presenta en adultos y en el sexo femenino, sin clara relación con psoriasis, caracterizada por la aparición de pústulas estériles sobre placas eritematodescamativas con fisurización, en el arco interno del pie. La etiología es desconocida. Los factores ambientales como los traumatismos, ingesta de alcohol y situaciones de estrés suelen ser desencadenantes de la enfermedad. Ante la presencia de lesión descamativa única sin respuesta al tratamiento se debe sospechar psoriasis palmoplantar para comenzar lo más precozmente con el tratamiento queratolítico.

CASOS CLÍNICOS

P-1217

ACTUACIÓN URGENTE EN PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

P Lougedo Fueyo (1), A Martínez Álvarez (2), E Mederos Matute (1), M Espina San José (3)

(1) Centro de Salud Natahoyo, (2) C.S. El Llano, (3) C.S. Contrueces. Gijón.

Palabras claves: embolia pulmonar, paro cardíaco, resucitación cardiopulmonar

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Presentamos el caso de una mujer de 44 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes médicos de interés, intervenida de hallux valgus bilateral y portadora en ese momento de un vendaje compresivo en rodilla derecha colocado tras un traumatismo casual. Nos avisan del servicio de emergencias para valorar a esta paciente en su domicilio por presentar clínica compatible con un cuadro gastrointestinal. A nuestra llegada, la paciente se encuentra taquipneica, con una saturación de oxígeno del 85%, y refiere epigastralgia y sensación de muerte inminente. A la exploración destaca frialdad de miembros y palidez muco-cutánea generalizada, así como crepitantes pulmonares en base derecha. Con la sospecha diagnóstica inicial de tromboembolismo pulmonar, se solicita su traslado urgente al hospital en UVI móvil. Previamente a la llegada del equipo médico, la paciente entra en parada cardio-respiratoria por lo que se inicia masaje cardíaco y ventilación manual, siendo necesaria la administración de drogas vasoactivas hasta conseguir la recuperación del latido. La paciente vuelve a la situación de parada cardio-respiratoria minutos más tarde durante su traslado y de nuevo a su llegada a urgencias, lográndose finalmente ritmo sinusal en monitor y recuperación del pulso. Una vez estabilizada la paciente, es trasladada al servicio de cuidados intensivos. Se realiza angio-TC en el que se aprecian defectos de repleción en ramas lobares inferiores bilaterales y condensación alveolar en lóbulo inferior derecho, compatible con tromboembolismo pulmonar e infarto pulmonar, por lo que se realiza fibrinólisis con TNK. Durante su estancia en el servicio, desarrolla neumotórax secundario a barotrauma, síndrome de disfunción multiorgánica, hemoptisis y hematuria postfibrinólisis. En días posteriores, presentó cuadro febril secundario a infección por *Enterobacter cloacae*, aislado en aspirado bronquial que se trató satisfactoriamente con imipenem. La evolución es favorable, sin secuelas y la paciente es dada de alta manteniendo tratamiento con sintrom en la actualidad.

Conclusiones:

El tromboembolismo pulmonar es una urgencia cardiovascular relativamente frecuente, con una clínica inespecífica y variada, por lo que es de vital importancia la realización de una correcta anamnesis y la toma precoz de decisiones terapéuticas adecuadas según los protocolos actuales que puedan revertir una situación potencialmente mortal para el paciente.

A-1218

COMPLICACIÓN RARA DE UNA PATOLOGÍA FRECUENTE

M Quero Escalada, P Pardo Rovira, L Hernández Castells, L Sánchez Amo, S Gutiérrez Gabriel, M Domínguez García

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Palabras claves: dolor de la región lumbar, cauda equina, desplazamiento del disco intervertebral

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 62 años con fibromialgia y lumbalgia crónica en tratamiento que realizó controles en la Unidad del Dolor (resonancia nuclear magnética: escoliosis lumbar derecha. Listesis grado I L4-L5 sin aparente lisis condicionando estenosis segmentaria del canal y foraminal bilateral, predominio izquierdo, protusiones discales en L2-L3, L3-L4 y L5-S1). Acude a Urgencias por clínica fluctuante a lo largo de los días de lumbalgia irradiada a miembros inferiores con parestesia parcheada en los mismos y en zona perineal con dificultad para inicio de la micción y estreñimiento sin incontinencia. Exploración física: apofisalgias L4-L5 y dolor en musculatura paravertebral, disminución de fuerza 4/5 en isquiotibiales y cuádriceps, conservada en tibial anterior, gemelos, flexores y extensores de los dedos derechos con reflejos osteotendinosos rotulianos normales, aquileo izquierdo abolido, disminución de tono de esfínter anal interno con fallos en localización en pared izquierda en tacto rectal y vaginal con reflejo clitoridoanal disminuido con sensibilidad normal. Se solicita valoración por Traumatología por cuadro compatible con estenosis de canal L4-L5 y probable desarrollo de síndrome de cauda equina (SCE).

Conclusiones:

El dolor lumbar es un motivo de consulta frecuente en urgencias, se considera la causa más habitual de incapacidad entre 16-44 años, aunque normalmente se trata de procesos benignos. El SCE es una complicación rara, puede manifestarse clínicamente con variedad de signos y síntomas por compresión de las raíces nerviosas por estrechamiento del canal medular a nivel de la cola de caballo de forma aguda en horas o progresiva en semanas o meses. Según las raíces que estén afectadas aparecerá lumbalgia, ciática uni o bilateral, anestesia en silla de montar, déficit motor y sensitivo de miembros inferiores, alteración visceral con incontinencia fecal o urinaria y disfunción sexual. Una de etiologías más frecuente es una hernia discal lumbar (L4-L5 y L5-S1 los más afectados). Otras: tumores, hematomas, fracturas, infecciones... El diagnóstico de la estenosis espinal requiere la presencia de síntomas típicos acompañado de estudio de neuroimagen (resonancia magnética es la técnica de elección). Requiere valoración quirúrgica inmediata ya que la descompresión elimina los factores mecánicos causantes de la lesión neurológica y, si es temprana, mejora el pronóstico.

CASOS CLÍNICOS

P-1219

SENSACIÓN DE AIRE EN LA CARA

M Jurado Mancheño, M Gil Castuera, A Soto Ruán,
C Díaz Sánchez

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Palabras claves: enfisema subcutáneo (subcutaneous emphysema), endodoncia (endodontics), hipoclorito sódico (sodium hypochlorite)

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Las manipulaciones odontológicas son procedimientos habituales pero no por ello exentos de complicaciones. Como consecuencia de la utilización de técnicas con agua o aire a presión cada vez son más frecuentes los casos de enfisema subcutáneo debido a la disección de los tejidos blandos adyacentes. El uso de hipoclorito sódico empleado como irrigante bactericida para una correcta limpieza de la zona a tratar puede ser causante del paso de aire al tejido celular subcutáneo. **OBJETIVO.** Exponemos como caso clínico a una paciente que acude a nuestro servicio de Urgencias con enfisema subcutáneo facial tras manipulación dental, con el fin de dar a conocer los aspectos clínicos más relevantes y su manejo. **METODOLOGÍA.** Mujer de 50 años que en horas previas acudió al odontólogo para la realización de endodoncia, presentando in situ, intenso dolor y ligera inflamación de la hemicara izquierda, con posterior empeoramiento, refiriendo que le "crujía la cara". A la exploración presentaba inflamación desde el ángulo mandibular izquierdo hasta la sien ipsilateral, con apertura ocular limitada, palpación dolorosa y crepitación de la zona afecta. El resto de la exploración fue normal. **RESULTADOS** Analítica normal excepto ligera leucocitos. Radiografía de tórax normal. TAC facial: extenso enfisema subcutáneo que diseccionaba planos grasos y musculares adyacentes a hemimandíbula izquierda, maxilar izquierdo, región de la mejilla, fosa infratemporal, párpados y área preseptal del ojo izquierdo, así como musculatura temporal izquierda sin que se objetive rotura o área de comunicación visible con ninguno de los senos paranasales. La paciente permaneció en observación, iniciándose tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios. Fue valorada por los servicios de ORL y Cirugía Maxilofacial, siendo dada de alta con tratamiento ambulatorio.

Conclusiones:

El enfisema subcutáneo facial es una entidad inusual pero posible y candidata a ser valorada por el servicio de Urgencias. Sería conveniente el conocimiento de los procedimientos dentarios, complicaciones y su manejo. Generalmente suele ser una patología con pronóstico favorable y pronta recuperación.

P-1220

METAMIZOL Y SUS EFECTOS SECUNDARIOS

AG Moreno Mejía, JJ Eito Cuello, F Francia Franco, M López Hernández, B Toribio Venlamazán, M Griabal García

Hospital de Barbastro. Barbastro, Huesca

Palabras claves: metamizol, efectos secundarios, agranulocitosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 31 años, sin antecedentes de interés, acude a Urgencias por presentar proceso catarral de 2 semanas de evolución, acompañado de malestar general, fiebre no cuantificada en casa y disfagia, por lo que se ha medicado con nolotil y paracetamol. Al examen físico encontramos adenopatías submandibulares de aproximadamente 2-3 cm de diámetro, dolorosas, móviles a la palpación. Faringe: amígdalas hiperémicas con placas blanquecinas. Resto del examen anodino. Analítica practicada en urgencias: Serie Blanca: Leucocitos: $0,7 \times 10^9/l$ (segmentados: 1,7%, monocitos: 18,3%, linfocitos: 80%) Serie Roja: sin alteraciones Serie Plaquetar: Plaquetas: $65 \times 10^9/l$. Bioquímica y coagulación sin alteraciones. Una vez ingresada la paciente en servicio de Hematología para estudio de leucopenia se realiza: Frotis de sangre periférica con resultado de neutropenia severa. Los neutrófilos observados son todos cayados. 11% de células mononucleares. Ocasionalmente algún linfocito con aspecto plasmocitoide. Aspirado de médula ósea: Celularidad escasa, abundantes elementos inmaduros de la serie roja (proeritroblastos y eritroblastos basófilos) así como mielocitos y metamielocitos, abundantes histiocitos y células plasmáticas. No se observan blastos. Durante su estancia hospitalaria se suspendió el metamizol se instaura tratamiento con antibiótico, antifúngico, y factores estimulantes de colonias CSF y permaneció sintomática durante 4 días, con posterior recuperación clínica y analítica. **DIAGNÓSTICO:** Agranulocitosis secundaria a metamizol.

Conclusiones:

El uso de metamizol está muy extendido en los servicios de urgencias y en la práctica médica en general al ser un analgésico de características farmacocinéticas favorables, de alta biodisponibilidad (> 90%) y vida media adecuada. Al usarlo no se debe desestimar la reacción adversa más temida: La agranulocitosis. Su incidencia es difícil de calcular siendo motivo de polémica. El metamizol es un derivado de las pirazolonas con efecto analgésico, antipirético y espasmolítico usado en todo el mundo, siendo retirado paulatinamente del mercado en algunos países por describirse casos de agranulocitosis. En España, Sudamérica y algunos países europeos, todavía se encuentra en el mercado. Un amplio estudio holandés que incluía 425 casos de agranulocitosis medicamentosa encontró que el fármaco más frecuentemente implicado era el metamizol. La agranulocitosis con afectación de otras series hematopoyéticas tiene un mayor porcentaje de desenlace fatal.

CASOS CLÍNICOS

A-1221

LEPRA LEPROMATOSA EN URGENCIAS

I Ortega Castrillo (1), FJ Miralbes Castera (1), L Renau González (1), M Miralbes Torner (2), MF Ramírez Hidalgo (2)

(1) Hospital de Barbastro, Huesca, (2) Hospital Arnau Villanova, Lleida.

Palabras claves: lepra, lepra lepromatosa, evolución

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 78 años, sin alergias conocidas, remitido al SU a las 00:40 h, por disnea, fiebre y desorientación. ANTECEDENTE PATOLÓGICOS (según informe de AP, no disponemos de HC): Lepra cutánea extensa. EXPLORACIÓN FÍSICA: Paciente consciente, desorientado con muy mal estado general, caquexia extrema, portador de SNG, taquipnéico, con múltiples lesiones cutáneas diseminadas polimorfas, algunas con claros signos de sobreinfección, exudativas con olor fético y con acrodermatitis mutilante en manos y pies. TA 116/78. FC 109 x'. Sat O2 95% (gafas nasales). Ruidos cardíacos rítmicos. Murmullo vesicular conservado. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Destacaba leucocitosis con desviación izquierda, hipoxemia y la Rx de tórax era poco concluyente por la mala calidad de la prueba. EVOLUCIÓN: Con la sospecha diagnóstica de sepsis de origen cutánea, se inicia tratamiento con sueroterapia y AB iv empíricos de amplio espectro. Por la mañana contactamos telefónicamente con el hospital donde trataban al paciente y nos informan que lo siguen desde hace un año, siguió tratamiento con triple terapia, siendo la mejoría clínica espectacular tanto cutánea como general, hasta el último mes que ingresa con deterioro del estado general, desnutrición por disfagia y con enfermedad activa. Se recomendó el ingreso en una institución especial donde se pudieran dar cuidados integrales, hecho que la familia y el paciente rechazaron. La evolución fue hacia el empeoramiento progresivo del estado general y éxitus en nuestro Servicio.

Conclusiones:

Si bien se trata de una enfermedad poco frecuente en nuestro medio, el interés de este caso radica en poner de manifiesto, que la enfermedad puede afectar a pacientes provenientes de zonas no endémicas y no necesariamente de niveles económicos bajos, y que aunque la lepra tiene un tratamiento efectivo en nuestro caso no fue así, posiblemente por haberse realizado un diagnóstico muy tardío con falta de apego al tratamiento y a los controles médicos provocados por la estigmatización y discriminación social de los pacientes afectados de lepra. Tampoco se pudo conocer el modo de transmisión, no había viajado nunca a excepción del servicio militar que lo hizo en Zaragoza. La evolución fue de al menos de 30 años.

A-1222

DISECCIÓN AÓRTICA A PROPÓSITO DE UN CASO

A León Ruiz (1), A Huesa Perales (2), A Gómez Martínez (3)

(1) Hospital Virgen de la Salud de Elda, (2) Hospital U. Sant Joan D'Alacant, (3) Hospital Virgen de la Salud, Elda. Alicante.

Palabras claves: disección, rotura de la aorta, diagnóstico diferencial

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 77 años, sin antecedentes de interés, acude a urgencias por dolor mandibular descendente hacia cuello y tórax de características opresivas de varios minutos de evolución. Se objetiva Tensión Arterial 72/45mmHg, Frecuencia Cardíaca: 50lpm. Regular estado general. Sudoroso. Palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar: tonos apagados. Durante la exploración el paciente refiere hipoestesia de miembro inferior derecho con palidez. Se exploran pulsos, objetivándose ausencia de pulso radial izquierdo y femoral derecho. Se realiza electrocardiograma con elevación de punto J en II, III y aVF, con T picudas de V2-V4, planteándose la posible relación de isquemia cardíaca secundaria a disección aórtica, motivo por el que se solicita Angio-TC de forma urgente, hallándose flap intimal desde raíz de aorta hasta cayado aórtico alcanzando extremo proximal de carótida y subclavia izquierdas, con dudosa afectación de seno coronario derecho. Un segundo flap intimal que afecta a aorta torácica-abdominal. Y un tercero que inicia en iliaca común izquierda extendiéndose hacia iliaca externa. Hallazgos en relación con disección de Aorta tipo De-Bakey I. Durante su estancia el paciente mantiene hipotensión pese a administración de 1000cc Suero Fisiológico y administrarse 2 concentrados de hematíes. Se contacta con Cirugía Cardíaca que acepta traslado, a hospital de referencia para intervención quirúrgica. Se realiza ecocardiograma donde se aprecia insuficiencia aórtica moderada. Previo a su intervención presenta parada cardiorespiratoria con Disociación electromecánica, se realiza reanimación cardiopulmonar avanzada sin éxito.

Conclusiones:

La disección aórtica tiene una incidencia global de 30 casos por millón de habitantes/año. Siendo una patología tiempo dependiente, en la que el tratamiento precoz mejora el pronóstico. En el caso de la disección proximal, se produce afectación de seno coronario derecho lo que se traduce en signos de isquemia en el electrocardiograma, que junto con la presentación típica de dolor torácico, nos puede llevar a un diagnóstico y tratamiento erróneo con la consiguiente anticoagulación del paciente, lo que empeoraría el pronóstico. Destacar así la importancia de un alto índice de sospecha para el correcto y precoz diagnóstico diferencial de esta patología.



CASOS CLÍNICOS

P-1223

QUILOTÓRAX

AM Matas Lara, A Ruiz Domínguez, A García Castro

Hospital San Agustín. Linares.

Palabras claves: quilotórax, derrame pleural, terapéutica**Ámbito del caso:**

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente que acude al Servicio de Urgencias por presentar disnea progresiva, ortopnea, recorte de diuresis, aumento del perímetro abdominal y edematización en ambos miembros inferiores, de siete días de evolución. Además refiere dolor en ambos costados que se incrementa con los movimientos respiratorios. Este cuadro coincide con la disminución previa del tratamiento diurético por empeoramiento de la función renal.. Actualmente ha vuelto a tomar furosemida por su cuenta con escasa respuesta de los edemas. OBJETIVO: diagnóstico diferencial del derrame pleural en paciente hepatópata. PACIENTE Y MÉTODO: Varón de 54 años de edad. Entre sus antecedentes personales destacan: Cirrosis hepática VHC (+) con HTP e intolerancia hematológica a Interferón pegilado/Rivabirina (neutropenia). HTA. Dislipemia. Colelitiasis. Sin revisión en Digestivo desde 2009. Ha presentado varios episodios de encefalopatía hepática leve en el último mes, por los cuales ha acudido al Servicio de Urgencias. Un único ingreso hospitalario en Medicina Interna por descompensación hidrópica (diciembre 2013). Ex -enolismo >100 mg. de alcohol al día desde hace tres meses. En la exploración física inicial destacan: tinte icterico muco-cutáneo, taquipnea, ascitis no a tensión, edemas pretibiales y, en la auscultación, hipoventilación en hemitórax derecho. Se solicitan pruebas complementarias. Analítica de sangre: en la que destaca una elevación de las transaminasas y alteración en los valores gasométricos. Radiografía de tórax: derrame pleural derecho. TC con contraste de tórax, abdomen y pelvis que muestra hígado de morfología cirrótica, sin evidencia de lesiones focales. Varices de eje esplenorrenal. Esplenomegalia. Derrame pleural derecho y ascitis. Colelitiasis múltiple. Toracocentesis diagnóstica-evacuadora guiada por ecografía: TG 145. Resto de valores estudiados no destacables. Cultivo y Gram negativos. RESULTADOS: Derrame pleural compatible con quilotórax.

Conclusiones:

El quilotórax es una entidad de etiología diversa y poco frecuente. Su causa principal es la lesión del conducto linfático torácico, frecuentemente de origen traumático. Dentro de la etiología no traumática la causa más frecuente son los procesos neoplásicos (linfoma 75%). El diagnóstico se realiza fundamentalmente a través de la historia clínica y el estudio del líquido pleural (TG > 100). La instauración de un soporte nutricional precoz constituye un aspecto clave en el tratamiento conservador.



CASOS CLÍNICOS

P-1224

LUMBALGIA, NO SIEMPRE UNA PATOLOGÍA BANAL

E Díaz de Mayorga Muñoz (1), PL Carles (2), D Martín (2), C Rodríguez (2), I Guerra (2), C del Arco (2)

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Palabras claves: dolor en región lumbar, hipercalcemia, mieloma múltiple

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

El dolor de espalda es uno de los motivos de consulta más frecuente en urgencias. La mayor parte de las lumbalgias (90%) son debidas a alteraciones mecánicas por sobreesfuerzo, y de carácter benigno. OBJETIVO: Ante datos de alarma debemos plantear el diagnóstico diferencial con tumores, síndrome de cola de caballo, infecciones u hematomas. MATERIAL O PACIENTE Y MÉTODO: Varón de 67 años con único antecedente destacado de aplastamiento vertebral de L1, que consulta en urgencias por cuarta vez en 20 días por lumbalgia de varios meses de evolución refractaria a analgesia. En los últimos 12 días presenta marcado deterioro funcional permaneciendo encamado la mayor parte del día, habiéndose iniciado tratamiento con HBPM en su anterior visita a urgencias. Asimismo, presenta en las últimas 48h tos con expectoración y fiebre. RESULTADOS: TA 120/60 mmHg, FC 90lpm, tª 36.6°, FR 20rpm, SaO2 90% basal. En la exploración física (EF) destaca marcado deterioro del estado general, Columna lumbar con apofisalgias lumbares, reflejos osteotendinosos simétricos, fuerza y sensibilidad tactoalgésica conservada, sin alteración neurovascular distal. En el resto de la EF, auscultación cardiopulmonar normal, con miembros inferiores sin hallazgos destacables. Entre los hallazgos de las pruebas complementarias destaca insuficiencia respiratoria parcial, anemia normocítica normocrómica, deterioro de la función renal con Cr 1.37, hipercalcemia 6mg/dl de calcio iónico y aumento de proteínas totales en suero 11.7g/dl. En Rx Tórax no se observan imágenes de condensación pulmonar, si bien se observan dos imágenes en ambos húmeros sugerentes de lesiones líticas. Se inicia tratamiento antibiótico intravenoso para la infección, oxigenoterapia en gafas nasales, sueroterapia con SSF 0.9% y tratamiento con diuréticos del asa para la hipercalcemia, e ingresa en planta con sospecha de Mieloma Múltiple. El diagnóstico se confirma al presentar un 65% de células plasmáticas en el estudio de médula ósea.

Conclusiones:

En ocasiones, el dolor lumbar es la manifestación de patología concomitante de mayor trascendencia, en este caso, la edad del paciente debe ponernos tras la pista de ello. Una correcta anamnesis y la realización de pruebas complementarias habituales nos permite establecer una sospecha diagnóstica fundada de mieloma múltiple.

P-1225

RETOS DIAGNÓSTICOS EN EL PACIENTE VIH POSITIVO

S Otero Rodríguez (1), C Rodríguez (2), E Díaz de Mayorga (2), A Gutiérrez (2), I Guerra (2), C del Arco (2)

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Palabras claves: VIH, infecciones oportunistas, tuberculosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

El manejo del paciente VIH es de gran complejidad debido a la presencia de patologías que son poco frecuentes en pacientes inmunocompetentes y que debemos identificar y tratar con rapidez. Objetivos: Diagnóstico diferencial y manejo de fiebre y focalidad neurológica en paciente VIH positivo. Paciente y método: Varón de 41 años traído por el SUMMA a urgencias tras crisis convulsiva con pérdida de control de esfínteres. Indigente, niega alergias medicamentosas, VIH+ sin tratamiento, CD4 y carga viral desconocidas. Cefalea. Regular estado general, TA 80/50 mmHg, FC 73 lpm, Tª 37.9°C. Exploración física: hipofonesis generalizada. Exploración neurológica: Consciente, somnoliento, inatento, bradipsíquico. Analítica: Hb 9,9 g/dl, urea 64 mg/dl, Cr 1.04 mg/dl, Na 126 mEq/l. GAB: pH 7.44, pCO2 30 mmHg, pO2 99 mmHg, bicarbonato 20.4 mmol/l, L-lactato 2 mmol/l. Orina: piuria y bacteriuria. Tóxicos en orina negativos. Rx tórax: patrón reticulonodular. Resultados: TAC cerebral: Área de hipodensidad en rama anterior de la cápsula interna del lado izquierdo y en sustancia blanca subcortical frontal paramediana izquierda, 13.8 x 27.5 mm, localización subcortical, produce discreto efecto de masa, Tras administración de contraste: tenue realce puntiforme en contorno anteromedial. Se consideraron como primeras posibilidades diagnósticas ante LOEs cerebrales con realce, toxoplasmosis, CMV, criptococosis, TBC y linfoma cerebral primario. Ante el patrón radiográfico, Pneumocystis, M. tuberculosis, neumonías atípicas, Toxoplasma, CMV y micosis endémicas. Se inició tratamiento con sueroterapia, dexametasona y tratamiento antiinfeccioso de alto espectro (meropenem, levofloxacino, sulfametoxazol-trimetoprim, fluconazol, aciclovir y antituberculosstáticos). Diagnóstico final: tuberculosis multirresistente diseminada con afectación del SNC, pulmonar miliar y ganglionar. Infección por VIH estadio C3.

Conclusiones:

Ante un paciente VIH+ con fiebre, LOEs cerebrales y patrón radiológico reticulonodular, es necesario realizar diagnóstico diferencial y manejo rápido y eficaz en la urgencia. Es muy importante la resucitación del paciente con sueroterapia, pensar en la administración de corticoides ante edema cerebral y LOEs con efecto masa, y comenzar tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro. No se inicia terapia TAR ante el alto riesgo de síndrome de reconstitución inmune.

CASOS CLÍNICOS

P-1226

EXANTEMAS Y DOLOR EN PIERNAS TRAS TRATAMIENTO CON ANTIBIOTERAPIA

J Mansilla Collado, R Abu Raiya, A Sánchez Pérez
Urgencias Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva. Ribarroja del Túria.

Palabras claves: quinolonas, exantema, pierna

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 63 años que acude a urgencias por cuadro de 7 días consistente en enrojecimiento y dolor en ambas piernas, que ha ido evolucionando progresivamente apareciendo otro tipo de lesiones algunas ulcerosas con exudado blanquecino y otras tipo vesiculoso. Como antecedentes personales refiere alergia a metamizol, tras su ingesta presentó una reacción urticariforme. Laringuectomizado por un carcinoma de laringe, Hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Su tratamiento habitual es Irbesartán 300. Durante la anamnesis el paciente refiere que el cuadro se inició de forma progresiva, inicialmente con enrojecimiento desde los tobillos a las rodillas que fue aumentando poco a poco hasta la aparición de las úlceras exudativas y las vesículas. Además, asocia dolor y sensación de acorchamiento en ambas piernas. No ha presentado fiebre ni otra clínica asociada. Como acontecimiento diferente el paciente refiere estar en tratamiento antibiótico desde hace 7 días con levofloxacino por un proceso de sobreinfección respiratoria, tratamiento que ya había recibido en otras ocasiones sin complicaciones. A la exploración las constantes del paciente son normales, Tensión arterial 149/85 mmHg, 85 latidos por minuto. Afebril. La exploración neurológica es normal. La auscultación cardiaca es rítmica sin soplos. A la auscultación pulmonar el murmullo vesicular está conservado con algún roncus aislado. Exploración abdominal normal. Y en las extremidades inferiores encontramos como base un exantema difuso con úlceras diseminadas de diferente tamaño y en menor cantidad pequeñas lesiones de tipo vesicular. En las pruebas complementarias la radiografía de tórax es normal. En el hemograma lo único a destacar es una leve leucocitosis con neutrofilia. En la bioquímica PCR discretamente elevada, el resto tanto función renal, iones, glucemia y perfil hepático se encuentran dentro de la normalidad. Nos planteamos 2 posibles diagnósticos diferenciales: Enfermedad cutánea autoinmune (vasculitis, penfigo...) o una toxicodermia farmacológica. Decidimos desde urgencias retirar tratamiento antibiótico e ingreso para finalizar estudio. Durante el ingreso se confirma por biopsia tratarse de una toxicodermia que con curas y la retirada del fármaco evoluciona favorablemente.

Conclusiones:

La toxicodermia es un agente etiológico en aumento, por el envejecimiento poblacional y el aumento del arsenal terapéutico. Por lo que debe tenerse más presente su diagnóstico en pacientes ancianos con lesiones cutáneas.

P-1227

PACIENTE JOVEN CON DOLOR COSTAL INESPECÍFICO, PERSISTENTE Y SIN FIEBRE ASOCIADA

A Escalé Besa (1), A Sinfreu Pujol (1), L Cases Ros (1), R Sánchez Jiménez (1), L Cucurella Vidal (1), S Call Caja (2)

(1) Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, (2) Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Manresa.

Palabras claves: hemoneumotórax, neumotórax espontáneo, dolor torácico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Hombre de 22 años, sin antecedentes patológicos de interés. Fumador de 2-3 cigarrillos/día desde los 18 años. Consulta en urgencias por dolor costal derecho de una semana de evolución acompañado de tos irritativa en los últimos días. Diagnosticado de contractura muscular, en una visita previa, seguía tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y relajante muscular. No fiebre ni traumatismo previo. Exploración física: TA 118/85mmHg, FC 80bpm, eupneico (SatO2 97%), afebril, palidez cutánea. Auscultación pulmonar: hipofonesis campo pulmonar derecho, auscultación cardiaca y palpación de la parrilla costal normal. Radiografía de tórax: hidroneumotórax. ECG: normal. Analítica sanguínea: Hb 9.7g/dL, Hto 29.2%, PCR58.8 mg/L, resto de parámetros y coagulación normales. Se coloca drenaje torácico (tubo nº24), obteniéndose un débito total de 2000cc de líquido hemático. En la Rx de control se objetivó colapso pulmonar y derrame pleural asociado que se confirmó por TAC. El angio-TAC no evidenció sangrado activo, hepatización del parénquima pulmonar que podría corresponderse a edema pulmonar secundario a la reexpansión pulmonar. Analítica de control: Hb 11g/dl, restos de parámetros sin cambios. Se decide traslado a hospital de referencia con Cirugía Torácica, donde es intervenido de forma urgente mediante videotoracoscopia, objetivándose una adherencia apical como probable causa del sangrado, parénquima pulmonar hepatizado de predominio basal y múltiples bullas en LSD. Se procedió a cauterizar la adherencia apical y se realizó pleurodesis química con talco debido al patrón de enfisema bulloso homogéneo. Evolución clínica y radiológica posterior favorable con retirada del último drenaje a los 10 días. Estudios analíticos de inmunoglobulinas e alfa1-antitripsina normales.

Conclusiones:

El diagnóstico final fue neumotórax espontáneo con hemotórax asociado secundario a rotura de adherencia apical vascularizada. El neumotórax espontáneo debe formar parte del diagnóstico diferencial de dolores torácicos inespecíficos, especialmente si se trata de un varón de menos de 35 años, fumador y biotipo leptosómico. El hemoneumotórax es una entidad rara, con una prevalencia del 2-12% entre los neumotórax espontáneos. Sólo un

CASOS CLÍNICOS

tercio de los afectados se presentan como shock hipovolémico. El diagnóstico precoz en urgencias es fundamental para poder establecer el tratamiento adecuado.

A-1228

MONOPARESIA MIEMBRO SUPERIOR DOLOROSA

JM García López, A Rando Jiménez, V Parent Mathias

Hospital Regional Universitario de Málaga

Palabras claves: herpes zóster, paresia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Se trata de una mujer de 81 años sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes personales de Hipertensión arterial, diabetes Mellitus tipo 2, monorrena funcional por radioterapia por adenocarcinoma de útero. Intervenida de histerectomía. No recuerda tratamientos crónicos. Acude a Urgencias por dolor en hombro derecho de 4 días de evolución y hace 7 días refiere que inició cuadro catarral que trató con acetilcisteína. 2 Días antes había acudido a su médico por el mismo dolor que inició tratamiento con paracetamol 1 g. En consulta, comenzamos a palpar toda la zona donde refiere el dolor sin apreciarse cambios con la misma. Al explorar la movilidad, se aprecia una pérdida de fuerza (I/IV) siendo la paciente incapaz ni tan siquiera de darnos la mano, aunque insiste en que lo que le hace acudir a Urgencias es la imposibilidad de controlar el dolor con paracetamol 1g/8h. Se decide exponer el torso de la paciente apreciándose lesiones eritemato-vesiculosas desde región cervical hasta muñeca derecha, pasando por el torso (trayecto metamérico C5-C6), se le interroga por las lesiones y dice que le aparecieron hace 2 días, pero no las relacionaba con el dolor. Sospechamos de Herpes Zóster con afectación de plexo braquial y consultamos con el Servicio de Enfermedades Infecciosas que ingresa a la paciente tras resultados analíticos que resultan sin alteraciones. Una vez en planta, inician tratamiento con aciclovir intravenoso. El 6º día de ingreso es valorada por Medicina Física y Rehabilitación con control motor: hombro 0/5, bíceps 2/5, tríceps 3/5 y flexoextensores de muñeca y dedos 3+/5. El 7º día, la paciente fue dada de alta con cita para iniciar rehabilitación del brazo.

Conclusiones:

Es un caso que nos muestra de la importancia de la exposición de la zona afectada. En ningún momento la paciente informa de la paresia y había acudido a su médico de Familia que inició tratamiento analgésico que resultó inefectivo, motivo por el cual consulta.

CASOS CLÍNICOS

P-1229

NO ES UN QUISTE CUALQUIERA

R Becerra Piñero, P Molina García, E Ruiz-Cabello Crespo

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Palabras claves: cystic adventitial degeneration, poplitea artery, entrapment syndrome

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 67 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, que acude a Urgencias por cuadro de claudicación intermitente de 1 semana de evolución, de instauración aguda, junto con dolor y sensación de masa en hueso poplíteo de miembro inferior izquierdo. A la exploración destaca palpación de masa en hueso poplíteo, dolorosa, con diferencia de temperatura entre ambas extremidades y pulsos distales débiles. Ante la primera sospecha diagnóstica de quiste de Baker complicado, se realiza Eco- doppler en el que se observa : lesión mal delimitada, de aspecto sólido- quístico, multiloculada con algún nivel de material espeso en su interior que mide aproximadamente 9 cms de tamaño, situada lateralmente al tendón del gemelo sobre los vasos poplíteos, asociando trombosis de vena poplíteo. Se recomendó, dadas las características de la lesión, ampliar estudio realizándose RM y Angio-TC con el siguiente resultado: masa de 12x5x7cm que se inicia en porción superior del hueso poplíteo, que en un trayecto amplio, rodea completamente la arteria,comprimiendo la vena que aparece trombosada.Esta lesión en RM, se aprecian múltiples quistes con signos de sangrado crónico y hemosiderina. Estos hallazgos plantean como primer diagnóstico: Degeneración quística de la adventicia de la arteria poplíteo.

Conclusiones:

La degeneración quística de la adventicia, es una patología poco frecuente que puede afectar tanto a arterias como a venas adyacentes a una articulación, y es la arteria poplíteo el vaso más frecuentemente afectado. Afecta principalmente a varones sanos y su etiología sigue siendo incierta. La degeneración quística de la adventicia de la arteria poplíteo, a pesar de ser una patología poco común, cada vez se diagnostica con mayor frecuencia, y es una entidad a tener en cuenta en todo varón no fumador con dolor súbito en la pantorrilla.

P-1230

FRACTURA DE SACRO CON AFECTACIÓN DE COLA DE CABALLO

E Alonso Formento, T Fernández Letamendi, M Angulo Tabernero, B Hidalgo Mendia, N Fernández Letamendi, L Usieto López

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: cola de caballo, fractura de sacro, lesión radicular

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 61 años. No alergias medicamentosas conocidas.Antecedentes de diabetes y depresión.Intervenida quirúrgicamente de colecistectomía y hernia de hiato. Acude a urgencias tras caída casual por las escaleras presentando dolor dorso-lumbar y lumbar bajo. TA:120/60 mmHg, FC:85 lpm,SATO2:98%. Normocoloreada, consciente y orientada. En la exploración física presenta dolor a la palpación apófisis espinosas dorso-lumbares y a nivel de sacro con ausencia de tono anal y sensibilidad vesical y rectal. El resto de la exploración es normal. Se realiza estudio radiológico diagnosticando fractura de L1 y sospecha de fractura de sacro. Se completa el estudio con TAC de urgencia en el que se informa de fractura de L1, con mínimo desplazamiento del cuerpo posterior sin compromiso del canal y fractura con hundimiento S3-S4 con obliteración del canal raquídeo a este nivel. La paciente ingresa en la Unidad de Columna para programar intervención mediante fijación percutánea de T12 a L2 y en la Unidad de Lesionados Medulares (ULME) donde se solicita RMN que confirma la afectación de cauda equina a nivel de raíces sacras caudales y EMG que confirma la afectación del esfínter anal externo con signos de denervación y reinervación en curso y se inicia tratamiento de reeducación vesical e intestinal.

Conclusiones:

Las fracturas aisladas de sacro a pesar de tratarse de manera conservadora no están exentas de complicaciones por afectación de las raíces sacras. Su valoración se debe acompañar de una adecuada exploración neurológica que incluya el examen de las raíces sacras inferiores (tono anal, sensibilidad perianal y ROT).

CASOS CLÍNICOS

A-1231

TAQUICARDIA VENTRICULAR SOSTENIDA COMO PRESENTACIÓN DE DISPLASIA ARRITMOGÉNICA DE VENTRÍCULO DERECHO

LJ Arce Segura (1), E Díaz Vera (2)

(1) Hospital Universitario de Fuenlabrada, (2) Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: displasia arritmogénica de ventrículo derecho, taquicardia ventricular, miocardiopatías

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

MOTIVO DE CONSULTA: palpitaciones. ANTECEDENTES PERSONALES: Sobrepeso. Abuela y tío fallecidos por enfermedad coronaria. No tratamiento. ANAMNESIS: Varón, 40 años. Acudió a Urgencias por palpitaciones torácicas desde hacía 3 horas. Aparecieron súbitamente mientras cenaba, sin otra clínica. Episodio previo similar con ejercicio 2 años antes. Estudiado, sin hallazgos relevantes. EXPLORACIÓN FÍSICA: Frecuencia cardiaca: 183 latidos por minuto. Auscultación cardiopulmonar: taquicárdico. Resto normal. *Electrocardiograma: Taquicardia regular sostenida de QRS ancho (morfología de bloqueo de rama izquierda). Eje concordante en precordiales. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Taquicardia ventricular. Taquicardia ventricular idiopática del tracto de salida del ventrículo derecho. Taquicardia supraventricular conducida con aberrancia/bloqueo de rama preexistente. Displasia arritmogénica de ventrículo derecho (DAVD). Síndrome QT largo. Alteración tóxica/metabólica. Síndrome coronario agudo. Ingresó en Unidad Coronaria. Se administró procainamida intravenosa, observándose en electrocardiograma paso a ritmo sinusal. Onda T negativa en V1. Muesca en rama descendente del QRS compatible con onda epsilon. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: *Analítica (incluyendo enzimas de daño miocárdico), y radiografía torácica, sin hallazgos relevantes. *Ecocardiograma-Doppler: Ventrículo derecho dilatado. Alteraciones locales (adelgazamiento, aspecto abollonado de tractos de entrada y salida). Hipertrabeculación en ápex. *Coronariografía sin alteraciones significativas. *Ergometría: Clínica y eléctricamente negativa, sin inducirse arritmias. *Resonancia Magnética Cardíaca: hallazgos compatibles con DAVD, ventrículo izquierdo respetado. JUICIO CLÍNICO: DAVD. Debut como episodio único de taquicardia ventricular (TV) monomorfa sostenida con buena tolerancia hemodinámica y clínica. EVOLUCIÓN: Los hallazgos sugerían como primera posibilidad DAVD. Dadas las características del episodio y las pruebas complementarias, se inició tratamiento con sotalol. Buena tolerancia clínica. Asintomático. Estable al alta. Seguimiento ambulatorio. Se recomendó evitar actividad física prolongada o intensa.

Conclusiones:

La DAVD supone un reto para los médicos de Urgencias. Es una miocardiopatía progresiva de etiología desconocida, base genética y prevalencia variable. El miocardio del ventrículo derecho (especialmente), es parcialmente reemplazado por tejido fibroadiposo. Las presentaciones clínicas son variables, abundando las formas subclínicas, pudiendo debutar como muerte súbita. Su diagnóstico es difícil, especialmente en etapas iniciales. Para ello existen diferentes criterios (clínicos, electrocardiográficos, estructurales, histológicos). El tratamiento es preventivo, encontrándose varias opciones (fármacos, desfibrilador implantable, ablación). El curso es impredecible, pudiendo ser benigno o fatal. Exige un seguimiento estrecho multidisciplinar.

CASOS CLÍNICOS

A-1232

UN CASO DE MALARIA GRAVE POR *PLASMODIUM FALCIPARUM*

E Díaz Vera (1), LJ Arce Segura (2)

(1) Hospital Infanta Leonor, Madrid, (2) Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Palabras claves: malaria, *Plasmodium falciparum*, fiebre

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

La malaria es una enfermedad que afecta anualmente a unos 300-500 millones de personas, el 90% en África, con 1-2 millones de muertes anuales. La producida por *Plasmodium falciparum* es la forma más agresiva de esta enfermedad. Es una patología en auge en nuestra región, dado el aumento de la inmigración desde países endémicos. ANAMNESIS. Mujer, 39 años, natural de Nigeria. Sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por fiebre. Lleva viviendo en España 7 años, sólo ha viajado allí 1 vez, hace 1 mes, sin profilaxis antipalúdica. No disnea, no cefalea ni otros síntomas. EXPLORACIÓN Regular estado general, bien perfundida. Hipotensa. Eupneica. Fiebre (39°C). Obnubilada. No lesiones cutáneas. Resto normal. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. Análisis sanguíneo: plaquetopenia. Hemoglobina 9,9 g/dL. Proteína C reactiva 17. Resto normal. Radiografía torácica: normal. Tomografía craneal: sin alteraciones. Gota gruesa: presencia de *Plasmodium falciparum*, con parasitemia 13%. JUICIO CLÍNICO. Malaria grave por *Plasmodium falciparum*. EVOLUCIÓN. Se inició tratamiento con quinina, doxiciclina, resucitación volumétrica intensa y antitérmicos. 48 horas después, mejoría clínica, salvo hipoglucemias secundarias a quinina. Afebril, buen nivel de consciencia, Parasitemia 0,03%. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. infección respiratoria/neumonía malaria y/o sus complicaciones fiebre tifoidea meningitis/encefalitis golpe de calor

Conclusiones:

Los infectados por *Plasmodium* que viven en zonas endémicas adquieren cierto grado de inmunidad tras la exposición repetida al parásito. Hay pruebas de que existe una cierta persistencia de la inmunidad adquirida en personas previamente infectadas, pero parece que ésta puede perderse tras un cierto tiempo en zona no malárica. La predisposición en estos pacientes a nueva infección no depende del tiempo de estancia en zonas de alto riesgo de malaria. Datos como la parasitemia alta, la no inmunidad previa a la enfermedad, o no haber hecho quimioprofilaxis correctamente durante el viaje, podrían condicionar la asociación a criterios de gravedad de la malaria, como plaquetopenia, hipotensión arterial o alteración del estado mental. Se debe sospechar ante todo paciente con síntomas procedente de zonas endémicas o incluso en pacientes asintomáticos con alteraciones analíticas sugerentes de infección como la anemia, con datos epidemiológicos de estancia en países con malaria.

P-1233

IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA ANTE LA LUMBALGIA. ESPONDILODISCITIS LUMBAR, RETROLISTESIS Y COLECCIÓN EPIDURAL

I Nieto Rojas, C Almenara Rescalvo, P Valiente Maresca, AL Alarcón Escalonilla, J W Trilleras Berrío, AA Llaquet Leiva
Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Palabras claves: dolor de la región lumbar, examen físico, discitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Dolor muy selectivo a la espinopresión en región lumbar alta, sin traumatismo previo y con malestar general y vómitos de varios días de evolución en un paciente con retraso mental leve y sin antecedentes de interés para la patología actual. CASO CLÍNICO. Varón de 57 años, institucionalizado y con retraso mental leve que acude a Urgencias por dolor lumbar de varios días de evolución que no mejora con analgesia. Refiere inapetencia y vómitos acompañantes a este cuadro. No fiebre. Al explorar al paciente se objetiva dolor muy selectivo en región lumbar alta, siendo el resto de la exploración anodina. Dada la clínica, se decide realizar radiografía lumbar en la que se aprecia pérdida importante de altura en segunda y tercera vértebras lumbares y a nivel del espacio intervertebral L2-L3 que no estaban presentes en una radiografía lumbar de meses previos. Ante la sospecha de espondilodiscitis se pide TC lumbosacro en la que se confirma la presencia de espondilodiscitis de probable origen infeccioso con posible colección epidural anterior de pequeño tamaño. Se decide ingreso hospitalario en Medicina Interna para tratamiento antibiótico y ampliar estudio con Resonancia Magnética (RM). RESULTADO. La RM informa de la presencia de espondilodiscitis L2-L3 con retrolistesis secundaria del cuerpo L2 sobre L3 y presencia de un componente epidural anterior flemonoso con algún microabsceso en su interior, posterior al disco L2-L3 que produce estenosis moderada del canal lumbar (50%) con compromiso sobre las raíces de la cola de caballo. Durante el ingreso se realiza PAAF de partes blandas paravertebral en la que se aísla *Pseudomonas Aeruginosa* y *Staphylococcus Aureus* meticilín sensible, por lo que se ajusta el tratamiento antibiótico pautado inicialmente de forma empírica. Traumatología aconseja la utilización de corsé para la movilización. Durante todo el ingreso el paciente se encuentra estable y afebril.

Conclusiones:

Es un caso interesante que nos recuerda la importancia de la correcta exploración física ante la presencia de dolor lumbar en cualquier tipo de pacientes.

CASOS CLÍNICOS

A-1234

UN HALLAZGO INESPERADO

A Cózar Llistó, A Durante López, M Fernández Tomás,
A Muñoz Serrano, JF Montoro Lara, ML Cigüenza Fuster,
L Ferrer Armengou

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Palabras claves: listeria monocytogenes, meningoencefalitis, bacteriemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 73 años con antecedentes de fibrilación auricular, prótesis valvular aórtica y ex fumador. Acudió al Servicio de Urgencias por un cuadro de dos días de evolución de marcha inestable, dificultad para ejecutar movimientos finos, olvidos frecuentes y febrícula. La exploración física completa no reveló alteraciones. La analítica, radiografía de tórax, electrocardiograma, tomografía computarizada cerebral y el estudio Doppler transcraneal y de troncos supraaórticos no presentaron alteraciones destacables, por lo que fue dado de alta. Seis días después volvió por fiebre y fluctuaciones de la clínica neurológica, la cual desaparecía al administrarse antitérmicos. La exploración física resultó normal. Destacaba discreta neutrofilia sin leucocitosis. Se tomaron hemocultivos y fue dado de alta al permanecer asintomático en Urgencias sin claro foco infeccioso. Cuatro días después se aisló *Listeria monocytogenes* en los hemocultivos. Persistían la clínica neurológica fluctuante y la fiebre. En la última visita a Urgencias estaba hemodinámicamente estable, con temperatura de 38°C. Presentaba discreta rigidez de nuca y marcha cautelosa. La analítica sanguínea mostró una PCR de 43.5 mg/L (0.1- 10.0 mg/L) y ausencia de leucocitosis sin neutrofilia. Se realizó punción lumbar, obteniéndose líquido cefalorraquídeo (LCR) purulento con glucorraquia de 6 mg/dL, proteinorraquia de 355.90 mg/dL y recuento leucocitario de 671 células/mm³ (85% polimorfonucleares, 15% linfomononucleares).

Conclusiones:

Las alteraciones neurológicas sugerirían un accidente isquémico transitorio del territorio vértebro-basilar, extrapiramidalismo, disfunción vestibular, etc. La fiebre y la evolución subaguda podrían sugerir meningitis vírica o bacteriana, abscesos cerebelosos, meningitis crónicas infecciosas, inflamatorias o tumorales. El juicio clínico en Urgencias fue meningoencefalitis por *Listeria monocytogenes*. Se trató con ampicilina y gentamicina. En el cultivo de LCR creció posteriormente *L. monocytogenes*. En el contexto del paciente, existía la sospecha de endocarditis infecciosa, complicación poco frecuente con alta mortalidad a pesar de un tratamiento adecuado. En los casos descritos, la afectación meníngea es rara. En relación a los hemocultivos en Urgencias, numerosos estudios destacan su escasa rentabilidad salvo en pacientes adecuadamente seleccionados. Dados los antecedentes cardiológicos, edad y fiebre persistente sin foco claro, en nuestro paciente fueron la clave del diagnóstico.

P-1235

HABLANDO DE INFECCIONES DE TEJIDOS Blandos... FASCITIS NECROTIZANTE CERVICAL, UNA ENTIDAD INFRECUENTE PERO GRAVE

LJ Arce Segura (1), E Díaz Vera (2)

(1) Hospital Universitario de Fuenlabrada, (2) Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: fascitis necrotizante, infecciones de los tejidos blandos, trismus

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

MOTIVO DE CONSULTA: inflamación facial. ANTECEDENTES PERSONALES: Alérgico a yodo. Exfumador. ANAMNESIS: Varón, 77 años. Acudió a Urgencias por inflamación de hemicara izquierda de 1 semana de evolución, progresiva. Previamente, otalgia izquierda y odinofagia. Empeoramiento pese a tratamiento antibiótico (amoxicilina/clavulánico) y antiinflamatorio. Asoció fiebre en los últimos días. EXPLORACIÓN FÍSICA: Febril. Inflamación de región maxilar, mandibular y preauricular izquierdas, con empastamiento, discreto eritema, y aumento de temperatura local. Exudado purulento biamigdalario, sin abombamiento de pilares amigdalinos. No trismus. Resto normal. Se comenzó tratamiento antiinflamatorio, corticoideo y antibiótico intravenoso, añadiéndose clindamicina. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: *Analítica sanguínea: leucocitosis, neutrofilia. Elevación de Proteína C Reactiva (PCR). Gasometría arterial: alcalosis respiratoria. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Absceso retro/parafaríngeo. Absceso periamigdalino. Celulitis. Parotiditis. Fascitis necrotizante cervical. El paciente ingresó en Servicio de Otorrinolaringología. A las 24 horas presentó empeoramiento clínico, con aparición de trismus. *Fibroscopia: abombamiento de pared faríngea lateral izquierda. Posteriormente se objetivó crepitación en ángulo mandibular izquierdo y progresión del empastamiento hasta zona cervical. *Tomografía axial computerizada (TAC) cervical: extensa celulitis y fascitis necrotizante cervical y de hemicara izquierda. JUICIO CLÍNICO: FASCITIS NECROTIZANTE CERVICAL. EVOLUCIÓN: Se realizó cervicotomía urgente, con drenaje de abundante material purulento. Se cambió tratamiento antibiótico por piperacilina/tazobactam, ciprofloxacino y clindamicina. Presentó sangrado por zona de cervicotomía, que requirió reintervención quirúrgica. En cultivo de exudado de la herida se aisló flora mixta gram positiva de origen mucocutáneo. Buena evolución posterior, con mejoría en TAC de control. Al alta parálisis facial periférica residual.

Conclusiones:

La fascitis necrotizante cervical es una infección necrosante de tejidos blandos cervicales, infrecuente y agresiva. Afecta y se extiende a través de los planos fasciales, afectando también, en menor medida, a piel y músculo. El proceso es grave, rápidamente

CASOS CLÍNICOS

progresivo, y potencialmente letal. La etiología es generalmente polimicrobiana. Exige un alto grado de sospecha, dada la inespecificidad de la clínica inicial. El diagnóstico clínico precoz y la terapia antimicrobiana agresiva son los pilares básicos del manejo. El TAC es la prueba de imagen de elección para su caracterización. En numerosas ocasiones se requiere de cirugía urgente. Sin tratamiento, determina un cuadro séptico con complicaciones graves, especialmente la mediastinitis, de pronóstico sombrío.

P-1236

FIBRILACIÓN AURICULAR SECUNDARIA A FRACTURA ESTERNAL POR TRAUMATISMO TORÁCICO CERRADO

E Díaz Vera (1), LJ Arce Segura (2)

(1) Hospital Infanta Leonor, Madrid, (2) Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Palabras claves: traumatismos torácicos, fibrilación auricular, arritmias cardíacas

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

MOTIVO DE CONSULTA: Palpitaciones y dolor centrotorácico. **ANTECEDENTES PERSONALES:** sin interés. **ANAMNESIS:** Varón, 54 años. Acudió a Urgencias por palpitaciones y dolor centrotorácico de perfil mecánico, sin disnea ni otra clínica asociada. Trabajaba como vigilante de seguridad. Había recibido una patada en el tórax un mes antes en contexto de una agresión. Presentaba la citada clínica desde entonces. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Buen estado general. Bien perfundido, sin signos clínicos de shock. Taquicárdico. Normotenso. Eupneico en reposo. Auscultación cardíaca arritmica, sin tonos apagados, roces ni soplos. Auscultación pulmonar normal. Dolor a la palpación de región esternal, sin apreciarse deformidades ni crepitaciones óseas. Resto de exploración física sin alteraciones. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** contusión miocárdica/commotio cordis. fractura esternal/costal. dolor osteomuscular. fibrilación auricular. rotura/laceración diafragmática. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Electrocardiograma: fibrilación auricular (FA) con respuesta ventricular a 110 latidos por minuto (lpm). Radiografía de tórax sin alteraciones. Radiografía de esternón: imagen sugestiva de fractura de cuerpo del esternón. Análisis de sangre (incluyendo marcadores de daño miocárdico) normal. Ecocardiograma transtorácico sin alteraciones. **JUICIO CLÍNICO:** Fractura esternal con FA rápida probablemente secundaria. **EVOLUCIÓN:** Se administró analgesia y atenolol oral, presentando posteriormente frecuencia cardíaca en torno a 80 lpm, y mejoría clínica. Se mantuvo en observación. Analítica de control normal. Se inició anticoagulación oral. Al alta estable y asintomático, persistiendo la FA, sin otras incidencias.

Conclusiones:

El traumatismo torácico cerrado es un motivo de consulta frecuente en Urgencias, especialmente en el contexto de accidentes o agresiones. Hemos de ser cautos en su valoración, dado que pueden ser banales o, por contra, suponer una amenaza para la vida de nuestros pacientes. Exigen una valoración inicial exhaustiva, encaminada a descartar lesiones potencialmente graves. Entre las lesiones más inquietantes que podemos encontrar destacan el volet costal, la rotura o el taponamiento cardíaco, el hemo/neumotórax, o la lesión de grandes vasos. Las arritmias cardíacas secundarias a traumatismos torácicos deben ser tratadas. Gene-

CASOS CLÍNICOS

ralmente son autolimitadas, y de corta duración. Con menos frecuencia, como en este caso, son más prolongadas. Requieren un período de observación hospitalaria, con determinación seriada de enzimas de daño miocárdico, y realización de ecocardiograma, que descarten lesiones estructurales asociadas.

P-1237

TUMORACIÓN GEMELAR DOLOROSA

JM García López, A Rando Jiménez, V Parent Mathias

Hospital Regional Universitario de Málaga

Palabras claves: quiste, poplíteo, dolor

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Se trata de un varón de 25 años sin alergias medicamentosas conocidas ni enfermedades ni tratamientos activos. Acude a Urgencias por dolor en gemelo D de meses de evolución que ha empeorado en la última semana junto con sensación de abultamiento en el mismo que percibe que ha ido en aumento a lo largo de los meses. El dolor empeora con los esfuerzos (subir escaleras). No refiere traumatismos ni puede precisar un momento concreto del inicio de la clínica. No sobreesfuerzos, excepto que emplea la bicicleta como medio de transporte. A la exploración, se palpa una masa de unos 5 cms de diámetro en 1/3 superior de zona gemelar de consistencia pétrea y que hace que el dolor aumente con la presión. No cambios de temperatura ni de coloración. Pulsos periféricos presentes y simétricos. No fiebre. Funcionalmente, el paciente no presenta alteraciones sensitivomotoras. Se realiza radiografía de rodilla apreciándose en diáfisis proximal de tibia una imagen compatible con osteocondroma. Se realiza ecografía de gemelo donde se aprecia lesión con material hierecogénico en su interior compatible con quiste de Baker. Se consulta con Traumatólogo de guardia que, tras valorar al paciente, realiza punción de la lesión (se dispone de imágenes) extrayendo líquido de aspecto serohemático. Posteriormente, es derivado a consultas externas para valorar la evolución.

Conclusiones:

En este caso podemos encontrar dos peculiaridades: El quiste de Baker es extremadamente raro en etapas jóvenes de la vida. La localización típica es en hueso poplíteo. En este caso, a la palpación, no se apreciaba anomalía alguna en hueso poplíteo.

CASOS CLÍNICOS

A-1238

A PROPÓSITO DE UN CASO... PACIENTE CON
DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A DE STANFORD

S Loscos Aranda, C Blanco Torrecilla

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras claves: disección de aorta, dolor torácico, presíncope

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 60 años que acude a urgencias para valoración de cuadro presincope ocurrido hace 24 horas, con cortejo vegetativo acompañante, mientras estaba cambiando una bombilla asociando posteriormente dolor lancinante en hemitorax izquierdo, migrado a epigastrio y transfixivo a escapula, no opresivo, continuo, y con escasa respuesta a analgesia convencional. Fumador, hipertenso y con antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. La exploración cardiopulmonar era anodina. En ECG presenta elevación aislada de punto J en septo de 2 mm (V1-V2) y aplanamiento en cara lateral. Primera troponina 0.03 con discreta elevación de mioglobina en 190. Rx de tórax con aumento de tamaño mediastino y doble contorno de aorta. En ecocardiograma se objetiva a nivel de la porción tubular de la raíz aórtica una dilatación progresiva, de hasta 51 mm, con imagen en su interior de un colgajo intimal con movimiento sincrónico con el latido cardíaco altamente sugestivo de disección aórtica. Arco aórtico con imagen de disección a nivel proximal al nacimiento de tronco braquiocefálico derecho, con dilatación del mismo. En TC torácico se corrobora disección aórtica tipo A que se inicia por encima de la unión sinotubular, con dilatación fusiforme de la aorta ascendente de 52mm de diámetro. La disección se extiende al tronco arterial braquiocefálico, al ostium de la arteria subclavia izda, la aorta torácica descendente y aorta abdominal, hasta ambas arterias ilíacas comunes, y disecciona la arteria renal izda. Fue intervenido de manera emergente el mismo día con circulación extracorpórea, hipotermia moderada y parada circulatoria con perfusión cerebral anterógrada. Se hizo resuspensión de comisuras de la válvula aórtica y sustitución de la aorta ascendente supracoronaria con tubo vascular hemashield, sin incidencias intraoperatorias.

Conclusiones:

La patología aórtica aguda es una situación clínica crítica cuyo pronóstico suele depender de un diagnóstico certero y rápido, así como de la instauración temprana de su tratamiento. Os presentamos este caso porque el paciente permaneció 24 horas estable hemodinámicamente y con escasa afectación analítica y electrocardiográfica pero con clínica muy sugestiva de patología aórtica aguda así como imágenes muy representativas en Rx, Eco y TAC de disección aórtica tipo A de DeBakey y 2 de Stanford.

P-1239

INTOXICACIÓN CRÓNICA POR LITIO

AM Bolaños González, AM Romero Mendoza, M Rizo Hoyos

Hospital Comarcal de Antequera, Málaga-

Palabras claves: neurotoxicity syndromes, lithium, schizotypal personality disorder

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 69 años, sin alergias medicamentosas conocidas, diagnosticada de síndrome esquizoafectivo en seguimiento por el servicio de Salud Mental, Diabetes Mellitus tipo 2, linfoma B difuso de células grandes tiroideo en seguimiento por hematología (último ciclo de quimioterapia 20 días antes). Tratamiento habitual: litio (400 mg/12h), fluoxetina, quetiapina y aripiprazol. Metformina cada 12 horas. Presenta vida limitada a domicilio, precisando ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. La paciente acude a urgencias por presentar, en la última semana, deterioro neurológico progresivo (aumento del decaimiento, apatía, disminución de la ingesta y tendencia al sueño) con cuadro de diarrea líquida. Valorada por su psiquiatra que realiza un control de litemia objetivándose concentración elevada (1,7 mmol/l). En la exploración física destaca: regular estado general, sequedad de piel y mucosas, palidez. Auscultación cardio-pulmonar sin hallazgos de interés. Abdomen blando y depresible, algo timpánico y doloroso a la palpación de forma difusa, sin signos de irritación peritoneal. Exploración neurológica aparece: desorientación y bradipsiquia. No obedece ordenes. Disartria. Ataxia, temblor fino de manos, mioclonías. Hiperreflexia. Analítica sanguínea: hemograma destaca hemoglobina 9.50, plaquetas 674.000, resto normal. Coagulación sin alteraciones. Bioquímica: glucosa 233, función renal, sodio y potasio normales. Perfil hepático y lipasa sin alteraciones. PCR 5,3 Litemia 1.14 Gasometría arterial: pH 7.87, pO2 63 mmHg, pCO2 28 mmHg, bicarbonato 21, lactato 19. Saturación O2 91% Analítica de orina normal Electrocardiograma: ritmo sinusal a 115 lpm. Radiografía abdomen: se aprecia importante dilatación de asas intestinales. TAC craneal sin hallazgos de interés. Punción lumbar: líquido cefalorraquídeo de características normales. Ecografía abdominal: hallazgos compatibles con la normalidad. La paciente fue ingresada en el servicio de Medicina Interna, con mejoría progresiva pero lenta de la clínica neurológica, siendo dada de alta tras un mes de ingreso.

Conclusiones:

La intoxicación por litio es una entidad poco frecuente, siendo la forma crónica la más habitual (hasta un 80% de casos) en pacientes psiquiátricos que toman litio como tratamiento habitual. Los pacientes desarrollan toxicidad progresiva secundaria a un incremento de la dosis, a una disminución de la eliminación renal o a la administración de otras drogas. Generalmente la intoxicación se desarrolla de manera gradual con un predominio de los síntomas mentales y neurológicos.

CASOS CLÍNICOS

P-1240

AUMENTO DE 11 KG DE PESO EN 6 SEMANAS

S Trueba Insa (1), M Clavería Gutierrez (2), R Montoya Saenz (3), E Esteban Zubero (1), A Hernandez Marcos (4), M Rubio Gómez (5), E Fernández Alonso (5)

(1) Centro de Salud Delicias Sur/ Hcu Lozano Blesa, (2) Hcu Lozano Blesa, (3) C.S. Bombarda/Hcu Lozano Blesa, (4) C.S. Delicias Norte/Hcu Lozano Blesa, (5) C.S. Delicias Norte/ Hcu Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: dolor abdominal, leiomioma, ultrasonografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia Clínica:

-Motivo de consulta. Mujer, 50 años, acude por edemas generalizados-AMQ. DM II, HTA.AQ:apendicetomía. Tratamiento:Metformina, Hidroclorotiazida+Telmisartan.-Historia actual. Remitida por su MAP por aumento de 11 kg de peso y del perímetro abdominal desde hace 6 semanas("ni embarazada tenía este abdomen"). Desde la última semana,edemas en EEII, ortopnea y disnea NYHA II.Discreta oliguria desde la ultima semana. No otra sintomatología acompañante.-Exploración.TA: 140/98. CORP,NC,NH. FR: 18 rpm.AC: rítmica a 100 lpm, sin soplos. AP: discreta hipoventilacion bibasal.Abdomen: muy aumentado, con piel a tensión. Signo de oleada dudoso, matidez aumentada,mayor en hemiabdomen inferior.Peristaltismo conservado. Palpación de masa voluminosa, que ocupa todo el abdomen, adherida a planos profundos.EEII: edemas en ambas EEII con fovea ++ hasta region tibial media,PPP-PC:ECG: Sinusal a 100 lpm.Analitica. Hemograma: Hb 15.6 g/dl, Leucocitos 16.9 mil (N 89.7%, L 5.2%),Plaquetas 302 mil. Bioquímica: Cr 1.94. Coagulación, orina,gasometría venosa:NRx torax:elevación hemidiafragma izdo. Rx abdomen: aumento densidad generalizada. ECO abdomen: Voluminosa tumoración en casi totalidad del abdomen,que desplaza estructuras abdominales, ecoestructura heterogénea(áreas sólidas y quísticas). No se consigue filiar conexión exacta. Dudosa dilatación pielocalicial dcha. Resto de estructuras no visualizadas. -ID. MASA ABDOMINAL a diferenciar entre: - Tumor de origen en víscera pélvica (ovárico,uterino,vesical...) con compresión vascular- Insuficiencia cardíaca con ascitis (exploración atípica).-Tumor de origen infeccioso (quiste hidatídico, absceso encapsulado...) - Evolución:Tras estos hallazgos se ingresa en Medicina Interna, se realiza TAC abdominal:gran tumoración de 36 cm de diámetro con contenido líquido e imágenes sólidas dispersas. La tumoración ocupa la práctica totalidad de pelvis y gran parte de abdomen y sugiere origen ovárico: Cistoadenocarcinoma, posiblemente,mucinoso. No apreciamos adenopatías. Exéresis por ginecología de tumoración de 31,7 kg+histerectomía+anexectomía bilateral laparotómica.AP: Pieza quirúrgica de 32kilos y un diámetro máximo de 50,dependiente de fondo uterino. Dx: Leiomioma uterino subseroso con areas de degeneración mixoide,quística e hialina,no su-

gestivo de neoplasia.-Diagnóstico definitivo. Leiomioma uterino gigante. IC leve e insuficiencia renal post-renal asociada a compresión abdominal.-Evolución: postoperatorio y evolución meses después favorable. Desaparición de clínica de IC.

Conclusiones:

- El diagnóstico diferencial de una masa abdominal puede ser muy amplia (vólvulo, absceso...) por lo que es relevante indagar en su posición,instauración, síntomas... para realizar una primera aproximación diagnóstica. - El servicio de Urgencias ofrece la posibilidad de encontrarnos con patologías atípicas;lo que obliga a realizar un esfuerzo científico investigador

CASOS CLÍNICOS

P-1241

DOCTOR: ME ENCUENTRO NERVIOSA

E Ruiz-Cabello Crespo (1), A Bellido Salvatier (2),
M Rojo Iniasta (3)

(1) C.S.Carranque, (2) C.S. Portada Alta, (3) C.S. Puerta Blanca.
Málaga.

Palabras claves: anxiety, arrhythmia, hyperthyroidism

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Mujer de 56 años, fumadora de 15 paquetes/año, hipertensa como antecedentes de interés. Acude a Urgencias del C.S. porque ultimamente se encuentra más nerviosa e irritable, con dificultad para conciliar el sueño, que en el día de hoy se ha intensificado tras un conflicto laboral, motivo por el que consulta. Se le diagnostica de ansiedad y se le receta lorazepam 1mg/24h y se le indica volver si persistencia de la clínica. La paciente vuelve al cabo de las 2 semanas a Urgencias por sensación de palpitaciones iniciado hace varios días, sin dolor precordial ni disnea asociada. En la Exploración física destaca: TA: 130/90. Afebril. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Cuello: tiroides normal, no adenopatías laterocervicales, no ingurgitación yugular. Exploración cardíaca: arritmico a 110lpm, no soplos. Exploración respiratoria: murmullo vesicular conservado. Resto de la exploración, sin hallazgos de interés. ECG: FA de novo. Se realizó control de la frecuencia e inicio de ACO según protocolo de CHA2DS2-VASC y se derivó a su centro de salud para proseguir estudio. Su médico de familia solicita analítica con hemograma y coagulación normales. TSH 0.011, T4 25 y TSI positivo.

Conclusiones:

La Enfermedad de Graves-Basedow constituye la causa mas frecuente de hipertiroidismo. Los síntomas típicos son insomnio, perdida involuntaria de peso, palpitaciones, nerviosismo, temblor postural... si bien la clínica es menos florida en pacientes mayores. En todo paciente con arritmia cardiaca de origen desconocido se debe descartar la tirotoxicosis como factor desencadenante. La taquicardia sinusal, es la manifestación cardiovascular más frecuente, sin embargo la fibrilación auricular también puede ser un hallazgo típico en pacientes mayores de 50 años. La paciente comenzó con antitiroideos, estando en actual seguimiento por el servicio de Endocrinología, con buena evolución.

P-1242

TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL DE LA PARED TORÁCICA: ENFERMEDAD DE MONDOR

FJ Germán Armijo (1), M Fortún Moral (1), V Jacoste Álvarez (1),
E Monreal Arnal (2), F Arroyo Alejos (1), C Riba Castel (1), AC
Tejero Luna (1)

(1) Sº Urgencias. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra), (2)
Hospital García Orcoyen. Estella (Navarra).

Palabras claves: enfermedad de Mondor, tromboflebitis superficial de la pared torácica, cáncer de mama

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Presento el caso de una paciente de 21 años, sin antecedentes de interés. Nadadora habitual. Acude a Urgencias por presentar desde hace 2 semanas un "cordón" indurado y doloroso en región inframamaria izquierda. No refiere otra sintomatología asociada. No traumatismos previos. A la exploración, se objetiva un cordón palpable y doloroso de aproximadamente 5 mm de diámetro de localización inframamaria a nivel de la 7ª-8ª costillas izquierdas de unos 5 cm de longitud. No se palpan nódulos ni adenopatías. Resto de la exploración sin hallazgos. Se realizó una ecografía de los cuadrantes inferiores de la mama izquierda, identificando un sutil cordón hipoecogénico en plano superficial, que no presentaba vascularización con doppler, compatible con una pequeña vena superficial trombosada. Al alta, se solicitó una mamografía de forma programada, que no evidenció alteraciones. La paciente fue diagnosticada de Enfermedad de Mondor por los hallazgos clínicos y ecográficos. Se le pautó tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios con resolución completa del cuadro tras varias semanas.

Conclusiones:

La enfermedad de Mondor es una tromboflebitis superficial de las venas de la pared torácica. Se trata de una entidad benigna, cuya etiología es desconocida, aunque se han descrito casos relacionados con traumatismos locales, ejercicio físico que requiera movimientos repetitivos del brazo, cirugía de la mama, infecciones y enfermedades sistémicas entre otros. Ocasionalmente puede aparecer en el marco de un cáncer de mama. Su incidencia va desde el 0,5 al 0,8% siendo 3 veces más frecuente en mujeres. La edad media de aparición es 35 años. Clínica: Aparición de un cordón fibroso de 3 a 5 mm de diámetro, palpable en el tejido subcutáneo de localización mamaria o submamaria. Los síntomas van desde el dolor localizado o la hipersensibilidad al mero hallazgo casual de la paciente. Habitualmente es autolimitada y evoluciona hacia la curación espontánea en un periodo comprendido entre 6 semanas y 6 meses, sin que requiera un tratamiento específico. Debido a su ocasional asociación con el cáncer de mama, la mamografía está indicada en todos los casos aunque la exploración clínica sea negativa.

CASOS CLÍNICOS

P-1243

**LA GASTROENTERITIS QUE INGRESÓ EN
CARDIOLOGÍA**

J Chehayeb Morán, B Arranz Díez, S Barbero Bajo, S Hernández Bezos, JV Esteban Velasco, A Hambardzumyan, C del Pozo Vegas

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Palabras claves: ultrasonografía, miocarditis, insuficiencia cardiaca

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 23 años de edad sin antecedentes médicos de relevancia que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de náuseas, vómitos y deposiciones líquidas en contexto de gastroenteritis aguda de 48 horas de evolución. Días previos astenia y sensación de disnea que ha empeorado con la gastroenteritis hasta hacerse de mínimos esfuerzos. EXPLORACIÓN FÍSICA: TA:118/85 FC: 82 lpm SaO₂:98%. Temp:35,7°C. AC: Rítmico, sin soplos. AP:MVC. Abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. Se pauta tratamiento sintomático intravenoso y se solicita una analítica de control. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Ss: sin alteraciones. Bq: Urea: 59, Glucosa 113, Creatinina 1,33, Bi total 1,5, GOT: 356 CK: 215, LDH: 498, NA 136, K 4,8 Osm: 271. Debido a clínica de disnea asociada a gastroenteritis aguda y alteración en perfil hepático y renal en paciente joven sin patología previa se realiza ecocardiografía dirigida en Urgencias donde se objetiva dilatación severa de ventrículo izquierdo, dilatación severa de ventrículo derecho y función ventricular severamente deprimida. Se completa estudio con ECG: ritmo sinusal con T negativa V4 - V6 y II, III, AvF. Troponina T hs: 10,77, Pro BNP: 22049. En anamnesis exhaustiva paciente comenta que tuvo hace unos meses un dolor torácico inespecífico que trató con AINES. Ingresó en Servicio de Cardiología con diagnóstico de insuficiencia cardiaca descompensada en contexto de gastroenteritis aguda. Miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica biventricular severa. Probable secuela de miocarditis antigua.

Conclusiones:

La disponibilidad de ecografía en el Servicio de Urgencias permitió la detección de una patología potencialmente fatal y de difícil diagnóstico precoz en contexto de gastroenteritis aguda en paciente joven. La ecocardiografía dirigida como técnica simplificada permite dar respuesta preguntas sencillas y muy dirigidas. Proporciona información relevante permitiendo reducir el potencial número de diagnósticos diferenciales optimizando el tiempo de respuesta terapéutica para cada caso. Un entrenamiento y formación reglada según estándares de las Sociedades Científicas son necesarios para la expansión de una técnica, con una amplia difusión en países de nuestro entorno, útil tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

P-1244

**INTOXICACIÓN MORTAL POR PIEDRA CHINA
(BUFADIENOLIDOS)**

V Torres Machado (1), J Jacob Rodríguez (2), E Fuentes (3), I Cabello (1), JR Pérez Mas (3), C García García (3), I Bardes Robles (1)

Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat.

Palabras claves: intoxicación mortal, bufenolidos, piedra china

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

La piedra china es un producto que se puede adquirir por internet y que se vende por sus propiedades contra la eyaculación precoz. Su ingesta produce una intoxicación digoxina-like al contener sustancias análogas a la digoxina, los bufadienolidos. Se describe el caso de una paciente mujer de 21 años que ingiere por voluntad propia una piedra china. La paciente presenta a las pocas horas un cuadro de dolor abdominal inespecífico y náuseas, por lo que consulta en el ambulatorio, sin informar de la ingesta que ha realizado. Se orienta como gastroenteritis y dada la estabilidad clínica se da de alta. A las 7 horas de la consulta en el ambulatorio la paciente presenta cuadro de empeoramiento clínico y avisa a Emergencias Médicas (SEM), a su llega el equipo médico objetiva somnolencia y malestar general inespecífico, presión arterial 91/70, frecuencia cardiaca 43 lpm y respiratoria 36 rpm, Sat O₂ 98%. Refiere la ingesta de una piedra china. Ingresó en Urgencias donde presenta un rápido deterioro hemodinámico. Destaca un Equilibrio acidobase con pH 7.271, pCO₂ 47.1mmHg, pO₂ 20.4mmHg, Bicarbonato 20.9mmol/L, EB -5.7mmol/L y SatO₂ 24.4%. Lactato 8.35mmol/L y potasio 8.74mmol/L. Se inicia tratamiento específico para disminuir los niveles de potasio. En la monitorización del ECG se observa bradicardia con un ensanchamiento progresivo del QRS, seguido de taquicardia ventricular y finalmente asistolia (ver secuencia ECG) con persistencia del shock cardiogénico, se coloca un electrocateter que no es efectivo. Se administran 400 mgr de anticuerpos antidigoxina. La paciente fallece tras 2 horas de maniobras de reanimación. La piedra china es un producto que contiene elevadas cantidades de bufadienolidos, una sustancia de origen animal (piel de sapos) y vegetal (plantas de la familia de la Urticaceae) que se usa de manera tópica en el glande para combatir la eyaculación precoz. Se han descrito varios casos de intoxicación mortal por ingesta accidental.

Conclusiones:

La ingesta de bufadienolidos es como una intoxicación grave por digoxina, siendo el tratamiento los anticuerpos antidigoxina precozmente y a dosis máxima (400 mg). El caso clínico descrito llevaba varias horas de evolución que dio lugar a un desenlace fatal.

CASOS CLÍNICOS

P-1245

**ENFERMEDAD PÉPTICA GASTRODUODENAL:
COMPLICACIÓN DE ÚLCERA SILENTE**

E Cerra Calleja (1), M Esparza Escayola (2), L Barrio Fernández (2), L López Mallavia (2), A García Lago (3), A de Diego Díez (4), P García Bada (4)

(1) C.S Vargas-Bajo Pas, (2) Servicio Cántabro de Salud, (3) Servicio de Urgencias-Hospital Sierrallana. Torrelavega, (4) Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Palabras claves: abdomen agudo, neumoperitoneo, TAC

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente mujer de 84 años evaluada en el servicio de urgencias por dolor abdominal intenso de una hora de evolución, localizado en epigastrio e irradiado hacia ambos flancos. Entre sus antecedentes personales, HTA y dislipemia en tratamiento. Intervenida de nefrectomía izquierda en 2010 por tumor renal (oncocitoma). Exploración física: constantes dentro de la normalidad destacando palidez cutánea, sudoración e intensa afectación por el dolor. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, signos de Blumberg y Murphy negativos. Pruebas complementarias: Analítica (incluida troponina y amilasa), ECG y radiografías de tórax y abdomen dentro de la normalidad. Ante la persistencia e intensidad del dolor se completa el estudio mediante TC abdominal que confirma la presencia de líquido libre, abundante aire libre y engrosamiento de las paredes del antro gástrico lo que sugiere ulcus antral perforado. La paciente es intervenida mediante laparotomía media realizándose sutura simple de la perforación. Se realizó gastroscopia de control posterior que confirmó la resolución del cuadro.

Conclusiones:

En la era de un masivo empleo de los inhibidores de bomba de protones la enfermedad péptica puede resultar infraestimada. Así mismo, la ausencia de síntomas en un elevado número de pacientes con úlcera péptica puede dificultar su diagnóstico precoz. La úlcera "silente" es una situación frecuente en los pacientes de edad avanzada, como es el caso que nos ocupa, siendo por tanto necesario en este tipo de pacientes sospechar complicaciones de la misma, la perforación.

P-1246

**ORIGEN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTE
ONCOLÓGICO JOVEN**

V Valle Gallardo (1), EA Mazón Ouviaña (1), A Rodríguez Camacho (2)

(1) Eir Mfyc. Distrito Sanitario de Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz, (2) Especialista En Mfyc. Médico Adjunto al Servicio de Urgencias. Ugc Ccu. Sección de Urgencias. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras claves: mediastinal neoplasms, esophageal neoplasms, atrial fibrillation

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 47 años de edad con adenocarcinoma de la unión gastroesofágica T3N1M1. Hace siete meses intervenido (esofagectomía y tubulización gástrica). Presentó progresión de la enfermedad posteriormente. En tratamiento con quimio-radioterapia neoadyuvante, y actualmente con Docetaxel de forma paliativa. Acude al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU) por sensación de palpitaciones y disnea de horas de evolución. No dolor torácico. A la exploración palidez muco-cutánea, caquexia, eupneico y afebril. FC 154 lpm, FR 18 rpm, Sat 98% con oxigenoterapia. TA 90/60. ACR: Tonos taquiarritmicos sin soplos audibles. MVC sin ruidos. Abdomen normal. Miembros inferiores sin edemas. Pruebas Complementarias: ECG: Taquicardia regular de QRS estrecho a 155 lpm. No alteraciones agudas de la repolarización. Analítica completa con enzimas cardíacas normal. RX tórax sin patología de interés. TAC: Se evidencia masa mediastínica posterior que condiciona compresión extrínseca sobre confluentes venosos inferiores y aurícula izquierda, de novo. Se inicia tratamiento tras la evaluación de riesgo trombo-hemorrágico: amiodarona I.V. y heparina de bajo peso molecular S.C. Se controla dicho episodio y tras ser evaluado por Cardiología se da de alta con tratamiento antiarritmico y anticoagulante. Vuelve en varias ocasiones al servicio de urgencias por nuevos episodios de arritmia similares. Finalmente, fallece en su último ingreso hospitalario a consecuencia de hemorragia digestiva.

Conclusiones:

Destaca la peculiaridad de la etiología extracardiaca de la fibrilación auricular (FA) de este caso. Es evidente que no es suficiente el tratamiento farmacológico sino que requerirá tratamientos quimio- radioterápicos adyuvantes que reduzcan la compresión sobre la aurícula izquierda, descartando la cirugía dado el estadio de enfermedad avanzada del paciente. Cabe destacar también la aparición inusual de FA en pacientes jóvenes, en este caso secundario a otro proceso, el oncológico. Y por otro lado, una posible asociación a agentes quimioterápicos, como es el Docetaxel. Respecto al manejo de la arritmia, en sí mismo, existen

CASOS CLÍNICOS

fármacos indicados específicamente para su etiología extrínseca, tales como Ca-antagonistas, B-bloqueantes y amiodarona, que han demostrado efectividad. La anticoagulación es controvertida, debido a que la escala más utilizada (CHADsVASC) no contempla el riesgo existente en pacientes oncológicos, y por otro lado, se trata de una neoplasia asociada también a un riesgo hemorrágico importante.

P-1247

**DISNEA Y DEBILIDAD PROGRESIVA...
¿QUÉ ME PASA DOCTOR?**

M Rubio Gómez (1), R Montoya Sáenz (2), B Sierra Bergua (3), A Hernández Marcos (4), M Ruiz Felipe (5), M Trivez Valiente (6), J Navarro Calzada (6)

(1) C.S Delicias Norte. Zaragoza, (2) C.S Bombarda, (3) Hcu Lozano Blesa, (4) C.S Delicias Norte, (5) C.S Valdefierro, (6) C.S Delicias Sur. Zaragoza.

Palabras claves: debilidad, miastenia, bulbar

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón, 63 años. Antecedentes de DM tipo 2, ictus protuberencial con oftalmoplejía internuclear residual. Tratamiento: atorvastatina, AAS, repaglinida y somazina. Acude a Urgencias por disnea progresiva, sin dolor, palpitaciones o síncope. Asocia astenia, debilidad muscular en extremidades inferiores y atragantamientos ocasionales. El paciente ha acudido en 4 ocasiones a Urgencias por disartria, debilidad en EEII y anhedonia, sin llegar a filiarse diagnóstico. Exploración física: Afebril. Eupneico. TA 134/74 mmHg, FC 92 lpm. SatO₂ 91%. No bocio ni adenopatías. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración neurológica: Ptosis palpebral izquierda y diplopia que empeora con la fatigabilidad. Voz nasal. Fuerza, sensibilidad y reflejos conservados. Se realiza analítica observando hipoxemia (pO₂ 66) y Rx Tórax: sin alteraciones. Se solicita TC torácico que excluye TEP, alteración tímica o masas. Finalmente, y ante la exploración neurológica alterada ingresa con sospecha de cuadro miasteniforme. En planta se realiza espirometría: grave disminución ventilatoria restrictiva, y los anticuerpos antireceptor de acetilcolina son positivos. El diagnóstico final es: Miastenia Gravis (MG) autoinmune bulbar con afectación respiratoria. Se trata con piridostigmina, esteroides e inmunoglobulinas intravenosas con evolución favorable.

Conclusiones:

La debilidad muscular es el síntoma predominante de las urgencias neuromusculares, siendo el síndrome de Guillain-Barré y la Miastenia Gravis las más frecuentes. La clínica de la Miastenia es variable y fluctuante, lo que dificulta y retrasa su diagnóstico como ocurrió en este caso. Otros diagnósticos diferenciales incluyen: síndrome miasténico de Lambert-Eaton, hipertiroidismo, botulismo... El síntoma principal de la MG es la debilidad muscular que empeora con el ejercicio y mejora en reposo. El 50% presenta síntomas oculares: diplopia, ptosis palpebral, y un 15% síntomas bulbares: disartria, disfagia y fatiga al masticar. La urgencia médica más grave es la crisis miasténica (15-20%), definida por deterioro de la función bulbar con insuficiencia respiratoria aguda y riesgo de aspiración por debilidad orofaríngea. Puede precisar ventilación mecánica y/o soporte nutricional y desencadenarse

CASOS CLÍNICOS

por múltiples causas. Su mortalidad es del 4%. Entendemos como relevante el caso, y queremos resaltar el papel del urgenciólogo como primer receptor de la clínica fluctuante de estos pacientes, por la dificultad de diagnóstico de estas patologías. La historia clínica y los síntomas deben hacernos pensar en ellas, ya que un diagnóstico precoz y una rápida actuación son fundamentales para prevenir las consecuencias fatales que pudieran derivarse de la más temida de sus complicaciones, la insuficiencia respiratoria aguda y el riesgo de parada respiratoria.

P-1248

DISPEPSIA Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN UN PACIENTE DIABÉTICO Y... UN HALLAZGO INESPERADO

C Clemente Sarasa, A Gállego Royo, I Andrés Bergareche
Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Palabras claves: hamartomatosis, enfermedades de la vía biliar, colangiocarcinoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 64 años, antecedentes de hernia de hiato y diabetes mellitus tipo 2 mal controlado. Acude a urgencias por cuadro de una semana de hipo incoercible, náuseas, dolor torácico con los movimientos diafragmáticos, intolerancia alimentaria y pérdida de 10 kg de peso. Mal control glucémico sin clínica cardinal. Caquético y deshidratado. Radiografía de tórax con aumento de densidad del hemiabdomen superior izquierdo sugestivo de estómago con contenido replecionado. Colocación sonda nasogástrica sin salida de contenido gástrico solicitando TAC abdominal sin objetivar replección gástrica, ligera hepatomegalia con múltiples calcificaciones puntiformes y formaciones quísticas inferiores a 1 cm sugestivas de hamartomatosis hepática calcificada. En analítica gammaglutamiltransferasa elevada, desnutrición proteica, hemoglobina glicosilada 12,3% y VSG 109. Gastroscoopia con varices esofágicas grado I, hernia de hiato, antritis y bulboduodenitis erosiva. Paciente diabético mal controlado con clínica dispéptica secundaria a antritis y bulboduodenitis erosivas, en relación a episodios previos de hipo incoercible posiblemente desencadenados por distensión gástrica y teniendo en cuenta que presenta neuropatía y retinopatía por el mal control glucémico podría existir componente de gastroparesia diabética que podría explicar la pérdida de peso. Sin embargo, dado el síndrome constitucional, hallazgo ecográfico y tomográfico de hamartomatosis y elevación de GGT, teniendo en cuenta que existe una relación aunque infrecuente pero posible de hamartomatosis con colangiocarcinoma, se solicita colangioresonancia y marcadores tumorales que están pendientes de resultado. Se inicia tratamiento con omeprazol, clorpromazina, estricto control glucémico evolucionando favorablemente.

Conclusiones:

Los hamartomas biliares o complejos de von Meyenburg son malformaciones benignas de los conductos biliares intrahepáticos, con prevalencia en series de autopsias del 0'7 al 2'8% o incluso del 5'6%. Clásicamente considerados lesiones benignas, existiendo asociación infrecuente con el colangiocarcinoma (secuencia hamartoma-lesión hiperplásica o adenomatosa- colangiocarcinoma). Riesgo aumentado de malignidad se ha atribuido a la prolongada exposición del parénquima hepático frente a la bilis

CASOS CLÍNICOS

estásica. Elevación de gammaglutamiltransferasa puede asociarse a presencia de múltiples lesiones y evolución hacia colangiocarcinoma (muy infrecuentes). Teniendo en cuenta el síndrome constitucional del paciente, asociado a resultados de exploraciones complementarias, es de gran importancia establecer diagnóstico diferencial con enfermedad metastásica, enfermedad de Caroli, quistes hepáticos múltiples y enfermedad poliquística autosómica dominante, así como, descartar malignización de forma rápida.

P-1249

COLITIS ISQUÉMICA: LA DIFICULTAD DEL DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS

E Aldea Molina (1), N Ortega Jiménez (2), T Pardo Vintanel (1), T de Fernando Gros (1), P Boned Blas (1), P Miranda Arto (1), JM Ferreras Amez (1)

(1) Hospital Royo Villanova, (2) Hospital Maz. Zaragoza.

Palabras claves: dolor abdominal, rectorragia, pancolitis isquémica

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer 67 años, antecedentes HTA, FA, ACV con ligera hemiparesia residual, aneurisma fusiforme gigante parietal derecho con edema cerebral pendiente de intervenir. Tratamiento: adiro 100, apocard, corticoides desde hacía 20 días por edema cerebral secundario a aneurisma. Acude a urgencias por estreñimiento de una semana, esa mañana emisión de gases manchados de sangre y una deposición de sangre roja con coágulos, ligero dolor abdominal en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, sin náuseas ni vómitos, afebril. EXPLORACIÓN TA 110/64, Tª 36,40. Normocoloreada, normohidratada, consciente orientada. AC: RsCsRs sin soplos a 70 lpm AP: normal. Abdomen: Blando depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y FII sin masas ni megalias ni peritonismo. Tacto rectal: dedil manchado de restos de sangre roja. PRUEBAS Analítica urgencias: 15.700 leucocitos, Htcr 40.5, urea 89, cr 0.88, a. láctico 3.2, K 5.4, Ph 7.510, Bicarb 27.9. PCR 0.14 Rx tórax-abdomen: normales ECO de abdomen (sospecha diverticulitis): Abundante neumatización intestinal sin líquido libre ni claras alteraciones en la FII izquierda. Ingresa en planta estable hemodinámicamente. 24 horas después y progresivamente empeoramiento del estado general, intenso dolor abdominal en hemiabdomen derecho, hipotensión arterial signos de hipoperfusión sepsis severa con shock séptico. Se inician medidas intensivas de soporte. Analítica: 1100 leucocitos Htcr 38, 43000 plaquetas. PCR 13.84, a. láctico 15, urea 121, cr 2.09, K 5.2 Ph 7.170, Bicarb 12.8, Albúmina de 2.5 TAC abdominal urgente: Pancolitis isquémica con hemorragia parietal, neumoperitoneo y posible proceso infeccioso concomitante. Se planteó colectomía total pero la paciente rechaza cualquier maniobra agresiva, consciente firma sedación paliativa terminal y finalmente fallece.

Conclusiones:

La colitis isquémica es una entidad de difícil diagnóstico en urgencias, en ella coexisten tres grandes síndromes, la diarrea, el dolor abdominal agudo y la rectorragia, siendo su forma de presentación muy heterogénea en muchas ocasiones. La colitis fulminante es un término que se aplica a un subgrupo (menor de un 5%), se caracteriza por un curso rápidamente progresivo con signos de toxicidad: fiebre, taquicardia, hipotensión, deshidra-

CASOS CLÍNICOS

tación, alteraciones hidroelectrolíticas leucocitosis e hipoalbuminemia, su evolución natural es la perforación y su mortalidad muy elevada.

A-1250

DE ROTURA FIBRILAR A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

A García García, FJ Diego Robledo, A Arévalo Velasco, MA Palomero Martín, A Bajo Bajo, JA Sánchez Serrano
Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Palabras claves: pulmonary embolism, sarcoma, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Acudió a nuestro servicio un paciente de 34 años por un síncope de dos minutos de duración, acompañado de dolor torácico opresivo de unos 10 minutos y unas horas antes de la pérdida de conocimiento. Asoció también disnea. Alérgico a Espiramicina+Metronidazol y sin otras patologías ni tratamientos crónicos. Practicaba deporte con asiduidad. En los últimos dos meses había consultado en urgencias en tres ocasiones: la primera aquejado de un bulto doloroso (solo a la palpación y no con la extensión de la rodilla) en cara interna del muslo derecho, siendo diagnosticado de rotura fibrilar. Las dos restantes por abdominalgia y adenopatías inguinales. En una de ellas se le realizó una ecografía donde se descubrieron adenopatías adyacentes a los vasos ilíacos. Entre las constantes vitales destacó una taquicardia a 105lpm, que se constató en la auscultación cardiaca, sin evidenciarse otros hallazgos en la exploración del tórax. En el abdomen encontramos adenopatías inguinales derechas. La pierna derecha estaba edematosa hasta el tercio medio del muslo y dolorosa en la masa atribuida a la rotura fibrilar. En el ECG encontramos una taquicardia sinusal a 110lpm, con patrón SIQIIITIII y BIRDDH. Ante la alta sospecha clínica de TEP (sugere de malignidad), se procedió a la anticoagulación profiláctica con enoxaparina por vía s.c. a dosis de 1 mg/Kg y a canalizar un acceso venoso periférico con extracción de sangre para hematimetría, bioquímica y estudio de coagulación (DD de 19.76 µg/mL). Se solicitó un angio-TAC torácico en el que se encontraron imágenes compatibles con TEP agudo, datos de sobrecarga del ventrículo derecho y lesiones nodulares pulmonares que necesitaban estudio con otras técnicas. Permaneció estable. Se realizó estudio ecográfico del bulto del muslo derecho, encontrándose una masa tumoral sólida con vascularización en el doppler color, cuyo estudio posterior demostró un sarcoma de partes blandas.

Conclusiones:

El muslo es la localización más frecuente de los sarcomas de partes blandas cuyo crecimiento es gradual e indoloro. Su diagnóstico es a menudo insospechado, debiendo ser tenido en cuenta en: masa de partes blandas > 5 cm; bulto doloroso; un bulto profundo a la fascia muscular (cualquier tamaño); la recurrencia de un tumor resecado.

CASOS CLÍNICOS

P-1251

UN CASO DE VASCULITIS EN URGENCIAS

IL Quito Ramos, I Ortega Castrillo, O Martíns Domingos,
FJ Miralbes Castera, L Renau González, M Miralbes Torner
Hospital Barbastro. Barbastro, Huesca.

Palabras claves: hemoptisis, fracaso renal, anemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 80 años, sin alergias medicamentosas, con AP: ACxFA. Hemorragia pulmonar en Febrero/12, tratada con Metilprednisolona. Controles posteriores por Neumología y M.Interna. TRATAMIENTO HABITUAL: Paracetamol. Apocard. Sintrom. ENFERMEDAD ACTUAL: En Junio/14 ingresa por anemia y hemoptisis. EXPLORACIÓN FÍSICA: Estado general conservado. Consciente. Palidez cutáneo-mucosa. T.A. 163/67. Tª 36.5 °. Saturación 90%. AP: Crepitantes en ambos hemitórax. AC: Ruidos arrítmicos. Abdomen: Blando, no doloroso, sin masas ni megalias. EELL: No edemas. Pulsos pedios simétricos. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Destacaba Hb 8, Htc 24, creatinina 6.06, urea 194, microhematuria y proteína positiva. Ecografía abdominal: Riñones de dimensiones normales, espesor parénquima adelgazado en relación con atrofia por la edad y/o insuficiencia renal crónica. No hidronefrosis. TC Tórax: Áreas bilaterales heterogéneas en vidrio deslustrado, zonas de condensación y engrosamiento septal, probablemente en relación con hemorragia pulmonar. EVOLUCIÓN: Se solicita valoración por Nefrología: Coloca catéter venoso central femoral y realiza sesión hemodiálisis. Previamente se administra 1 ampolla de Prothomplex endovenoso y Vitamina K oral. Se transfunden hematíes, se pone Metilprednisolona 1 g/endovenoso (3 dosis), posteriormente Prednisona: 1mg/kg/día, Ciclofosfamida: 0.6 g/m2/3 semanas. Estudio inmunológico: ANCA positivos > 600 U/ml, complemento, ANA y AntiDNA normales. Se deriva al Hospital Miguel Servet para seguir tratamiento con plasmáferesis (7 sesiones). Controlada por Nefrología, sin necesidad de hemodiálisis. Completado tratamiento inducción con Ciclofosfamida se sigue con Azatioprina de mantenimiento. Persisten la disnea y lesiones cutáneas purpúricas. Se descarta patología cardíaca. Neumología solicita test de difusión, siendo el resultado de actividad moderada, que corresponde con la actividad de la enfermedad. Reevaluada por Nefrología, se decide tratamiento con Rituximab a dosis de 375 mg/m2/semana (4 dosis), con notable mejoría clínica. FR (enero/15): Creatinina 1.74 mg/dl, Urea 126 mg/dl y los ANCA a título de 1.6 U/ml (0-7).

Conclusiones:

Muchas veces el reto de los SUH consiste en realizar una valoración rápida y global de los pacientes, como en nuestro caso que ante una paciente anticoagulada con hemopstisis, fracaso renal agudo y anemia se orientó el diagnóstico hacia una enfermedad sistémica (vasculitis ANCA), lo que permitió iniciar el tratamiento precozmente y evitar posibles complicaciones graves como una hemorragia pulmonar masiva.

P-1252

HEMATOMA SUBCAPSULAR RENAL TRAUMÁTICO

I Cornejo Jurado (1), F Rico Rodríguez (2), R Hidalgo Gil (3),
J Valle Alonso (4), JF Tejeda Agredano (4),
MA Aguayo López (4), A López Sánchez (4)

(1) Médico Residente Familia. Servicio de Urgencias y Cuidados Críticos. Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba, (2) Médico Adjunto Servicio Urgencias y Cuidados Críticos. Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba.

Palabras claves: hematoma renal, traumatismo renal, dolor fosa renal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 38 años que consulta por dolor en región lumbar derecha, de inicio progresivo, ritmo mecánico, tras sufrir traumatismo accidental en fosa renal derecha hace 2 días. Refiere notable empeoramiento en las últimas 8 horas acompañándose de vómitos y recorte de diuresis. No antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. No tratamiento habitual. Exploración física. Buen estado general. Consciente y orientado, bien a coloración de piel y mucosas. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible, doloroso y defendido en hemiabdomen derecho. Analítica urgente con hemograma, bioquímica y coagulación normales. Uroanálisis con micro hematuria. Se realiza ecografía abdominal por médico de urgencias, apreciándose lámina de líquido libre perirrenal derecho, por lo que se decide realizar TAC abdominal, que informa de hematoma subcapsular en riñón derecho con sangrado activo, probablemente arterial, de hasta 45 mm de espesor, con presencia de líquido hemático en espacio perirrenal y pelvis. Dicho hematoma desplaza contralateralmente al riñón ipsilateral, sin presentar laceraciones. Diagnóstico final. Hematoma subcapsular renal. Diagnóstico diferencial. Cólico renal. Abdomen agudo. Laceración renal. Tumor renal. Evolución. El paciente ingresa en UCI donde presentó importante anemización, requiriendo transfusión de hemoderivados. Tras valoración conjunta por Urología y Radiología intervencionista, se decide traslado al hospital de referencia para embolización selectiva.

Conclusiones:

El hematoma renal traumático es una patología que puede pasar inadvertida a los médicos de urgencias, lo que implicaría un gran riesgo para el paciente, retrasando el diagnóstico y incrementando la posibilidad de complicaciones.

El traumatismo renal se presenta frecuentemente con hematuria, aunque no en todos los casos, pudiendo ser su principal manifestación el dolor en el flanco.

Gran parte de los casos requiere un manejo conservador. Se reserva la indicación quirúrgica ante la presencia de signos de irritación

CASOS CLÍNICOS

peritoneal e inestabilidad hemodinámica, sangrado activo, etc.- Como en todo traumatismo abdominal, en aquellos casos que nos encontremos ante un paciente con un traumatismo renal, nos será de especial utilidad la ecografía abdominal realizada por los propios médicos de urgencias, ofreciendo una visión más amplia y exhaustiva de nuestro paciente, permitiéndonos obtener un diagnóstico precoz y mejorando el manejo diagnóstico y terapéutico.

P-1253

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

L Hernández Castells, M Quero Escalada, P Pardo Rovira,
M Domínguez García

Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

Palabras claves: embolia pulmonar, insuficiencia respiratoria, enfermedad aguda

Historia clínica

Mujer 46 años. Fumadora 52 paquetes/año. Criterios de bronquitis crónica. Lumbalgia crónica. Fibromialgia. Depresión e historia de abuso de benzodiazepinas y cannabis. Tratamiento: Quetiapina 100 mg, Agomelatina 50 mg, Duloxetine 60 mg, Fentanilo TTS, Díazepam 5 mg. Es atendida en su domicilio por presentar cuadro sincopal sin movimientos irregulares ni relajación de esfínteres. La familia había encontrado envases vacíos de Quetiapina y Díazepam. El nivel de conciencia mejoró tras administrar Flumazenilo. Desde hacía 3 semanas presentaba más tos y expectoración de lo habitual. Pasaba gran parte del día durmiendo, con ingesta escasa e irregular, levantándose sólo para fumar. A su llegada al hospital: hipotensa, 38°, taquicárdica, saturación de O₂ 60%, pálida, eupneica, sin trabajo respiratorio, disminución del murmullo vesicular. GAB: pH 7.32, pCO₂ 54 mmHg, pO₂ 30 mmHg, satO₂ 60% Hemograma: leucocitos 20000 (C1%, N66%, L25%) Bioquímica: potasio 2.87 mmol/l, resto (incluidas enzimas cardíacas) normal. Detección de fármacos en orina: Benzodiazepinas y Paracetamol positivos. ECG: Taquicardia sinusal a 130 lpm. RX TÓRAX: aumento de densidad en lóbulo inferior derecho, probable colapso subsegmentario, en el contexto adecuado podría tratarse de una neumonía. TC cerebro: sin evidencia de hemorragia intra/extraxial ni signos sugerentes de isquemia aguda. Aproximación diagnóstica: Síncope por sobreingesta medicamentosa e infección respiratoria de vías bajas. Segundas enzimas cardíacas: Creatinina 495, Troponina I 1.6 ng/ml Ecocardiograma: derrame pericárdico ligero Hemostasia: Dímero D 3915 microg/ml. Angio-TC de arterias pulmonares: embolia pulmonar aguda en pirámides basales de ambos pulmones, enfisema generalizado. Juicio clínico: Insuficiencia respiratoria global por: tromboembolismo pulmonar segmentario sin datos de sobrecarga derecha, sobreingesta de fármacos depresores del SNC, enfisema pulmonar, infección respiratoria baja.

Conclusiones:

Los factores de riesgo del tromboembolismo pulmonar son: enfermedad tromboembólica previa, neoplasias, obesidad, cirugía o inmovilidad. El score de Wells combina hallazgos clínicos y factores predisponentes y determina la probabilidad clínica de tromboembolismo pulmonar. En caso de baja/moderada probabilidad un valor de Dímero D < 500 microg/ml permite excluirlo. Esta determinación no es útil en caso de alta probabilidad. El dímero D está elevado en mayores de 80 años, hospitalizados, embarazadas y neoplasias. La determinación de troponinas y pro-BNP tienen valor pronóstico (marcadores de disfunción del ventrículo derecho).

CASOS CLÍNICOS

A-1254

EVOLUCIÓN DE UN SÍNDROME FEBRIL

E Ruiz García (1), M Sola García (1), B Girela Serrano (2), A Moreno Corredor (3), A Caballero Moreno (3), C Fernández Alcalá (1), M Villegas Pablos (1)

(1) Complejo Hospitalario de Jaén, (2) Hospital Cormacal Santa Ana (Motril), (3) C.S. El Valle, Jaén.

Palabras claves: mancha negra, fiebre, rickettsiosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 36 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acudió al Servicio de Urgencias por presentar, desde hace dos semanas, episodios de fiebre termometrada de 38°C que cedían con la toma de paracetamol. Fue dado de alta como "Síndrome febril de origen desconocido". A la semana siguiente, el paciente acude de nuevo, por fiebre más intensa (39°C), que ya no remite con antitérmicos. Además, en esta ocasión, la fiebre se acompaña de intensa cefalea holocraneal, astenia, artralgias, mialgias y una serie de lesiones cutáneas dolorosas, más acentuadas a nivel palmoplantar, que le ocasionan parestesias. Durante la anamnesis el paciente refiere que, unos días antes del comienzo de la fiebre, había estado trabajando en el campo en contacto con perros. Niega sintomatología de vías respiratorias y síndrome miccional, no ha ingerido agua de pozo, ni carne o productos lácteos no higienizados. Exploración física: Tensión Arterial: 110/65. Temperatura: 39,3°C. Frecuencia Cardíaca: 115 lpm. Ligera sudoración con buen estado general. Auscultación cardíaca y respiratoria sin alteraciones. Miembro inferior izquierdo presenta una lesión de aspecto necrótico rodeada de un halo eritematoso. Miembros superiores: exantema maculopapular con la característica de afectación palmoplantar. Ante los datos que se aportan en la anamnesis más lo referido en la exploración física, nuestra sospecha se centró en una infección por Rickettsiaceae, concretamente en la Fiebre Botonosa Mediterránea, por lo que se solicitó analítica completa con serología para Rickettsia conorii. Una vez confirmado el diagnóstico, y lograr remisión de los picos febriles, se procedió al alta con Doxiciclina 100 mg/12 durante 7 días acompañada de tratamiento antitérmico. Se le indicó control desde Atención Primaria hasta finalización del tratamiento.

Conclusiones:

La fiebre botonosa mediterránea, también denominada tífus de la garrapata, es una enfermedad infecciosa aguda y zoonótica causada por la bacteria *Rickettsia conorii* y transmitida por la garrapata del perro *Rhipicephalus sanguineus*. Es una enfermedad benigna, de gravedad moderada y con baja mortalidad siempre que no exista retraso en la instauración del tratamiento efectivo. Por tanto, es importante tener presente enfermedades poco prevalentes y con síntomas muy comunes, ya que se beneficiarían de un diagnóstico y un tratamiento precoz.

A-1255

SECUELAS EN PACIENTE CON MENINGITIS

MR Rivas Martínez, A Fernández Gómez, P Fajardo Velasco
Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras claves: pneumococcal meningitis, hypoacusis, fever

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente 41 años alérgico a pirazolonas y ácido acetilsalicílico. Presenta infección de vías altas de un mes acompañado de otalgia derecha y cefalea que no mejora con tratamiento. En el último día fiebre de 39,2°C con empeoramiento progresivo y cuadro confusional. No rigidez de nuca, no vómitos. - exploración física: febril, Saturación oxígeno: 95%, Tensión arterial: 174/91mmHg, frecuencia cardíaca: 88 lpm. Sin lesiones dérmicas. ACR: tonos rítmicos, murmullo vesicular conservado. Exploración neurológica: Anisocoria de reciente comienzo, fotofobia, disminución nivel de conciencia progresivo (Glasgow 14/15), desorientación, dificultad para entender órdenes, alteraciones del comportamiento. No desviación comisura, no pérdida fuerza. ORL: faringe hiperémica, otorrea derecha. Pruebas complementarias: TAC cráneo: no se identifica el asta temporal del ventrículo lateral izquierdo sin poder descartar lesión subyacente vs variante normalidad. A nivel occipital se aprecia alteración de densidad difusa en la unión entre sustancia gris y blanca. RM contraste: sin evidencia de captaciones patológicas al administrar contraste. Punción lumbar: líquido compatible con meningitis bacteriana (leucocitos: 4760/mm³, glucemia: 0, proteínas totales: 517,8, analítica: leucocitos: 32,53 con desviación izquierda, PCR: 223,5, enzimas cardíacas normales, procalcitonina: 14 (compatible con sepsis), Coagulación normal, Bioquímica: ligera elevación de transaminasas, potasio: 3 mEq/L, creatinina: 1,40mg/dl, orina normal, tóxicos orina: benzodiazepinas positivo. Frotis faríngeo y cultivo de levaduras: negativo, cultivo de LCR: se aísla neumococo, tinción Gram: diplococos grampositivos, Ag bacteriano en LCR: se detecta antígeno de streptococcus pneumoniae. Urocultivo: negativo. Diagnóstico diferencial en urgencias: resto de meningitis bacterianas, meningitis víricas, encefalitis, absceso cerebral, LOES cerebrales. Evolución: Mejoría de la leucocitosis. Se mantuvo intubado en UCI donde tuvo cifras altas de presión intracraneal, administrándose medidas antiedema. Tras extubación mejoría progresiva. Como secuelas mantiene ptosis palpebral derecha, midriasis derecha, paresia ocular dependiente del III par. Diagnóstico final: Meningitis neumonocócica con secuelas: paresia del III par con hipoacusia.

Conclusiones:

Las meningitis bacterianas son infecciones graves, originadas en un 25% por el Streptococcus pneumoniae. Es importante un diagnóstico precoz y un tratamiento antibiótico adecuado para

CASOS CLÍNICOS

evitar la aparición de complicaciones neurológicas en estos pacientes. Las secuelas más frecuentemente registradas son las relacionadas con la audición (hipoacusia, pérdida auditiva sensorial), convulsiones, paresias, hidrocefalia y retraso madurativo, siendo más frecuentes con la infección por *Streptococcus pneumoniae* y entorobacterias.

P-1256

EDEMA PULMONAR EN PACIENTE EN DIÁLISIS, ¿QUÉ PODEMOS HACER EN EXTRAHOSPITALARIA?

D Rosillo Castro, JA García Méndez, MD Flores Rubio, T Martín Casquero

SUE Totana. Los Dolores.

Palabras claves: edema pulmonar, diálisis, terapia respiratoria

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria (Pública/Privada) - Equipos de atención primaria

Historia clínica

Motivo consulta: Disnea en paciente en diálisis Antecedentes: Hipertensión arterial. Diabetes tipo II con Nefropatía diabética. Insuficiencia renal crónica estadio V, al paciente se le había realizado la primera sesión de diálisis ese día, que para habituación había sido parcial., sin reserva miccional. SCASEST hace 6 meses. Insuficiencia Cardíaca. Anemia secundaria a enfermedad renal crónica. Varón 59 años, acude a Servicio de Urgencias de Extrahospitalaria (SUE), por cuadro de disnea brusca de inicio hace 1 hora, a su llegada el paciente esta taquipneico, taquicárdico, sudoración profusa y confuso. Constantes: TA 180/100, Frecuencia cardíaca 110, Sat Oxígeno 67%. Exploración Física: AC: Rítmico. No ausculto soplos. AP: Crepitantes generalizados, sibilancias aisladas. MMII: No edemas. No signos de TVP A la llegada del paciente se procede a la realización de ECG: RS a 120 lpm Se procede a la canalización de vía periférica, se coloca mascarilla reservorio a alto flujo, se administra media ampolla de morfina subcutánea, 200 mgr de actocortina intravenosa y nebuliación con salbutamol y budesonida. Con ello se alcanza Sat Oxígeno 81%, con persistencia del trabajo respiratorio Se prepara mientras el equipo de ventilación mecánica no invasiva. Se coloca la misma en modo CPAP con PEEP 5 cmH2O. Con buena tolerabilidad del paciente En el momento del traslado el paciente está estable hemodinámicamente con mejoría de la clínica respiratoria Sat O2 con CPAP 96% con FiO2 35 Juicio Clínico: Edema agudo de pulmón A su llegada al Hospital el paciente permanecía estable hemodinámicamente, sin incidencias en el traslado. A su llegada se le realizó diálisis con uf 2000 cc.

Conclusiones:

El tratamiento en el edema agudo en el paciente en diálisis es ésta. En nuestro caso nuestro Hospital de referencia estaba a 30 minutos, nos encontrábamos ante un paciente en diálisis lo que limitaba nuestro tratamiento El uso de la ventilación mecánica no invasiva en el paciente en edema pulmonar está avalado por muchos estudios, si bien en uno reciente refieren que sólo es usado en un 6% de los casos. En nuestro caso el uso de la misma fue la que nos permitió la correcta estabilización del paciente, pudiendo realizarse el traslado para el tratamiento definitivo.

CASOS CLÍNICOS

A-1257

CASI ME VUELVO LOCA POR UNA PASTILLA

R Hidalgo Gil (1), F Rico Rodríguez (2), M Ruiz Ojeda (1)

(1) Residencia El Salvador, Añora, (2) Servicio de Urgencias Hospital Valle de Los Pedroches. Córdoba.

Palabras claves: gabapentina, secundarismo, agitación

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Descripción del caso Mujer de 15 años sin antecedentes médicos de interés evolución en tratamiento desde hace 72 horas con gabapentina por neuralgia facial, que es traída a Urgencias por cuadro de agitación psicomotriz, ataxia, agresividad verbal, disforia y alteración del pensamiento de 24 horas de evolución. Niega consumo de tóxicos, problemas familiares, sociales o escolares. Exploración sistémica y neurológica normal con glucemia y constantes vitales normales. No rigidez de nuca ni lesiones dérmicas. Pruebas complementarias y evolución Se realiza hemograma, bioquímica, cribaje de drogas de abuso en orina, radiografía de tórax, ECG, TAC craneal y punción lumbar sin hallazgos. Se solicita valoración urgente por psiquiatría descartando patología psiquiátrica decidiendo ingreso para completar estudio solicitando marcadores tumorales, calcemia, insulinemia, estudio hormonal con cortisol y THS, serología infecciosa de VIH, VHB y brucelosis, ecografía abdominal y RMN cerebral. La paciente evoluciona favorablemente tras la retirada de gabapentina siendo dada de alta asintomática. Diagnóstico diferencial y juicio clínico Sería el del síndrome confusional agudo por lo que habría que descartar: A) Patología orgánica: lesiones ocupantes de espacio craneales, infecciones del SNC, trastornos metabólicos, infecciones, endocrinopatías, abuso de tóxicos o efecto secundario de fármacos B) Patologías psiquiátricas. Una vez realizado el cribaje de todas estas posibles causas y ante la favorable evolución tras la retirada de la gabapentina, es diagnosticada de secundarismo a dicho fármaco.

Conclusiones:

Este caso es claro ejemplo de la importancia de tener en cuenta los posibles efectos secundarios de los fármacos que prescribimos, debiéndolos tener siempre presentes ante la aparición de nuevos síntomas en pacientes que han iniciado recientemente un tratamiento farmacológico. Recordar que entre los efectos secundarios de la gabapentina esta la agitación psicomotriz, alteración del pensamiento y de la conducta, irritabilidad, disforia, ansiedad y tendencias suicidas.

P-1258

EL DOLOR DORSAL TAMBIÉN PUEDE SER DE ORIGEN INFECCIOSO

J del Cañizo Canto, C Hidalgo Collazos, J Garrido Dorronsoro, JL Fraile González, B García Marina, R Parada López, C Bibiano Guillén

Hopital Infanta Leonor, Madrid.

Palabras claves: dolor lumbar, espondilodiscitis, TBC

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 34 años, valorado por tercera vez en la urgencia, natural de Bangladesh, que lleva 4 meses en España, acude a urgencias por dolor dorsal desde hace 3-4 meses, sin relación con traumatismo ni sobreesfuerzo físico, que no cede con analgesia pautaada (Tramadol 100 mg). El dolor no mejora en reposo. Refiere malestar general y sensación febril aunque no se ha termometrado. Pérdida de 1 kg de peso al mes desde el inicio del cuadro. Niega alteraciones gastrointestinales, síndrome miccional y clínica respiratoria. A la exploración física destaca T. 37,5°C, apofisalgia a nivel T9-T10 y dolor a la palpación en musculatura paravertebral bilateral y en ambos costados. Se realiza Rx de columna donde se objetiva un aplastamiento vertebral a nivel dorsal. Destaca en la analítica aumento de reactantes de fase aguda (11000 leucocitos, 88.4 de PCR), anemia leve microcítica con HB 12,3mg/dl y coagulopatía leve (INR 1.28). Se realizó Mantoux que fue positivo y Rx tórax informada como normal. Se decide ingreso para estudio, durante el cual el paciente desarrolla un cuadro de compresión medular y se realiza RMN donde se visualiza: Espondilodiscitis infecciosa dorsal, a descartar afectación por TBC. Compresión medular dorsal baja.

Conclusiones:

La espondilodiscitis infecciosa es una entidad rara cuyo diagnóstico en multitud de ocasiones es difícil debido a lo inespecífico de sus síntomas y la frecuencia con que se observa dolor de espalda en la población general. El diagnóstico etiológico es muy importante para prescribir un tratamiento específico, por lo que los hemocultivos, las serologías y el cultivo de la punción-biopsia son esenciales. La resonancia magnética permite un diagnóstico temprano y detectar el grado de afección neurológica. La velocidad de sedimentación globular y la proteína C reactiva son buenos marcadores evolutivos de la enfermedad.

CASOS CLÍNICOS

P-1259

CERVICALGIA ¿UNA BANALIDAD?

E Puga Montalvo, P Rivas del Valle, C García Tirado,
L Fernández de la Hoz, F Sabio Reyes, L Benítez Rodríguez
Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Palabras claves: pneumomediastinum, neck pain, subcutaneous emphysema

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

ANAMNESIS. Paciente de 24 años con antecedentes personales de entesitis isquiotibial bilateral en tratamiento con paracetamol y dexketoprofeno, alérgico a gentamicina. Acude a urgencias por Cervicalgia desde ayer tras crujido cervical izquierdo tras desPérezarse. Refiere desde esta mañana dificultad a la deglución y dolor a la inspiración profunda. Ha presentado en saliva hebras de sangre. No otra sintomatología. EXPLORACIÓN. COC, BEG. Hemodinámicamente estable. No rigidez de nuca ni signos meníngeos. Contractura para cervical izquierda sin crepitación ni enfisema. Rítmico con BMV. No otros hallazgos reseñables. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. Se realizó ECG en RS a 55 lpm sin alteraciones agudas y Radiografía cervical, destacando en proyección lateral línea de aire a nivel esofágico. Dados los hallazgos se solicitó TAC cervical civ observándose enfisema subcutáneo cervical con neumomediastino. EVOLUCIÓN. Se comenzó tratamiento de soporte e Ingreso en Neumología para tratamiento y evolución. Se realizó interconsultas a ORL (no encontrando patología otorrinolaringológica aparente), Digestivo (que no podía precisar situación de la perforación, la endoscopia digestiva alta estaba contraindicada) y Cirugía (que indicó realización de tránsito baritado para localizar posible punto de fuga). En el tránsito esofágico no se observó paso de contraste extraluminal, por lo que se descartó intervención. La evolución clínica y radiología resultó muy satisfactoria, normalizándose las pruebas radiológicas progresivamente por lo que el paciente se dio de alta, no precisando actualmente revisiones ni seguimiento. JUICIO CLÍNICO. Neumomediastino espontáneo.

Conclusiones:

El N. Espontáneo tiene una incidencia de 1/ 7.000-12.000 pacientes, de éstos 25-30% espontáneos. Un 75% presentan causa (drogas, asma, tos...) desencadenante. El síntoma más frecuente es el dolor que se acentúa con los movimientos respiratorios, tos o deglución. El signo de Hamman es característico pero no patognomónico (<50%). En la radiografía de tórax es característica la V de Naclerio, aunque ésta puede ser normal. El diagnóstico se confirma con TAC.. El tratamiento es sintomático, y frecuentemente expectante, se basa en el reposo, oxigenación y la analgesia. La evolución generalmente es benigna y autolimitada. A veces

sintomatologías que podemos considerar banales, como la cervicalgia, pueden tener detrás una patología compleja y de mayor gravedad. El neumomediastino espontáneo debería figurar entre los diagnósticos diferenciales a plantear en un varón joven que consulta por dolor torácico.

CASOS CLÍNICOS

P-1260

ICTUS MOGRAÑOSO: A PROPÓSITO DE UN CASO

R Hidalgo Gil (1), F Rico Rodríguez (2), M Ruiz Ojeda (1)

(1) Residencia El Salvador, Añora, (2) Servicio Urgencias Hospital Valle de Los Pedroches. Córdoba.

Palabras claves: migraña, ictus, lupus

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Descripción del caso Paciente de 26 años con antecedentes personales de migraña en tratamiento profiláctico con propanolol que acude a Urgencias por pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho, cefalea pulsátil, precedida de aura, y disartria. Niega consumo de tóxicos ni anticonceptivos orales. En la exploración neurológica se objetiva alteración de la coordinación, romberg positivo, disartria y hemiparesia derecha. El resto de exploración sistémica anodina. Pruebas complementarias y evolución En Urgencias se realiza hemograma, bioquímica, coagulación, radiografía de tórax, ECG y Tac craneal sin hallazgos. Ingresa en planta de medicina interna realizándose RMN que revela afectación cerebelosa. Ante la evolución favorablemente y es dada de alta sin secuelas. Se completa estudio en consultas externas de hematología para el despistaje de trombofilias con positividad para el anticoagulante circulante lupus like, iniciando tratamiento con AAS 100 mg cada 24 horas. Diagnóstico diferencial y Juicio clínico Lo fundamental de este caso es certificar el hallazgo de una imagen de infarto cerebral en una prueba de imagen, pues en caso contrario estaríamos hablando de migraña hemipléjica esporádica.

Conclusiones:

La migraña podría considerarse como un factor de riesgo cardiovascular sin bien menos del 3% de los infartos cerebrales tienen antecedentes de migraña, siendo más prevalentes en mujeres menores de 50 años. Entre los factores de riesgo se encuentran ciertos fármacos utilizados en la profilaxis de la migraña como el propanolol, la presencia de FOP, el tabaquismo, los anticonceptivos orales y las situaciones de hipercoagulabilidad. Recordemos que en este caso existe AC lupus like o lupus medicamentoso, que pesar de que al igual que en el LES idiopático las manifestaciones neurológicas como el ICTUS son raras, no debemos de dejar de pensar en él, siendo fármacos como carbamazepina o atenolol los mas frecuentemente asociados a ese tipo de manifestaciones. Por último y fundamental para diagnosticar un caso como ICTUS migrañoso debe existir prueba de neuroimagen.

P-1261

DISECCIÓN CAROTÍDEA ESPONTÁNEA Y CÓDIGO ICTUS: DOS ALIADOS ENMASCARADOS

JM Alonso Morales, M Liñán López, F Santaella Aceituno, F Álvarez Sánchez, E Gómez García, R Molina Ruano

Complejo Hospitalario Universitario Granada. Granada.

Palabras claves: código ictus, disección aórtica, urgencias

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer 69 años, nacionalidad holandesa (dificultad idiomática para la anamnesis) derivada a servicio urgencias terciario neurotraumatológico desde Hospital Comarcal por código ictus. El cuadro se inició bruscamente con dolor intenso submandibular, debilidad de miembro superior izdo. y progresivo deterioro de conciencia, acompañado de sudoración y palidez. Su cónyuge indica que la clínica iba oscilando y fluctuando. Exploración: TA 80/60 mmHg ambos brazos. FC 60 lpm. Mal estado general. NIHSS 6 puntos. Somnolienta pero despierta a estímulos verbales y táctiles. Comprende órdenes simples. Ojos en posición central de mirada. Hemianopsia izquierda. Reflejo corneal presente. Paresia facial central izquierda. Monoparesia MSI. RCP flexor bilateral. No hipoestesia tactoalgésica. ACR: tonos rítmicos sin soplos. Ventilación simétrica. Pulsos radiales y pedios conservados. Pruebas complementarias: Analítica: leucocitos 13710, PMN 89%, Troponina I 96.1 ng/ml. Coagulación: Dímero D 11.53 mg/l. ECG: Ritmo sinusal 50 lpm PR normal sin trastorno repolarización. TAC craneal, angioTC cayado, TSA: lesión isquémica aguda nivel parietal derecho. Hemisferio derecho con oligohemia respecto al contralateral. Disección de aorta ascendente tipo A, afecta a tronco braquiocefálico y ACII. La ACID también está disecada y ocluida en su origen, pero se rellena previo a la bifurcación. No hay oclusiones/estenosis intracraneales. Diagnóstico: ictus hemisférico derecho secundario a disección aórtica con afectación de troncos supraaórticos. Evolución: Previo contacto con cirujano cardiovascular, la paciente se deriva para su valoración, siendo intervenida de forma emergente, permaneciendo ingresada en UCI en coma vigil.

Conclusiones:

La disección de aorta es una de las causas principales de ictus en adulto joven (incidencia de 2,6 casos/100.000 habitantes/año). Clínicamente se presenta como ictus el 84% casos, formando parte o no de la tríada clásica: dolor cervical, síndrome de Horner e isquemia cerebral. Su fisiopatología puede ser hemodinámica (7,7%) o embólica (92%). Nuestro caso clínico pone de manifiesto la importancia de una correcta anamnesis en el código ictus y en las pruebas complementarias ad hoc, lo cual permite extraer distintas conclusiones, entre ellas, el pensar que un código ictus con presentación inicial atípica, clínica fluctuante y, mas aún, con cierto grado de inestabilidad hemodinámica, hay que tener presente en el diagnóstico diferencial la posibilidad de un ictus secundario a disección carotídea espontánea como el caso clínico que ilustra esta presentación.

CASOS CLÍNICOS

A-1262

COMPLICACIÓN EN UNA INFRACOAGULADA

P Santiago Sierra, R Cenjor Martín

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Palabras claves: embolia/embolism, fibrilación atrial/atrial fibrillation, claudicación intermitente/intermittent claudication

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Antecedentes personales: Alergia a Enalapril. No hábitos tóxicos. Hipertensión arterial. Dislipemia. Fibrilación auricular. Hipertensión Pulmonar. Intervenciones quirúrgicas: histerectomía. Tratamientos crónicos: Acenocumarol 4 mg, Lovastatina 20 mg, Valsartán 160 mg. Historia actual: Mujer de 69 años derivada de Atención Primaria por dolor súbito hace 15 días en hueco poplíteo izquierdo, mientras caminaba, irradiado a gemelos y que cedió espontáneamente. Desde entonces, claudicación intermitente de esa extremidad a unos 50 metros, que cede en segundos al detenerse. No disnea ni dolor torácico asociados. Exploración física: Tensión arterial: 107/75 mmHg. Temperatura: 36 °C. Saturación de oxígeno: 100%. Auscultación cardiaca: Arrítmica sin soplos a 100 latidos por minuto. Auscultación pulmonar: normal. Abdomen: normal. MII: dudoso retardo de relleno capilar pie izquierdo, pulso poplíteo normal, pulso pedio débil, movilidad y sensibilidad distal conservada, no frialdad cutánea. Se realiza analítica con coagulación, donde destaca TP 66%, INR 1,44 y D-Dímero 362. Interconsultamos al Servicio de Cirugía Vascular, que decide realizar una arteriografía donde se objetiva isquemia subaguda de miembro inferior izquierdo, realizándose embolectomía de la tercera porción de la arteria poplítea izquierda con buen resultado final.

Conclusiones:

La fibrilación auricular (FA) representa la arritmia cardíaca más frecuente, y la hipertensión arterial y la edad avanzada constituyen algunos de los factores de riesgo para desarrollarla. Del más de millón de pacientes de nuestro medio con diagnóstico de FA, más del 80% están anticoagulados, pero el 54% de ellos no lo están en el rango adecuado. Presentamos el caso de una complicación no muy frecuente de la FA, resaltando la importancia de realizar controles exhaustivos del rango de anticoagulación de nuestros pacientes, así como la necesidad de conseguir un diagnóstico precoz de las lesiones embólicas secundarias a fin de evitar secuelas graves.

A-1263

**SITUACIÓN CRÍTICA EN CONSULTA:
¡SOLOS ANTE EL PELIGRO!**

E Ruiz García, M Sola García, M Guerrero Marín,
C Fernández Alcalá, M Villegas Pablos, A Moreno Corredor,
A Caballero Moreno

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras claves: hipertensión arterial, reanimación cardiopulmonar, fibrilación ventricular

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 40 años de edad con antecedentes personales de Hipertensión Arterial, nefroangioesclerosis y fumadora de 20 cigarros/día. En tratamiento con Olmesartan y Altizida/Espironolactona. Acude al Servicio de Urgencias por presentar varios episodios de mareo con giro de objetos acompañados de vómitos y sudoración intensa de un día de evolución. Una vez en consulta y, al comenzar a realizar la exploración, la paciente sufre un desvanecimiento, con caída al suelo y pérdida de conocimiento, sin relajación de esfínteres. Tras comprobar que se encuentra en parada cardiorespiratoria se comienzan las maniobras de RCP básicas durante 3 minutos hasta que se dispone de monitor en el que se aprecia una Fibrilación Ventricular. Se da un choque de 250 Julios y la paciente sale en ritmo propio sin precisar de drogas ni masaje. Se avisa a UCI y, al presentar bajo nivel de conciencia, se procede a intubación orotraqueal, sedación y conexión a ventilación mecánica. Se realiza ecocardiograma transtorácico donde se evidencian datos de hipertrofia ventricular muy severa que puede corresponder con su patología de HTA de base o un sustrato patológico tipo miocardiopatía sin signos de obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo. Se inicia protocolo de hipotermia terapéutica durante 24 horas. Exploración Física anodina. Analítica: leucocitos 18550. PMN 91%. Glucosa 231. Urea 59. Creatinina 2. K 2,7. Gases: pH 7,32. PCO2 44. PO2 45. ECG: Ritmo sinusal con T negativas en cara inferior, V5-V6. Tras una evolución clínica favorable y estabilización cardio-respiratoria, se traslada a planta de cardiología para implantación de desfibrilador automático Implantable en prevención secundaria. Se dio de alta con tratamiento antiagregante y antihipertensivo y seguimiento en consultas externas.

Conclusiones:

En este caso clínico se demuestra la importancia de adquirir las competencias necesarias en conocimientos y habilidades para afrontar con solvencia la situación más crítica que puede presentarse en la práctica clínica: la parada cardiorrespiratoria. La realización precoz de las maniobras de RCP básica así como la identificación de ritmos desfibrilables es de vital importancia para que sea mayor la probabilidad de supervivencia de los pacientes. Seamos o no sanitarios, no olvidemos que tenemos la posibilidad de salvar vidas.

CASOS CLÍNICOS

A-1264

RUNNING. ¿HASTA CUÁNDO?

R Illanes Leiva, JA García Cabrera, MA Muñoz Muñoz,
JA Campos Garrido

Hospital Alto Guadalquivir. Andújar, Jaén

Palabras claves: desorientación, agotamiento, ejercicio

Historia clínica

ANTECEDENTES PERSONALES: dislipemia. Tto: Ezetimibe AN-
TECEDENTES DEPORTIVOS: Running desde 2010 realizando dos
medias maratones y una carrera de 25km al año. Entrenamiento:
2-3 días de carrera semanales. Varón de 48 años que durante una
media maratón presenta amnesia desde km 19 al 21 en el cual,
según testigos, comienza con desequilibrio, incoordinación, sin
pérdida de conocimiento, quedando confuso sin poder comuni-
carse. Al ser atendido por Cruz Roja glucemia 82. Primer recuerdo
en centro de salud a los 35 minutos del hecho con TA 120/80 y
taquicardia sinusal a 150 lpm durante 60 minutos, satO2 93% con
gafas a 2 lpm, sudoración profusa, cianosis distal en manos, re-
lleno capilar lento. Aunque consciente de la situación sólo emite
monosílabos y frases de 2-3 palabras sin poder decir más. Des-
orientado en tiempo y espacio. Movimientos en las 4 extremida-
des presentes pero lentos y torpes, no mantiene bipedestación,
pares craneales normales. Al no mejorar la situación neurológica
tras rehidratación parenteral con SF y SGS se traslada a hospital
de referencia. Durante el traslado se aprecia discreta disminu-
ción de fuerza distal en pierna derecha. Al ingreso TA, FC, SatO2, glu-
cemia y ECG normales, persistiendo confusión. Analítica: creatini-
na 2.35, K 5.6, troponina 0.022 (normal < 0.023), dímero D 3350,
resto normal. TC craneal y radiografía de tórax normales. Tras 30
minutos en hospital se recupera quedando asintomático y dándose
de alta a las 2 horas del comienzo de los síntomas. Ambulato-
riamente realizados ecocardiograma, holter y ETE normales. Doppler de
troncos supraaórticos: onda dicrota en carótida derecha. RMN
craneal normal. Angioresonancia troncos supraaórticos: esteno-
sis porción M1 y dilatación arteria basilar. A los 5 días analítica
normal. Pendiente revisión neurológico y posible Arteriografía

Conclusiones:

El ejercicio es fundamental para ayudar al control y tratamiento
de determinadas patologías. Debemos tener en cuenta hasta
cuándo y cuál es el tipo de ejercicio más adecuado y, sobre todo,
que límite debemos poner en función de edad y preparación físi-
ca. Posiblemente los hallazgos de este caso sean incidentales,
pero debe hacer plantearse si un cuerpo no suficientemente pre-
parado se le puede exigir superar su límite.

A-1265

NEUMONÍA ATÍPICA EN PACIENTE JOVEN

P González Jiménez (1), M Rojo Iniesta (2), P Molina García (1),
MM Gil Mellado (3), E Pérez Talavera (3), F González Sánchez (4)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. C. Salud Tiro
Pichón, (2) HUVV. Centro Salud Puerta Blanca, (3) Centro de Salud
Tiro Pichón, (4) Centro de Salud Torrox. Málaga.

Palabras claves: pneumonia, dyspnoea, fever

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Hombre de 33 años que acude al servicio de urgencias por fie-
bre de hasta 39°C que cede con antitérmicos acompañado de tos
con expectoración blanquecina y disnea de moderados esfuerzos.
No añade otra sintomatología excepto dos vómitos el día previo
que coinciden con la toma de paracetamol. En tratamiento con
levofloxacino oral tras visita médica en días previos. AP: NAMC.
Exfumador desde hace 5 años. Bebedor ocasional. No otros hábi-
tos tóxicos. Trabaja como camarero. Casado. Niega antecedentes
médicos de interés. Exploración física: BEG. TA 140/90 FC 114 lpm,
Sat basal O2 92% FR 20 Auscultación pulmonar: MVC con roncos
bilaterales. Resto de exploración sin hallazgos. PPCC: * Analítica
sanguínea: hemograma, coagulación y bioquímica normales. Ga-
sometría arterial: alcalosis respiratoria. PCR 50.2, PCT 0.05 * Ana-
lítica orina: normal. * ECG: RS a 114 lpm. PR y QRS normal. No
alteración de la repolarización. * Ecografía pulmonar: patrón B bi-
lateral parcheado con zona de patrón A. NO derrame pleural * Se
extraen hemocultivos y urocultivo - JC: Neumonía atípica Se con-
tacta con Infecciosas que rehistoria al paciente añadiendo como
único antecedente contactos homosexuales de riesgos hace años
(no en la actualidad). Se extrae serología y se realiza test rápido
de VIH siendo este positivo. Se procede al ingreso y tratamiento
del paciente.

Conclusiones:

Ante una sospecha de neumonía atípica en paciente joven, sano
y sin antecedentes médicos de interés, debemos buscar posible
causas de dicha patología (relaciones de riesgos, inmunodeprimi-
dos...) y una vez hallada la causa comenzar con el tratamiento de
esta lo antes posible.

CASOS CLÍNICOS

A-1266

ALERTA 112: INCONSCIENTE AL INTENTAR DESPERTARLO

AM Pozo Cascajosa (1), V Martínez Prieto (2), FJ Fernández Gómez (3), B Muñoz Jiménez (4), M Muñoz Puentes (5), L Linzoain Belzanera (6), M Romero González (6)

(1) Summa 112, (2) Har Ecija, (3) Hospital Puerta de Hierro Madrid, (4) Hospiten Estepona, (5) CS Marmolejo Jaén, (6) Hospital de Linares, Jaén.

Palabras claves: hipoglucemia, insulinoma, tumor neuroendocrino páncreas

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Aviso 112 8:15 a.m, paciente 53 años inconsciente. A nuestra llegada mujer inconsciente, respira, TA 120/60mmHg, fc 100lpm, temperatura 36,5°C, glucemia 20 mg/dl. Monitorización con ritmo sinusal a 100 lpm. Se administra glucosmon y 250 ml de suero glucosado al 5%. La paciente recupera la consciencia sin recordar lo que ha pasado. Relata que está siendo estudiada por endocrinología por cuadro de parestesias, alteraciones visuales y del lenguaje en el contexto de hipoglucemia. Se deriva a centro hospitalario para ingreso y observación, glucemia 165 mg/dl.: Analítica: Hemograma con 3 series dentro de la normalidad. Bioquímica con función renal normal, glucosa 69 mg/dl, GOT 35 U/l, GPT 26, GGT 49 U/l, FA 139 U/l. Coagulación: normal. Analítica hormonal: TSH 7.32, T4 libre 1.30 ng/dl. Insulina 35.4Ui/ml, gastrina 171 pg/dl. Test del ayuno: a las 20 horas la paciente presenta bradipsiquia, lentitud en las respuestas, incapacidad para recordar datos personales o cálculos matemáticos simples. Glucemia a las 24 horas 34 mg/dl. Normalizada la glucemia desaparecen los síntomas. RMN abdominal: Lesión sospechosa de tumor neuroendocrino en cola pancreática con diseminación metastásica a hígado. Corresponde a una lesión en cola pancreática de 57x43 mm de diámetro de bordes polilobulados que sobrepasan el contorno de la glándula pancreática creciendo en la grasa hacia la región del hilio esplénico y en la cara posterior del fundus. Cuerpos gástrico y ángulo hepático del colon en su margen anterior y por delante de la suprarrenal y el riñón izquierdo que queda en su margen posterior. La lesión presenta punto de anclajes con todas las estructuras adyacentes. Existe múltiples focos de diseminación metastásica en hígado que afecta a todos los lóbulos. RMN: Tumor neuroendocrino en cola pancreática de 57 mm con metástasis hepática. PET: captación leve-moderada y heterogénea en la cola pancreática. Metástasis hepática con comportamiento heterogéneo. Se decide tratamiento con radionúclidos como primera línea de tratamiento dada la importante carga tumoral que ha comenzado en marzo con buena aceptación por la paciente. **DIAGNÓSTICO:** insulinoma con metástasis hepática. hipotiroidismo subclínico. Diagnóstico diferencial. 1. Drogas: alcohol, salicatos, haloperidol. 2. Insulinoma. 3.

Hiperplasia de los islotes. 4. Facticia por insulina o sulfonilureas. 5. Ejercicio intenso. 6. Hipoglucemia cetósica. 7. Déficit de ingesta. 8. Error de administración de insulina o hipoglucemiantes.

Conclusiones:

La hipoglucemia es una entidad producida por distintas causas. Su desenlace puede ser fatal, debemos dar información a los pacientes y a sus familiares si los estamos estudiando por hipoglucemia para que sepan actuar y alertar de forma correcta ya que cada minuto cuenta en su pronóstico.

CASOS CLÍNICOS

P-1267

TABACO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES JÓVENES

MJ Durán Gallego (1), LI Novella Navarro (1), C Cela Alcaraz (2)
(1) Centro de Salud Murcia Centro (San Juan), (2) Centro de Salud Santa María de Gracia. Murcia.

Palabras claves: ischemic heart disease, tabacum, young people

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 27 años con antecedentes de tabaquismo (20 cigarros al día durante 8 años, 8 paquetes/año), sin otros antecedentes médico quirúrgicos de interés. Consulta en el servicio de urgencias de un hospital de la región por disnea y dolor torácico irradiado a ambos miembros superiores, se administró diazepam y AINE y se dio de alta. Al día siguiente, por persistencia de los síntomas, acude a nuestro hospital, presentando síncope a su llegada, precisando de forma inmediata, cardioversión eléctrica por FV, efectiva a la primera intervención con salida en ritmo sinusal y objetivando ascenso del ST en cara anterolateral, por lo que se consulta a unidad de cuidados intensivos. La paciente se encuentra en situación hemodinámica inestable con saturaciones en torno a 80% por lo que se realiza IOT sin incidencias, se realiza ACTP primaria: oclusión proximal de DA afectando el ostium. Se implanta stent recubierto (vaso se cierra continuamente). Se realiza ecocardiograma que muestra acinesia de los segmentos medio-apicales del septo, cara anterior, cara lateral y del apex con disfunción sistólica severa con FE visual estimada en torno al 30%. En situación de estabilidad es extubada a las 24 horas y pasa a planta, donde presenta buena evolución y es dada de alta.

Conclusiones:

Ya el estudio de Framingham en el pasado siglo estableció la relación causal entre el tabaco y la enfermedad cardiovascular y desde entonces es considerado un factor de riesgo cardiovascular mayor, incuestionable causa de aterosclerosis, sin embargo, su abordaje en la clínica es escaso y sus resultados pobres. Las estadísticas nos recuerdan el bajo grado de control de los factores de riesgo cardiovascular. Como resumen y conclusión de este caso, queremos resaltar: que es muy importante la prevención primaria, es decir, el control de los factores de riesgo cardiovascular antes de la manifestación de la enfermedad aun en pacientes jóvenes, y entre ellos, el tabaco. .que la comunicación es un aspecto esencial en la actuación médica: si el paciente no percibe nuestro mensaje o no lo interpreta de la forma adecuada la efectividad de nuestros actos estará muy reducida.

P-1268

FALLO HEPÁTICO FULMINANTE EN PACIENTE JOVEN Y SANO, ¿INDICACIÓN DE TRASPLANTE?

MM Becerra Mayor, A Contento Gonzalo,
V Becerra Mayor, MI Correa Rosales,
P González Rodríguez-Villasante

Hospital Regional Universitario de Málaga

Palabras claves: insuficiencia hepática, linfoma, quimioterapia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 19 años de edad, sin antecedentes médicos de interés. Acude a urgencias con deterioro del nivel de consciencia de menos de 48 horas de evolución. Tras interrogar a los familiares solo refieren ingesta de setas salvajes. Al realizar pruebas complementarias, en analítica se objetiva fallo hepático agudo fulminante. Tras empeorar el paciente en área de observación es ingresado en UCI. Ingresa en código cero para trasplante hepático. Se realiza trasplante sin incidencias destacables. Se realiza TAC tórax, abdomen y pelvis, donde se observan adenopatías en torno a 2 cm a nivel hilio hepático y retroperitoneales. Paciente que tolera el trasplante sin complicaciones y sin observar rechazo agudo. El informe de anatomía patológica informa como linfoma de alto grado intrahepático difuso de células grande B. Se continúa con estudio de extensión que no muestra afectación de otros órganos ni de medula ósea. Tras recuperarse clínicamente pasa a cargo de hematología donde comienza tratamiento quimioterápico según esquema R-CHOP. Alcanzando remisión completa tras los 3 primeros ciclos quimioterápicos.

Conclusiones:

Este caso nos demuestra lo paradójico de la presentación de la enfermedad de este paciente, como el diagnóstico rápido de fallo hepático agudo hizo que se metiera en código cero y fuera rápidamente sometido a trasplante al no tener sospecha de enfermedad neoplásica como causa del mismo, ya que, si hubiese estado diagnosticado previamente de linfoma la indicación de trasplante hubiese sido discutida. Al no tener sospecha de enfermedad neoplásica como causa del mismo no hubo demora en el mismo, pudiendo el paciente resolver el fallo hepático y de esta manera poder comenzar el tratamiento específico de su enfermedad. Por lo que el abordaje multidisciplinar de las diferentes unidades ha sido beneficioso para la buena evolución de este joven paciente.

CASOS CLÍNICOS

A-1269

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

M Mustienes Bellot, C Duart Clemente, I Torres Tronchoni,
A Tapia Cespedes, J Guillén González, L Holgado Castell,
R Poveda Martínez

Hospital de La Ribera

Palabras claves: obstrucción, antecedentes, orientación

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mercedes es una mujer de 57 años sin alergias a medicamentos conocidas, sin toma de medicación habitual, y como único antecedente una hernioplastia inguinal derecha en Agosto del 2014. El objetivo del caso es realzar la importancia de los antecedentes personales en el manejo del paciente en Urgencias. En el caso de nuestra paciente no se tuvo en cuenta el único antecedente de interés: Hernioplastia inguinal derecha 6 meses antes de la consulta. Mercedes es una mujer que trabaja como ama de casa. Estando asintomática, realiza una ingesta abundante a la hora de comer presentando a la media hora, dolor abdominal de forma aguda acompañándose de un vómito y seguido de una deposición de características diarreicas. Acude a Urgencias de CS, donde le aconsejan reposo y dieta además de domperidona 10 ml antes de cada comida durante 5 días. El cuadro persiste con vómitos y epigastria durante toda la tarde del mismo día por lo que la paciente consulta de nuevo en el Servicio de Urgencias del Hospital. Tras pruebas complementarias dentro de la normalidad se decide alta con tratamiento médico (omeprazol 20mg/24h y paracetamol 1g/8h) tras diagnóstico de gastritis aguda. Mercedes continúa sin realizar deposiciones en las siguientes 24 horas y persiste el dolor, por lo que vuelve a consultar. En Urgencias se revisan los antecedentes por lo que se decide realizar una Rx de Abdomen. En la Rx de abdomen se observa una distensión de las asas intestinales y ausencia de aire en ampolla rectal. Se contacta con Cirugía General que decide colocación de SNG y realización de TAC urgente comprobándose la existencia de cuadro oclusivo de intestino delgado probablemente por bridas intestinales secundarias a la cirugía de hernioplastia inguinal.

Conclusiones:

Los antecedentes personales de los pacientes son de vital importancia en el manejo de los mismos en Urgencias. En el caso de Mercedes no se tuvo en cuenta el antecedente previo de cirugía por lo que no se orientó el caso hacia una posible obstrucción intestinal sino que se manejó desde el inicio como una gastroenteritis con alteración del ritmo intestinal.

P-1270

MEDIASTINIS AGUDA A RAÍZ DE UN ABSCESO RETROFARÍNGEO

J R E, S Malvar, I Lamas Fernández, R Cuñado Cerro

Hospital Regional Universitario de Málaga

Palabras claves: Mediastinitis, absceso, cultivo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de compromiso mediastínico es generalmente de responsabilidad del clínico general, pero el diagnóstico preciso de localización y etiología y el tratamiento necesitan de concurso especializado. **OBJETIVO:** saber por qué no mejora a pesar de tratamiento antibiótico para una supuesta patología ya diagnosticada con varios días de consulta y mismo diagnóstico por parte de los distintos clínicos. **PACIENTE Y MÉTODO:** Paciente varón de 24 años que acude por primera vez al servicio de urgencias del hospital por odinofagia intensa y amigdalitis pultácea. Le diagnostican de síndrome mononucleósido y es dado de alta. Presenta evolución tórpida y vuelve a consultar urgencias tres veces, la última de éstas con fiebre de hasta 40° e imposibilidad para la ingesta con dolor centrotorácico. Mal estado general, bien hidratado perfundido y normocoloreado, ligeramente disneico en reposo. Consciente y orientado. Estable hemodinámicamente aunque con tendencia a la hipotensión TA 100/65. AC: tonos rítmicos y sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado con algunos roncus dispersos en hemitórax derecho. Analítica de sangre destaca leucocitosis 50000 con neutrófilos absolutos de 42000, PCR 400 junto con alteraciones de la coagulación. Rx tórax: derrame pleural izquierdo y ensanchamiento mediastínico que no se aprecia en previas. **RESULTADOS:** Mediastinitis aguda a raíz de un absceso retrofaríngeo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza con rotura esofágica debido a un procedimiento como una endoscopia, vómitos constantes o forzados o bien por traumatismo. Otras causas son infecciosas: Carbunco por inhalación, tuberculosis, histoplasmosis, sarcoidosis o bien causas oncológicas como cáncer de esófago.

Conclusiones:

El paciente fue valorado por ORL, maxilofacial y cuidados intensivos. Se realiza traqueostomía por compromiso vía aérea. Posteriormente, mejora hemodinámicamente y se resuelve el cuadro infeccioso, por lo que al paciente se le cierra la traqueostomía y comienza con nutrición enteral. Evoluciona favorablemente hasta que es dado de alta con leucocitos de 11000, trombocitosis de 560000 y sin alteraciones iónicas ni coagulopatía.

CASOS CLÍNICOS

P-1271

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LUMBALGIA NO TRAUMÁTICA: UNA ASOCIACIÓN A CONSIDERAR

F Santaella Aceituno, M Liñán López, JM Alonso Morales,
I Bravo López, R Molina Ruano, J Frías Rodríguez

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Palabras claves: lumbalgia, hipertension arterial, urgencias

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

La lumbalgia no traumática es uno de los motivos de consulta más prevalentes en los servicios de urgencias hospitalarios. Una correcta anamnesis y la búsqueda activa de signos de alerta es fundamental para una orientación diagnóstica terapéutica adecuada. Anamnesis Mujer 35 años con dolor dorsolumbar no traumático de 5 semanas de evolución, sin modificación postural ni respiratoria, de carácter progresivo sin mejoría con AINE oral. No fiebre ni síntomas miccionales. Exploración. Estado general conservado. Eupneica. Peso 68 kg. TA 180/95 mmHg en ambos brazos. FC 84 lpm. Tª 36°C. No dolor a la palpación apofisis espinosas dorsolumbares. No radiculopatía a miembros inferiores ni nivel sensitivo. Abdomen blando con dolor a la palpación profunda y sensación de masa en flanco derecho. Pulsos distales simétricos. Pruebas complementarias. Hemograma, bioquímica con función renal e iones normales. Coagulación normal. Sedimento orina normal. Ecografía abdominal: gran masa hidronefrótica de 18 cm de etiología indeterminada. TC abdominal con contraste: dilatación leve de pelvis renal y ureter derechos, gran dilatación de los sistemas colectores, pelvis y ureter izquierdos. Uretero-hidronefrosis gigante. Cortical de aspecto laminar. Ureter intramural izquierdo: signos de solidificación en su interior que sugiere la posibilidad de un Ureteroceles. Resto sin hallazgos de interés. Diagnóstico: URETERO HIDRONEFROSIS GIGANTE. Evolución: Se deriva a consultas externas de Urología donde se programa nefroureterectomía izquierda abierta con desinserción endoscópica realizándose biopsia intraoperatoria descartando malignidad celular. Posteriormente la paciente fue dada de alta corrigiéndose las cifras hipertensivas y el dolor dorsolumbar.

Conclusiones:

La hidronefrosis gigante es una dilatación del sistema pielocalicial con más de 1,000 cc de orina retenida así como cuando el tamaño del riñón se encuentra más de la mitad del hemiabdomen. La unión pieloureteral es la localización más frecuente de la obstrucción del tracto urinario superior de cualquier etiología, dentro de éstas, la estenosis congénita ureteropielica es la causa congénita de hidronefrosis más frecuente. El cuadro clínico se manifiesta con dolor lumbar, hematuria microscópica, hipertensión arterial, compresión de la vena cava, obstrucción ureteral contralateral y es muy raro que la hidronefrosis gigante se presenta asintomática. Generalmente el grado de afección renal es directamente proporcional al tiempo de evolución de la obstrucción. El tratamiento es quirúrgico y la evolución es hacia la mejoría, como el caso clínico que nos ocupa.

CASOS CLÍNICOS

P-1272

CEFALEA Y FIEBRE NO SIEMPRE ES LO MISMO

MA Zapatería García (1), M Sada Ruiz (2), F Sanz de Galdeano Sanz de Galdeano (2), D Ibáñez Muñoz (1), MA Pérez Gutiérrez (1), C Riba Castel (1), F Arroyo Alejos (1)

(1) Hospital Reina Sofía, Tudela, (2) Hospital García Orcoyen. Estella (Navarra).

Palabras claves: empiema epidural, sinusitis, cefalea

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 30 años acude a Urgencias en varias ocasiones por cefalea frontal de 1 semana de evolución con irradiación a zona orbitaria y que no cede con analgésicos junto con cuadro catarral de vías altas. Niega antecedente de traumatismo craneal. Se le diagnostica de sinusitis frontal y es dado de alta con tratamiento antibiótico (ATB). Mejoría inicial pero a las 3 semanas es traído a Urgencias por inestabilidad en la marcha y alteración del habla. Exploración física: nivel de conciencia según índice de Glasgow 11 puntos (O4, M6 izdas M4 derechas, V1) con afasia motora, hemiparesia espástica derecha 3/5, Babinsky derecho positivo y agitado. Febrícula y leucocitosis izda. Se realiza TAC craneal con contraste: colección epidural izquierda de unos 44x18 mm con realce periférico en anillo que provoca herniación subfalcial con desplazamiento de línea media y que asocia colección subdural extensa de unos 5 mm de espesor. Importante ocupación mucosa de senos frontales, celdillas etmoidales izquierdas y seno maxilar homolateral en relación con sinupatía. Es traslado a hospital terciario de referencia para tratamiento quirúrgico por servicio de Neurocirugía. Se le practica de urgencia craniectomía descompresiva y evacuación del empiema epidural y subdural. Posteriormente pasa a UCI para continuar con tratamiento ATB, estabilización hemodinámica, neuromonitorización de la presión intracraneal, desconexión de la ventilación mecánica y control neurológico posterior. Es intervenido además por servicio de Otorrinolaringología que realiza apertura y limpieza bilateral pansinusal. Se realizó cultivo del líquido drenado de senos paranasales con positivación de los mimos. La evolución es buena con recuperación completa de la hemiparesia derecha persistiendo moderada disfasia motora.

Conclusiones:

El empiema epidural intracraneal es una patología poco frecuente. Es el resultado de la extensión de un foco contiguo de infección como la sinusitis u otros focos (otitis, mastoiditis, celulitis de cuero cabelludo, mucormicosis rinocerebral, infección dental). Las consecuencias pueden ser mortales si el diagnóstico no es acertado, rápido y no se realiza tratamiento ATB y quirúrgico adecuados. Ante un caso de cefalea persistente, fiebre, postración, posible sinusitis u otro foco infeccioso local y déficit neurológico focal, hay que solicitar TAC craneal con contraste para descartar un empiema subdural.

A-1273

SÍNDROME DE DISPERSIÓN PIGMENTARIA Y PÉRDIDA VISUAL TRANSITORIA

L Sánchez Iñigo (1), C Ibero Esparza (1), D Navarro González (1), M Díaz Noain (1), I Ocaña Rojo (1), V Arróniz Pérez (3)

(1) Hospital García Orcoyen, (2) Urgencias. Hospital García Orcoyen, (3) Urgencias. Complejo Hospitalario Navarra. Estella.

Palabras claves: amaurosis, pigment dispersion type, glaucoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

El síndrome de dispersión pigmentaria (SDP) es una causa de pérdida visual transitoria de fácil diagnóstico. Su correcta identificación ayuda a reducir el desarrollo de glaucoma, de daño del nervio óptico y amaurosis permanente. Objetivo: Dar a conocer esta entidad por la importancia de su diagnóstico para prevenir un déficit visual permanente. Recordar las claves diagnósticas en la anamnesis de la pérdida visual transitoria en Urgencias (duración, inicio espontáneo/provocado, existencia de centelleo, afectación mono/binocular, síntomas acompañantes y una exploración oftalmológica que incluya fondo de ojo). Caso: Mujer de 43 años, que acude a Urgencias por pérdida de visión monocular derecha en un punto durante 15 minutos. Posteriormente presenta sensación de una ola borrosa, con dolor retroorbital, que ha ido disminuyendo. Refiere que la víspera presentó el mismo dolor, y le comentaron que tenía el ojo rojo. A la exploración, se objetiva Tyndall pigmentario, siendo el resto normal, incluida la presión intraocular y fondo de ojo. Es valorada por Oftalmología, quien pauta colirio de cicloplejico y de dexametasona, presentando mejoría clínica. Es valorada al mes por comenzar de nuevo con visión borrosa monocular derecha brusca, seguido de dolor ocular. En la exploración destaca gonioscopia grado IV, hiperpigmentación y huso de Krukemberg. Se realiza diagnóstico de sospecha de SDP por Oftalmología. El SDP consiste en una alteración de la pigmentación ocular con acúmulo de gránulos de pigmento a lo largo del segmento anterior del ojo. Se caracteriza por la presencia de defectos de transluminación del iris en forma de hendidura en la periferia media, una banda vertical en la pigmentación de la córnea (huso de Krukemberg) y pigmentación densa en la malla trabecular. Se asocia con un mayor riesgo de desarrollar glaucoma pigmentario. La incidencia es del 2,5% de la población caucásica (no es una enfermedad rara). El ratio de género es 1:1, pero los hombres desarrollan más glaucoma. Inicialmente cursa asintomática, hasta que se desarrolla glaucoma. El 80% de los pacientes afectados tienen miopía.

Conclusiones:

El glaucoma pigmentario es el principal glaucoma que afecta a jóvenes y viene precedido del SDP. Un 30-50% de los pacientes con SDP puede evolucionar a glaucoma, debido a la acumulación de pigmento que obstruye el sistema trabecular. Una vez establecido, suele progresar rápidamente a daño irreversible del nervio óptico y ceguera.

CASOS CLÍNICOS

P-1274

SHOCK ANAFILÁCTICO EN LACTANTE

M Alarcón Meléndez, MA San Juan Zamudio, E Duque Castilla,
N Fernández Marfil, JA Moreno Ramírez, D Casado Reinoso,
JM Martín Herrero

Centro de Salud de Los Barrios

Palabras claves: shock, unfant, vomit

Historia clínica

Las urgencias extrahospitalarias encierran situaciones clínicas, a cuyos diagnósticos no llegamos, Tan solo nos basamos en mantener al paciente hemodinamicamente estable. Objetivo. Los protocolos de actuación son herramientas muy útiles, más aún en el ámbito extrahospitalario, cuando la crona de actuación y los recursos están muy limitados. Material Lactante de 5 meses con dermatitis atópica. Motivo de llamada al 061: hipo reactividad a estímulos tras episodio de vómito de más de 5 minutos de duración, acompañada de palidez cutánea y amoratamiento de los labios. El lactante prueba los cereales sin gluten por primera vez hacia 3 horas. La madre niega la posibilidad de ingesta de tóxicos. Método Exploración física: Normocoloreado Saturación de O₂ 97% FiO₂ 21% TA No apreciable vs fallo técnica Frecuencia cardiaca 100-110 lpm. Frecuencia respiratoria 20 Glucemia capilar 85 mg/dl AC rítmica sin soplos AP Murmullo vesicular bilateral, sin crepitación ni sibilancias No lesiones en piel: lesiones descamativas en pliegues compatibles con dermatitis atópica (presentes previa al episodio) Escala Ramzay (3) Se deriva a servicio de urgencias hospitalario con monitorización cardiaca y respiratoria (Pulsioxímetro), con notable deterioro cognitivo con mascarilla Venturi Saturación de oxígeno 24% FiO₂ 24. Resultado En centro hospitalario y tras analítica de sangre leucocitosis con eosinofilia. Se trata con adrenalina y antihistamínicos con normalización de capacidad cognitiva. El lactante se mantiene en estudio. El diagnóstico: Shock Anafiláctico a la proteína de la leche de la vaca. El lactante se mantiene en estudio.

Conclusiones:

En las urgencias extrahospitalarias, los protocolos de actuación, evitan la realización de posibles errores, ante la situación de casos tan estresante como pudo ser la atención de un lactante. En ciertas ocasiones, no llegamos a concretar en el amplio abanico de posibles diagnósticos diferenciales, motivo por el cual, nos limitamos a mantener al paciente hemodinamicamente estable. Una vez en el hospital y con la transferencia del mismo, que incluye anamnesis y evolución durante el traslado, se dislumbra el diagnóstico de presunción. Bibliografía [Case report: Severe anaphylactic shock followed by positive skin-prick-test to multiple vasoconstrictors]. Tsuchimoto T, Miyazaki H, Suzuki E, Maekawa N. Masui. 2010 Jun;59(6):788-91. Japanese. PMID: 20560391 Related citations [Case of anaphylactic reaction caused by sugammadex]. Motoyama Y, Izuta S, Maekawa N, Chuma R. Masui. 2012 Jul;61(7):746-8. Japanese. PMID: 22860305

P-1275

DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE JOVEN.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

AJ García Sánchez (1), MA Gutiérrez Solís (1), MM Guzmán Regalado (1), R Gutiérrez Cañones (2), F Rico Rodríguez (1), JG Rivas Cano (3)

(1) Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches, (2) Centro de Salud Pozoblanco, (3) Centro de Salud Peñarroya-Pueblonuevo. Córdoba.

Palabras claves: chest pain, myocarditis, colitis, ulcerative

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Presentamos un caso clínico de Miopericarditis coincidiendo con Colitis Ulcerosa en un paciente joven, analizando el enfoque diagnóstico en el Servicio de Urgencias. El objetivo es un acercamiento al diagnóstico de sospecha y diferencial de esta patología en el Servicio de Urgencias que, por su rareza, no suele manejarse en el abordaje del dolor torácico. Varón de 16 años, con antecedentes de Colitis Ulcerosa, en brote con evolución tórpida desde hace varios meses, en tratamiento con Mesalazina y corticoides, consulta en Urgencias por dolor torácico de 10 días de evolución, de inicio precordial y carácter mecánico, que ha aumentado de intensidad y extensión en el tórax, irradiado a espalda y hombro izquierdo, añadiéndose componente pleurítico, que no lo modifica la palpación y alivia poco en anteflexión. La auscultación cardiorrespiratoria muestra tonos rítmicos sin soplo ni roce y murmullo vesicular sin ruidos respiratorios sobreañadidos. La radiografía de tórax es normal. En el ECG presenta elevación cóncava, en guirnalda, del segmento ST en derivaciones I, II, III, V₂, V₄-V₆. En analítica urgente destaca moderada leucocitosis y ligera elevación de troponina I (0,23 ng/ml). En ecografía del Servicio de Urgencias se aprecia pequeño derrame pericárdico, que se confirma con ecocardiografía reglada. Ingresa en Medicina Interna, siendo diagnosticado de Miopericarditis secundaria a Mesalazina. Entre las manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), las cardiacas son de las menos frecuentes, siendo la pericarditis aguda la más habitual. A su vez la pericarditis puede aparecer, además de como manifestación extraintestinal de la EII, como efecto secundario del tratamiento. Miocarditis y Pericarditis se encuentran entre las reacciones adversas raras inducidas por Mesalazina, sin que se conozca bien el mecanismo, aunque se sospecha origen alérgico.

Conclusiones:

Aunque el dolor torácico en pacientes jóvenes no suele conllevar patología grave, se hace necesario un correcto enfoque de diagnóstico diferencial para descartar determinadas entidades específicas, sobre todo cuando coexisten enfermedades con manifestaciones posible sistémicas.

CASOS CLÍNICOS

P-1276

**RUPTURA ESPONTÁNEA DE BAZO COMO
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SHOCK
HIPOVOLÉMICO DE ORIGEN ABDOMINAL**

E Díaz Nájera, F de Andrés Moro, ML Cigüenza Fuster, I
González Partida, R del Río Ibáñez, MC Vivanco Horcajada,
J Gómez Rodrigo

Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Palabras claves: bazo, ruptura, leucemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCIÓN: El shock hipovolémico es consecuencia de la pérdida de volumen intravascular secundaria a hemorragia o a la pérdida de otros fluidos. La ruptura esplénica espontánea, como causa del mismo, es una entidad poco común, del 0,1 al 0,5% de la patología esplénica, siendo su causa más frecuente las neoplasias hematológicas (30%), originándose por la invasión capsular e implicando un estadio avanzado de la enfermedad y mal pronóstico de la misma. **CASO CLÍNICO:** Varón de 65 años con antecedentes de HTA y de aneurisma en arteria ilíaca izquierda que es traído por el Summa al servicio de urgencias en situación de shock, con intenso dolor abdominal. Estando previamente bien, sufre presíncope en domicilio, presentando, durante su traslado, datos de hipoperfusión y distensión abdominal progresiva. Exploración a su llegada: Glasgow 15, Saturación O₂ con GN a 3 lpm 100%, FR 18 Rpm, TA 50/30, FC 75 lpm. Afebril. Palidez mucocutánea, frialdad en extremidades. Auscultación pulmonar sin hallazgos. Abdomen distendido, percusión mate, defensa generalizada sin rebote. Pulsos presentes y simétricos, débiles. Hipoestesia en miembro inferior izquierdo. Eco FAST con líquido libre y engrosamiento de la aorta abdominal, decidiéndose cirugía urgente. En quirófano se observa estallido de la cápsula esplénica, realizándose esplenectomía. Analítica urgente: Hemoglobina 6.8g/dl, Láctico 2.2, 69.000 Leucocitos (Neutrófilos 2.3%, Linfocitos 39.8%), Plaquetas 34.000. El frotis es compatible con leucemia linfática aguda. Tras el postoperatorio en UCI, comienza tratamiento hematológico, presentando posteriores complicaciones con desenlace de EXITUS a las seis semanas.

Conclusiones:

Debido a su gran mortalidad (100% sin tratamiento quirúrgico y 12 a 33% de los intervenidos), la ruptura esplénica espontánea se debe considerar en caso de shock hemorrágico sin foco. Asimismo, se deben considerar las neoplasias hematológicas como causa de la misma. El ultrasonido es un estudio rápido y sensible para el hemoperitoneo, sin embargo, rara vez define el origen. La decisión de cirugía no debe retrasarse en espera de estudios.

P-1277

LA SEPSIS MATA, Y EN INMUNODEPRIMIDOS MÁS

MM Jiménez Casado, A Salas Martínez, S Pedrosa Armenteros,
S Laínez Martínez, J Peña Robles, D Saenz Abad,
M Jordán Domingo

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Palabras claves: sepsis, choque séptico, VIH

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 45 años, ex-ADVP y con antecedentes de VIH y VHC con escaso seguimiento. Acude a Urgencias por dolor lumbar irradiado a abdomen, de tres días de evolución. En las últimas horas asocia exantema troncular pruriginoso y disnea. En la exploración destaca hipotensión (70/40), taquicardia (130 lpm), taquipnea, crepitantes bibasales y dolor abdominal con defensa voluntaria. Analíticamente se objetiva leucopenia, trombopenia, acidosis metabólica e insuficiencia renal aguda. Se realiza también radiografía de tórax que muestra infiltrados alveolares bilaterales. Diagnóstico diferencial: Shock séptico de foco por determinar (abdominal, urinario, respiratorio), Shock distributivo (anafiláctico, por insuficiencia suprarrenal...) Evolución: Ante la sospecha inicial de anafilaxia, se inicia expansión de volumen (cristaloides), adrenalina y corticoide persistiendo situación de shock. Se investiga foco infeccioso mediante TC toráco- abdominal donde se observa asimetría renal derecha sin uropatía obstructiva aguda y afectación pulmonar multifocal. Se realizan cultivos de sangre y orina y se inicia carbapenem y aminoglucósido empírico. El paciente ingresa en UCI donde precisa soporte ventilatorio invasivo y asociación de drogas vasopresoras (dopamina y noradrenalina) ampliando cobertura para gram positivos (vancomicina). El paciente fallece en situación de shock refractario aislándose con posterioridad un *S.aureus* en hemocultivo y *E. coli* en urocultivo.

Conclusiones:

El shock es un síndrome de etiología multifactorial y afectación sistémica en el que se produce una inadecuada perfusión sistémica aguda, dando lugar a un desequilibrio entre la demanda y la oferta de oxígeno a los tejidos. El shock séptico está caracterizado por un foco infeccioso cuya causa más frecuente es la bacteriana (*E. coli*, *Pseudomonas*, *Estafilococo*), que desencadena una cascada de mediadores inflamatorios que produzcan alteraciones a nivel microvascular y finalmente el fracaso multiorgánico. Su incidencia se estima entre un 20 y un 40% de los pacientes con sepsis. Detectar signos de alarma precoces en la exploración (taquicardia, hipotensión, taquipnea, acidosis metabólica, leucopenia...) y el inicio de antibiótico previa extracción de muestras biológicas para cultivo son factores determinantes para reducir la mortalidad del paciente.



CASOS CLÍNICOS

P-1278

DOCTOR, CREO QUE TENGO EL ÉBOLA

M Sanz Almazán, B Martín Pérez, T Montero Carretero,
B Tijero Rodríguez, R Castellanos Flórez, JR Oliva Ramos,
S del Amo Ramos

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Palabras claves: Ebola virus, liver abscess, fever

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón, 52 años. Antecedentes personales: HTA, dislipemia. Tratamiento: enalapril, fenofibrato, simvastatina. Acude el 19/10/2014, momento de "alarma social" por virus ébola, por síndrome febril hasta 39°C de 4 días de evolución, abdominalgia, vómitos y diarrea no sanguinolentos. Refiere contacto con inmigrantes africanos procedentes de países con riesgo de ébola. Se activa protocolo del Servicio de Urgencias (SU) y se comenta el caso con el epidemiólogo que descarta la posibilidad de ébola. Se continúa el estudio del paciente. Exploración física: TA 142/97, FC 77, SatO₂ 98%, T^a 38.2°C. Consciente, orientado, colaborador. Postura. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: blando, depresible, doloroso de forma difusa, Blumberg negativo, Murphy negativo. Exploraciones complementarias: Hemograma: leucocitos 4.600, Neutrófilos:76.5%, plaquetas 91.000, resto normal. Bioquímica: urea 85.6, Cr 1.21, GPT 130.7, GOT 92.9, Bilirrubina total 1.22, amilasa 18, lipasa 31, PCR 219. Coagulación: normal. Equilibrio venoso: pH 7.48, HCO₃ 23.1, lactato 1.2. Sistemático orina: normal. Urocultivo y coprocultivo: negativos. Hemocultivos: Klebsiella pneumoniae. Radiografía de tórax: sin hallazgos. Ecografía de abdomen: Hígado discretamente aumentado de tamaño y ecogenicidad de manera difusa. Vesícula y vía biliar normal. Esplenomegalia homogénea de 15cm. Área pancreática no valorable por gas. No líquido libre. Diagnóstico diferencial: síndrome febril + síntomas digestivos: Infecciones, enfermedad inflamatoria intestinal, procesos autoinmunes, reacciones adversas a fármacos, alteraciones endocrino- metabólicas. Ingresa para estudio, iniciándose tratamiento antibiótico empírico. Cuatro días después comienza con cuadro séptico, se solicita TAC abdominal: hepatomegalia, predominio de LHI y caudado. Hígado graso. Lesión focal de 9x6cm en LHD sugerente de proceso inflamatorio- infeccioso: absceso en fase flemonosa, aunque no se descarta otra etiología. Se realiza drenaje de la colección hepática y se continúa con antibioterapia con buena evolución. Diagnóstico: Absceso hepático de origen no filiado.

Conclusiones:

Las infecciones son un motivo de consulta frecuente en los SU. Las alertas epidemiológicas gubernamentales deben ser tenidas en cuenta aunque con cautela, sin alarmismos, dando importancia al antecedente epidemiológico: viajes, inmigrantes, contactos con enfermos infecto- contagiosos, animales o insectos, alimentos, profesión, contactos sexuales... No debemos limitarnos a la orientación diagnóstica del proceso infeccioso, es de vital importancia la valoración de la gravedad del paciente, la posibilidad de sepsis y el comienzo precoz de antibioterapia, sueroterapia y fármacos vasoactivos.



CASOS CLÍNICOS

A-1279

SI LO SE, NO COMO POLLO

M García Palacios (1), JM González González (1), C Hernández Martínez (1), AI Casas Torres (1), L Bernabé Vera (1), MD Medina Abellán (2)

(1) Hospital General Reina Sofía, (2) Unidad Docente Medicina de Familia Murcia.

Palabras claves: throat, pain, fever

Historia clínica

Varón de 54 años que consulta en urgencias por dolor de garganta y fiebre de 39° C. Antecedente de interés destaca ingesta de pollo día anterior asociando odinofagia desde ese momento. Antecedentes personales: Hipertensión arterial (HTA) dislipemia y obesidad. Tratamiento crónico: Olmesartan 40 mg cada 24 horas, atorvastatina 40 mg cada 24 horas. Consantes: TA: 99/58 mmHg, Frecuencia cardiaca: 100 l/m, Frecuencia respiratoria: 28 rpm, sat de oxígeno: 96%. Regular estado general. Exploración: Faringe eritematosa, no exudados. Auscultación cardio-pulmonar: latidos rítmicos, no soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible, sin puntos dolorosos ni signos de irritación peritoneal. Analítica: bioquímica sin hallazgos. Destaca: procalcitonina: 4.25. Hemograma: 12270 leucos, Hb:13.8, Hto: 41.1. Gasometría venosa: PH:7.44 Pco2:31.4 Chco3:23, ácido láctico: 3.7. RX de tórax: sin hallazgos. Se decide solicitar TAC cervical ante la sospecha de posible cuerpo extraño observándose: Perforación a nivel de hipofaringe por cuerpo extraño de 50mm de longitud que se extiende desde nivel de aritenoides derecha caudalmente hacia esófago cervical, con mínima cantidad de gas retrofaringeo y edema difuso, mínima extensión a mediastino superior, sin signos de absceso. Debido a la localización del cuerpo extraño se realiza ínter-consulta a otorrino y endoscopista de guardia, por su localización y perforación asociada, comentan el caso con cirugía. Finalmente deciden extracción mediante sedación en quirófano por vía endoscópica en presencia de los tres servicios para valorar complicaciones en el procedimiento. Ingresa en UCI, se inicia tratamiento con piperazilina tazobactam y vancomicina evolucionando favorablemente y posterior ingreso en planta. Diagnóstico: perforación hipofaringe por cuerpo extraño

Conclusiones:

Los cuerpos extraños y las lesiones de la faringe constituyen una urgencia medico-quirúrgica siendo el nivel de gravedad variable en función de las complicaciones que puedan aparecer. La exploración física debe precisar siempre la extensión de las lesiones y buscar de forma sistemática la presencia de signos de gravedad. La exploración endoscópica bajo anestesia general está justificada siempre que la exploración física simple sea insuficiente. En este caso la complicación fue la perforación asociando gas retrofaringeo con repercusión hemodinámica (hipotensión, taquicardia, taquipnea, fiebre con aumento de ácido láctico y procalcitonina) lo que nos indicaban urgencia médico-quirúrgica teniendo que actuar con rapidez.

A-1280

SÍNDROME DE VERNET

J Amores Fernández (1), MB Mora Ordoñez (1), ML Nieto de Haro (1), R Sanz Carretero (1), M Jiménez Parras (1), E Gutierrez Pérez (2), E Rosell Vergara (1)

(1) Hospital Clínico Virgen de la Victoria, (2) DCCU Málaga.

Palabras claves: afonía, neuropatía, vernet

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción Paciente de 45 años de edad que acude a Urgencias, con dificultad para el habla e importante disfonía, así como dificultad para deglución y frecuente regurgitación nasal. En la anamnesis posterior refiere cefaleas y dificultad para elevación de objetos pesados con el brazo derecho. Objetivo Valorado en Urgencias por ORL que objetiva parálisis de cuerda vocal derecha. Paresia velopatina derecha. Disfonía severa, parálisis de esternocleidomastoideo derecho con hombro caído y debilidad de trapecio derechos. No Horner, En la exploración pupilas y oculomotores y resto de pares craneales normales, así como el resto de la exploración. Material El resumen de las pruebas complementarias es: TAC cráneo y cuello normal, RMN de cráneo con y sin contraste normal, Hemograma normal, Bioquímica general normal (con marcadores tumorales, autoinmunidad y hormonas tiroideas normales), Eco-doppler de troncos supraaórticos normal, Electromiograma hallazgos compatibles con neuropatía axonal del nervio espinal derecho, Análisis de LCR normal, Estudio de serología en sangre y LCR negativo para virus Neurotropos, Borrelias, Brucelas y VIH. Resultados El paciente permanece estable y mejora considerablemente desapareciendo la cefalea en los primeros días del ingreso. Se pauta tratamiento con esteroides a dosis de 60 mg diarios, siendo perceptible una mejoría tanto en disfonía como disfagia en los días previos al alta.

Conclusiones:

El caso se diagnóstico como neuropatía de pares bajos (IX, X y XI) o síndrome del agujero rasgado posterior (Síndrome de Vernet) derecho idiopático.

CASOS CLÍNICOS

P-1281

DIAGNÓSTICO INESPERADO EN PACIENTE QUE CONSULTA POR DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO TRAS CAÍDA

E Planchuelo Medina, MC Gutiérrez Martín
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Palabras claves: hipercalcemia, hiperparatiroidismo, somnolencia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 67 años, que acude por dolor en miembro superior derecho tras caída hace 7 días. Refiere que subiendo las escaleras mecánicas del metro cayó hacia atrás, desconoce la causa. Niega tropiezos o torceduras. Niega pérdida de consciencia, traumatismo cráneo-encefálico, mareo, dolor torácico, disnea o cortejo vegetativo previos al episodio. Desde entonces refiere desviación de la marcha hacia la derecha, que el paciente atribuye a déficit visual en ojo derecho de larga evolución. Durante la entrevista impresiona de bradipsiquia y bradilalia, que paciente y familiar refieren como habituales. Antecedentes: hipertenso, diabetes tipo II, ojo vago derecho congénito. Tratamiento habitual: enalapril 10 mg/12horas, eucreas 1/12 horas. Exploración física: sin hallazgos, salvo desviación puntual de la marcha a la derecha, que el paciente corrige adecuadamente. Posteriormente marcha normal. Evolución: hemograma, bioquímica básica y radiografías normales. Se decide insistir en la anamnesis, ya que a nuestro criterio el paciente presenta bradipsiquia y bradilalia. Además, no se puede precisar causa que justifique la caída. El paciente niega errores en la administración del tratamiento habitual o síntomas de hipoglucemia. Desde hace un año presenta astenia intensa y somnolencia diurna que justifica por escasa motivación personal. El familiar considera que el paciente pudo caerse por quedarse dormido, lo que resulta extraño teniendo en cuenta el contexto de la caída. Se decide solicitar calcemia en urgencias. En la anamnesis dirigida cuenta poliuria, polidipsia y letargia más intensas en el último mes, además, ha precisado aumentar tratamiento antihipertensivo. Calcio 13.9 mg/dL, fósforo 2.1 mg/dL (sin hipoproteinemia). Recibe sueroterapia y diuréticos. Parathormona a las 12horas: 325 pg/ml. Diagnóstico: Hiperparatiroidismo primario.

Conclusiones:

La hipercalcemia puede representar una urgencia médica por su afectación neurológica, cardíaca y renal, pudiendo comprometer la vida del paciente. Se reconoce con dificultad cuando se manifiesta con sintomatología inespecífica, como ocurre en este caso. Es un dato analítico de fácil acceso en los servicios de urgencias, y es frecuente que nuestros pacientes consulten por clínica neurológica injustificada, por lo que debemos incluirla en el diagnóstico diferencial. Además, el 90% de los enfermos con hipercalcemia presenta una enfermedad oncológica o un hiperparatiroidismo, por lo que su detección en urgencias puede ser crucial.

P-1282

CONTUSIÓN DE MUÑECA Y HALLAZGO DE PSEUDOARTROSIS DE ESCAFOIDES

C Santos Andréz (1), R Bringas Arzoz (1), I Puente Cabrero (1), L Santos Andréz (2), N Bengoa Endemaño (3), MC Puche Domech (3)

(1) Hospital Tresmares, (2) Hospital Universitario de Álava, (3) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Palabras claves: escafoides, pseudoartrosis, fractura

Ámbito del caso:

Hospitalaria - Comarcal

Historia clínica

Introducción: Las fracturas de escafoides suponen una patología muy frecuente. Son, después de la fractura de Colles, las mas frecuentes de la muñeca. El mecanismo típico es una caída sobre el miembro superior, sobre todo en pacientes jóvenes. **Objetivos:** Caso clínico: Paciente de 43 años, sin antecedentes de interés y previamente sano, que paseando un día de invierno por Reinosu sufre un resbalón en la nieve y cae al suelo apoyándose en la mano. Nota un fuerte dolor por lo que acude a urgencias. **Material y métodos:** Para llegar al diagnóstico, se realiza una anamnesis, de antecedentes, del mecanismo causante de la lesión. Se efectúa una exploración. Finalmente se solicita una RX de muñeca, encontrándose con la sorpresa de una pseudartrosis de escafoides inveterada.

Conclusiones:

Resultados y conclusiones: Reinterrogando al paciente, refiere que de niño se rompió la muñeca y tuvo el brazo escayolado. Pero no se encuentra documentación clínica de ese episodio, ni RX antiguas. Finalmente se diagnostica de esguince de muñeca, sobre pseudartrosis de escafoides inveterada y se inmoviliza con vendaje elástico, procediéndose al alta y recomendándose acudir a su médico de familia para posterior seguimiento.

CASOS CLÍNICOS

P-1283

HEPATITIS AGUDA FULMINANTE

A R C, M C B, A S, E F, I B R

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Palabras claves: hepatitis, coagulación intravascular diseminada, herpes

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 41 años, sin antecedentes médicos ni epidemiológicos de interés, apendicetomizado. Acude al Comarcal 48 horas de inicio de fiebre de hasta 39°C asociada a artromialgias, y con toma previa de paracetamol e ibuprofeno. Se evidencia en el Comarcal hipertransaminasemia con AST/ALT de 40,85/30,23 mKat/L. GGT/FA, TP y Bi normales. Destaca insuficiencia renal aguda con creatinina de 207 mcml/L. Paul-Bunnell negativo, serologías pendientes en el momento del traslado (negativas posteriormente). Derivado del comarcal al Hospital Universitario de Bellvitge orientado como glomerulonefritis aguda secundaria a hepatitis viral. Las pruebas complementarias realizadas en urgencias de Bellvitge muestran un empeoramiento de la creatinina 290 mcml/L y de la ALT 42 Kat/L y CK 6,6 (límite 4,5) mKat/L, lactato y resto de la analítica sin alteraciones. Se cursa ingreso en Digestivo, previa valoración por Nefrología que orienta de carácter funcional secundaria a hepatitis recomendando expansión plasmática. Empeoramiento progresivo de la hepatitis aguda, sin signos de encefalopatía hepática. Serologías virales habituales todas negativas, incluyendo VHE. Ingresa en la unidad de pacientes críticos. Hemodinámicamente estable sin soporte de drogas vasoactivas, TAM 75mmHg, FC 70 lpm en ritmo sinusal. Tendencia a la oliguria. Sin focalidad a la exploración, salvo estado febril persistente y lesión herpética en labio inferior. Cobertura empírica con oseltamivir y aciclovir, cursando PCR para virus influenza A y B en sangre. Evoluciona con afectación neurológica, con insuficiencia renal, diátesis hemorrágica e insuficiencia hepática. A las 18 horas del ingreso en la UCI, signos de encefalopatía hepática que no revierten con tratamiento. A las 28 horas, crisis comicial, tratada con clonacepam e impregnación con fenitoina. A las 32 horas del ingreso EEG aplanamiento de las ondas eléctricas cerebrales. A las 34 horas del ingreso, midriasis bilateral arreactiva, situación de muerte encefálica. Clínicamente la muerte se produjo por: Causa inmediata: Insuficiencia hepática aguda. Causa intermedia: Encefalopatía hepática. Causa fundamental: Hepatitis aguda no filiada.

Conclusiones:

Pendiente de los resultados definitivos del estudio necrópsico. Los datos de la presencia de herpes labial, la PCR para Herpes virus simple en la sangre y el estudio macroscópico de lesiones ulceradas permite suponer: hepatitis fulminante por enfermedad sistémica por Herpes virus tipo 1 en el curso de infección por Influenza virus A.

P-1284

A PROPÓSITO DE UN CASO DE DIPLOPÍA MONOCULAR

M Pedrosa Del Pino (1), M Serrano Baena (2),
D Hernández Rodríguez (1)

(1) Centro de Salud Portada Alta, (2) Centro de Salud Las Delicias. Málaga.

Palabras claves: diplopia, ecchymosis, pallor

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Antecedentes personales: Varón de 22 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales de interés. Solo refiere epistaxis frecuentes autolimitadas desde la infancia y un viaje a Riviera Maya 3 meses antes. Anamnesis: Acude a Urgencias por presentar visión borrosa por el ojo izquierdo de forma progresiva de 24 horas de evolución. La clínica se ha acompañado de equimosis espontáneas y atraumáticas en tronco y miembros superiores de una semana de evolución. Niega clínica de sangrado, fiebre, consumo de medicación concomitante y/o contacto con animales. Exploración física: Palidez mucocutánea, adenopatías < 1 centímetro en la región laterocervical izquierda no dolorosas. Fondo de ojo izquierdo: Papila poco edematosa, hemorragia prerretiniana parapapilar temporal inferior, paramacular inferior y otra nasal superior. Fondo de ojo derecho: Papila con pequeño edema, pequeña hemorragia prerretiniana en la arcada temporal inferior con exudado algodonoso, mácula estructurada. Resto de exploración física anodina. Pruebas complementarias: Hemograma: Leucocitos 2.900 (Neutrófilos: 570, Monocitos: 130, Linfocitos: 2150), Hemoglobina 5,5, VCM 116, Plaquetas 8.000. Coagulación: PT 88,50, TTPA 22,10, INR 1,06, Coombs directo negativo. Bioquímica: GOT 19, Bilirrubina total 1,40, Bilirrubina directa 0,20, resto sin alteraciones. Aspirado de médula ósea: Serie roja con presencia de punteado basófilo en algunos elementos. Trombopenia comprobada. Se observan linfocitos maduros. Resto sin hallazgos de interés. Radiografía de tórax, ECG y TC de cráneo sin alteraciones. Enfoque familiar: Sin antecedentes familiares de interés. Juicio clínico: Pancitopenia a estudio, sospecha de aplasia medular grave. Diagnóstico diferencial: Trastornos primarios de los elementos medulares, hiperesplenismo, mieloptisis, ataque inmunológico contra los precursores hematopoyéticos. Tratamiento y planes de actuación: Se realiza transfusión de hematíes y plaquetas y se decide ingreso en Hematología para estudiar la pancitopenia.

Conclusiones:

Este caso demuestra la importancia de realizar una historia clínica y exploración física completas, sin centrar toda nuestra atención en el motivo de consulta que le preocupa al paciente, así como el saber realizar e interpretar un fondo de ojo, ya que la semiología puede tener una etiología infrecuente como en este caso.

CASOS CLÍNICOS

P-1285

**PARADA CARDIORRESPIRATORIA SECUNDARIA
A SHOCK HEMORRÁGICO**

S Francesena González (1), D Fernández Gonzalo (1),
A Peláez González (1), S Fernández Sampedro (2),
Al Díaz Cano (2), B Suárez Beana (3)

(1) Hospital Valle Nalón, (2) Hospital San Agustín, (3) Hospital
Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Palabras claves: paro cardíaco, hipovolemia, adrenalina

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

AP Residente en Bélgica. No consta historia clínica en nuestro centro. Según refiere acompañante probable diagnóstico de cirrosis hepática alcohólica a seguimiento en su país. Antecedentes de descompensación hidrópica, no episodios de hemorragia digestiva alta (HDA) previos. EA Según acompañantes, paciente que en las horas previas, presenta cuadro de vómitos hemáticos y malestar general progresivo. Remitido en ambulancia convencional. A su llegada presenta actividad eléctrica sin pulso, con signos de hematemesis y melenas. Se comienzan maniobras de RCP avanzada con recuperación de la circulación espontánea a los cinco minutos (masaje, 2 ampollas adrenalina 1mg e IOT). Se pauta bolo 250 mcg de somatostatina y perfusión, 50 ml de bicarbonato 1 molar, perfusión de noradrenalina, omeprazol 80 mg, 2 concentrados de hemáties y sueroterapia (3000 ml cristaloides y 500 ml coloide). EF Tras recuperación de la circulación espontánea: Intubado, conectado a VM. GCS 3. Pupilas isocóricas reactivas. AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. AC: RsCsRs sin soplos. Abdomen: blando y depresible, no signos de ascitis. Extremidades: No edemas, pulsos periféricos débiles. PC Analítica: Hb: 7.4, Hcto: 22.4%, Gasometría venosa: pH: 6.87, HCO₃ 10.8, EB -20.1. Resto analítica normal. ECG: ritmo sinusal y Rx Tórax sin alteraciones. EVOLUCIÓN. Durante estancia en Urgencias no se objetiva sangrado activo, únicamente restos de sangre roja por sonda nasogástrica y una deposición melénica. En hemograma de control persiste anemia. Se deriva a Servicio de Digestivo de hospital de referencia para realizar gastroscopia urgente ante la sospecha de HDA. ID PCR reanimada. Shock hemorrágico secundario a probable hemorragia digestiva alta.

Conclusiones:

Importancia de en una parada cardíaca identificar el ritmo que presenta para aplicar cuanto antes la rama correspondiente del algoritmo del SVA. En este caso, tratándose de una AESP se administró 1 mg de adrenalina iv en cuanto se identificó el ritmo, repitiéndose entre tres y cinco minutos más tarde. En cualquier PCR descartar y tratar en la medida de lo posible las causas reversibles. Ante este paciente, la rápida identificación de la causa principal de la parada, hipovolemia secundaria a HDA, permitió resolver con éxito la situación de emergencia.

P-1286

DOCTOR, NOTO HORMIGUEO EN LA PIERNA

E Ruiz-Cabello Crespo (1), P González Jiménez (2),
A Bellido Salvatier (3)

(1) S.S. Carranque, (2) C.S. Tiro Pichón, (3) C.S. Portada Alta.
Málaga.

Palabras claves: parestesias, demielinación, multiple sclerosis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Mujer de 16 años, sin A.P. que acude a Urgencias por hormigueo en muslo y pierna derecha. Se realizó una exploración física que resultó normal. E.N: PINR, P.C. normales, S y M normal. Lenguaje y habla normal. Se completó con un AS con hemograma y bioquímica sin alteraciones, por lo que se dió de alta. Pasados 3 meses, vuelve a Urgencias porque desde hace una semana nota dificultad para la marcha. Se ha caído en dos ocasiones. Además refiere que desde hace unas semanas, cierra con menos fuerza el ojo izquierdo. Ocasionalmente había notado que veía peor con un ojo. NO fiebre ni cuadro infeccioso. EN: Afebril. TA: 130/90. Conciente, alerta, habla normal. Lenguaje normal. Fuerza normal. REM vivos, exaltados en miembros inferiores, simétricos, aumento del área reflexógena. RCP extensor izquierdo, flexor derecho. Paresia facial nuclear izquierda, resto de pares craneales normales. Sensibilidad normal. No dismetría en prueba D-N. Romberg inestable con tendencia a caer a la izquierda. Marcha con aumento de la base de sustentación. P.C: AS: hemograma normal. Coagulación normal. Bioquímica normal.-Rx tórax: sin alteraciones.-EEG: RS a 100lpm. TAC craneal: lesiones hipodensas en sustancia blanca subcortical frontal izquierdo, parietal, occipital derecho y periventricular anterior izquierda compatibles con lesiones inflamatorias desmielinizantes.

Conclusiones:

Las lesiones del sistema nervioso central que causan la esclerosis múltiple no siempre se manifiestan directamente como síntomas clínicos detectables y claramente atribuibles a la enfermedad, por lo que en ocasiones se tiende a restar importancia a los primeros signos. Sin embargo, el origen de la esclerosis múltiple ya está presente y comienza a progresar. Se ha demostrado que el tratamiento precoz reduce significativamente el número de brotes y la intensidad de los mismos por lo que resulta crucial el diagnóstico precoz del mismo. Entre los síntomas más frecuentes destacan: t. sensitivos, debilidad de un miembro, diplopía, signos cerebelosos. La neuritis óptica y oftalmoplejía internuclear en un paciente joven nos hará sospechar de EM como primera posibilidad.

CASOS CLÍNICOS

P-1287

CEREBELITIS HERPÉTICA EN UN VÉRTIGO PERIFÉRICO

M Moreno Fernández, E Lagares Santana, MM Becerra Mayor,
F Muñoz Lara, R Narbona Fernández, C Suero Méndez,
P Rodríguez-Villasonte González

Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya). Mijas Costa.

Palabras claves: dizziness, cerebellitis, herpes

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 71 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo. Acude a urgencias porque presenta inestabilidad con ligera sensación de giros de objetos desde hace 2 semanas que no ceden, acompañados de algunos episodios de vómitos ocasionales, sin fiebre, y como único antecedente reciente un herpes simple labial que ya no presenta lesión alguna. Durante su estancia en urgencias se le administra medicación antivertiginosa sin mejoría y dada la evolución del cuadro y la sintomatología evidente se le realiza Tac Craneo y analítica de sangre (Normal). Tac Craneo con área hipoatenuada por cierto componente edematoso, que afecta al pedunculo cerebeloso izquierdo, con probable diagnóstico de Cerebelitis herpética. Ingresó en Neurología para estudio de RMN y PCR virus herpes en LCR confirmando el hallazgo, durante su ingreso presentó buena evolución clínica y mejoría tras tratamiento con aciclovir.

Conclusiones:

La cerebelitis herpética forma parte de las encefalitis aguda. Entre el 30 y el 70% son fatales, la mayoría de los pacientes que sobreviven presentan serias anormalidades. Es la única forma común de encefalitis que ocurre a lo largo de todo el año y afecta a todas las edades en todas las partes del mundo. Es casi siempre debido al tipo I de herpes simplex, el que causa las lesiones herpéticas comunes en la mucosa oral, es raro, sin embargo, que las lesiones orales se acompañen de encefalitis. El tipo II también puede causar encefalitis pero sólo en neonatos y en relación con infección herpética genital de la madre. La apariencia macroscópica del cerebro en adultos con Encefalitis herpética muestra inicialmente inflamación aguda, normalmente asimétrico y centrado en lóbulos temporales. En los estadios agudos se ven petequias o grandes hemorragias. El TAC presenta áreas de baja densidad con edema circundante. La RNM se recomienda también y la PCR es el estándar oro para el diagnóstico en la detección del ADN viral en LCR por medio de la reacción en cadena de polimerasa con sensibilidad (98%) y especificidad (94%). Tratamiento: aciclovir 10 mg/Kg/día cada 8h, durante dos-tres semanas. sólo el 40% de los pacientes tratados con aciclovir sobreviven con secuelas mínimas o sin ellas. Es esencial que el tratamiento se inicia precozmente.

A-1288

ESTALLIDO NASAL TRAUMÁTICO

R Bringas Arzoz (1), C Santos Andérez (1), I Puente Cabrero (1),
L Santos Andérez (2), N Bengoa Endemaño (3),
MC Puche Domech (3)

(1) Hospital Tresmares, (2) Hospital Universitario de Álava, (3)
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Palabras claves: fractura, tabique nasal, huesos propios

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Objetivos: Paciente de 35 años, sin antecedentes de interés y previamente sano, que estando en las fiestas de su pueblo y tras una fuerte discusión verbal con un desconocido, recibe una violenta patada en la cara. Material y métodos: Se realiza una anamnesis para llegar al diagnóstico, de antecedentes y del mecanismo causante de la lesión. Se efectúa una exploración. Finalmente se solicita una radiografía de huesos propios, objetivándose fractura conminuta de huesos propios y de tabique nasal. Se procede a la reducción ortopédica de la fractura, y a la posterior inmovilización de la misma con una férula de yeso, a medida, fijada con esparadrapo de tela. El dolor se controla con desketoprofeno endovenoso. Se da de alta al paciente pautando analgesia, y citándole preferente a consulta de ORL.

Conclusiones:

Las fracturas nasales suponen una patología muy frecuente. En urgencias suponen el 50% de las fracturas faciales, y tienen un alto porcentaje de secuelas, sobre todo deformidad. Las causas más frecuentes de contusiones y fracturas son agresiones, accidentes deportivos, accidentes de tráfico, caídas casuales en ancianos.



CASOS CLÍNICOS

A-1289

SOSPECHANDO MIASTENIA GRAVIS DESDE URGENCIAS... A PROPÓSITO DE UN CASO

Y González Silva (1), S Nieto Sánchez (1), I Pérez González (1), B Martín Pérez (1), S Casado de Andrés (1), C Bujedo Ortiz (2), E Sierra Quintana (3)

(1) Urgencias Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, (2) Urgencias Atención Primaria, Palencia, (3) Emergencias UME II Valladolid.

Palabras claves: miastenia gravis, blefaroptosis, timectomía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 47 años de edad, acude a Urgencias por blefaroptosis bilateral de 15 días de evolución, con empeoramiento progresivo en el transcurso del día. Asocia diplopia fluctuante y debilidad de la musculatura masticatoria. No refiere trastorno deglutorio ni vocal ni debilidad en la musculatura esquelética. Exploración física: Consciente y orientado. Latido carotídeo presente y simétrico. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos, y murmullo vesicular conservado. FO sin excavación de papila. Campimetría por confrontación normal. No disfonía, ptosis palpebral bilateral, prácticamente completa en OI, con fatigabilidad inmediata con la fijación, paresia de recto externo del OI con diplopia en mirada lateral izquierda, debilidad maseterina bilateral con fatigabilidad inmediata, buena motilidad de ambos velos con reflejos nauseosos presentes. Fuerza 5/5 en todos los grupos musculares, sin fatigabilidad. ROT presentes simétricos. RCP flexores. Sensibilidad, Romberg y marcha normales. Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 70lpm. Rx tórax: sin alteraciones. Sistemático sanguíneo: normal. TAC cerebral: sin signos de procesos hemorrágicos, isquémicos agudos, ni expansivos intracraneales. TAC de tórax: ocupación de mediastino anterior por imagen homogénea de 3,3 x 4 cm, no identificándose compresión traqueal ni afectación de estructuras adyacentes. Sugerente de timoma. Diagnóstico: Miastenia Gravis oculobulbar asociada a masa tímica (probable timoma). Evolución: Se ingresa al paciente y se inicia tratamiento con Piridostigmina a dosis crecientes, con excelente tolerancia y mejoría de la sintomatología, siendo su exploración neurológica al alta: leve ptosis palpebral izquierda con mínima fatigabilidad, mínima ptosis palpebral derecha, leve paresia recto externo OI, con diplopia en mirada lateral izquierda. Se confirmó el diagnóstico con la presencia de anticuerpos anti receptor de acetilcolina positivos, por lo que finalmente se realizó timectomía.

Conclusiones:

La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune producida por la presencia de anticuerpos contra los receptores de acetil colina postsinápticos en la placa neuromuscular del músculo esquelético.

co. La debilidad muscular y la fatigabilidad son los signos claves, la musculatura extraocular se afecta en un 90% de los casos, y es la forma de presentación en el 75% de los pacientes. En el caso que presentamos, la correcta exploración física del paciente en Urgencias permite establecer un diagnóstico inicial de sospecha de miastenia ocular que se confirmó posteriormente, instaurando así un tratamiento precoz.



CASOS CLÍNICOS

P-1290

LESIÓN DE STENER O DEL ESQUIADOR

N Molina Osorio (1), I Osorio González (2), E. Molina Osorio (2)

(1) Lithuanian University of Health Sciences, (2) Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

Palabras claves: pulgar, metacarpofalángica, abducción

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Varón de 38 años que acudió a Urgencias por dolor e inflamación a nivel de articulación metacarpofalángica del pulgar, sin hematoma, tras caída accidental con el pulgar en abducción e hiperextensión. Se infiltró anestésico local, y se realizó la prueba de estrés, obteniendo un bostezo articular mayor de 30 grados, que no estaba presente en el lado sano. Se realizaron proyecciones radiológicas, en las que se objetivó subluxación de la falange proximal. Se diagnosticó de rotura completa del ligamento colateral cubital, precisando cirugía urgente.

Conclusiones:

La lesión de Stener o pulgar del esquiador se produce por abducción e hiperextensión del ligamento colateral cubital de la articulación metacarpofalángica del pulgar, con rotura parcial o total de este ligamento. La clínica es muy anodina, en ocasiones pasa desapercibida o se confunde con un esguince. Si no se detecta y se trata puede ocurrir una subluxación progresiva de la metacarpofalángica, dejando como secuelas rigidez, inestabilidad y artrosis, provocando una incapacidad permanente, ya que interfiere en las funciones de prensión y pinza manual. Esta lesión se da con más frecuencia en varones jóvenes, en el transcurso de actividades deportivas o en accidentes de tráfico. En la exploración se debe provocar el bostezo articular en flexión, mediante prueba de estrés, con bloqueo anestésico, (ya que la contracción del adductor puede encubrir la inestabilidad articular) y debe compararse con el lado sano. Un bostezo de más de 30 grados es indicación de cirugía urgente, así como las fracturas-arrancamiento desplazadas o las fracturas intraarticulares. Se deben realizar proyecciones radiológicas anteroposterior y lateral. Los bostezos de menos de 30 grados se benefician de tratamiento ortopédico. El efecto Stener (apreciable en fases precoces) consiste en el desplazamiento del LCC proximal sobre la aponeurosis del adductor. Aparece una tumefacción del borde cubital de la articulación metacarpofalángica, por el ligamento desplazado, y una depresión laterofalángica cubital. Posteriormente se enmascara por el edema. Con la revisión de este caso se pretende hacer un recuerdo anatómico, fisiopatológico y de diagnóstico de esta lesión, para que pensemos en ella ante cualquier traumatismo en el pulgar al que nos enfrentemos en la puerta de Urgencias.

P-1291

DOLOR TORÁCICO: UN SÍNTOMA FRECUENTE CON DIAGNÓSTICO DIFERENTE

T Núñez Gómez-Álvarez (1), F Hernández Moreno (2), M Cerdán Carbonero (3), A González Gasch (1), I Palomero Juan (1), G Pajares Carabajal (1), A Sollet Galean (1)

Hospital General de Villalba. Madrid

Palabras claves: dolor torácico, mieloma múltiple, plasmocitoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Se estima que el dolor torácico representa del 5-15% de las consultas que acuden a urgencias. La historia clínica y la exploración física son los pilares básicos en el diagnóstico. La valoración inicial debe ir encaminada a establecer la presencia de datos de gravedad y a descartar causas que supongan riesgo vital. Caso clínico: Mujer de 50 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor en hemitórax izquierdo de 3 días de evolución, el cual se incrementa con los movimientos y la inspiración, reproduciéndose a la palpación. Relaciona el inicio de la clínica con un sobreesfuerzo laboral. En la exploración física no se objetivo ningún dato patológico. De todos los perfiles de dolor torácico, la clínica y exploración orientó hacia el osteomuscular, solicitándose únicamente una radiografía de tórax en la cual se objetivó una masa extrapulmonar izquierda con lesión lítica en 5º arco costal. Ante estos resultados se amplía estudio con hemograma, VSG, función renal, iones, calcio, LDH, proteínas totales, albúmina, beta 2 microglobulina y proteinograma. Siendo todos los resultados normales salvo proteínas de 10.8 g/dl, estando pendiente el resultado del proteinograma. Con el diagnóstico de masa extrapulmonar y lesión lítica costal la paciente fue ingresada en Medicina Interna. En planta se realiza RM de cuerpo entero encontrando un patrón de afectación focal óseo con más de 20 lesiones y lesión extraósea extrapulmonar izquierda. Se recibe el resultado del proteinograma con pico monoclonal IgG de 4 g. Con estos datos se solicitó un aspirado de médula ósea objetivándose hallazgos citológicos compatibles con infiltración por células plasmáticas de aspecto patológico. Con el diagnóstico de mieloma múltiple se inicia tratamiento según esquema VCD, que actualmente no ha finalizado. Resultado: Mieloma múltiple ISS-1 con lesiones líticas múltiples y plasmocitoma costal.

Conclusiones:

El dolor torácico osteomuscular es el tipo más frecuente de todos, encontrándose entre sus causas las metástasis costales, como ocurrió en nuestro caso, donde encontramos afectación ósea secundaria a mieloma múltiple. Dicha entidad constituye el 1% de todas las neoplasias malignas, el dolor torácico es frecuente. La presencia de proteínas monoclonales en suero u orina es el principal hallazgo diagnóstico, confirmándose mediante biopsia de médula ósea.

CASOS CLÍNICOS

A-1292

MANEJO DEL SISTEMA DE VACÍO

B Alcolea Cuevas (1), R Fallos Martí (2), I Diestro Ramiro (3), T Lojo Lorenzo (1), T Monzón Belinchón (1), T Osorio Lozano (1), N Suárez Liceras (1)

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: vacuum therapy, exudate, bound

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Hoy en día el número de heridas que precisan de curas prolongadas en el tiempo están en aumento. El conocimiento y buen uso del SV por presión negativa facilita la cicatrización de heridas y pronta recuperación de los pacientes. Esto se traduce en un menor tiempo de ingreso hospitalario. La Hospitalización a Domicilio facilita la independencia del paciente proporcionando curas de atención especializada y cambios del SV. Se presenta un caso en el que se realizan curas húmedas durante el ingreso hospitalario en una herida por dehiscencia tras cirugía por hernia umbilical, con tórpida evolución pasando, más tarde, a realizar las curas en la Hospitalización a Domicilio, dependiente del servicio de urgencias. En Noviembre 2014 se objetiva E. Coli Blee y E. Faecalis en la herida quirúrgica, por lo que se decide iniciar tratamiento IV con Ertapenem. En Diciembre 2014 se comienza con el Sistema de Vacío Renasys G Soft Port con cambios cada cuatro días con presión 100 mmHg. Dada la mejoría de la herida, se decide en Febrero 2015 espaciar la cura a una vez a la semana con presión de 80 mmHg para evitar molestias al paciente debido al descenso de exudado y disminución del tamaño de la herida. A lo largo de 4 meses la herida ha mantenido un ritmo constante de cicatrización disminuyendo el tamaño tanto en profundidad como el diámetro, se reduce la cantidad de exudado sin aparición de signos de contaminación externa. Observada la buena evolución de la herida y para favorecer la continuidad de cuidados se realiza visita conjunta con Atención Primaria manteniendo mismo tipo de curas. En Marzo 2015 se retira SV quedándose con cura simple hasta el cierre completo.

Conclusiones:

Con el SV se objetiva un buen control del exudado evitando entorno húmedo para proteger la piel perilesional. La posibilidad de espaciar el número de curas en el tiempo proporciona mayor independencia al paciente y cuidador. Las curas domiciliarias ayudan a proporcionar al paciente y/o cuidador principal un conocimiento básico del sistema para el manejo diario y hacerles partícipes del proceso de curación.

A-1293

ARRITMIA CARDIACA, EFECTO CARDIOTÓXICO DE COCAÍNA. A PROPÓSITO DE UN CASO

MJ Sada Ruiz (1), L Yanguas Amatriain (1), MF Sanz de Galdeano Sanz (1), MA Zapatería García (2), D Navarro González (1), N López Laguna (1)

(1) Hospital García Orcoyen, (2) Hospital Reina Sofía. Navarra.

Palabras claves: cocaína, cardiotoxicidad, arritmia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 32 años, asintomático desde el punto de vista cardiovascular. Consulta en urgencias por mareo y malestar general. No dolor torácico ni palpitaciones. Admite consumo de cocaína, metanfetaminas y alcohol en las horas previas. En exploración física destaca taquiarritmia. Resto anodino. ECG se objetiva fibrilación auricular a 120 lpm. No signos de isquemia. Tras horas en observación revierte espontáneamente a ritmo sinusal JC: fibrilación auricular paroxística en contexto de consumo de tóxicos Seguimiento posterior en Cardiología donde se descarta cardiopatía estructural. Al tratarse de un primer episodio, CHADS-VASc:0 se decide no iniciar tratamiento antiarritmico ni antitrombótico.

Conclusiones:

El aumento en el consumo de cocaína producido en los últimos años, ha hecho que surjan multitud de problemas médicos derivados del mismo y hasta el momento prácticamente desconocidos, ha dado lugar a un incremento en el número de complicaciones cardíacas asociadas a la droga, especialmente en pacientes jóvenes, que no tienen otros factores de riesgo asociados, excepto el tabaquismo. Aunque se han descrito complicaciones neurológicas, digestivas, renales y endocrinas, es sobre el sistema cardiovascular donde son más frecuentes los efectos nocivos derivados de esta droga, entre los que se incluyen: arritmias y muerte súbita, miocarditis, hipertensión, endocarditis, edema pulmonar e infarto de miocardio. De los efectos cardiotóxicos, la isquemia, es el más frecuente, seguido de arritmias (desde taquicardia ventricular y fibrilación ventricular hasta taquicardias supraventriculares). Los mecanismos son variados, muchas de estas complicaciones son causadas por un aumento de la actividad catecolaminérgica. La aparición de cardiotoxicidad está en relación con las dosis, frecuencia de uso, métodos de administración y la asociación a otras sustancias así como susceptibilidad individual Debido a sus efectos cardiotóxicos, debe reconocerse como un factor de riesgo cardiovascular. El tratamiento de los pacientes que han consumido cocaína, en los casos de dolor torácico será preciso suministrar benzodiacepinas. La nitroglicerina y aspirina se usarán en caso de isquemia coronaria, para la hipertensión debemos suministrar a-bloqueantes (fentolamina) y bloqueantes del calcio (verapamilo) en arritmias. Los Beta-bloqueantes empeoran el vasoespismo

CASOS CLÍNICOS

coronario (propranolol) o no tienen efecto sobre el mismo (labetalol, esmolol), no se recomienda su uso. Es preciso evitar los fármacos antiarrítmicos del grupo IC, como la procainamida, porque potencian la prolongación del QRS y del QT.

A-1294

VARÓN JOVEN CON CEFALEA. A PROPÓSITO DE UN CASO INUSUAL EN URGENCIAS

P del Pino Valverde, MJ Morales Acedo, M Rizo Hoyos, RG Mesa Ramos, M Tejón Ruiz, M Zaheri Beryanaki

Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. Antequera, Málaga.

Palabras claves: fever, bicuspid aortic valve, endocarditis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón, 36 años, sin alergias medicamentosas conocidas, bebedor ocasional, hipertenso y dislipémico, válvula aórtica bicúspide con insuficiencia aórtica severa estable, en seguimiento por Cardiología, Migraña. Tratamiento: amlodipino 5 mg/24 h, simvastatina 20 mg/24 h. Acude por fiebre de 39°C con escalofríos, vómitos y cefalea holocraneal continua desde hace una semana. Artromialgias generalizadas y astenia. Exploración física: Buen estado general. Normotenso, Temperatura: 37.7°C. Orofaringe normal. Auscultación cardio-respiratoria: Rítmico, soplo sistólico en foco aórtico. Buena ventilación, sin ruidos patológicos. Abdomen: anodino. No rigidez nuchal ni focalidad neurológica. Piel normal. Exploraciones Complementarias: Analítica: Leucocitos: 13.200/L (87% neutrófilos). Plaquetas: 104.000/L, INR: 1.16, Sodio: 137mmol/L, PCR: 16.10 mg/dl. Gasometría: pH: 7.41, pCO₂: 45.6 mmHg, HCO₃: 27.6 mmol/L. Test mononucleosis negativo. Radiografía de tórax: normal. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 94 lpm, bloqueo de rama derecha. Tomografía computarizada cráneo: normal. Punción lumbar: líquido claro, ausencia de células, glucosa 61 mg/dl, proteínas 33.1 mg/dl. Cultivo de LCR negativo. Serología Epstein Barr IgM positivo. Hemocultivo: Se aísla *S. agalactiae* grupo B en 4 frascos. Ecocardiograma: válvula aórtica bicúspide con regurgitación severa, se evidencia imagen filiforme y ramificada con movimiento anárquico en tracto de salida ventrículo izquierdo compatible con vegetación. Diagnóstico diferencial de Urgencias en un síndrome febril: - Infecciones por bacterias, micobacterias, virus, hongos o parásitos. - Enfermedades mediadas inmunológicamente. - Necrosis tisular y enfermedad tromboembólica. - Fármacos. - Enfermedades endocrinas y metabólicas. - Neoplasias. - Enfermedades hematológicas. - Alteraciones termorreguladores. Diagnóstico final: Endocarditis infecciosa por *S. agalactiae* sobre válvula aórtica bicúspide nativa. Evolución: En observación, se inicia antibioterapia con Ceftriaxona 2 g/24 h. Por fiebre de duración intermedia, sin foco y con reactantes de fase aguda elevados, se decide ingreso hospitalario. Se completa estudio con ecocardiograma y decidimos valorar intervención quirúrgica para recambio valvular que se desestima en Hospital de referencia. Completa antibioterapia intravenosa durante 4 semanas, y tras negativización de hemocultivos y mejoría del paciente se procede al alta.

CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

La endocarditis infecciosa es una enfermedad que afecta predominantemente a varones, con morbilidad muy elevada. El ecocardiograma y los hemocultivos son pilares básicos para el diagnóstico y tratamiento de esta patología, y deben realizarse precozmente ante la sospecha clínica, la presencia de hallazgos en el ecocardiograma presentan un criterio diagnóstico mayor por lo que dicha prueba ofrece información complementaria y puede servir de guía en el ámbito de urgencias ante un paciente con síndrome febril y enfermedad valvular.

A-1295
¡RÁPIDO RÁPIDO!

E Lozano Rincon, NJ Torres Yebes, M Arroyo Gallego,
L Cabeza Osorio, L Mao Martín

Hospital Universitario del Henares. Madrid.

Palabras claves: arritmias, cardioversión eléctrica, palpitaciones

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 44 años, sin alergias conocidas e hipertenso sin tratamiento. Acude a urgencias por sudoración profusa y palpitaciones tras la deambulación, opresión torácica, disnea y autoescucha de sibilancias, que persisten a su llegada. No refiere episodios similares previamente. Está sudoroso, taquipneico a 36 rpm y saturando basalmente a 94%. Tensión arterial de 101/72 mmHg y frecuencia cardíaca de 257 lpm. Se auscultan crepitantes hasta vértices pulmonares. Resto de la exploración física normal. En el ECG, taquicardia regular de QRS estrecho a 260 lpm, sin signos de isquemia aguda. Se administran 12 y 18 mg de adenosina i.v saliendo con ritmo de escape nodal a 55 lpm, QRS ancho y extrasístoles ventriculares. Posteriormente, presenta taquicardia sinusal a 100 lpm con extrasístoles ventriculares y PR normal sin preexcitación. Analítica con seriación de marcadores de daño miocárdico, radiografía de tórax y ecocardiograma normales. ECG de control sin cambios. Tras mejorar, es dado de alta diagnosticado de taquicardia regular de QRS estrecho. Sin embargo, a las 48 horas acude nuevamente por dolor torácico opresivo, no irradiado, sin cortejo vegetativo, palpitaciones, ni disnea. La exploración física es rigurosamente normal. En el ECG presenta ritmo sinusal a 80 lpm, con PR corto, onda D, EV aislados politopicos, corrección del ST con descenso de 1 mm en I y aVL, QS en III y aVF y onda T negativa en V1 y V3. Pruebas complementarias (incluido TAC tóraco-abdominal) normales. Nuevamente, es dado de alta con diagnóstico de síndrome Wolf-Parkinson- White con preexcitación intermitente. Un mes y medio después, acude por palpitaciones y mal estado general. Está sudoroso y taquipneico a 30 rpm. Frecuencia cardíaca de 200 lpm. En el ECG, taquicardia de QRS ancho, regular, que no responde a maniobras vagales. Ante la inestabilidad hemodinámica, se prepara al paciente para cardioversión eléctrica en urgencias, saliendo con ritmo sinusal a 95 lpm, PR corto, QRS estrecho y sin signos de isquemia aguda. Asintomático tras el procedimiento, recupera la estabilidad hemodinámica y es altado 3 días después.

Conclusiones:

La importancia de este caso clínico radica principalmente en el manejo de la patología cardiológica aguda en urgencias.

CASOS CLÍNICOS

A-1296

ENTERITIS RÁDICA, MAS QUE UNA SIMPLE DIARREA

M Moreno Fernández (1), E Lagares Santana (1), F Muñoz Lara (1), MM Becerra Mayor (1), R Narbona Fernández (2), C Suero Méndez (1), P Rodríguez-Villasonte González (1)

Hospital Regional de Málaga (Carlos Haya). Mijas Costa.

Palabras claves: radiation, enteritis, diarrhea

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 32 años con antecedente de cáncer de cérvix en tratamiento activo con Quimioterapia y radioterapia 15 sesiones). Acude a urgencias por dolor abdominal intenso tipo cólico de unas horas de evolución junto con deposiciones diarreicas, ultima sesión radioterápica en la mañana de hoy. A su ingreso en urgencias, postrada en camilla, con dolor abdominal intenso, se realiza analítica de sangre sin alteraciones y se realiza Tac Abdomen, valorado por oncólogo radioterapeuta, ingresa en hospital por enteritis rádica, a los días alta con mejoría tras tratamiento sintomático.

Conclusiones:

La enteritis por radiación, también llamada enteritis actínica o rádica, es una complicación de la radioterapia del cáncer que puede afectar al intestino delgado o al grueso, puede ser aguda o crónica. La forma aguda suele ocurrir durante la aplicación de la radioterapia o poco después y se caracteriza por fenómenos inflamatorios generalmente leves y autolimitados, asociada a la radioterapia de cánceres de recto, cérvix, útero, próstata, vejiga urinaria o testículos. Se manifiesta entre las semana 3-6 de tratamiento y su presencia depende de factores como la técnica de radioterapia, el volumen irradiado, la dosis total y la existencia de quimioterapia concomitante. La enteritis aguda rara vez provoca problemas graves, aunque puede dar lugar a la interrupción de la radioterapia. La toxicidad aguda se manifiesta como diarrea, dolor abdominal cólico y náuseas. Estos síntomas son transitorios y suelen remitir a las 2-6 semanas de interrumpir el tratamiento. El diagnóstico de la enteritis aguda por radiación es clínico y no requiere ninguna exploración complementaria. La colonoscopia debe evitarse por riesgo de perforación. Los pacientes con diarrea, dolor abdominal o náuseas deben ser evaluados en busca de sobrecrecimiento bacteriano intestinal y tratarlos con antibióticos si éste se confirma. La diarrea puede tratarse con antidiarreicos como loperamida, en casos en que se haya descartado obstrucción intestinal. Es recomendable en pacientes con diarrea ensayar una dieta sin lactosa. Los pacientes con síntomas obstructivos deben ser investigados para el diagnóstico del lugar de la obstrucción y ser tratados, en principio con medidas conservadoras y una dieta pobre en residuos. Tratamiento quirúrgico reservado para pacientes con oclusión intestinal, enfermedad fistulosa agresiva o adherencias masivas.

A-1297

UNA PSICOSIS DE CAUSA POCO HABITUAL

AM Lizcano Lizcano (1), CM Navarro Osuna (1), I Jiménez Velasco (1), M Rodríguez Cola (1), P Jiménez Aranda (2), MJ Palomo Reyes (1), E Sánchez Maganto (1)

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Palabras claves: psicosis, neurosífilis, demencia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 64 años, natural de República Dominicana y residente en este país hasta unos días antes de venir a Urgencias, sin antecedentes médicos conocidos, acude acompañada por familiares acusando síntomas de desorientación, confusión, nerviosismo, actitud incoherente e insomnio en las últimas semanas, lo que motiva a sus hijos que residen en Toledo a trasladarla de su país por la preocupación que despertaba en las conversaciones telefónicas, un mes antes había sufrido un TCE leve por el que estuvo ingresada y se realizó un TC craneal sin hallazgos patológicos y desde hacía un año se intuía cierto comportamiento extraño en el contacto mantenido, con marcada carga emocional centrada en un pasado sentimental agitado. A la exploración estaba estable, afebril y además de confirmarse los datos clínicos referidos, destacaba un aspecto, vestuario y actitud extravagante, verborrea y labilidad afectiva. Se realiza ECG, radiología de tórax y TC craneal sin hallarse alteraciones, adjuntando analítica reciente con perfil general y tiroideo normal. Con el diagnóstico inicial de episodio psicótico, se deriva a valoración por Psiquiatría e ingresa a su cargo. La evolución en las dos primeras semanas de ingreso es tórpida e irregular con escasa respuesta a antipsicóticos y ansiolíticos, se profundiza estudio descubriendo una serología en sangre periférica positiva a LÚES detectando también su presencia en LCR, cumpliendo criterios diagnósticos y de obligado tratamiento de un cuadro de neurosífilis.

Conclusiones:

Un trastorno psiquiátrico puede ser secundario a patología médica, más si cabe en debut de inicio tardío y presentación discordante. Aunque se conoce la asociación histórica entre neurosífilis y patología psiquiátrica, en los últimos años el estudio sistemático de la serología luética en Psiquiatría es controvertida ante la disminución de la prevalencia de esta "gran simuladora" tras el acceso a la Penicilina y derivados. No obstante, debe valorarse su determinación en casos de alto riesgo o sospecha, como son la promiscuidad sexual y presencia de sintomatología psiquiátrica y neurológica atípica, demencia y delirium.

CASOS CLÍNICOS

A-1298

FUTURO INCIERTO. CUANDO LA CLÍNICA ES LO QUE PRIMA

A Tapia Céspedes (1), I Torres Tronchoni (1), J Guillén González (1), L Holgado Castell (1), M Mustienes Bellot (2), C Duarte Clemente (1)

Hospital de La Ribera. Carlet.

Palabras claves: hypercapnia, comorbidity, death

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

ANTECEDENTES PERSONALES: No RAM HTA, Dislipemia, ERC Obesidad mórbida T. depresivo Masa en cavum en estudio por ORL. Biopsiada, pendiente de AP y TAC SAHS con CPAP nocturna (no utilizada últimamente por intolerancia) Tratamiento: atorvastatina, lorazepam, duloxetine, enalapril, AAS, carvedilol, ranitidina MOTIVO DE CONSULTA: Varón de 44 años, traído por su familia al Servicio de Urgencias Hospitalarias por presentar hoy deterioro del estado general, disminución progresiva del nivel de conciencia y somnolencia. Refieren aumento del volumen de expectoración blanquecina, disnea, aumento del edema facial y habla incomprensible. No disminución de la diuresis, no edemas periféricos. No fiebre. EXPLORACIONES: MEG, NCNH y reactivo. Afebril, PA 150/99, FC 75, Sat O2 100% VMK Facies pletórica, cuello corto y grueso. Ronquera. ORL: importante macroglosia, orofaringe no visible (dificultad anatómica) ACP: rítmica, abundantes roncus ABD: globuloso, no doloroso NEUROLÓGICO: Glasgow 12, somnoliento, habla poco comprensible, no alteración de la fuerza ni de la sensibilidad, no signos meníngeos, no focalidad neurológica. GSA aire ambiente: pH 7.45, pO2 73.3, pCO2 46.7, HCO3 32.1, Sat O2 94.1% AS: Cr 1.89 mg/dL, PCR 7.1mg/L, 13.500 leucocitos con 9500 neutrófilos absolutos Rx tórax: cardiomegalia, no condensación neumónica. INTUICIÓN DIAGNÓSTICA: Encefalopatía hipercápnica. EVOLUCIÓN: A pesar de la intuición diagnóstica de carbonarrosis, en el Servicio de Urgencias no se objetivaron valores de CO2 excesivamente elevados que se correlacionaran con el grave estado del paciente. Estando estable hemodinámicamente se administró tratamiento broncodilatador inhalado, corticoterapia endovenosa y oxigenoterapia con leve mejoría clínica. Valorado por UCI, finalmente se decidió ingreso Hospitalario en Medicina Interna para estabilización clínica y proseguir estudio de causas desencadenantes. Durante su ingreso se objetivó además hipotiroidismo (TSH 74 mCU/mL) e hipercortisoluria, con evolución fatal al poco tiempo sin causa aparente explicable (se propuso a la familia estudio postmortem).

Conclusiones:

El médico de urgencias debe valorar al paciente en su conjunto, primando en todos los casos el estado clínico que presenta, más que las exploraciones complementarias, siendo éstas últimas un apoyo al diagnóstico y no un criterio único para decidir el destino del enfermo.

A-1299

MASAS ABDOMINALES ENMASCARADAS

S Guzmán Martínez (1), L Segovia Calero (2), MC Molina Alcántara (1)

(1) Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), CS San Blas, (2) HGUA-CS La Florida. Elche.

Palabras claves: endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, absceso abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 41 años de edad traída por soporte vital básico a urgencias por náuseas y vómitos alimenticios seguidos de intenso dolor abdominal de predominio en hipogastrio de horas de evolución. Semana previa: eco ginecológico con endometrioma gigante en ovario izquierdo y otros más pequeños en ovario derecho. FUR: hace 5 días. FO: 4-1-3. FM: regular. Antecedentes personales: VIH diagnosticado hace 19 años. Último control con CD4 330 y carga viral indetectable. Anemia ferropénica crónica. IQx: Legrado hace 8 años. Laparotomía media por oclusión intestinal hace 5 meses. Pendiente conización por condiloma acuminado con focos de displasia leve-moderada. Tratamiento: tramkiazin 3mg, tramkiazin retard 2 mg, xeristar 30mg, orfidal 1mg, evirola, medebiotin 5mg, ketoconazol, espifidifen 600mg, paracetamol 1g. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: T°: 35,5°C Fc: 76 lpm TA: 124/75. Consciente y orientada. Regular estado general. ACR: Normal ABDOMEN: distendido, defensa voluntaria a la palpación, defecto de pared abdominal que protuye con valsalva. No ruidos hidroaéreos AS: Gluc: 123 Cr: 0.75 FG: >90 Na: 135 K: 3.1 PCR: 3.81, Procalcitonina 5.37 Leucos: 12,02 Neutrófilos%: 73,80. Hb: 8.90 Hematocrito: 28.20%. RX ABDOMEN: normal. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. * OCLUSIÓN INTESTINAL AGUDA * ENDOMETRIOMAS BILATERALES * ABCESO OVÁRICO BILATERAL EVOLUCIÓN: La analgesia no calma dolor. Se deriva a urgencias ginecológicas para valoración. En eco transvaginal observan imágenes compatibles con endometriomas de 65x56mm derecho y 10x10cm izquierdo, con líquido libre denso supratruterino. Se solicita TC abdominal para completar estudio, descartándose obstrucción intestinal y evidenciándose las mismas imágenes de los endometriomas. Cirugía descarta intervención urgente. Ingreso en servicio de ginecología. Al día siguiente la paciente es intervenida de urgencia observándose que las imágenes descritas como endometriomas grado IV eran realmente abscesos ováricos bilaterales. JUICIO CLÍNICO: absceso ovárico bilateral.

Conclusiones:

Los abscesos tubo-ováricos son una complicación aguda o crónica asociada a la enfermedad pélvica inflamatoria. La infección es habitualmente polimicrobiana y está asociada a mujeres jóvenes

CASOS CLÍNICOS

con vida sexual activa, nulíparas y usuarias de dispositivo intrauterino. Es preciso confirmar el diagnóstico mediante ecografía y hacer diagnóstico diferencial con: tumoración unilateral: torsión de anejos, endometriomas, quiste de ovarios o abscesos peria-
pendiculares.

A-1300

ITUS DE REPETICIÓN, ALGO MÁS QUE UNA SIMPLE CISTITIS

F Muñoz Lara, G Ocete Burgos, M Moreno Fernández,
E Lagares Santana

Hospital Regional Universitario de Málaga

Palabras claves: ITU, cistitis, tuberculosis renal

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Mujer de 63 años que consulta en múltiples ocasiones en urgencias por dolor en región lumbar derecha. Inicialmente es tratada de dolor mecánico y tratada con analgésico no cediendo el dolor. Posteriormente en nuevas consultas se le realiza sedimento de orina que muestra piuria y por tanto es tratada con antibióticos vía oral. Continúa consultando en urgencias por el mismo motivo siempre presentando en sedimento de orina piuria y pautando varias tandas de tratamiento antibiótico sin mejoría de la sintomatología. Tras varias consultas por el mismo motivo, se detecta en urocultivo positivo para DNA de M. TBC y en eco de abdomen gran dilatación del sistema pielocalicial por lo cual se decide ingreso en enfermedades infecciosas con sospecha de TBC renal.

Conclusiones:

La tuberculosis puede afectar al riñón ya sea en el contexto de una infección diseminada generalizada o como enfermedad renal localizada. La TB renal no tiene un cuadro clínico clásico de presentación pero típicamente el paciente refiere síntomas de tracto urinario inferior tales como disuria, con o sin hematuria, dolor lumbar, en flanco y región suprapúbica, frecuencia y nicturia. La manifestación como insuficiencia renal es poco frecuente. Puede sospecharse el diagnóstico cuando existe el antecedente de tuberculosis pulmonar o extra pulmonar y ante la falta de respuesta a tratamiento antibiótico. Al examen general de orina el hallazgo clásico es la piuria estéril, es decir leucocitos en ausencia de bacterias o cultivos positivos. El diagnóstico definitivo está dado por el análisis histológico por biopsia combinado con PCR positivo.



CASOS CLÍNICOS

P-1301

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON BLEOMICINA

JM Camero Macías (1), F Ruiz Ruiz (1),
MD Navarro Amuedo (1), I Tallón Ruíz (2),
JF Rodríguez Rodríguez (1), E Montero Romero (1)

(1) Hospital Universitario Virgen del Rocío, (2) Hospital
Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Palabras claves: insuficiencia respiratoria aguda, bleomicina,
ventilación mecánica

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 44 años, con tumor testicular izquierdo de estirpe germinal mixto estadio T3N3M1aS1 sometido a orquiectomía izquierda y quimioterapia con vincristina, cisplatino y bleomicina, con buena respuesta. Durante la fase de tratamiento desarrolla insuficiencia respiratoria y es diagnosticado mediante TACAR de neumopatía intersticial bilateral incipiente por bleomicina. En tratamiento por este motivo con corticosteroides orales y luego intravenosos en descenso gradual. Acude a Urgencias por insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda, saturando al 85%, iniciándose ventilación a alto flujo nasal, con mejoría inicial y empeoramiento posteriormente a pesar de corticoides, broncodilatadores, antibiótico, llegando a precisar de intubación orotraqueal en modo controlado por presión, elevando progresivamente la PEEP para favorecer el reclutamiento alveolar, desencadenándose neumotórax. Se colocó drenaje endotorácico y trasladado a UCI, en situación de insuficiencia respiratoria y fracaso multiorgánico. En Radiografía inicialmente se objetivaron hallazgos compatibles con fibrosis pulmonar bilateral. Se realizó lavado broncoalveolar, cuyas muestras fueron concordantes con toxicidad farmacológica (bleomicina).

Conclusiones:

La mayor limitación para el tratamiento con bleomicina es la fibrosis pulmonar intersticial. Su tratamiento consiste en corticoides, reduciéndose progresivamente a partir de las 4 semanas. La hipoxemia aparece por alteración en la difusión debido al engrosamiento de la membrana alveolo-capilar. El diagnóstico se basa en la combinación de clínica y radiología, descartándose otras patologías. No hay ensayos clínicos de suficiente entidad para hacer recomendaciones potentes en cuanto al tratamiento. Éste se basa en soporte ventilatorio, corticoides, antimicrobianos y diuréticos, si existiera congestión pulmonar. Existen diversos estudios que desaconsejan la ventilación mecánica no invasiva. Por ello se aplicó un sistema ventilatorio de alto flujo mediante gafas nasales. Ante la refractariedad se inició ventilación mecánica invasiva, intentando evitar el atelectrauma, programando para ello niveles de PEEP, cuya

aplicación individualizada puede mejorar la oxigenación, evitar o limitar el fracaso multiorgánico y disminuir la mortalidad. Cuando el daño pulmonar permite el reclutamiento alveolar, los niveles de PEEP será más altos, mientras que en pulmones rígidos, deben ser bajos (nuestro caso). A pesar de programar niveles de PEEP bajos, la evolución no fue satisfactoria, por lo que ésta se fue aumentando progresivamente asumiendo los riesgos de la misma, siendo finalmente éxitus.



CASOS CLÍNICOS

A-1302

**INTOXICACIÓN POR ÉXTASIS LÍQUIDO.
¿UN CASO POCO FRECUENTE?**

J Amor Valero, T Megino Moreno, J Naveda Fernández,
E Oliveros Aceves, MJ González Juárez, R García de Andrés,
M Ramírez Fernández

Hospital Infanta Elena. Móstoles, Madrid.

Palabras claves: envenenamiento, drogas ilícitas, servicio de urgencia en hospital

Historia clínica

Título: Intoxicación por éxtasis líquido. ¿Un caso poco frecuente? Enfermedad Actual: Varón de 24 años (sin antecedentes relevantes), traído a urgencias en ambulancia porque sus amigos le han encontrado inconsciente y sin respuesta a estímulos. Refiere haber consumido alcohol y GHB (en las fiestas de Ciempozuelos) Exploración Física: Tensión arterial 175/75 mm Hg, frecuencia cardiaca 71 latidos por minuto, saturación oxígeno 98 % temperatura 36 °C. Consciente, orientado, Glasgow 15. Buena perfusión de piel y mucosas. Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular conservado, tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen: blando, depresible sin signos de irritación peritoneal. Exploración neurológica: pupilas isocóricas normorreactivas y simétricas, pares craneales conservados, tono fuerza sensibilidad y reflejos normales. Lenguaje enlentecido y algo confuso. Equilibrio, marcha y coordinación aparentemente normal Pruebas complementarias: Electrocardiograma con ritmo sinusal a 61 latidos por minuto, eje normal, sin alteraciones de la repolarización. Analítica: bioquímica, hemograma y coagulación dentro de la normalidad. Gasometría venosa pH: 7,31 pO₂: 25 pCO₂: 49 HCO₃⁻: 24. Perfil cardiaco sin alteraciones. Etanol en sangre 81 g/dL y presencia de anfetaminas en orina. Diagnóstico diferencial: Síncope cardiogénico, patología cerebrovascular aguda, crisis comiciales, cuadros infecciosos (encefalitis), alteraciones metabólicas agudas, fenómenos de hipotermia e hipertermia. Evolución: Se inicia tratamiento con sueroterapia y se mantiene al paciente en Boxes para observación clínica. Su nivel de conciencia era bueno pero presentaba cierta confusión con mejoría sintomática a las tres horas y desaparición alteraciones neurológicas por completo. Juicio clínico: Intoxicación por Éxtasis Líquido

Conclusiones:

Los cuadros derivados de la intoxicación por éxtasis líquido son poco frecuentes en nuestro medio aunque potencialmente graves. En su presentación habitual suele haber consumo de otros tóxicos, agregación epidemiológica de casos asociados y es importante conocer los efectos secundarios de la intoxicación para poder orientar la actitud terapéutica en los servicios de urgencias. No existe antídoto específico en la intoxicación por Éxtasis líquido por lo que el tratamiento se basa en las medidas de soporte, asegurando la permeabilidad de la vía aérea y el adecuado control de las constantes vitales

P-1303

GASTRITIS ENFISEMATOSA, REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO.

MA Ochoa Rojas, A Fournier Bedoya, D Martínez Castillón,
R Sanmartín Berraquero, C Cuartero Casín, D Mejía Escolano,
A Tarongi Saleta

Hospital San Jorge. Huesca.

Palabras claves: gastritis enfisematosa, sepsis, epigastralgia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 75 años con antecedentes de diabetes tipo 2, HTA, mastocitosis sistémica, estenosis aortica moderada, prótesis mitral y anuloplastia tricuspídea. Acude al servicio de Urgencias traída en UVI móvil por presentar dolor epigástrico e inestabilidad hemodinámica. La paciente refiere cuadro de dolor epigástrico, progresivo e intenso de 1 semana de evolución, precedido de deposiciones diarreicas sin productos patológicos en los últimos 6 días. Así mismo, la paciente refiere episodios autolimitados de dolor epigástrico de 3 meses y medio de evolución que ocasionalmente eran precedidos de deposiciones diarreicas que precisaron tratamiento antibiótico. Al ingreso, según la exploración presenta criterios de shock séptico, se encuentra afebril y en la exploración abdominal se evidencia dolor epigástrico sin signos de irritación peritoneal. Se realiza TAC urgente objetivándose gas en pared gástrica y vía biliar. Se inicia tratamiento con antibioterapia con piperacilina-tazobactam 4 g cada 8 horas y metronidazol 500 mg cada 8 horas también precisó soporte hemodinámico con Noradrenalina e ingreso en UCI, con una evolución inicialmente tórpida y progresiva mejoría hasta ser dada de alta a domicilio desde el servicio de medicina interna (digestivo). Durante el ingreso se le realiza gastroscopia con biopsia, aislándose únicamente *H. pylori*.

Conclusiones:

La gastritis enfisematosa es una patología rara grave, caracterizada por gas intramural en estómago por invasión de microorganismos formadores de gas. La primera vez fue descrito por Fraenkel en 1889, tan sólo se cuenta con unos 50 casos. Se trata de una patología con un origen infeccioso causada por bacterias formadoras de gas. Su diagnóstico se basa en el TAC simple de abdomen. Es fundamental el inicio rápido de tratamiento, el cual se basa en antibióticos y soporte hemodinámico, reservando la cirugía solo para casos seleccionados Cabe destacar la rapidez del diagnóstico e instauración del tratamiento, siendo crucial la realización de TAC abdominal tras la valoración inicial. Es interesante el aislamiento de *H. pylori*, el cual no podría explicar la patología de la paciente per se, pero existen publicaciones en los que se documenta que dicha bacteria en asociación con *Sarcina ventriculi* puede causar gastritis/duodenitis severas. En nuestro caso no se realizó PCR para dicho germen.

CASOS CLÍNICOS

P-1304

LO QUE EL OJO NO VE

Al Casas Torres (1), M García Palacios (1),
C Hernández Martínez (1), L Bernabé Vera (1),
MD Medina Abellán (2), J M González González (1)

(1) Urgencias, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia,
(2) Unidad Docente, Medicina de Familia Murcia.

Palabras claves: tracheostomy, dyspnea, sepsis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Varón de 77 años, con antecedentes de EPOC grave, traqueostomizado hace 13 años por tumor laringe, hipertenso, diabético tipo 2 y obeso. Es traído por el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias (SUAP) a la sala de Hemodinámica por cuadro de 12 horas de disnea, tos productiva con sibilancias audibles. A su llegada a domicilio, SUAP lo encuentra disneico, saturación de oxígeno (SatO₂) 68-70%, que tras aspiración de secreciones, nebulización y corticoides sistémicos, remonta hasta SatO₂ 93%. En Urgencias pico febril, cianosis facial, taquipneico, trabajo respiratorio y uso de musculatura accesoria. Auscultación pulmonar: sibilancias y roncus diseminados. Procalcitonina 23.8, ácido láctico 2.60, leucocitosis 15.750, (Neutrófilos 81.8%), hemograma y coagulación normal. Gasometría venosa: PH 7.23, PCO₂ 77.9, PO₂ 52.2, HCO₃ 32.1. Radiografía de tórax: disminución de volumen en hemipulmón derecho, infiltrado basal izquierdo, redistribución vascular, senos pinzados. Dada la situación clínica y acidosis respiratoria, se contacta con Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que inicialmente prescribe ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Es valorado por Otorrinolaringólogo (ORL) sin evidenciar obstrucción de vía aérea ni presencia de moco. A pesar de iniciar VMNI, broncodilatadores nebulizados, corticoides sistémicos y levofloxacino el paciente empeora clínicamente presentando una parada respiratoria que precisa reanimación con adrenalina y compresiones, recuperando la consciencia en menos de 10 minutos sin secuelas, por lo que se traslada a UCI donde se le añade ceftriaxona. Tras estabilización clínica se traslada a planta de Medicina Interna con mejoría clínica y analítica, con cultivo de esputo, exudado nasal para Influenza A y B y PCR, serología de atípicas y VIH negativa, cultivo de BA, hemocultivos negativos, y antígeno de Neumococo y Legionella en orina negativo. Se da de alta con diagnóstico de parada respiratoria secundaria a sepsis de origen respiratorio, neumonía adquirida en la comunidad con broncoespasmo asociado.

Conclusiones:

En los pacientes con traqueostomía la incidencia de infecciones graves del tracto respiratorio inferior es baja, pero existen casos, en que pueden producir obstrucción de la luz traqueal y en consecuencia, parada respiratoria y muerte. En Urgencias debemos estar muy atentos a este tipo de pacientes, debido a los cambios inesperados y fatales que pueden presentar.

P-1305

TAQUICARDIA DE QRS ANCHO EN PEDIATRÍA A
PROPÓSITO DE UN CASO

M Ruiz Ojeda (1), F Rico Rodríguez (2), R Hidalgo Gil (3), E
Lopera Lopera (4), I Robledo Migallón (5), A López Sánchez (5)

(1) Dccu Área Sanitaria Norte de Córdoba, (2) Médico de
Urgencias del Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches, (3)
Médico de la Residencia El Salvador, Área Sanitaria Norte De
Cordoba, (4) Jefa de Servicio de Urgencias y UCI del Hospital
Comarcal Valle de Pozoblanco, Córdoba.

Palabras claves: tachycardia, paroxymal, pediatrics

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Niño de siete años que acude a urgencias por presentar, 30 minutos antes y mientras caminaba, una sensación de palpitaciones de inicio brusco, sin dolor torácico o disnea acompañante. No había realizado ejercicio previamente. Sin antecedentes personales de cardiopatía, ni antecedentes familiares de enfermedades cardíacas o muerte súbita. En la exploración física se encuentra consciente y orientado, sin disnea. La auscultación cardíaca muestra tonos rítmicos a 170-180 latidos por minuto, sin soplos. El resto de la exploración y constantes es normal. Se realiza un electrocardiograma (ECG) que revela una taquicardia de QRS ancho. Se considera la posibilidad de una taquicardia supraventricular (TSV) conducida con aberrancia, el paciente se encuentra hemodinámicamente estable por lo que se decide intentar revertir la taquicardia con maniobras vagales (reflejo de náusea, frío en la cara), sin éxito, por lo que se administra un bolo de adenosina a 0,1 mg/kg intravenoso saliendo a ritmo sinusal. Se realiza ECG basal, que no muestra alteraciones. El diagnóstico diferencial es la taquicardia ventricular (TV), canalopatías o prolongación adquirida del QT secundaria a fármacos o alteraciones metabólicas. El paciente fue ingresado durante 24 horas para observación, sin presentar nuevos episodios, se realizó un ecocardiograma que resultó normal y fue dado de alta con posterior seguimiento en consultas de Cardiología, con diagnóstico de TSV paroxística con conducción aberrante.

Conclusiones:

En los niños, se deben utilizar datos de la historia, la exploración y el ECG para intentar establecer el origen de la taquicardia, que guiará el tratamiento. Ante una taquicardia con complejo QRS ancho con el paciente hemodinámicamente estable y sin datos que orienten a un origen ventricular de la taquiarritmia, se puede iniciar tratamiento según el algoritmo de la TSV. Ante una taquicardia de QRS ancho, la primera consideración debe ser siempre la TV, pues puede degenerar rápidamente en fibrilación ventricular y parada cardíaca. Es importante, debido a la necesidad de un tratamiento inmediato y diferente según sea el origen de la

CASOS CLÍNICOS

taquiarritmia. Un paciente con taquicardia de QRS ancho hemodinámicamente inestable debe ser tratado mediante cardioversión eléctrica de forma inmediata, sin embargo, cuando el paciente se encuentra estable, es preciso realizar el diagnóstico diferencial entre TSV conducida con aberrancia y TV.

P-1306

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

B. García Gollonet, E. Espínola Coll, B. Nogales Merino

Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.

Palabras claves: odynophagia, mononucleosis syndrome, mediastinitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 24 años sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes de interés, acude a urgencias en cuatro ocasiones en una semana por odinofagia intensa y fiebre, dado de alta en las tres primeras ocasiones con diagnóstico de síndrome mononucleósico. En la última ocasión acude por deterioro generalizado, disfagia intensa, fiebre de 40°C y dolor torácico tipo pleurítico. Durante su estancia en Observación de Urgencias y tras los hallazgos en pruebas complementarias, requiere valoración por especialistas de Urgencias, Otorrinolaringología, Medicina Interna y Cirugía General. Finalmente es derivado al Hospital Regional, donde se realizó drenaje quirúrgico de absceso mediastínico. Requirió ingreso en unidad de cuidados intensivos durante un mes por shock séptico, realizándose traqueostomía. Posteriormente pasó a planta donde cursó con neumonía aspirativa con derrame pleural bilateral. Tras dos meses de ingreso hospitalario y evolución favorable es dado de alta con seguimiento en consultas de Otorrinolaringología. Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, eupneico. Normotenso, taquicárdico y febril. Orofaringe: exudado blanquecino en sábana ambas amígdalas, úvula no desplazada. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normales. Analítica de sangre: leucocitos 28300 con desviación izquierda (21500 neutrófilos absolutos), coagulación normal inicialmente, GOT 108, PCR 389, Procalcitonina 5.92. Radiografía de tórax: derrame pleural izquierdo, dudoso ensanchamiento mediastínico. Tomografía computarizada (TC) de tórax con contraste intravenoso: neumomediastino con múltiples colecciones, aumento de atenuación de la grasa mediastínica y burbujas aéreas en mediastino anterior, medio y posterior, con extensión a espacios cervicales, hallazgos indicativos de mediastinitis aguda. Derrame pleural izquierdo con atelectasia compresiva del pulmón subyacente. Hepatoesplenomegalia con bazo de al menos 14 centímetros. JUICIO CLÍNICO: Mediastinitis necrosante descendente (MND) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: absceso periamigdalino, absceso retrofaríngeo, celulitis cervical.

Conclusiones:

La causa más frecuente de mediastinitis aguda es la postesternotomía en cirugía cardiorácica, seguida por la perforación esofágica y, en tercer lugar, la infección bucofaríngea, esta última denominada MND. Es una enfermedad muy poco frecuente pero con elevada mortalidad. Es fundamental un diagnóstico temprano mediante TC y la cobertura antibiótica de amplio espectro. El tratamiento es prácticamente siempre quirúrgico y el shock séptico es el factor de peor pronóstico postquirúrgico.

CASOS CLÍNICOS

P-1307

PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UNA MUJER DE 35 AÑOS POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

M Ruiz Ojeda (1), F Rico Rodríguez (2), R Hidalgo Gil (3), E Lopera Lopera (4), I Robledo Migallón (5), A López Sánchez (5)

(1) Dccu Área Sanitaria Norte de Córdoba, (2) Médico de Urgencias del Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches, (3) Médico de la Residencia El Salvador, Área Sanitaria Norte de Córdoba, (4) Jefa de Servicio de Urgencias y UCI y Directora Médica del Hospital Comarcal Valle de Pozoblanco, Córdoba

Palabras claves: embolism, pulmonary, fibrinolysis

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria - Equipos de emergencias

Historia clínica

Mujer de 35 años que presenta parada cardiorrespiratoria (PCR), mientras paseaba por la calle. Tras salir de la PCR con maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica, se investiga por posibles causas reversibles, en la anamnesis a familiares se constatan como antecedentes personales: dislipemia sin tratamiento médico, tratamiento con anticonceptivos orales por presentar quiste ovárico e inmovilización relativa desde hacía un mes por condromalacia rotuliana. No otros antecedentes personales ni familiares de interés. Tras salir de la PCR se encuentra inconsciente, con dificultad respiratoria, taquipneica a 30 respiraciones por minuto, cianótica, pupilas medias reactivas, taquicárdica a 140 latidos por minuto (lpm), sin tensiones perceptibles. Electrocardiograma con taquicardia sinusal a 140 lpm, con elevación de ST en cara inferior. Se realiza intubación orotraqueal previa sedoanalgesia y relajación. Se conecta al respirador, se coloca perfusión de dopamina. Se piensa en posibles diagnósticos diferenciales de infarto agudo de miocardio (IAM) y tromboembolismo pulmonar (TEP), por lo que se realiza fibrinólisis con tenecteplase extrahospitalaria (TNK). La paciente normaliza frecuencia cardíaca, se normaliza el EKG desapareciendo el ascenso del segmento ST y normaliza tensión arterial. Se traslada a la unidad de cuidados intensivos del hospital y tras pruebas complementarias con analítica normales salvo dímero D de 3450, resto de analítica incluyendo troponinas normales, radiografía de tórax normal, ecocardiograma con hipoquinesia del ventrículo derecho y TAC tórax con restos de trombo a la salida de la arteria pulmonar, se establece el diagnóstico de PCR por TEP. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta con continuidad de estudios en 5 días.

Conclusiones:

Después de revisar el caso presentado, podemos decir que en base a una toma de decisiones eficaz se logró un tratamiento exitoso, aunque cabe recalcar que esto es resultado no sólo gracias a las múltiples herramientas con las que hoy en día contamos, como son los fármacos y equipos médicos especializados, sino a la habilidad clínica desarrollada para apostar por métodos terapéuticos eficientes que deben de llevarse a cabo en un corto periodo de tiempo en casos como éste, en donde el tiempo es un factor determinante para evitar mayores complicaciones y desenlaces fatales.

P-1308

HEMOPTISIS MASIVA PACIENTE VHI

C Duart Clemente, J Guillem González, I Torres Tronchoni, M Mustienes Bellot, L Holgado Castell, A Tapia Céspedes
Hospital de La Ribera. Valencia.

Palabras claves: hemoptisis, neumonía, tuberculosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

INTRODUCCIÓN Se trata de un caso clínico que aborda el manejo en servicio de urgencias de un paciente inestable con hemoptisis masiva. **OBJETIVO.** Como objetivos principales destacan el aprendizaje para evaluar la gravedad de la hemoptisis, inestabilidad hemodinámica, manejo diagnóstico y terapéutica. **ANTECEDENTES PERSONALES:** No RAM, fumador activo marihuana. Ex heroínmano. No otros FRCV conocidos - VIH + - Neo de recto; Tuberculosis. Tratamiento actual: lorazepam 1 Metadona 60 mg. **ENFERMEDAD ACTUAL.** Paciente varón de 43 años de edad, que acude al Servicio de Urgencias por presentar hemoptisis franca desde ayer. Refiere que hace dos días comenzó con tos productiva y expectoración no purulenta. Desde ayer empeoramiento de su disnea habitual y hemoptisis continúa con cada golpe de tos acompañado de epistaxis y sensación distérmica. **EXPLORACION FISICA:** T: 38°C PA: 113/ 82 FC: 140 lpm SatO₂: 95% Paciente alerta cooperador, bien hidratado, palidez mucocutánea. Caquético. Neurológicamente estable, bien orientado en tiempo, persona y espacio, Glasgow 15, sin datos de focalidad neurológica ni signos de irritación meníngea AC: rítmico taquicárdico AP: Hipoventilación en base derecha, roncus dispersos en hemitórax derecho. Abdomen, blando, depresible sin dolor a la palpación. No singos de irritación. peristaltismo conservado. Sin edema en EEII ni singo de hipoperfusión. **MÉTODO** Se realizaron pruebas complementarias: radiografía tórax, hemograma, bioquímica y coagulación, ECG. Se administró paracetamol 1gr IV y fluidos. Durante su estancia en observación presentó episodio de hemoptisis masiva superior a 200ml, hipotensión y SatPO₂ 90% por lo que una vez monitorizado y estabilizado se completó el estudio con TAC torácico y angio-TAC descartándose patología arterial aguda. **RESULTADOS.** La paciente se trasladó a la UCI, posteriormente ingresó en Medicina interna para completar tratamiento antibiótico empírico y estudio microbiológico dado sus antecedentes personales

Conclusiones:

Tras resultados de pruebas complementarias se diagnosticó de neumonía como causa principal del sangrado. Este caso nos permite el estudio del manejo de paciente inestable y del amplio diagnóstico diferencial de hemoptisis. Se trata del manejo diagnóstico y terapéutico iniciales que deben realizarse en el servicio de urgencias.

CASOS CLÍNICOS

P-1309

DECISIONES EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

B. García Gollonet (1), E. Espínola Coll (2),
MA Bernal Hinojosa (3)

(1) Centro de Salud San Andrés-Torcal, (2) Centro de Salud Coín,
(3) Centro de Salud Carranque. Málaga.

Palabras claves: chest pain, electrocardiogram, acute myocardial infarction

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Varón de 70 años sin antecedentes personales de interés, estando en reposo presenta dolor torácico opresivo, acompañado de náuseas y vómitos. Es atendido por 061 que objetiva en electrocardiograma (ECG) elevación de ST en cara anterior. Se realiza fibrinolisis extrahospitalaria por encontrarse a más de 120 minutos del hospital más cercano con posibilidad de intervencionismo coronario percutáneo (ICP). 60 minutos después, el ECG no cumple criterios de reperfusión, por lo que se traslada para ICP de rescate. A su llegada a urgencias el paciente continúa con dolor y sin cambios en ECG. Tras coronariografía urgente e implante de stents en la lesión de descendente anterior (DA), ingresa en unidad de cuidados intensivos y se realiza ICP en segundo tiempo sobre las lesiones restantes. Evoluciona favorablemente y pasa a planta de Cardiología, donde permanece libre de dolor y es dado de alta. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Regular estado general, afectado por dolor. TA 140/85 mmHg. Auscultación cardiopulmonar normal. ECG compatible con síndrome coronario agudo (SCA) con elevación de ST en cara anterior. Analítica de sangre normal con CK-MB máxima 418. Coronariografía urgente: enfermedad de 3 vasos, DA estenosis 100% tercio medio, coronaria derecha (CD) estenosis 90-99% tercio medio, circunfleja estenosis 90-99% tercio distal. ICP e implante de dos stents farmacoactivos en DA. Coronariografía programada: lesión severa en CD media con implante de stent, stents previos en DA permeables, disfunción ventricular con aquinesia anteroapical e inferoapical. JUICIO CLÍNICO: Infarto agudo de miocardio Q anterior no complicado. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: disección aórtica, aneurisma aórtico.

Conclusiones:

En el SCA con elevación de ST hay que tener en cuenta los tiempos para tomar decisiones. Si la estrategia invasiva no es aplicable o se prevé un retraso de más de 120 minutos hay que realizar fibrinolisis y realizar posteriormente estrategia invasiva, ya sea ICP sistemática tras fibrinolisis o ICP de rescate por no reperfusión. Es importante el manejo correcto de la doble antiagregación y anticoagulación en fase aguda, además de conocer las indicaciones y contraindicaciones de la fibrinolisis.

P-1310

SÍNCOPE EN UN PACIENTE CON PATOLOGÍA NEURO-PSICÓGENA: UN RETO DIAGNÓSTICO

Al Bellido Salvatier (1), R Becerra Piñero (2),
P González Jiménez (3)

(1) Centro de Salud Puerta Blanca, (2) Centro de Salud Delicias,
(3) Centro de Salud Tiro Pichón. Fuengirola.

Palabras claves: pulmonary thromboembolism, syncope, deficit, focal neurologic

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia Clínica:

Antecedentes personales: Exfumador de 1 paquete/día desde hace dos semanas. Esquizofrenia paranoide en seguimiento por Salud Mental. Hemorragia talámica derecha. Deterioro cognitivo mixto (vascular y psiquiátrico). Dependiente para las ABVD.-Enfermedad actual: Acude por presentar episodio de desconexión del medio con retroversión ocular, sin movimientos mioclónicos, y cortejo vegetativo asociado. Ha acudido en cuatro ocasiones a urgencias, en el último mes, por episodios de desvanecimiento, en ocasiones con pérdida de conocimiento, y por deterioro progresivo de su estado basal. -Exploración física: Consciente, bradipsíquico, poco colaborador. Palidez mucocutánea. Eupneico en reposo. Agitado. T.A: 98/68 mmHg; F.C 110 lpm; Sat basal 95%. Afebril. EN: PICNR. Pares craneales, no signos de focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar: tonos taquicárdicos sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado. MMII: sin edemas, ni signos de TVP. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica de sangre: Hb 16; Dímero D 4,66; Urea 27; Creatinina 0,9; PCR 57,43Rx tórax: IC <55%. Aumento hiliar derecho. Senos costofrénicos libres. ECG: taquicardia sinusal a 110 lpm. Bloqueo completo de rama derecha. Patrón S DI, Q III, T III.TAC craneal: Lesiones isquémico-degenerativas, lesión hipodensa periventricular derecha, sin efecto masa, sugestivo de infarto antiguo. Angio-TAC: imágenes de replección compatibles con TEP masivo. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Síncope vaso-vagal. Epilepsia. Accidente isquémico transitorio. Crisis psicógenas no epilépticas. Parkinsonismo farmacológico. DIAGNÓSTICO: Tromboembolismo pulmonar masivo. EVOLUCIÓN: Antes de obtenerse los resultados que concluyeron con el diagnóstico, el paciente fue valorado por Neurología quien indicó modificar tratamiento por posible cuadro de Parkinsonismo secundario a Fármacos. Tras los resultados del Angio-TAC fue valorado por UCI quien desestimó ingreso en su unidad por la situación basal del paciente. Se inició anticoagulación a dosis terapéuticas y el paciente ingresó en Neumología.

Conclusiones:

Por sus múltiples etiologías y su difícil caracterización los cuadros sincopales suelen representar un desafío diagnóstico en la urgencia. Es importante no dejarnos llevar solo por la patología de base

CASOS CLÍNICOS

que presenta el paciente, sino indagar en la historia clínica y apoyarnos en las pruebas complementarias que disponemos. En este caso fue en el ECG donde surgió la idea de solicitar Dímero D y así establecer el diagnóstico.

P-1311

MUERTE SÚBITA EN DISPLASIA ARRITMOGÉNICA DE VENTRÍCULO DERECHO

M Sola García, E Ruiz García, M Guerrero Marín,
C Fernández Alcalá, M Villegas Pablos,
A Caballero Moreno, A Moreno Corredor

Hospital Médico Quirúrgico de Jaén

Palabras claves: arrhythmia, dysplasia, ventricular fibrillation

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón 18 años con Antecedentes personales de atopia y extrasístoles ventriculares monomorfas. Paciente niega hábitos tóxicos. Entre sus Antecedentes familiares destacan en su padre, síncope no filiados tras el ejercicio. Paciente que acude al servicio de urgencias refiriendo mal estado general que comienza mientras realizaba ejercicio físico. Ya en el hospital sufre pérdida de conocimiento sin recuperación espontánea, no acompañada de convulsiones ni relajación de esfínteres. Se comienza con RCP básica de manera precoz y se trasladando al box de paradas. En la monitorización se detecta FV. Tras 20 minutos de RCP y 6 desfibrilaciones a máxima potencia 360J bifásico y la utilización de fármacos (Adrenalina + Amiodarona + Sulfato de magnesio) se produce la recuperación del pulso efectivo. Se traslada al paciente al servicio de UCI con sedoanalgesia y miorelajación, intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Se instaura el protocolo de hipotermia durante 24h. Tras el episodio el paciente presenta constantes dentro de la normalidad, con ruidos cardíacos taquicárdicos en ritmo sinusal con extrasístoles ventriculares frecuentes. Durante el ingreso en UCI el paciente sufre una neumonía por probable broncoaspiración que se resolvió con antibioterapia. Entre las pruebas complementarias se realizó una ecocardiografía transtorácica de urgencia sin hallazgos significativos. Tras suspender sedación se realiza cateterismo con vasos coronarios normales. Se solicitó una resonancia cardíaca con hallazgos compatibles de Displasia arritmogénica de ventrículo derecho. Se procedió a colocar un Desfibrilador Automático Implantable y tras recuperación completa en planta de cardiología se procedió a dar alta hospitalaria. El paciente se encuentra totalmente asintomático sin ninguna secuela del episodio.

Conclusiones:

Como dato fundamental destacamos la importancia de aplicar las maniobras de RCP de manera precoz, hecho que en nuestro caso clínico permitió no solo la recuperación del paciente sino también su estado asintomático al alta. Por otro lado este caso nos permite conocer mejor esta entidad (displasia arritmogénica de ventrículo derecho), patología a tener en cuenta en arritmias ventriculares, sobre todo de ventrículo derecho, y pacientes con síncope, así como antecedentes familiares de muerte súbita.

CASOS CLÍNICOS

P-1312

UN PACIENTE CRÓNICO TAMBIÉN ES DE URGENCIAS

MJ Martínez Valero, A Marco Berna, LJ López Torres,
P Lázaro Aragüés, JA Sánchez Nicolás, MP Suárez Beke,
FA Sarabia Marco

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

Palabras claves: neumoperitoneo, perforación, hernia

Historia clínica

ANTECEDENTES PERSONALES: Hipertensión arterial, fibrilación auricular crónica anticoagulada, ictus secundario a ésta. Cirugía resolutoria de neoplasia de lengua. ENFERMEDAD ACTUAL: mujer de 88 años, buena calidad de vida, consulta por dolor abdominal difuso de varios meses de evolución, que irradia a tórax, que ha empeorado en últimos días. No náuseas ni vómitos. Hábito intestinal habitual estreñido. Última deposición hace 3 días. EXPLORACIÓN FÍSICA: Constantes vitales normales, afebril. Buen estado general. Auscultación cardio-pulmonar sin alteraciones. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de forma difusa, sin signos de irritación peritoneal, timpanismo aumentado, no se palpan masas ni organomegalias. Miembros inferiores sin edemas, ni signos de trombosis venosa profunda, pulsos pedios conservados y simétricos. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Imágenes muy significativas. Laboratorio: leucocitosis a expensas de neutrófilos, insuficiencia renal aguda, resto sin alteraciones. Radiografía (Rx) de tórax postero-anterior: ensanchamiento mediastínico a expensas de gran hernia gástrica con línea de neumomediastino y en cúpulas diafragmáticas aire que sugiere neumoperitoneo. Rx de abdomen antero-posterior y bipedestación: niveles hidroaéreos en marco colónico izquierdo y en cúpulas diafragmáticas aire extraluminal compatible con neumoperitoneo. Tomografía computarizada abdominal: Gran hernia de hiato con contenido gástrico y signos de perforación (neumoperitoneo). DIAGNÓSTICO: neumoperitoneo, insuficiencia renal aguda. TRATAMIENTO: Intervenido de forma urgente: perforación en cara anterior duodenal y vesícula biliar a tensión. Se realiza sutura de la perforación y colecistectomía con un postoperatorio satisfactorio.

Conclusiones:

El neumoperitoneo es una imagen radiológica producida por perforación de víscera hueca. La clínica incluye dolor intenso y distensión abdominal, estreñimiento, incapacidad para expulsar flatos, signos de sepsis en un segundo tiempo (taquicardia, oliguria, fiebre, hipotensión...). La dispepsia, la diarrea, el estreñimiento, el dolor abdominal difuso son signos frecuentes en el paciente geriátrico, y que a menudo son producidos por un enlentecimiento fisiológico normal de los distintos sistemas, pero no debemos olvidar, que estos pacientes también presentan patologías agudas que pueden suponer riesgo vital, y que además, puede ser de difícil diagnóstico ya que, estos pacientes ancianos, presentan sintomatología distinta a la descrita en los textos, con mayor tolerancia al dolor y menor expresión clínica de las enfermedades. La perforación de víscera hueca es una urgencia abdominal y requiere tratamiento quirúrgico con celeridad.

P-1313

UNA DIPLOPÍA DE NARICES

I Andrés Bergareche (1), A Baguena García (1), T Pardo Vintanel (1), M Aguilar Bericat (2), B Arribas Entrala (3), JM Ferreras Amez (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Royo Villanova, (2) Hospital Universitario Miguel Servet, (3) C.S Actur Sur. Zaragoza.

Palabras claves: sinusitis, osteonecrosis, diplopía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Motivo de consulta: Paciente de 37 años con antecedentes de artritis psoriásica en tratamiento con Adalimumab hace 1 mes. Acude a urgencias por diplopía progresiva de 7 días de evolución. Valorado por oftalmología 24 horas antes, siendo remitido a neurología quien a su vez le deriva a urgencias para realización urgente de TAC. Como posible antecedente, un cuadro de infección dentaria que evolucionó de forma tórpida, con inflamación de tejidos blandos en región maxilar y palpebral derecha que se trató con amoxicilina y posteriormente con cefuroxima. Exploración Física: A su llegada el paciente está afebril y estable. Destaca aumento de volumen de partes en región maxilar y palpebral derechas, y dolor ocular con diplopía a la mirada extrema horizontal. P.Complementarias: Se realiza TAC craneal objetivando Pansinusitis de predominio derecho, con afectación por contigüidad del musculo recto interno derecho orbitario. Resto de pruebas sin hallazgos de interés. Se instaura tratamiento antibiótico empírico (amoxicilina-clavulánico) y esteroideo endovenoso a altas dosis. Impresión diagnóstica: Pansinusitis. Evolución: ingresa en medicina interna en colaboración con ORL. Se realiza TAC facial de control a las 48 horas objetivando masa polipoidea nasosinusal derecha con destrucción de pared medial del seno maxilar y lámina papirácea del etmoides. Engrosamiento de músculos recto inferior e interno oculares derechos, de aspecto inflamatorio. ORL realiza rinoscopia tomando muestras para AP y microbiología. Se aísla Staphylococo Aureus y Streptococo grupo F manteniendo dicho antibiótico. Sin embargo, la evolución clínica y radiológica es desfavorable, presentando días después osteomielitis en seno maxilar y etmoides, flemón subperiosteal orbital derecha y miositis de rectos oculares. Se decide remisión al servicio de Cirugía Maxilofacial para drenaje y reparación quirúrgica. La evolución en meses posteriores fué tórpida precisando intenso control multidisciplinar. Diagnóstico Final: Pansinusitis Necrotizante con osteomielitis facial.

Conclusiones:

Las infecciones sinusales de origen dental son relativamente frecuentes, y deben ser correctamente diagnosticadas y tratadas, evolucionando normalmente de forma favorable. Sin embargo, este caso destaca por la rápida y extrema afectación

CASOS CLÍNICOS

tanto de estructuras óseas como blandas. Por ello resulta fundamental en un servicio como el de urgencias, realizar ante casos de sinusitis de evolución tórpida, una detallada anamnesis y exploración que nos puede llevar a un diagnóstico certero y precoz. En estos casos el factor tiempo en el diagnóstico e instauración de tratamiento empírico, resulta clave para la evolución pudiendo llegar a la pérdida del globo ocular o incluso la muerte.

P-1314

VAYA CON EL DERRAME

A García Lago-Sierra, E Crespo Hualde, A Díaz Alvarado,
C Saiz Saiz, E Hortelano Aldaco, S Macho Díaz

Hospital Sierrallana-Tresmares. Santander.

Palabras claves: derrame pleural, disnea, pancreatitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

OBJETIVO. Paciente de 56 años que acude a urgencias por disnea junto con dolor en hemitórax izquierdo de características pleuríticas de dos semanas evolución. Como antecedentes Brucelosis. Sd. Depresivo. Laparoscopia exploradora en 2013 por neumoperitoneo Fumador 30-40 paquetes/año **MATERIAL O PACIENTE Y MÉTODO** Se realiza analítica de rutina en urgencias donde se aprecia aumento de la amilasa, junto con placa de tórax donde se pone de manifiesto derrame pleural izquierdo que ocupa dos tercios del hemitórax. **RESULTADO** Se realiza toracocentesis diagnóstica y se obtiene PH: 7,400, GLUCOSA: 116 mg/dL LDH: 502 U/I AMILASA: 40736 UI/L. TAC toraco-abdominal: Derrame pleural izquierdo masivo, con colapso del parénquima pulmonar. Páncreas sin hallazgos significativos, salvo atrofia de la cola, con mínima dilatación del conducto de Wirsung Adyacente a la cola del páncreas se visualiza una pequeña colección irregular, de 6 x 1,3 cm, aneja también a la suprarrenal izquierda, y que parece continuarse en situación ascendente con la cavidad torácica, lo que sugiere fístula pancreática. Desplazamiento medial del bazo por compresión extrínseca del gran derrame pleural. Los hallazgos radiológicos descritos son compatibles con fístula pancreático- torácica.

Conclusiones:

El derrame pleural pancreático se define como la acumulación en la cavidad pleural de un líquido con alto contenido en amilasa. La causa más frecuente suele ser la formación de una fístula pancreatopleural o bien la existencia de un pseudoquiste pancreático con extensión y comunicación directa con la cavidad pleural. Aparece como consecuencia de un episodio de pancreatitis aguda, pancreatitis crónica o traumatismo pancreático. Aproximadamente un 10-20% de los pacientes con pancreatitis aguda desarrollan un pseudoquiste. Los enfermos con derrame pleural de origen pancreático tienen síntomas respiratorios secundarios a la ocupación de la cavidad pleural, como disnea, dolor torácico de características pleuríticas y la tos. Tampoco es raro la ausencia de síntomas digestivos en pacientes con patología pancreática crónica por lo tanto el derrame pleural en raras ocasiones como esta ponen de manifiesto un origen pancreático. El diagnóstico una vez que se sospecha la patología es una toracocentesis donde habrá un exudado pleural rico en proteínas y concentraciones elevadas de amilasa siempre superiores a los del plasma.

CASOS CLÍNICOS

P-1315

DIPLOPIA Y PARESTESIAS EN MUJER DE 32 AÑOS

M Pedrosa Del Pino (1), M Serrano Baena (2), R Gómez Pérez (3)

(1) Centro de Salud Portada Alta, (2) Centro de Salud Las Delicias, (3) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: diplopia, paresthesias, meningoencephalitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Antecedentes personales: Mujer de 32 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Fumadora de 10 cigarrillos/día. Tratamiento con anticonceptivos hormonales orales desde hace Diez años. Anamnesis: Acude a Urgencias derivada de su Centro de Salud por presentar de forma súbita visión borrosa y doble y acorchamiento progresivo de brazo derecho extendiéndose a pierna derecha. Sin dolor en región cervical. Ha estado con cuadro catarral tratado con analgésicos hace 4 días. Niega consumo de tóxicos. Exploración física: normotensa, afebril. Alerta, lenguaje normal. Campos visuales normales. Paresia del recto superior y dudosa en oblicuo menor de ojo derecho, ptosis derecha relativa sin otros pares craneales afectados. Pupilas simétricas y normorreactivas. Facies simétrica. Fuerza normal. Hipostesia comparativa en miembro superior derecho, reflejos de estiramiento muscular vivos y simétricos, mínimo clonus rotuliano-aquileo bilateral, pero sobre todo con aumento área franca en rotuliano. Hoffman ausentes. Reflejos cutáneo-plantares (RCP) flexores. No rigidez nuchal. Empeoramiento clínico al ingresar en Neurología donde ingresó con diagnóstico de sospecha de Guillain Barré, presentando: alteración de conciencia, disartria severa, parálisis facial bilateral, parálisis completa oculomotora, hipomotilidad velopalatina severa, tetraparesia arreflexia a 4/5, RCP flexores, agitación psicomotriz y fiebre de 38°C, precisando ingreso en Cuidados Intensivos. Pruebas analíticas: Hemogramas repetidos donde destacaba ausencia de leucocitosis, Hemoglobina 10.8, Coagulación normal, Creatinina 0.29, transaminasas normales, sedimento de orina negativo, punción lumbar negativa, serología, tinción de Gram y cultivo de líquido pleural negativos, salvo PCR para herpes 1 positiva. Serología a VIH, Treponema, Brucella, Rickettsia y Leptospira negativa. Serología positiva para Herpes tipo 1. RNM sin alteraciones. Electroencefalograma: normal. Electromiograma: signos de polineuropatía inespecífica. Anticuerpos ANA positivos, p-ANCA positivos, AntiRo positivos, AntiTPO positivos. TC toraco-abdominal normal. Tras tratamiento evoluciona satisfactoriamente en planta y es dada de alta con diagnóstico de meningoencefalitis con afectación predominante de tronco encefálico.

Conclusiones:

El caso sirve para recalcar la importancia del diagnóstico diferencial en patología neurológica ya que algunas patologías presentan una clínica muy similar en su inicio, así como el uso eficaz e interpretación de las pruebas complementarias a nuestra disposición. Esta paciente recibió tratamiento pensando en Guillain Barré, meningitis herpética, encefalitis de origen autoinmune y síndrome de Sjögren con afectación sistémica.

A-1316

RESPONSABILIDAD MÉDICA AL ALTA EN URGENCIAS HOSPITALARIA

JC Nuñez Cordon (1), A M Nuñez Giovannetti (2), Fi Jesús Vazquez (2), C García Paradas (3), B Mosa (3), E Villalva Cantalejo (3), M Santiago Triviño (4)

(1) Hospital Sas Jerez, (2) Asistencia Medica Integral Xerez SLU, (3) Asistencia Medica Integral Xerez SLU, (4) Asistencia Medica Integral Xerez SLU. Jerez de la Frontera, Cádiz.

Palabras claves: dolor torácico, responsabilidad medica en urgencias, perito médico

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Varón de 46 años, fumador de dos paquete de cigarrillos al día, en tratamiento con ansiolíticos y antidepresivo que es evacuado al Servicio de Urgencias del Hospital a causa de un dolor torácico de 3 h de evolución, en hemitórax izquierdo, opresivo, no irradiado, que empeoraba con el movimiento y mejoraba con el reposo, con episodios anteriores cedidos espontáneamente, al cual se le practican, por parte del equipo del traslado anamnesis, exploración, un electrocardiograma. Luego en el hospital vuelven a re-explorarlo con nueva exploración física y EKG y analítica (general, CK y troponina), y que tras 6 horas de permanencia en urgencias es dado de alta. En la tarde del día siguiente fallece a causa de un Infarto agudo de miocardio y en la autopsia se detecta arteriosclerosis coronaria severa, signos de isquemia crónica y signos de la isquemia aguda con trombosis coronaria reciente. En el presente informe se estudiará el caso clínico concreto y se aplicarán al mismo los protocolos científicos adecuados en vigor en la fecha de los hechos (lex artis ad hoc), para dictaminar sobre la posible Responsabilidad Profesional Sanitaria.

Conclusiones:

Analizando los protocolos clínicos (diagnósticos, terapéuticos, asistenciales y organizativos) indicados para la actuación asistencial frente al dolor torácico, para que halla responsabilidad profesional sanitaria se tiene que demostrar la concurrencia de los cuatro requisitos que conforman la existencia de Responsabilidad Profesional Sanitaria: Incumplimiento de los protocolos y anomalías en el funcionamiento sanitario, junto con errores diagnósticos y de valoración clínica. La producción de un daño: la muerte del paciente. Relación causa-efecto entre los errores y el daño. Previsibilidad y evitabilidad del daño.

CASOS CLÍNICOS

P-1317

NO TODO SON ANGINAS

F Sabio Reyes, E Puga Montalvo, P Rivas del Valle,
L Fernández de la Hoz, P Gómez Castillo, JM Martín Mora
Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Palabras claves: tiroiditis, fiebre, ecografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

ANAMNESIS. Mujer de 42 años con AP de HTA, osteopenia y H. Hiato en tratamiento con Omeprazol y Enalapril que acude a MAP por cuadro de fiebre, dolor cervical anterior por lo que se diagnosticó de posible inicio de amigdalitis y se le pautaron Antiinflamatorios. Tras varios días sin mejoría y asociando afonía se pauta una dosis de Penicilina intramuscular. La paciente acude a Urgencias por mala evolución y aparición en estas últimas 24 h de una tumoración en lado drch del cuello. EXPLORACION. COC, REG, Hemodinamicamente estable salvo fiebre de 38,5°C. A nivel de cuello se palpó Bocio Grado II zona dolorosa a nivel LTD con leve eritema cutáneo. No rigidez de nuca. Exploración ORL dentro de la normalidad. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. En analítica realizada en urgencias destacaba leve leucocitosis con aumento de PMN. Coagulación y bioquímica normal a excepción de 155 mg/L de PCR. La Rx. Cervical y Tórax no mostraron hallazgos significativos por lo que solicitó una ECO de Cuello donde se evidenció: "LTD con imagen de 7x11x6 mm de aspecto sólido y en el polo inferior un área nodular hipoecogénica de 10x7x9 mm vascularizada que sugería que como primera posibilidad una tiroiditis focal". EVOLUCIÓN. Ingresa en planta con pauta analgésica y ATB. Las pruebas tiroideas fueron normales. Se le realizó PAAF con muestra para anatomía y microbiología que corroboró diagnóstico. La paciente permaneció afebril y mejoró clínicamente tras la instauración del tratamiento antibiótico, sin necesidad de drenaje quirúrgico. JUICIO CLINICO: tiroiditis aguda.

Conclusiones:

Entidad poco frecuente debido a las características de la glándula tiroidea, que la hacen relativamente resistente a las infecciones. Cursa con fiebre, nódulo tiroideo doloroso con eritema subcutáneo y sin clínica de hipertiroidismo. Suele estar favorecida por el BMN o el cáncer de Tiroides. En cuanto a la etiología destacan sobre todo las Bacterias aerobias Grampositivas. El diagnóstico se realiza por la clínica y la ECO + PAAF. El tratamiento suele ser a través de ATB y drenaje quirúrgico. Si no se trata, la tiroiditis aguda puede dar complicaciones graves. La infección puede propagarse desde el absceso al torrente sanguíneo, lo que puede dar lugar a una emergencia de vida o muerte.

P-1318

ALTERACIÓN DE LA CONDUCCIÓN Y CLOROQUINA

G Pugnet, A Carrasquer Cucarella, I Grau Tost, C Boque Oliva,
MI Mateo Gallego, N Alba Molina, M Berned Sabate
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

Palabras claves: bloqueo cardiaco, cloroquina, síncope

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

INTRODUCCION: Las enfermedades cardiovasculares inducidas por fármacos son una carga para el sistema de salud. La cloroquina y la Hidroxicloroquina son tratamientos frecuentemente utilizados para Lupus eritematoso sistémico(LES), Artritis reumatoide y conectivopatías. Perturbando el funcionamiento de las lisosomas, este fármaco provoca miocardiopatía y alteración de la conducción. OBJETIVO: Manejo del síncope en urgencias y de cardiomiopatía secundaria a Cloroquina. MATERIAL O PACIENTE: Mujer de 47 años, sin alergias medicamentosas, exfumadora, sin otros FRCV conocidos, afecta de lupus eritematoso sistémico(LES) y nefropatía lúpica con función renal normal, diagnosticada hace 20 años y tratada desde entonces con 150mg de Cloroquina. Hipotiroidismo yatrógeno secundario a tiroidectomía total por BMN, tratado con Levotiroxina 75 mcg. Sin historia cardiológica previa, presenta, en vía pública, episodio de sudoración fría, palidez y visión borrosa con posterior pérdida de conocimiento, caída al suelo y recuperación a los pocos segundos. A la llegada del servicio de emergencia medicalizado, se realiza electrocardiograma (ECG) que muestra bloqueo auriculo-ventricular completo paroxístico con ritmo de escape ventricular 42 lpm, bloqueo de rama izquierda (BRI). Sin administración de drogas vasoactivas, se deriva a nuestro servicio de urgencias. A su llegada, refiere molestias epigástricas con náuseas, el ECG muestra ritmo sinusal con PR normal, QRS ancho y BRI. La ecoscopia cardiaca muestra un VI de morfología y tamaño normal, sin alteración de la contractilidad global y segmentaria y función sistólica normal. Dado el ECG con BRI no documentado se decide activación de CODIGO INFARTO. En la sala de hemodinámica se coloca electrocatéter provisional sin incidencias y se procede a la realización de coronariografía, que no muestra lesiones coronarias. Ingresa en Unidad Coronaria y posteriormente, en planta de Cardiología se realiza analítica hemoglobina 13,5g/dl, 7.99 leucocitos/l, 200000 plaquetas/l, tropoina 0.031 ng/ml, VSG9mm, PCR0. 2 mg/dl, ANA ANTI-DNA, C3, C4, Anti-RO/SS, proteinograma, función hepática, función renal, electrolitos, glucosa en sangre, hemostasia, ácido úrico y función tiroidea normales. Serologías víricas hepatotropas, Epstein-Barr, citomegalovirus, VIH y Coxiella negativos. RESULTADOS: Tras retirada del fármaco y descartar causas metabólicas, inmunológicas e infecciosas se decide implantación de marcapaso definitivo por persistencia de alteración de la conducción(BRI) aunque la resonancia magnética cardiaca no muestra signos de depósitos.

CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

La utilización de cloroquina puede provocar miocardiopatía y anomalías de la conducción, asociado a aumento de resultados clínicos indeseables y de la mortalidad, sin olvidar que el propio LES tiene manifestaciones cardiológicas.

P-1319
**¿SE PUEDE VIVIR CON TUBO DE DRENAJE?
"YES WE CAN"**

A García Lago-Sierra, E Crespo Hualde, F Francisco González,
A García Lago-Sierra, B Martínez Sainz, I Galán López

Hospital Sierrallana-Tres Mares. Santander.

Palabras claves: abdomen agudo, cuerpos extraños, tubo de drenaje

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

OBJETIVO. Paciente de 90 años de edad acude por dolor abdominal de varias semanas de evolución en hipocondrio derecho, con náuseas, vómitos, febrícula en domicilio, acudiendo a Urgencias en varias ocasiones por este motivo. Hipertensa. Colectec-tomía y Coledocotomía para extracción de cálculo en mayo 2000, (como complicación fístula biliar los primeros cinco días). **MATE-RIAL O PACIENTE Y MÉTODO.** A la exploración física constantes dentro de la normalidad. Dolor en hipocondrio derecho y flanco derecho con defensa, no se objetiva ni ictericia ni coluria ni acolia. Analíticamente parámetros dentro de normalidad. **RESULTADO.** Radiografía abdominal: Se objetiva tubo alojado en hipocondrio derecho. TAC abdominal: Cuerpo extraño intra-abdominal corres-pondiente a tubo de drenaje en vacío derecho en el seno de la grasa mesentérica y con extremo de pared Abdominal. Sin com-PLICACIONES y sin colecciones. Dilatación significativa de colédoco y VB intra-hepáticas con abundante aeroblia y niveles hidroaereos en colédoco y conducto hepático común.

Conclusiones:

Los cuerpos extraños en abdomen, denominados antiguamente "corpus alienumintrabdominal", constituyen un grupo de pseu-dotumores causados por material quirúrgico no absorbible sin ningún efecto terapéutico. Quedan excluidos de esta denomi-nación todos aquellos elementos que se hallan en el organismo cumpliendo un propósito terapéutico o estético tales como pró-tesis, suturas metálicas, parches mallas, otros. En la búsqueda de evitar su mención directa se le conoce como oblitos, oblitomas, gazomas, compresomas, textilomas. La Real Academia de Lengua Española define al oblitio como: "Cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica". Los cuerpos extraños que se dejan por olvido en la cavidad abdominal son causa de gran morbimortalidad, dificultades diagnosticas y posibles problemas médico-legales. Por su carácter iatrogénico la incidencia real de los cuerpos extraños intra-abdominales es difícil de precisar, oscilando entre 1 cada 100 intervenciones a 1 cada 10 000. El ochenta por ciento de los oblitos corresponden a los denominados textilomas (gasa, compresa, campo quirúrgico). Son menos frecuentes los instrumentos metálicos (pinza, tijera, bistu-

CASOS CLÍNICOS

rí, agujas) y los tubos utilizados para drenaje (goma, látex, polietileno). Predominan en el sexo femenino (57% contra 43%) y las edades en quienes se ha encontrado oscilan entre 5 y los 90 años.

A-1320

HERIDA INCISO-CONTUSA QUE LLEGÓ AL COMA

DA Gil Loayza, IK Campuzano Juarez, J Álvarez Manzanares
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Palabras claves: traumatismo craneo-encefálico, donación, hemorragia cerebral

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Introducción: El traumatismo craneo-encefálico (TCE) se considera una patología frecuente dentro del servicio de urgencias (SU), siendoleve en la mayoría de casos. Las caídas se consideran la causa principal de TCE seguido de los accidentes de tráfico, por lo que se observan más en jóvenes y ancianos, con una incidencia mayor en hombres que en mujeres. Es importante reconocer factores que puedan agravar la situación favoreciendo una lesión intracraneal para iniciar un diagnóstico y tratamiento precoces. Paciente y métodos: Paciente varón de 90 años sin alergias conocidas con dependencia leve para ABDV. Antecedente de HTA y FA en tratamiento con Warfarina. Refiere familiar que aproximadamente 7 horas antes presentó caída accidental de silla de ruedas con contusión y herida inciso-contusa en región frontal izquierda. Posteriormente presenta disminución del nivel de conciencia siendo derivado desde su Centro de Salud. No presentó vómitos, crisis convulsivas o cambios de conducta. Resultados: EF: GCS O1+M2+V1 pupilas anisocóricas reactivas. Hematoma en región facial izquierda. Taquicardia irregular, resto sin interés. INR: 2.5. TAC Craneal: Hemorragia subaracnoidea, tetra ventricular, intraparenquimatosa masiva de hemisferio izquierdo. Hematoma subdural en región temporo-occipital izquierda. Desplazamiento de línea media.

Conclusiones:

Se deben valorar estrechamente las constantes y la exploración neurológica, ya que se puede deteriorar dentro de las primeras horas tras TCE. Se debe prevenir la hipotensión e hipoxia. Existen distintas escalas validadas que permiten clasificar el TCE y su pronóstico. De igual manera, es conveniente recordar las reglas de New Orleans y canadienses para las indicaciones de TAC craneal en aquellos pacientes de riesgo. Aproximadamente un tercio de los TCE severos desarrollan coagulopatía secundaria a los anticoagulantes, liberación y consumo de factores que provocan una coagulación intravascular diseminada, asociando un mayor riesgo de hemorragia y mal pronóstico. Por la situación en la que se valoró en el SU e imposibilidad de opción quirúrgica, se planteó al paciente como paciente potencial para donación de órganos al tener adecuada función renal y hepática. Con el fin de mantener una homeostasis en aquellos órganos viables mediante tratamiento médico antes y después de cumplir criterios de muerte cerebral.

CASOS CLÍNICOS

A-1321

SÍNDROME FEBRIL EN PACIENTE CON CIRUGÍA ABDOMINAL RECIENTE Y COLOCACIÓN DE MARCAPASOS

E Muro Fernández de Pinedo, C Rubio Chacón,
AP García Marín, L Castro Arias, LT Vazquez Rodríguez,
C Hernández Durán, I Fernández Marín

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Palabras claves: fiebre, marcapasos, cirugía abdominal

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Mujer, 80 años, antecedentes de infarto inferoposterolateral en 2003 revascularizado, bioprotésis valvular aórtica en 2010, sigmoidectomía via laparoscópica por adenocarcinoma de sigma T4N0M0 el 09/06/2014 e implantación de marcapasos 27/06/2014 DDD-R por trastorno de conducción. Acude el 09/07/14 a Urgencias por síndrome febril de 3 días con tiritera sin otros síntomas. A su llegada TA100/50, FC: 100lpm, T38°C. Destaca a la exploración soplo sistólico panfocal ya conocido, herida de marcapasos sin aparente sobreinfección y abdomen blando, no doloroso con herida de cirugía abdominal sin complicaciones. Analíticamente destaca PCR 21, perfil hepático y renal normal, LDH 260, leucos 19000 con neutrofilia. Se realiza Radiografía de tórax con cables de marcapasos adecuadamente colocados. ECG: ritmo de marcapasos, estimula aurícula. Se decide dado las 2 cirugías previas, (abdominal y marcapasos), solicitar inicialmente TC de abdomen para descartar dicho foco. Destacan burbujas de gas ectópico próximo a las suturas de anastomosis hallazgos que podrían estar en relación con deshiscencia de sutura, sin colecciones ni líquido libre. Aún con estos hallazgos la paciente no presentaba sintomatología alguna abdominal por lo que se decide avisar a Unidad Coronaria para descartar verruga en zona de implantación de marcapasos. Tras valoración por su parte no ven clara indicación de ecocardiograma urgente por lo que se decide cubrir con antibioticoterapia con meropenem y daptomicina. El día 10/07 crecen en hemocultivos cocos gram positivos (2/2), apoyando la posibilidad de infección de cables de marcapasos versus endocarditis tardía. Se cursa ingreso en Medicina Interna completándose finalmente estudio mediante ecocardiograma Transesofágico (15/07) con vegetación sobre cable de marcapasos y prótesis aórtica biológica no funcionante. En hemocultivos S.Aureus oxacilina sensible desescalando antibioticoterapia a cloxacilina durante 6 semanas con adecuada respuesta clínica, retirada de marcapasos y alta el 22/08 con buena evolución posterior.

Conclusiones:

El síndrome febril es un motivo frecuente de consulta en Urgencias, no siempre con un claro foco. La paciente presentada en el caso tenía varios posibles focos de infección siendo de vital importancia la clínica de la misma, los hallazgos en la exploración física así como los hemocultivos para declinarse hacia el foco adecuado y poder realizar una adecuada cobertura antibiótica precoz.

A-1322

UN INFARTO INESPERADO

V Heras Fernández (1), G Esteban Gutiérrez (1), B Martínez Villena (1), MA López López (1), A Gallur Martínez (2), S Aznar Cantín (3)

Urgencias. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Palabras claves: infarto, cateterismo, dolor en el pecho

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 28 años en tratamiento con anticonceptivos orales y fumadora. Acude a urgencias por dolor centrotorácico opresivo, con irradiación a brazos de varios meses de evolución. Asocia afectación del estado general y cortejo vegetativo coincidiendo con los episodios de dolor. Vive una situación personal estresante en los últimos meses a causa de su próximo enlace matrimonial. A su llegada no presenta dolor torácico. Refiere episodio de dolor de las características descritas que ha cedido espontáneamente. Se realiza ECG donde no se visualizan alteraciones significativas. Se interpreta como cuadro de ansiedad. Pasados unos minutos realiza episodio de dolor y palidez por lo que se realiza nuevo ECG mostrando elevación del segmento ST de unos 2 mm de V1 a V3 con mínimo descenso en cara inferior. Dados los hallazgos electrocardiográficos se realiza coronariografía urgente junto doble antiagregación. En el cateterismo se objetiva lesión severa del 90% en DA proximal y oclusión del 100 % en el segmento distal periaórtico con imagen sugestiva de trombo. Resto de coronarias sin lesiones significativas. Se realiza ACTP con implante de STENT farmacológico a DA proximal sin complicaciones quedando posteriormente asintomática, con normalización del ECG. Ingresa en UCI con diagnóstico de SCACEST anterior Killip I. Manteniendo estabilidad hemodinámica sin complicaciones mecánicas ni del ritmo. Posteriormente en planta de cardiología se realiza ecocardiograma transtorácico que muestra un VI no dilatado, con FEVI normal y ligera hipoquinesia apical. El estudio de hipercoagulabilidad no mostró alteraciones. Se planteó como diagnóstico diferencial la enfermedad tromboembólica, patología de grandes vasos, miopericarditis, crisis de ansiedad y enfermedad coronaria.

Conclusiones:

La enfermedad coronaria prematura afecta mayoritariamente a varones y muestra una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular muy específicos como los antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, hiperlipidemia o consumo habitual de tabaco. Por lo tanto debemos realizar una mayor prevención secundaria en este grupo de pacientes puesto que la enfermedad coronaria cada vez afecta a edades más tempranas.

CASOS CLÍNICOS

A-1323

**INFECCIÓN RESPIRATORIA DE REPETICIÓN.
DIAGNÓSTICO CONFLICTIVO**

P Molina García (1), R Becerra Piñero (2), M Rojo Iniesta (3)
(1) C.S. Tiro de Pichón, Málaga. , (2) C.S. Delicias, Málaga, (3) C.S. Puerta Blanca, Málaga.

Palabras claves: respiratory tract infections, mediastinitis, discitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 69 años, sin alergias y con antecedentes de HTA y dislipemia sin tratamiento. Acude por tos con expectoración verdosa de 3 semanas de evolución, acompañada de fiebre y dolor pleurítico en hemotórax dcho irradiado a espalda. Diagnosticada de infección respiratoria y tratada con das tandas de antibióticos sin mejoría. TA 144/75, saturación 97% y Tª 39,3°. Presenta buena ventilación. En el análisis destaca leucocitosis con neutrofilia y PCR 183. En Rx tórax se observa ensanchamiento mediastínico con desplazamiento traqueal hacia la dcha. ECG sin alteraciones. Se realiza TAC de tórax donde aparece colección purulenta en mediastino que comprime tráquea y esófago. Se toman muestras de dicha masa con punción guiada resultando baciloscopia negativa y pendiente de resultados del cultivo. Se pauta antibioterapia de amplio espectro y se establece la sospecha diagnóstica de "colección mediastínica de probable origen infeccioso, tipo mediastinitis, con signos radiológicos de compresión de vías aéreas bajas y esofágica". Dado el riesgo de compromiso de la vía respiratoria y otras complicaciones locorregionales, se ingresa a cargo de Cirugía Torácica. Se realiza RMN tórax donde se visualiza afectación de cuerpos vertebrales D4-D6 con ocupación del espacio intervertebral y extensión paravertebral bilateral, retrotraqueal y paratraqueal dcha. En el cultivo se aísla Streptococo Viridans sensible a Penicilina. Se establece el diagnóstico definitivo de "Espondilodiscitis D4-D6" y pasa a cargo de Infecciosos. La paciente evoluciona favorablemente. En posteriores revisiones se observa resolución de la masa mediastínica y afectación dorsal con pinzamiento del espacio intervertebral con buen control sintomático.

Conclusiones:

La paciente comenzó con una clínica banal que fue empeorando progresivamente. Debido a la sospecha de que no se trataba de una infección respiratoria y a una buena sistemática de lectura de la Rx tórax, se realizó TAC de tórax, comenzando así un conflicto sobre el diagnóstico definitivo entre distintas especialidades. A pesar de la discordancia que pueda existir entre varios servicios a la hora de llevar a cabo un ingreso, no hay que olvidar que lo prioritario es establecer un correcto diagnóstico para poder iniciar las correctas medidas terapéuticas lo antes posible y, además, evitar el colapso del área de observación.

A-1324

**¿SÍNDROME PROSTÁTICO?
POINT OF CARE. ECOGRAFÍA DE URGENCIAS**

JM Berrospi Melgarejo (1), LE Cardenas Bravo (2), P Carrillo Fernández-Paredes (2), L Sánchez Martínez (1), TA Quiroz Figallo (3), A Benítez Nieblas (4)

Hospital Universitario Santa Lucía Cartagena

Palabras claves: point of care ultrasound, emergency ultrasonography, abscess

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente varon de 78 años. Antecedentes de Hipertension arterial, diabetes tipo 2, dislipemia, fibrilacion auricular anticoagulado, hipertrofia benigna de prostata grado III. Paciente que acude a urgencias con 10 dias de fiebre, disuria, dolor abdominal hipogastrico, atendido por medico previamente con diagnóstico de infeccion de orina, indico antibiotico hace 4 dias, al persistir los síntomas acude a urgencias ademas de presentar oligoanuria en las ultimas 24 horas. Examen físico: TA: 142/68 mmHg, FC 80 lpm, T° 38°C, Sat: 98% AP: MVC ruidos agregados, AC: Ruidos arritmicos, ABD: Blando, dolor hipogastrico y FID, PPR (-), se palpa aparente globo vesical, signos peritoneales dudosos. Analítica: Leucocitosis 12000, neutrofilos 9700, PCR 18, orina sin alteraciones Ecografia de urgencias: Riñones sin alteraciones, vejiga no globo vesical volumen normal, prostata incrementada de tamaño que protruye a pared de vejiga, liquido libre en FID con ecos hiperecogenicos. RESULTADO: Paciente diagnosticado de cuadro de abdomen agudo, apendicitis aguda, en menos de 30 minutos mediante la ecografia realizada en el servicio de urgencias, realizando el tratamiento de forma precoz y certera.

Conclusiones:

La ecografia realizada en urgencias en la cabecera del paciente, relacionado con la clínica nos ayuda a diagnosticar y descartar patologías, en este caso se descartó patología urológica obstructiva/infecciosa y se hallo liquido libre en cavidad abdominal en FID, realizando el diagnóstico y tratamiento oportuno del paciente en menor tiempo.

CASOS CLÍNICOS

P-1325

DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIA
CARÓTIDA INTERNA

M Sola García (1), E Ruiz García (2), M Guerrero Marín (2), A Caballero Moreno (1), A Moreno Corredor (3), C Fernández Alcalá (1), M Villegas Pablos (1)

Hospital Médico Quirúrgico de Jaén

Palabras claves: carotid artery, dissection-diving

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 32 años de edad, sin Antecedentes patológicos personales de interés. Como hábitos tóxicos es fumador de 5 cigarrillos al día, negando otros hábitos tóxicos. Paciente con vida activa laboral y deportiva (aficionado al submarinismo) Sin tratamientos farmacológicos en la actualidad. Refiere que al levantarse presenta dolor en región laterocervical izquierda, junto con miosis y ligera ptosis homolateral. Comienza con tratamiento antiinflamatorio por cuenta propia y dado que la sintomatología persiste 4 días después, acude al servicio de urgencias. A la exploración se detectan los hallazgos arriba descritos resultando el resto de la exploración física completa anodina. Dentro de las pruebas complementarias realizadas destaca una analítica completa sin hallazgos significativos, Electrocardiograma y radiografía de tórax normales. Se solicita TC craneal sin contraste que no revela hallazgos patológicos destacables. Dada la clínica del paciente se procede a ingreso en planta para completar el estudio. Durante el ingreso se amplía la analítica resultando nuevamente normal, se realiza un Ecocardiograma con parámetros normales. Finalmente se solicita una Angio resonancia magnética de cráneo y troncos supraórticos, evidenciándose, como único hallazgo patológico, en cortes axiales de carótida interna izquierda imagen compatible con disección carotídea. Tras valoración conjunta con servicio de cirugía vascular y neurología se procedió a pautar tratamiento anticoagulante dado el alto riesgo de un eventual episodio de embolismo cerebral. El paciente es sometido a revisiones periódicas en la actualidad.

Conclusiones:

En la literatura científica hay varios casos descritos de disección carotídea asociada a la práctica de submarinismo. Destaca la dificultad del diagnóstico debido a la escasa clínica y la normalidad de pruebas complementarias. Debemos incluir esta patología en el diagnóstico diferencial de los pacientes que acuden a urgencias con síndrome de Horner y nos encontramos normalidad de pruebas complementarias.

P-1326

DÉFICIT NEUROLÓGICO: ANAMNESIS Y
EXPLORACIÓN CLAVES EN EL DIAGNÓSTICO

Z S R (1), A Robles Amieva (2), GA Sgaramella (3), A Grajales Ruiz (4), PN Aguilera Samaniego (5), M Lara Torres. (1)

(1) Centro de Salud Cazoña. Santander, (2) Centro de Salud Camargo Costa., (3) Hospitalización Domiciliaria. HUMV, (4) Centro de Salud Alisal, (5) Centro de Salud Isabel li. Santander.

Palabras claves: otitis media, mastoiditis, cerebritis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Descripción del caso: varón, 74 años, con antecedentes de TCE con fractura-hundimiento parietal izquierdo en 1983 y epilepsia parcial secundariamente generalizada de origen postraumático (inicio en el 2000). Esófago de Barret. Acude a urgencias por cefalea temporo-parietal izquierda de horas de evolución, otalgia ipsilateral y cuadro confusional con disartria autolimitada Exploración Física: TA 171/79, FC 55 lpm, T° 38,6°C, sat O298%. Alerta, desorientado en espacio y tiempo. Bradipsíquico, Lenguaje coherente. Pares craneales, marcha, fuerza y sensibilidad sin alteraciones. Signo trago +, tímpano hiperémico, abombado con pérdida del reflejo luminoso. Leve dolor a la palpación mastoidea. Pruebas Complementarias: Leucocitos 11.900 (Segmentados 70,8%, Linfocitos 17,9%). PCR 2.0 mg/dl. LCR: glucosa 60 mg/dl, proteínas 38, 10 células (69% L). Serología LCR: gram, cultivo, PCR, VHS: negativos. Exudado oído medio: Negativo. TAC craneal: Pérdida de aireación del oído medio y mastoides izquierdas, con área hipodensa, mal perfilada, témporo-basal izquierda, sin ganancias anómalas de contraste sugestivo de foco de cerebritis. RMN craneal: Lesión mal delimitada en parénquima de región témporo-basal izquierda, hipointenso en T1 y FLAIR, e hiperintenso en T2, con edema vasogénico alrededor y mínimo efecto expansivo local. Fino realce anular tras la administración de gadolinio, compatible con foco de cerebritis probablemente secundario a otomastoiditis. Juicio Clínico: Cerebritis temporal izquierda secundaria a otomastoiditis. Diagnóstico Diferencial: ACVA. AIT. Meningitis. Encefalitis. Cerebritis. Crisis parcial focal.

Conclusiones:

La otitis media aguda (OMA) tiene una incidencia de complicaciones en adultos muy baja si se introduce la antibioterapia. La mastoiditis es la complicación grave más frecuente. Ésta patología entraña un alto riesgo de diseminación a sistema nervioso central, bien por vía hematogena o por contigüidad (30-60% complicaciones intracraneales de la OMA), siendo la cerebritis la complicación intracraneal más frecuente, la cual se diagnostica mediante TAC y RMN (mayor sensibilidad para detección de lesiones en anillo), objetivándose una inflamación focal del parénquima cerebral. Un diagnóstico precoz y la introducción temprana de antibioticote-

CASOS CLÍNICOS

rapia empírica permiten evitar complicaciones posteriores que pueden derivar en un rápido deterioro clínico del paciente. La mastoiditis en adultos es poco frecuente, sin embargo su comportamiento clínico es mucho más agresivo, en ello radica la importancia de una historia y exploración adecuadas.

A-1327

¿CUÁNDO ES URGENTE UNA ICTERICIA?

MJ Ruiz Vert (1), I Feliu Pérez (1), S Regordosa García (1),
JP Fabregat Sanjuan (1), O Marquina Peralta (2),
M Puig Pinto (2)

Institut Català de la Salut. Lleida.

Palabras claves: jaundice, cholestasis, neoplasm

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

La ictericia es un proceso que consiste en la coloración amarillenta de la piel y mucosas debida a un aumento de la bilirrubina (valores normales de 0,3 a 1 mg/dl) que se acumula en los tejidos, pero es importante conocer que en sí misma no es una enfermedad, sino un signo clínico externo de un proceso patológico subyacente que ocurre en algún punto de la vía fisiológica normal del metabolismo de la bilirrubina, por lo que para comprender cómo se genera la ictericia es importante conocer el metabolismo de esta sustancia en el organismo. En este caso el objetivo principal es realizar un diagnóstico diferencial adecuado en pacientes sin antecedentes de interés que inician un cuadro súbito de ictericia y alteración analítica, valorando la urgencia en la atención de un paciente con aumento de bilirrubina. En este caso se trata de un paciente de 46 años sin antecedentes de interés, que presenta de forma súbita ictericia cutáneo-mucosa no dolorosa, con elevación de transaminasas y patrón de colestasis. El diagnóstico diferencial incluye una alteración a nivel intrahepático (hepatitis...) o una dilatación de vía biliar, por lo que se precisa de ecografía abdominal. En este caso la ecografía no fue concluyente, por lo que fue necesaria la realización de una CPRE, con la que se objetivó una estenosis probablemente secundaria a una pancreatitis litiásica que precisó colocación de prótesis biliar plástica y prótesis pancreática preventiva. Tras la implantación de la prótesis se objetivó un rápido descenso de las cifras de bilirrubina y del patrón de colestasis, con mejoría de la clínica, permitiendo al cabo de una semana la retirada de la prótesis pancreática, a partir de lo cual el paciente ha permanecido asintomático.

Conclusiones:

Ante un paciente con cifras elevadas de bilirrubina sin dolor abdominal se debe realizar un estudio completo y rápido para descartar patología neoplásica.

CASOS CLÍNICOS

A-1328

**TROMBO EN AURÍCULA IZQUIERDA EN LACTANTE.
A PROPÓSITO DE UN CASO**

A Pau Massoni (1), D Denia Samper (2), I Feliu Pérez (3), MJ Ruiz Vert (4), S Regordosa García (5), J Vega Calveres (6)

Institut Català de la Salut. Lleida.

Palabras claves: lactante, intraósea, trombo

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Presentamos un caso de paciente lactante de 18 días de edad, con aviso inicial prehospitalario de hipoglicemia de 30 mg/dl con alteración de los tres parámetros básicos del triángulo de exploración pediátrica. Bebé de 18 días de vida que acude a su centro de salud por cuadro de vómitos, rechazo de la ingesta y hipoactividad de 24h de evolución. Hipoglicemia de 30mg/dl. Tratado inicialmente con glucosa 50% im en nalga izquierda. Debido a la dificultad de acceso venoso y el estado crítico del paciente se decide inserción de vía intraósea pero como el paciente presentaba bajo peso no resulta posible la introducción con dispositivo EZ-IO y se procede a inserción de catéter corto nº24 en calcáneo. A la llegada al hospital de referencia el paciente presenta mejoría del estado hemodinámico. También se objetiva diferencia de perfusión entre EESS (98%) y EEII (60%) y buff sistólico. Después de realización de pruebas complementarias y nueva exploración se decide el traslado a un hospital de tercer nivel para estudio y diagnóstico de la patología. Ingreso en hospital de tercer nivel durante seis días con diagnóstico de trombo en aurícula izquierda con tratamiento de HBPM durante tres meses y reevaluación por CCEE de ese mismo centro.

Conclusiones:

Poner en conocimiento un caso atípico y la actuación secundaria con las distintas dificultades objetivadas en el póster.

A-1329

ADENOPATÍAS, EXANTEMA Y FIEBRE

I García Rupérez (1), I García Rupérez (1), R López Izquierdo (1), CL García Sierra (1), S Sánchez Ramón (1), Y González Silva (2), J Álvarez Manzanares (1)

(1) Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, (2) Atención Primaria Valladolid-Oeste.

Palabras claves: fever, infection, tularemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 33 años, no alergias medicamentosas. Sin antecedentes de interés. Ocupación, profesora en academia universitaria. Niega hábitos tóxicos. Acude por tumoración axilar derecha dolorosa de cinco días de evolución, valorada en atención primaria con el diagnóstico de foliculitis, en ttº con cloxacilina, no mejoría. El día previo comienza con fiebre de hasta 38º, y exantema en tórax. Como antecedente de interés 15 días antes participó en el despiece de un jabalí. Exploración física: Eupneica, lesiones exantemáticas maculo-papulosas en tórax, no pruriginosas. Tumoración dolorosa en región axilar e inguinal derechas. Pruebas complementarias: Rx tórax, normal. Analítica plaquetopenia 128000, resto de hemograma, bioquímica y equilibrio venoso, sin alteraciones. Se realizan hemocultivos y serología de tularemia. Sospecha diagnóstica: Tularemia. Se le comunica al epidemiólogo de guardia el caso sospechoso, se investiga la presencia de más casos, el marido presenta adenopatía inguinal dolorosa, se le realiza estudios complementarios. Se comienza ttº ab con ciprofloxacino 500 cada 12 horas via oral. Pte resultado de hemocultivos y serología.

Conclusiones:

Planteamos el diagnóstico diferencial con enfermedades infecciosas que cursen con fiebre, adenopatía y exantema, poniendo especial atención en las zoonosis. Castilla y León es una zona endémica de Tularemia. El contagio en nuestro habitat, ocurre fundamentalmente, por contacto directo con el animal infectado, el periodo de incubación es de dos a veintiún días. Existen distintas formas de presentación: ulceroglandular, glandular, orofaríngea, intestinal, neumónica y tifoidea. La escasa repercusión analítica está condicionada por el tratamiento antibiótico iniciado. El estado general de la paciente era bueno y se decidió alta a domicilio. Revisando el tratamiento, elegimos el ciprofloxacino por mejor tolerancia y mayor comodidad de la vía de administración.



CASOS CLÍNICOS

P-1330

CUANDO LA CLÍNICA DEL PACIENTE NO ES LA QUE SE ESTUDIA EN LOS LIBROS

C Martín Sierra (1), E Sánchez-Maganto (1), P Toledano (2),
S Zafar Iqbal-Mirza (1), I Narváez Mayorga (1), MA Lopes
Nogueras (1), M Flores Hernán (1)

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Palabras claves: acute coronary syndrome, heart rupture, post-infarction, pericardial effusion

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

A la urgencia de nuestro hospital acude una paciente de 78 años, hipertensa, con antecedentes de cirugía de rodilla por gonartrosis, por clínica de dolor a nivel dorsal. La paciente es derivada a traumatología para valoración por posible origen osteomuscular de su clínica. Se solicita entonces radiografía simple de columna. Mientras está cambiándose en la sala de radiología, presenta una pérdida súbita del nivel de consciencia, avisándose al personal de urgencias de medicina interna. A nuestra llegada no se detecta respiración ni pulso por lo que se inician maniobras de RCP básica hasta la colocación del monitor, comprobándose en este momento parada cardiorrespiratoria en disociación electromecánica. Se consigue recuperación de pulso, trasladándose a la paciente al box vital. Se realiza electrocardiograma, objetivándose elevación de ST en las derivaciones II, III y aVF, indicativo de IAM inferior. Se avisa a cardiología, que realiza ecocardiograma, observándose derrame pericárdico severo, con imagen compatible con trombo adherido a ápex de ventrículo izquierdo con sendas alteraciones de la contractilidad a nivel inferoposterior y lateral del mismo. Ante los hallazgos se avisa a cirugía cardíaca y anestesia por la necesidad de cirugía emergente. En pocos minutos la paciente vuelve a presentar una parada cardiorrespiratoria, reanudándose maniobras de reanimación. Durante las mismas, se lleva a cabo pericardiocentesis evacuadora, y tras la llegada del cirujano cardíaco al box vital, se intenta realizar una ventana pericárdica. Se continúa con maniobras de reanimación durante 30 minutos más sin éxito, por lo que finalmente la paciente fallece.

Conclusiones:

En ocasiones los síndromes coronarios agudos se presenta con síntomas no típicos, como dolor epigástrico, abdominal o localizado en la espalda, vómitos, disnea o síncope. Con frecuencia se trata de mujeres, diabéticos o ancianos. Dado que en estos pacientes se detecta más tardíamente, no reciben terapia de reperusión urgente. De hecho, un 30% de los pacientes con IAMCEST presentan síntomas atípicos. La rotura cardíaca es una complicación infrecuente del IAM, cuya incidencia ha disminuido por las terapias de reperusión precoz. Son raros los casos en los que la rotura es contenida, evitando en pocas ocasiones un desenlace fatal.





CASOS CLÍNICOS

P-1331

**HEMOPERICARDIO ESPONTÁNEO SECUNDARIO
A ANTICOAGULACIÓN**

M Martínez Ramírez (1), A Navarro Carrillo (1),
A Murillo Romero (2), G Fuentes Rodríguez (1),
A Martínez Motos (1), L Abad López (1)

Hospital General de Villarrobledo. Albacete.

Palabras claves: taponamiento cardíaco, hemopericardio,
anticoagulantes

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 41 años, traído por 112, que presenta mareos al intentar levantarse desde hace una semana con empeoramiento y pérdida consciencia momentánea la noche anterior. Dolor interesapular asociado, en tratamiento con antiinflamatorios, sin otra clínica. A destacar en sus antecedentes personales insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal, varios episodios de anemia en el contexto de gastritis crónica, fibrilación auricular paroxística con anticoagulación oral, derrame pericárdico severo hace 3 años tratado mediante hemodiálisis. Exploración física: Tensión Arterial: 56/40, Frecuencia Cardíaca: 70lpm, Saturación de oxígeno con gafas nasales a 2 litros 98% Mal estado general, palidez cutánea, sudoroso, eupneico en reposo Cuello: IY bilateral a 45° Auscultación cardiopulmonar: Rítmico, tonos apagados, murmullo vesicular disminuido. Abdomen: Globuloso. Blando y depresible. Miembros Inferiores: No edemas. Pulsos pedios ausentes Neurológico: Glasgow 12/15. Exploraciones Complementarias: Radiografía tórax: Índice cardiorácico aumentado. Ecocardiografía: Derrame pericárdico severo circunferencial, de gran cantidad y tabicado junto con hipercinesia y colapso de ventrículo derecho, en relación a taponamiento cardíaco TAC toraco-abdomino-pélvico: Severo derrame pericárdico. Aorta torácica y abdominal de calibre normal sin signos de disección. Analítica: Urea 146, Creatinina 16.05, Na 132, K 6.9. Hemoglobina 7.8. Coagulación: INR 7.39 Diagnóstico Diferencial de Urgencias: Se plantean causas de taponamiento cardíaco: Hemopericardio, infarto/ postinfarto agudo miocardio, disección aórtica y uremia Diagnóstico Final: Shock cardiogénico por taponamiento cardíaco (hemopericardio) con transformación hemorrágica por sobredosificación de anticoagulantes e ingesta de antiinflamatorios en paciente en diálisis. Evolución: A su llegada el paciente está en situación de shock, con baja respuesta a estímulos. Ante la confirmación de taponamiento cardíaco se realiza pericardiocentesis diagnóstica y evacuadora (se extraen alrededor de 500 cc de líquido hemático) consiguiéndose mejoría clínica inmediata. Se transfunden 3 concentrados de hematíes y complejo protrombínico para revertir anticoagulación.

Conclusiones:

El compromiso vital del taponamiento cardíaco hace necesario que los facultativos de urgencias estén entrenados en la realización de la pericardiocentesis, a pesar de la baja prevalencia de estos casos. Igualmente destacar el valor de la ecocardiografía a pie de cama en el manejo del shock y la patología urgente, que en nuestro caso, permitió no retrasar el tratamiento en una patología tiempo-dependiente.



CASOS CLÍNICOS

P-1332

DOCTOR, NO PUEDO MOVER LOS BRAZOS

A Cordovilla Moreno (1), V Madrid Ferreiro (2), M Martínez Andreu (2), T Galera Galera (2), M García Aroca (2), Z García Soto (1)

Hospital Universitario Santa Lucía. Aguadulce.

Palabras claves: brain injuries, paresis, spinal cord injuries

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Introducción: Paciente varón de 60 años que acude por traumatismo craneoencefálico (TCE) de alto impacto. Objetivo: Ante todo paciente politraumatizado atendido en urgencias la exploración física debe ser lo más exhaustiva posible. Paciente y Método: antecedentes Hipertensión. TCE 2010 con hemorragia intraparenquimatosa parietal izquierda. El paciente acude por politraumatismo (con TCE) refiriendo alto impacto con dudosa pérdida de conocimiento, dolor en región occipital, en cadera derecha, tobillo derecho, dolor en ambos hombros con dificultad para movilizar miembros superiores y cervicalgia. Exploración: Constantes normales, Neurológico: destaca en fuerza Deltoides derecho (D) 3/5, Izquierdo (I) 1/5 (limitado por dolor), aductores 3/5, biceps 1/5, triceps 1/5, flexor de muñeca 0/5, extensor de muñeca 1/5, interóseos 0/5, psoas D 3/5 I 4/5, isquiotibiales D 4/5 I 5/5, cuádriceps 5/5, flexor plantar 5/5, extensor plantar 5/5, flexor del dedo gordo 5/5, extensor del dedo gordo 5/5, Reflejos osteotendinosos (ROT) bicipitales 0/++++, tricipitales 0/++++, estiloides 0/++++, resto normal. Herida inciso contusa (HIC) a nivel occipital con afectación de tejido subcutáneo que precisa sutura. Lesiones escoriativas aisladas. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: Radiografías ambos hombros, cadera derecha, tobillo derecho: sin lesiones óseas agudas. TAC craneal: sin signos de patología aguda. TAC columna Cervical: Línea de fractura en lámina izquierda de C6 sin desplazamiento y pequeña burbuja aérea localizada en región anterior de canal medular a la altura del cuerpo vertebral de C6. Resultado: Pollicontusión. Fractura C6 con síndrome centromedular asociado. HIC occipital.

Conclusiones:

El síndrome centromedular de Schneider se produce fundamentalmente en traumatismos cervicales. En la mayoría de los casos las lesiones neurológicas son importantes, pero se recuperan progresivamente en días o semanas. Existe una isquemia o hemorragia centromedular. Síntomas de paresia flácida en miembros superiores (afectación de 2ª neurona), disminución termoalgésica en miembros superiores, dolores por desaferentación en miembros superiores pero sin afectación o menos acusada de las inferiores siendo en este caso paresia espástica (afectación 1ª neurona). Por lo tanto ante todo paciente politraumatizado que acude al servicio de urgencias no solo es imprescindible una buena exploración completa, sino repetirla en el tiempo, puesto que cualquier problema que no se detecte a tiempo puede ser nefasto para el paciente.



CASOS CLÍNICOS

P-1333

ANEMIA HEMOLÍTICA EN EL NIÑO

MC Soriano González (1), F Rico Rodríguez (2), V Ordóñez Pérez (3), FJ Vara Morate (1), E Piñero Flores (1), AJ García Sánchez (1), M Guzmán Regalado (1)

(1) Médico Residente Familia, (2) Médico Adjunto. Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba, (3) Médico de Familia. Área Sanita. Pozoblanco, Córdoba.

Palabras claves: anemia hemolítica, hiperbilirrubinemia, ictericia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 2 años de edad que acude traído por sus padres por cuadro de fiebre termometrada de hasta 38°C de 3 días de evolución, que ha empeorado en las últimas 12 horas presentando intolerancia oral por vómitos continuos, orina oscura y tinte icterico de piel. Sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. En tratamiento actual con antitérmicos. Exploración física. Aceptable estado general. Consciente, bien nutrida y perfundida, ictericia franca de piel y mucosas. No adenopatías. ORL sin exudado. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso sin masas ni megalias. Analítica urgente con hemoglobina 8,4 g/dl, hematocrito 22,2 %. Bioquímica con Bilirrubina total 10,80 mg/dl con bilirrubina directa 4,4 mg/dl, LDH 8951 U/L, ALT 55 U/L, GOT 269 U/L, GGT 101 U/L, PCR 134 mg/L. INR 1,22. Frotis de sangre periférica con anisocitosis, microcitosis e hipocromía, sin esquistocitos. Coombs directo positivo. Diagnóstico: Anemia hemolítica aguda grave. Diagnóstico diferencial: hipersplenismo, hemoglobinuria paroxística nocturna, púrpura trombocitopenica, síndrome hemolítico-urémico, coagulación intravascular diseminada. Evolución. Se decide ingreso en Pediatría y posterior traslado al hospital de referencia por anemia progresiva (hemoglobina 6,1 g/dl). Tras ingreso prolongado la niña tuvo una evolución satisfactoria.

Conclusiones:

La hemólisis es la destrucción precoz de los hematíes por distintos procesos, comportando una disminución de la vida media de los mismos (normal entre 90 y 120 días). Es poco frecuente en nuestro país. En la hemólisis aguda se produce en el interior de los vasos sanguíneos, con liberación de hemoglobina libre en el plasma que se une a la haptoglobina y, posteriormente, se elimina a través de la orina y del hígado. Clínicamente se caracteriza por palidez, subictericia, taquicardia, debilidad, hipotensión y orina pigmentada de forma muy significativa. En los exámenes analíticos destaca anemia normocítica con reticulocitosis, ligera

hiperbilirrubinemia no conjugada, fuerte disminución de la haptoglobina y elevación de la lactatodeshidrogenasa (LDH). En la orina suele observarse la presencia de hemoglobina. Los médicos de urgencias debemos estar familiarizados con el manejo del paciente pediátrico, y orientar de forma precoz un diagnóstico certero. La rápida orientación diagnóstica y terapéutica desde urgencias fue decisiva para la paciente.



CASOS CLÍNICOS

P-1334

**TUMOR CEREBRAL COMO FACTOR
DESENCADENANTE DE COMPORTAMIENTO
ANÓMALO**

Al Bellido Salvatier (1), P Molina García (2), R Becerra Piñero (3)

(1) Centro de Salud Puerta Blanca, (2) Centro de Salud Tiro Pichón, (3) Centro de Salud Delicias. Fuengirola.

Palabras claves: meningioma, human behavior, brain tumour**Ámbito del caso:**

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Antecedentes personales: Sin factores de riesgo cardiovascular, ni hábitos tóxicos. Anemia ferropénica por metrorragias en tratamiento con hierro. Intervenida en la infancia de apendicitis y amigdalitis. Casada y madre de 2 hijos (de 17 y 15 años).

Conclusiones:

Los tumores de localización frontal producen fundamentalmente alteraciones comportamentales. En este caso, aunque la paciente si mostraba alteraciones en la esfera psicológica, lo que predominaban eran las manifestaciones neurológicas, que en principio nos llevaron a pensar que podría tratarse de un accidente cerebrovascular. Por ello no hay que presuponer ninguna patología por muy clara que pueda parecer la forma de presentación inicial.

A-1335

**CASO CLÍNICO. OBSTRUCCIÓN DE VENA CAVA
SUPERIOR, POR TUMOR EN BRONQUIO PRINCIPAL
DERECHO**

MG Pérez Carretero, LF Calle Cruz, JC Rojas Pichardo

UGC Camas. Sevilla.

Palabras claves: oncología, cava, tratamiento**Ámbito del caso:**

Extrahospitalaria (Pública/Privada) - Equipos de atención primaria

Historia clínica

Anamnesis: Acude a consulta una mujer de 77 años con informe de su marido de 82 años con cáncer de pulmón alto grado, Metástasis hepáticas y Oseas, para recoger las recetas indicadas por el servicio de urgencias. (Nolotil y Seguril) para un cuadro de disnea. Analizada la patología de base, se piden síntomas y signos acompañantes. Ésta los refiere como: encamamiento prolongado, disnea moderada no resuelta, astenia generalizada, hinchazón de cara y cuello con cambio del color de la cara. Valorada la situación se le indica al familiar que se hará una visita en casa. Exploración a domicilio: REG Consciente orientado con funciones cognitivas conservadas palidez cutáneo, mucosa astenia. Disnea que empeoraba con el decúbito, cefalea, Cianosis de cara, hinchazón de la cara, cuello, región supraclavicular y brazos, edema palpebral, venas del cuello no pulsátiles e ingurgitadas, venas colaterales, tórax y brazos. ACR: corazón rítmico 100 rpm TA 169/90 mmHg. Abdomen muy distendido y globuloso, hepatomegalia. Edemas en mmii. Diagnóstico diferencial: Las enfermedades malignas son la primera causa, entre el 75-86% Los tumores más frecuentes por frecuencia son, carcinoma bronquial 75%, por variedad histológica, los más frecuentes son, carcinoma de células pequeñas (38-45%) y el carcinoma epidermoide (26%), linfoma 15% sobre todo no hodgkin y el 10 % restante es producido por cáncer de mama, colon, esófago, timomas y testículo.

Conclusiones:

La obstrucción de la vena cava superior, es un conjunto de síntomas que viene determinada por una obstrucción parcial o total del flujo (obstrucción intrínseca) o trombosis (obstrucción extrínseca) de la misma por ganglios linfáticos mediastínicos o un tumor a nivel del bronquio principal dcho. En este caso hay que plantear el diagnóstico dentro de una de las complicaciones en cuidados paliativos en un paciente diagnosticado de cáncer de pulmón. La repercusión clínica dependerá de la rapidez de instauración del cuadro, pudiéndose presentar los síntomas de forma aguda o progresiva, formándose venas colaterales en torno al sistema ácidos. Por todo ello debe ser remitido a un servicio de urgencias de oncología.

CASOS CLÍNICOS

A-1336

DOCTOR TENGO MUCHO SUEÑO

K Reinoso García (1), MC Morante Navarro (2), S Albarrán Báez (2), J Quenata Romero (2), M Martín Sánchez (1), C Ricardo Jiménez (1)

(1) Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Madrid, (2) Centro de Salud Ávila Estación.

Palabras claves: anciano, bajo nivel de consciencia, hipoglucemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Presentación del caso: Mujer de 90 años, con antecedentes de hipertensión arterial, IRC y deterioro cognitivo leve, trasladada desde una institución geriátrica a Urgencias por cuadro de 5 horas de evolución, de bajo nivel de conciencia asociado a glucemia capilar de 27mg/dl. Exploración física: TA 110/85, Tª 35.2°C, F.C. 80 LPM, Sat O2 91%. Consciente, desorientada en tiempo y espacio. CP: normal. Abdomen: RHA normal, no doloroso a la palpación, no masas ni visceromegalias. Pruebas Complementarias: Hb: normal, Bioquímica: glucemia venosa: 41 mg/dl, creatinina 1.46 mg/dl. Insulina: 26.77 U/ml (2.6-25, U/ml), proinsulina: 28.4 pmol/l (< 6pmol/l), péptido C: 13.1 ng/ml (0.7- 4.0 ng/ml), Anticuerpos anti-Insulina Suero negativos, Hidroxibutirato beta <1 (hasta 3,1 mg/dL). Hormonas tiroideas: normales, cribado de SU urinarias: negativo. La ecografía abdominal no fue concluyente. No se efectuó otro estudio de imagen por la condición clínica de la enferma y la respuesta favorable al tratamiento. Diagnóstico diferencial: Hipoglucemia secundaria a medicamentos, enfermedades críticas, o deficiencias hormonales. Juicio clínico: Hipoglucemia por hiperinsulinismo endógeno (insulinoma Vs NIPHS: síndrome hipoglucémico pancreático no insulinoma). Evolución del Paciente: Ingresa en Medicina Interna con perfusión de suero glucosado al 5%, consiguiendo normoglucemia. Se intenta suspender dicha perfusión, encontrándose glucemias capilares de hasta 50 mg/dl, por lo que se mantiene la perfusión de glucosa, consiguiéndose mejoría del estado de conciencia y desaparición de los síntomas. Al no tener un perfil clínico compatible, se omitió la ampliación del estudio diagnóstico con cortisol basal, ACTH y hormona de crecimiento. Al iniciar dieta fraccionada hiperhidrocarbonada, se suspende la perfusión de glucosa, con adecuada respuesta clínica.

Conclusiones:

La hipoglucemia es una emergencia médica común. En pacientes hospitalizados, es más frecuente en diabéticos, pero también ocurre en aquellos con insuficiencia renal crónica (IRC) avanzada, hepatopatía, malnutrición, insuficiencia cardíaca congestiva, sepsis o cáncer. El uso facticio o subrepticio de sulfonilureas (SU) es probablemente la causa más común en pacientes no diabéticos. El diagnóstico de insulinoma se sospecha por la hiperinsulinemia endógena en presencia de hipoglucemia y reversión de la sintomatología tras la administración de glucosa (triada de Whipple).

A-1337

UN CASO POCO FRECUENTE: LUXACIÓN CARPOMETACARPIANA

S Morales Sánchez (1), M Jimena García (2), MJ Morales Sánchez (1), JV Palomo Carvajal (1), JM Krivocheya (1), D Santamaria Amat (1)

Hospital Comarcal Melilla. Melilla.

Palabras claves: luxación carpo, metacarpo, mano

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente varón de 27 años de edad es atendido tras haber golpeado su mano contra una pared. En la exploración física llama la atención la gran deformidad que presenta en el dorso de la mano derecha localizada en la unión del carpo con la base de los metacarpianos. No presenta alteración de fuerza ni de la sensibilidad, y el pulso radial esta íntegro presentando buen relleno capilar. Presenta impotencia funcional de la mano derecha. Se realizan radiografías de la mano objetivándose una luxación carpometacarpiana pura del tercer y cuarto metacarpiano de la mano derecha. No se evidencian líneas de fisuras ni de fracturas asociadas.

Conclusiones:

Se trata de una luxación carpometacarpiana pura. Es una entidad infrecuente con una prevalencia menor del 1% de las lesiones de muñeca y de la mano. Es más frecuente en varones jóvenes como consecuencia de traumatismos de alta energía, como caídas de altura, accidentes de tráfico o accidentes de trabajo. El mecanismo de lesión suele ocurrir cuando la muñeca se encuentra en hiperextensión, desviación cubital y supinación en el momento del accidente y se somete a un impacto de energía. Se pueden acompañar de fracturas de los huesos del carpo y la base de los metacarpianos por lo que es obligatorio descartar fracturas asociadas así como lesiones neurovasculares. Pueden comprometer el normal funcionamiento de la mano si no se actúa de inmediato.

CASOS CLÍNICOS

A-1338

DIPLOPIA COMO SÍNTOMA DE UN PRIMER BROTE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

N Laserna Rodríguez

061 Aragón. Huesca.

Palabras claves: esclerosis múltiple, diplopía, cefalea**Ámbito del caso:**

Extrahospitalaria (Pública/Privada) - Equipos de atención primaria

Historia clínica

Descripción: Mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, salvo migrañas ocasionales. Avisa al 061 por presentar cefalea, distinta de la habitual, y visión borrosa. A la llegada, la paciente refiere diplopía y parestesias en hemicara derecha, de unas horas de evolución, con aparición más tardía de cefalea retroocular, diferente de la habitual. Exploración y pruebas complementarias: La exploración inicial muestra diplopía vertical, mayor en infraversión, y parestesias en región de primera y segunda rama del trigémino derecho. No se aprecia pérdida de fuerza ni sensibilidad en extremidades ni otros signos de interés en la exploración neurológica. El resto de la exploración no muestra alteraciones. Juicio clínico: Esclerosis múltiple Diagnóstico diferencial: migraña; ansiedad; tumor craneal; miopatías; patología cerebro-vascular, traumatismo cráneo-encefálico.

Conclusiones:

Remitimos a la paciente al servicio de urgencias hospitalario para confirmar la sospecha diagnóstica. Ante la mejoría clínica tras tratamiento intravenoso con antiinflamatorios y benzodiacepinas se le dio el alta con diagnóstico de migraña. Unos meses después, la paciente es atendida por pérdida de agudeza visual y cefalea retroocular, siendo diagnosticada de neuritis óptica y remitida a Neurología para estudio de posible esclerosis múltiple. La esclerosis múltiple es una enfermedad que, a pesar de la población a la que afecta, adultos jóvenes, y de sus graves repercusiones, se trata de la principal causa de invalidez permanente en esta población, no es habitual pensar en ella en un primer episodio. Es importante remarcar la gran variedad de síntomas que puede presentar y que los criterios puramente clínicos precisan de dos o más brotes para su diagnóstico, ya que, para poder diagnosticarlo en un primer episodio, es necesario que haya evidencias de lesión en RMN. Su nada desdeñable prevalencia (60-70 casos /100.000 hab) debería hacernos tenerla muy presente, principalmente desde los servicios de urgencias, puerta de entrada a posibles estudios posteriores y diagnósticos precoces.

A-1339

TENGO RONCHAS POR TODO EL CUERPO DOCTOR

K Reinoso García (1), MC Morante Navarro (2), J Quenata Romero (2), M Martín Sánchez (1), A Martínez Arroyo (1), C Ricardo Jiménez (1), S Albarrán Báez (2)

(1) Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Madrid, (2) Centro de Salud Ávila Estación.

Palabras claves: lesiones diana, eritema, prurito**Ámbito del caso:**

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 38 años que acude con 5 días de fiebre, odinofagia y malestar general. A las 48 horas del inicio del cuadro clínico, presenta una erupción cutánea no pruriginosa, que inicia en extremidades y se extiende hacia el tórax, acompañado de malestar general, dolor abdominal difuso y cefalea. Sus antecedentes médicos incluyen hipotiroidismo en tratamiento con 75ug de levotiroxina y algunos episodios de herpes labial sin complicaciones, no refiere antecedentes quirúrgicos. EXPLORACIÓN FÍSICA: TA 111/70, Tª 36.5°C, F.C. 80 LPM, Sat O2 96% Lesiones cutáneas de menos de 3mm de diámetro, de forma redondeada y regular, con apariencia anular concéntrica o "en diana", más numerosas en superficies extensoras de miembros superiores e inferiores, incluyendo áreas palmoplantares y afectando también al tronco en toda su extensión. No se objetiva compromiso de mucosas ni adenopatías. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: analítica: HB: leucocitos de 6500/ul (Neu 91%, Linf 6%, Eos 2%) PCR 172mg/L, QS: sin alteraciones, Serología viral negativa. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Pénfigo, pénfigo paraneoplásico y penfigoide. JUICIO CLÍNICO: Eritema exudativo multiforme menor, Neumonía adquirida en la comunidad en posible relación con gérmenes atípicos (M. pneumoniae). EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE: Ingresa en Medicina Interna para observación clínica y estudio, con tratamiento con analgésicos y antihistamínicos A los dos días de su ingreso, presenta dolor en el cuadrante abdominal superior derecho, por lo que se realiza una radiografía de tórax que revela una consolidación parenquimatosa en lóbulo inferior derecho y un derrame pleural bilateral de predominio derecho, por lo que se instaura tratamiento con levofloxacino para cubrir el espectro de gérmenes atípicos. La respuesta clínica y analítica fue favorable. Al alta, se pauta ciclo antibiótico ambulatorio con levofloxacino y control en consulta externa.

Conclusiones:

El eritema multiforme (EM) es una enfermedad aguda, autolimitada, y, a veces recurrente de la piel. Se considera una reacción de hipersensibilidad de tipo IV asociada a ciertas infecciones, medicamentos y a otros factores desencadenantes. El EM menor representa una erupción localizada de la piel sin afectación mucosa. Los factores precipitantes incluyen el virus herpes simple, virus de Epstein-Barr y la histoplasmosis.

CASOS CLÍNICOS

P-1340

PULMÓN BLANCO

C Cazorla Cabrera (1), J Flores Valderas (2),
E Sánchez Maganto (2), YB Dionisio Coronel (1),
MA Jiménez Iglesias (1), I Matos Rojas (1)

Hospital Virgen de la Salud Toledo. Toledo.

Palabras claves: hemothorax, neoplasm metastasis, melanoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Se trata de una mujer de 69 años con antecedente de HTA y esclerosis valvular aórtica con Insuficiencia aórtica ligera. Melanoma en mano izquierda intervenida en 2012 con tratamiento con Interferón que no toleró y episodio de Fibrilación auricular secundario al mismo. Tratamiento habitual: Renitec 20mg y medicamentos homeopáticos. Paciente que acude al servicio de urgencias derivada por su Médico de Primaria por presentar disnea de 24 horas de evolución que se ha hecho de reposo. A su llegada a urgencias hemodinámicamente inestable (PA: 80/40 Tª: 35 FC: 126 FR: 30 Saturación del 80%). A la exploración taquipneica, palidez mucocutánea, impresiona de gravedad. Murmullo vesicular abolido en Hemitórax izquierdo. Resto normal. En Pruebas complementarias se objetiva pulmón blanco izquierdo. ECG: taquicardia sinusal sin signos de isquemia. Hemograma: Hb 10.3 y Leucocitosis de 18600 con desviación izquierda. GAB: acidosis respiratoria con lactato elevado (67), ante el mal estado general de la paciente se inicia Ventilación Mecánica no invasiva, sueroterapia sin mejoría clínica, iniciándose perfusión de Dopamina, ante el mal estado general se decide realizar drenaje de derrame pleural masivo, obteniéndose aproximadamente 2200 cc de líquido hemático, mejorando la clínica de la paciente, se comenta con UVI y se decide ingreso a su cargo con el diagnóstico de Insuficiencia respiratoria secundaria a Hemotórax masivo izquierdo en paciente con antecedente de Melanoma.

Conclusiones:

El derrame pleural masivo constituye una emergencia, cuando presenta compromiso respiratorio y hemodinámico en el paciente. La actuación inicial ante tales hallazgos debe ser la realización de Toracocentesis diagnóstica y terapéutica urgente, para conseguir la estabilidad del paciente, para su posterior estudio. El 50% de pacientes con tumores malignos metastásicos desarrollan derrame pleural maligno. El derrame pleural maligno resulta de un efecto directo o indirecto del tumor tales como obstrucción bronquial, mediastinal, infiltración de nódulos linfáticos o síndrome de vena cava superior.

P-1341

DOCTOR ME REVIENTA LA CABEZA DE DOLOR

JW Quenata Romero (1), MC Morante Navarro (2), S Ortego
Martín (2), M Martín Sánchez (1), RP Torres Gutiérrez (1), A
Martínez Royo (1), K Reinoso García (2)

Urgencias. Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila. Madrid.

Palabras claves: cefalea, hipertensión arterial, feocromocitoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente mujer de 29 años. Hace 8 meses cambió el DIU por ACO Loette, desde hace 6 meses presenta cefalea tensional en tratamiento con AINES y amitriptilina 25 mg con relativa mejoría. Fumadora de 3 cigarrillos día, no alérgica a medicamentos. Remitido a urgencias por aumento de intensidad de la cefalea occipital tipo opresivo y casualmente TA 235/125, sudoración profusa le administran Captopril 50 mg SL en 2 ocasiones sin mejoría clínica. EXPLORACIÓN FÍSICA Y COMPLEMENTARIA: TA 210/120 FC 120 Tª 36,8°C. BEG. Tórax: AC Rítmico, no soplos AP: MVC. Abdomen: Blando depresible. EE.II no edemas no signos de TVP. E. Neurológico: Consciente, lenguaje normal, no signos menígeos, pupilas IC y NR, fuerza y sensibilidad conservada, marcha y estabilidad normal. Hemograma. Bioquímica. Coagulación: Normales. Drogas de abuso en orina: Negativos. Rx tórax: ICT normal, normal, TAC craneal: Áreas parcheadas de leucoencefalopatía subcortical en región supra e infratentorial, por lo que recomiendan considerar como primera posibilidad en el contexto clínico de una encefalopatía hipertensiva. Diagnóstico diferencial incluyen microangiopatías trombóticas, causa tóxica-metabólica y menos probable enfermedad desmielinizante. Tras su permanencia en Urgencias se administra furosemida 40 mg IV, Urapidilo 25 mg IV en 3 ocasiones con 10 minutos de intervalo, con mejoría TA 170/105 mg/H, Dada la inestabilidad de la paciente ingresa en UCI. Se realiza RMN cerebral, Doppler TS Ecocardiograma: Normales. RMN Abdomen: Lesión nodular en glándula suprarrenal derecha compatible con: Feocromocitoma. Intervenida quirúrgicamente. Buena evolución estabilidad hemodinámica TA 120/60. JUICIO CLÍNICO: Feocromocitoma. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Hemorragia subaracnoidea. Cefalea tensional o migrañosa, Crisis de ansiedad. Hipertiroidismo

Conclusiones:

El feocromocitoma es un tumor neuroendocrino raro, pero potencialmente letal si no se diagnostica a tiempo. Las manifestaciones clínicas pueden simular múltiples patologías, pero debe sospecharse en casos de hipertensión arterial refractaria al tratamiento, hipertensión paroxística o síntomas de hipercatecolaminemia. La determinación de metanefrinas en plasma y en orina tiene una sensibilidad cercana al 98 % para el diagnóstico bioquímico. El diagnóstico de localización inicialmente es por TAC y RMN. El tratamiento es quirúrgico, fundamentalmente la adrenalectomía laparoscópica, previamente será imprescindible durante un tiempo mínimo de 15 días la administración de alfabloqueantes y betabloqueantes o calcioantagonistas.

CASOS CLÍNICOS

P-1342

MUERTE SÚBITA. SÍNDROME QT LARGO CONGÉNITO

JM Lanza Gómez (1), N Balbas Brígido (2)

(1) Hospital Marqués de Valdecilla, (2) 061 Cantabria. Santander.

Palabras claves: arritmias cardíacas, muerte súbita, cardioversión eléctrica

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria (Pública/Privada) - Equipos de emergencias

Historia clínica

Varón de 15 años con antecedentes personales de síncope estudiado por Neuropediatría y Cardiología infantil sin objetivar, que mientras practicaba remo, presenta episodio brusco de pérdida de conciencia sin pródromos, movimientos tónico-clónicos ni relajación de esfínteres. Es atendido en primera instancia por la UVI móvil del 061 que objetiva fibrilación ventricular comenzando maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, saliendo el paciente en ritmo sinusal tras dos choques eléctricos. Ingresa en la Unidad de Cardiología Críticos conectado a ventilación mecánica, sedoanalgesiado, hemodinámicamente estable. Se realiza hemograma y bioquímica con marcadores de daño miocárdico, siendo rigurosamente normal. También se realiza ecocardiograma que no evidencia patología. El ECG presenta ritmo sinusal, eje normal, QTc prolongado (480 mseg). En el estudio electrofisiológico no se produce inducibilidad alguna. Se le implanta dispositivo DAI a los tres días del ingreso, siendo dado de alta al día siguiente en condiciones basales previas.

Conclusiones:

El síndrome de QT largo es un trastorno caracterizado por un retraso de la repolarización ventricular. Se registra en el electrocardiograma como una prolongación en el intervalo QT. Este síndrome puede ser de origen congénito o adquirido. Se han descrito múltiples alteraciones genéticas en la base del LQTS, con cientos de mutaciones que producen diferentes genotipos (se han descrito 12) pero las más frecuentes son las que originan los tipos LQT1, LQT2 y LQT3. Los pacientes con QT largo pueden consultar por episodios de síncope, arritmias ventriculares o sufrir episodios de parada cardíaca o muerte súbita resucitada. El diagnóstico se basa en la historia clínica y en los hallazgos del ECG. Se utilizan las derivaciones II, V5 o V6 escogiendo aquella en la que el QT sea más largo. Se miden 3 a 5 ciclos cardíacos y se obtiene la media. El intervalo QT varía con la frecuencia cardíaca por ello se utiliza el QTc que se calcula por la fórmula de Bazett, dividiendo la duración del intervalo QT entre la raíz cuadrada del intervalo entre las dos ondas R inmediatamente precedentes, medidos todos en segundos ($QTc = QT / \sqrt{RR}$).

P-1343

DOLOR LUMBAR A ESTUDIO

A Muñoz Serrano (1), C Lavilla Salgado (2), M Soriano Segura (1), A Cozar Llistó (1), I Pintos Pascual (1), A Roldán Montaud (1), P Molina Ávila (1)

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Palabras claves: espondilitis, Mycobacterium tuberculosis, dolor de la región lumbar

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 65 años con antecedentes de dislipemia, síndrome de Takotsubo, adenoma suprarrenal y artritis psoriásica en tratamiento con 4mg de metilprednisolona e hidroxiquina. Recibió tratamiento con antiTNF en 2011, por lo que desarrolló tuberculosis miliar requiriendo ingreso en UCI. Se trató con tuberculostáticos 18 meses con varios regímenes por reacciones adversas (toxicodermia, hepatotoxicidad y afectación óptica). Tras 6 meses de tratamiento presentó una crisis comicial por 3 probables tuberculosas, sin datos de meningitis. Acude a Urgencias tras 2 semanas de dolor lumbar sin mejoría analgésica, sin cortejo vegetativo ni déficit sensitivo-motor. A la exploración destacaba apofisalgia en L2, resto anodino. En la radiografía lumbar se objetivó una lesión lítica en L2, ingresando en Medicina Interna para estudio PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada, destacaba PCR de 34.3 mg/l, sin otros hallazgos. Se realiza TC tórax-abdomen-pélvis y columna lumbar que confirma la lesión lítica anterolateral izquierda del cuerpo L2, junto a adenopatías retroperitoneales, peripaneurales y dos colecciones paravertebrales, una paracava derecha y otra anterior al psoas izquierdo, junto con lesiones residuales en lóbulo pulmonar superior derecho. La RMN confirmó cambios de espondilitis aguda. Se realizó PAAF a nivel de L2, donde a pesar de no observarse BAAR se detecta con ensayo genético molecular Mycobacterium tuberculosis complex sensible a isoniacida y rifampicina. JUICIO CLÍNICO: Espondilitis tuberculosa (Enfermedad de Pott). DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Enfermedades degenerativas vertebrales, espondiloartropatías, aplastamiento vertebral osteopénico, espondilodiscitis y neoplasias.

Conclusiones:

Inicialmente presentó mal control del dolor, requiriendo opiáceos, y diaforesis sin síndrome constitucional asociado. Únicamente presentó febrícula a los días de ingresar, cediendo con el inicio del tratamiento con isoniacida, rifampicina y levofloxacina una vez confirmado el diagnóstico microbiológico. La enfermedad de Pott es una forma rara de presentación de tuberculosis, aunque es la más frecuente dentro de las manifestaciones óseas (10-35% de tuberculosis extrapulmonar), producida en la mayoría de los casos por diseminación hematogénica en el momento de la primoinfección. El tratamiento recomendado es el mismo que en la tuberculosis pulmonar, pudiendo ajustarse en función del antibiograma, con una duración recomendada de 6 meses (9-12 meses si no se administra rifampicina y/o afectación extensa).

CASOS CLÍNICOS

A-1344

**DETERIORO DEL ESTADO GENERAL EN EL
CONTEXTO DE UNA ALTERACIÓN METABÓLICA
POCO FRECUENTE. UNA URGENCIA MÉDICA**

A Martínez García (1), C Redondo Galán (2), P Valiente Maresca (1), S Moreno Ramírez (1), JE Olalla Linares (1), JL Menéndez Gómez (1), S García García (1)

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Palabras claves: Hypercalcemia-Osteomuscular Pain-Multiple Myeloma

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Se trata de una mujer de 78 años con antecedentes de: HTA, histerectomía y doble anexectomía por carcinoma de endometrio y bocio multinodular. En estudio por anemia e hipercalcemia. Acude por deterioro del estado general de dos semanas de evolución, más acusado en la última semana con negativa a toda ingesta, desorientación y dolor osteomuscular generalizado. Ha finalizado tratamiento antibiótico para infección del tracto urinario con cefuroxima. Tres días antes se le realizó TC toraco-abdomino-pélvico que orientaba a metástasis en segundo arco costal derecho sugestiva de mieloma. En la exploración física destaca obnubilación, defensa abdominal con dolor a la palpación profunda y edemas con fovea hasta rodilla. Se solicitan pruebas complementarias: EKG: sin alteraciones. En bioquímica, deterioro de la función renal, hiponatremia moderada e hipercalcemia severa (mayor de 14 mg/dL. En hemograma, anemia microcítica hipocrómica. En radiografía de tórax: pinzamiento de senos costofrénicos. Masa en pared torácica derecha con afectación del segundo arco costal. Ante los hallazgos, se inicia tratamiento con sueroterapia y furosemida intravenosa y se administra ácido zoletrónico, y bajo la sospecha de hipercalcemia tumoral, se ingresa en Medicina Interna, donde amplían el estudio objetivando aumento de β_2 -microglobulina y de IgG Kappa (en proteinograma) y disminución de albúmina, persistencia de hipercalcemia, y LDH y PTH normales. Cuadro clínico-radiológico-analítico compatible con mieloma múltiple IgG por lo que se traslada a cargo de Hematología, quienes inician tratamiento con sueroterapia y dexametasona y realizan aspirado de médula ósea. Durante su estancia, se evidencia descenso progresivo de la calcemia, y deterioro de función renal en contexto de probable riñón de mieloma. Por otra parte, picos febriles con urocultivo positivo y sospecha de origen respiratorio. La paciente fallece a los 7 días como consecuencia de fracaso multiorgánico.

Conclusiones:

La hipercalcemia es una urgencia médica que en el 90% de los casos responde a hiperparatiroidismo o a origen oncológico (indicativo de mal pronóstico). Se debe iniciar tratamiento inmediato, siendo la sueroterapia intensiva y los bifosfonatos intravenosos (zolendronato el más eficaz) de elección. Principales causas de muerte son disfunción del SNC, complicaciones cardiovasculares y fracaso renal.

CASOS CLÍNICOS

P-1345

**DISNEA SÚBITA TRAS ABDOMINOPLASTIA.
UTILIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA DE URGENCIAS**

R Becerra Piñero (1), P González Jiménez (2), Al Bellido Salvatier (3), C de la Casa Resino (4), MD García Martínez-Cañavate (5), E Díaz Caro (5)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Centro de Salud Tiro Pichón, (2) HUVV. C. Salud Tiro Pichón, (3) HUVV, C. De Salud Puerta Blanca, (4) Hospital Ramón y Cajal, (5) C. Salud Tiro Pichón. Málaga.

Palabras claves: surgery, pulmonary embolism, dyspnoea

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 50 años que acude al servicio de urgencias por disnea súbita mientras dormía acompañada de malestar general y náuseas. No palpitaciones ni dolor centrotorácico. No otra sintomatología acompañante AP: NAMC. Niega hábitos tóxicos. Niega antecedentes médicos de interés. Intervenido de abdominoplastia hace 5 días manteniendo reposo relativo sin anticoagulación. Exploración física: regular estado general. TA 100/50, FC 140 lpm, Sat basal O2 90%, FR 25. Auscultación pulmonar: leve hipoventilación generalizada sin ruidos patológicos sobreañadidos. - Auscultación cardíaca: taquicardia rítmica sin soplos. Exploración abdominal: abdomen blando, depresible, dolor generalizado y hematomas múltiples. Genitales edematosos. MMII: pulsos conservados y simétricos. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda. PPCC: *Analítica sanguínea: Hemograma, coagulación y bioquímica normal. Gasometría arterial: acidosis respiratoria. Dímero-D 6000 (N < 500). *Radiografía tórax: compatible con la normalidad. *ECG: taquicardia sinusal a 140 lpm. Patrón S1Q3T3. *Ecocardiografía de urgencias: taquicardia. Dilatación de cavidades derecha (inversión proporción VI/VD). * Ecografía miembros inferiores: colapso completo de venas a nivel femoral y poplíteo pudiéndose descartar patología trombótica a dichos niveles en ambos miembros inferiores. *AngioTAC: compatible con tromboembolismo pulmonar masivo bilateral JC: Tromboembolismo pulmonar masivo bilateral. EVOLUCIÓN: La paciente se traslada a UCI, se continúa con monitorización continua y anticoagulación (ya iniciada en el Área de Urgencias)

Conclusiones:

Ante una paciente intervenida que precise inmovilización (total o parcial) disminuyendo su actividad diaria de manera considerable es necesario pautar anticoagulación de manera profiláctica para evitar complicaciones secundarias. Una vez que ya ha surgido la complicación, se debe estabilizar al paciente (en caso que lo precise) y comenzar con anticoagulación a dosis terapéutica lo más pronto posible. Ante la sospecha y a la espera de pruebas complementarias que precisen más tiempo, podemos utilizar la ecografía en la cabecera del paciente tanto para explorar miembros inferiores como realizar ecocardiografía de urgencias como en este caso donde se objetivó gran dilatación de cavidades derecha (principalmente ventrículo derecho, estando éste bastante aumentado en relación con el ventrículo derecho) que junto con la sintomatología y antecedentes de la paciente podemos realizar un diagnóstico bastante fiable de tromboembolismo que posteriormente se confirmaría con el resultado del angioTAC.

CASOS CLÍNICOS

P-1346

ETIOLOGÍA MULTIFACTORIAL EN UN CASO DE HIPONATREMIA GRAVE POR COCAÍNA, BENZODIACEPINAS, HIPOREXIA Y POLIDIPSIA, EN UN PACIENTE CON TRES DÍAS CON HIPO

MF Barcones Molero, T Martínez, I Sauras Yera, JL Fraguas
Hospital Miguel Servet, Centro de Salud Torre Ramona.
Zaragoza.

Palabras claves: hiponatremia, drugs, hiccup

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Introducción: La hiponatremia es el trastorno hidroelectrolítico definido como una concentración de sodio en sangre por debajo de 135 mmol/L. El sodio es un electrolito importante cuya concentración en el plasma sanguíneo es regulada con precisión mediante diferentes mecanismos. Se considera un trastorno fisiológicamente significativo cuando indica un estado de hipoosmolaridad y una tendencia del agua a ir desde el espacio intersticial al intracelular. Las causas de hiponatremia que se presenta este caso clínico son multifactoriales, su concurrencia temporal la potencian y la forma de presentación (hipo) con la que debutó la confunden. Objetivo: Describir una forma clínica de presentación poco frecuente y etiología multifactorial de hiponatremia grave en urgencias del HUMServet. Material (motivo de consulta, antecedentes, exploración, pruebas complementarias): Varón de 39 años, sin otros antecedentes salvo hernia de hiato y cirugía de dos hernia inguinales, que acude a la consulta ambulatoria de las urgencias del HUMServet por hipo de 3 días de evolución a pesar de tratamiento con primperan por su Médico de Atención Primaria, insomnio, hiporexia e ingesta de hasta 8 litros de agua para intentar remitir el hipo. Reconoce consumo de cocaína y benzodiacepinas. Exploración física normal con Glasgow 15, salvo ligera agitación psicomotriz. Tras administración de 25 mg IM de clorpromazina el hipo remite, pero el paciente comienza con disminución progresiva del nivel de conciencia hasta el estupor. En la analítica de urgencias destacaba sodio en suero de 124 mEq/l, que se reanaliza en vitales hasta 116 mEq/l. Resultados (dx.diferencial, tratamiento y evolución): Como posibles mecanismos fisiopatológicos en urgencias contemplamos el SSIADH (estimulación de vasopresina por drogas), excesiva ingesta de líquidos, consumo de tóxicos e hiporexia. El tratamiento consistió en la restricción hídrica y reposición lenta de sodio. La evolución del paciente fue favorable siendo dado de alta en 72 horas.

Conclusiones:

El consumo de cocaína y benzodiacepinas es cada vez más frecuente, puede tener complicaciones poco frecuentes pero fatales como la hiponatremia, ésta se potencia por la administración conjunta de ambas drogas, la polidipsia y la hiporexia debida al hipo, clínica engañosa con la que debutó este caso clínico.

P-1347

LESIÓN CERVICAL INSOSPECHADA

N Balbas Brígido (1), JM Lanza Gómez (2)

(1) 061 Cantabria, (2) Hospital Marqués de Valdecilla. Santander.

Palabras claves: hematoma, trastorno de deglución, insuficiencia respiratoria

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Varón de 83 años con antecedentes de tabaquismo que sufre caída accidental en la calle, motivo por el que acude a Urgencias de Atención primaria para cura de erosiones diversas. A las cinco horas comienza con disfagia, dolor cervical y disnea con desaturación al 80%. Es trasladado desde su domicilio por el 061, en el camino requiere intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. En Urgencias se realiza analítica con hemograma, bioquímica y coagulación siendo normales. En el TAC cráneo-cervical-torácico se evidencia gran hematoma prevetebral (30X15X10) que se extiende por mediastino hasta carina. En la RMN cervical se aprecia ruptura de la cadena ligamentaria cervical anterior con el hematoma descrito en el TAC. Se realizó interconsulta con Otorrino y Traumatología quien practicó cirugía de estabilización cervical. Recuperación posterior muy tórpidamente precisando finalmente traqueostomía.

Conclusiones:

Las lesiones cervicales derivadas de mecanismos de hiperextensión varía e un amplio abanico, desde lesiones estables a altamente inestables. Estas son predominantemente secundarias a roturas ligamentarias que progresan de anterior a posterior, comenzando por el ligamento longitudinal anterior y anillo fibroso anterior y extendiéndose al ligamento longitudinal posterior y ligamento flavum. La lesión dislocación-disrupción por hiperextensión provoca a veces importantes déficit neurológicos, siendo el principal el síndrome cordonal central. Aproximadamente el 25% de las lesiones cervicales espinales son el resultado de fuerzas de hiperextensión, a su vez asociadas a fuerzas de impacto. Existen condicionantes predisponentes como son edades mayores de 65 años, cambios degenerativos y estenosis del canal y osteopenia, además de ciertas enfermedades como la espondilitis anquilosante, artritis. La mayoría de las lesiones por hiperextensión-dislocación son graves y severas, además de inestables. El desplazamiento suele ocurrir en el momento del insulto traumático, pero el espasmo muscular y la inmovilización pueden mimetizar el daño. Aquellas lesiones con afectación del complejo ligamentario requieren cirugía y fijación. La RMN cervical suele ser la prueba de imagen gold-standar para la detección de lesiones graves cervicales, ya que estudia con mayor nitidez el complejo ligamentario cervical, además de las estructuras adyacentes, cuantificando hematoma, edema...

CASOS CLÍNICOS

A-1348

**PARADA CARDIORRESPIRATORIA
EN EL MEDIO RURAL**

S Jiménez Perales (1), CM Guerra García (2), V Terán Díez (3), M Terán Díez (4), L Obregón Becerril (5), R Vayas Abascal (6)

(1) Servicio de Urgencias de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud, (2) Sem 061 Cantabria. Servicio Cántabro de Salud, (3) Servicio de Urgencias de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud, (4) Cap Maragall Instituto Catalán de la Salud, (5) A. La Abadilla de Cayón.

Palabras claves: desfibrilación (electric countershock), resucitación cardiopulmonar (cadiopulmonay resuscitation), paro cardíaco (heart arrest)

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria (Pública/Privada) - Equipos de atención primaria

Historia clínica

La posibilidad de sobrevivir sin secuelas tras una parada cardiorrespiratoria (PCR) son inversamente proporcionales al tiempo transcurrido hasta el inicio de su tratamiento, con un descenso aproximado de un 10% cada minuto. La precocidad en la solicitud de ayuda, la aplicación de compresiones torácicas y la desfibrilación precoz resultan vitales para tener las mayores posibilidades de éxito. El 80-90% de los casos de muerte súbita en el adulto son de origen cardíaco, siendo la fibrilación ventricular (FV) la más frecuente cuyo tratamiento es la desfibrilación precoz. Aviso del 061 por posible parada de un hombre de 37 años en un lugar público. A la llegada del servicio de urgencias de atención primaria (SUAP) transcurridos 3 minutos, se encuentra al paciente sin signos vitales. Se inician de inmediato maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) comprobando en el monitor que está en FV, realizando la primera desfibrilación y se continua durante 20 minutos con las maniobras de soporte cardiovascular avanzado. Ante la escasez de recursos humanos (solo médico y enfermera) se pidió la colaboración de una tercera persona presente en la escena. La unidad medicalizada de emergencias 061(UME) llega pasados 20 minutos, continuando con RCP avanzada y obteniendo ritmo eficaz con pulso a los 35 minutos del inicio.

Conclusiones:

Ante la situación de PCR con FV es indemorable la desfibrilación precoz. Tener en cuenta que en zonas rurales, donde el hospital de referencia y la UME del 061 queda lejos, el primer proveedor de maniobras de resucitación suele ser el equipo del SUAP (médico y enfermera) con unos limitados recursos materiales, donde se pone de manifiesto la vital importancia de priorizar y organizar las actuaciones a seguir.

A-1349

**A PROPÓSITO DE UN CASO: NEUMOMEDIASTINO
PRIMARIO ESPONTÁNEO**

S Morales Sánchez, MJ Morales Sánchez, JV Palomo Carvajal, M Jimena García, J Krivocheya, D Santamaría Amat
Hospital Comarcal Melilla. Melilla.

Palabras claves: enfisema mediastínico, disnea, neumotórax

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente varón de 33 años de edad es atendido en urgencias hospitalarias por episodio de odinofagia, ligera disfonía y sensación disnéica de aparición súbita de unas horas de evolución. No presenta dolor torácico ni otra clínica acompañante. En la exploración física el paciente esta consciente y orientado y se encuentra estable hemodinamicamente. En cuello destaca enfisema subcutáneo paravertebral cervical anterior y supraclavicular derecha. Resto exploracion anodina. Se realiza radiografía de tórax donde se encuentra un enfisema cervicolaral derecho y en región supraclavicular sin observar neumotórax ni fracturas costales. La TAC toracica es informada comoneumomediastino que va de región cervical posterolateral derecha hasta nión gastroesofágic sin mediastinitis ni de perforación esofágica o de víscera hueca. Resto de pruebas complementarias fueron normales.

Conclusiones:

El cuadro clínico se trata de Neumomediastino espontáneo. El dolor torácico es el síntoma más frecuente y el enfisema subcutáneo es el signo mas frecuente. El diagnóstico se confirma mediante realización de radiografía simple de tórax. El diagnóstico diferencial incluye todas aquellas etiologías cardiacas, pulmonares, esofágicas y músculo-esqueléticas capaces de provocar dolor torácico, disnea o ambos. El tratamiento se basa en reposo, oxigenoterapia y analgesia.

CASOS CLÍNICOS

A-1350

**ENFERMEDAD DE NEUROBEHÇET:
A PROPÓSITO DE UN CASO**

MM Portillo Cano, F Oltra Hostalet, M García Sánchez,
C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Palabras claves: úlcera genital, aftas, enfermedad de Behçet

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 21 años, derivado por su médico de atención primaria a centro de Enfermedad de Transmisión Sexual por lesión ulcerosa en escroto, indurada, no dolorosa a la palpación, maloliente, con adenopatía inguinal no dolorosa, acudiendo el paciente a nuestro centro. Niega relaciones sexuales. El paciente es valorado por infeccioso que también objetiva lesiones en el tronco, similares a otras que ha presentado en anteriores ocasiones y que se han atribuido a acné. Consultó por lesiones aftosas en la boca el año pasado. Ha estado tomando antibióticos (amoxicilina-clavulánico) recientemente por flemón. El diagnóstico diferencial puede ser amplio pero incluye: Sífilis (coexistencia de lesiones primaria y secundarias), herpes, otras causas de úlceras genitales (Haemophilus ducreyi (chancro blando), Klebsiella granulomatis), Folliculitis generalizada con afectación escrotal complicada y causas no infecciosas (Enfermedad de Behçet). El paciente es valorado posteriormente por dermatología con el mismo planteamiento diagnóstico. Se le extrae serología de sífilis. VIH y hepatitis negativas. Dos semanas después el paciente ingresa en urgencias nuevamente por presentar intenso dolor cervical y fiebre de hasta 38.5°C que cede con analgesia habitual, con pérdida de 4-5kg en dos semanas. Es derivado por su MAP para descartar síndrome mononucleósido. Tras realizarle TAC de cráneo el paciente pasa a la UCI por presentar una colección intracraneal asociada a trombosis del seno venoso. Finalmente el paciente es valorado por reumatología que enfoca el caso a enfermedad de Behçet con afectación neurológica dada la progresión de los síntomas que ha ido presentando el paciente (aftas orales, folliculitis, úlcera genital...).

Conclusiones:

La enfermedad de Behçet es un trastorno inflamatorio sistémico, caracterizado por aftosis orogenital así como por alteraciones oftalmológicas y cutáneas. Un 5% de los pacientes presenta manifestaciones neurológicas, siendo éstas infrecuentes y más aún la coexistencia de lesiones intraparenquimatosas y extraparenquimatosas. Habitualmente, presenta buena respuesta al tratamiento inmunosupresor. El paciente que nos ocupa presenta una progresión típica de la enfermedad que no fue valorada en su conjunto, por lo que la sospecha de enfermedad de Behçet se demoró en el tiempo, presentando los diagnósticos de aftas inespecíficas y acné.

A-1351

TIEMPO ES MÚSCULO

A Ortega Requena, J J López Pérez, P Abellán García

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras claves: dolor en el pecho, electrocardiografía, angioplastia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 35 años que acude a Urgencias por dolor torácico. AP: No AMC. Fumador 5 cigarrillos/día, ocasionalmente Cannabis. Sin otros FRCV. Sin tratamiento crónico. Acude por presentar dolor, que se origina en reposo, centro-torácico tipo opresivo e irradiado a región escapular sin cortejo vegetativo acompañante. Se inicia perfusión de Solinitrina, cediendo el dolor. En Urgencias del hospital: Consciente y orientado. TA 120/60, 60 lpm. ECG con ritmo sinusal a 47 lpm y ascenso de ST en II, III y avF y de V3 a V5 siendo máximas en V4 y T picudas en V2-V5. Analítica: CPK 150, Troponina I 0.063, resto normal. Ecocordio: hipocinesia apical de septo medio y anterior, FEVI conservada. Resto sin alteraciones. Se deriva al hospital de referencia y se realiza cateterismo urgente presentando oclusión de DA media, se extrae parte del trombo y se implanta stent bioabsorbible en la zona recuperando flujo TIMI III. Ingresa posteriormente en UCI con pico Troponina 21.89 y CPK 73.5, mostrando hipocinesia apical con FEVI conservada en ecocardiograma y buena evolución clínica.

Conclusiones:

En un primer momento se planteó el diagnóstico diferencial entre pericarditis y SCACEST, dadas la clínica y resultados de las exploraciones complementarias, pero se decidió realización de coronariografía diagnóstica, donde se realizó angioplastia primaria. La angioplastia primaria es el tratamiento de elección para los IAM con elevación del ST, ya que reduce el tamaño del infarto, aumentando de la supervivencia. Se ha demostrado que el ACTP primaria frente a la fibrinólisis tiene mejores resultados con respecto al miocardio en riesgo que salva consiguiendo mayores tasas de flujo anterógrado normal coronario. Además, al contrario que la fibrinólisis que tiene una relación lineal con el tiempo en el que se realiza y la mortalidad, la ACTP primaria tiene menor dependencia del tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el procedimiento con respecto a morbilidad.

CASOS CLÍNICOS

P-1352

TENGO VOZ NASAL Y DIFICULTAD PARA TRAGAR Y NO ESTOY AGRIPIADO

JW Quenata Romero (1), MC Morante Navarro (1), A Martínez Royo (1), G de Francisco (1), RP Torres Gutiérrez (1), MA Salinero Jiménez (1), AF Salvatierra Maldonado (2)

(1) Urgencias, Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, (2) Centro de Salud de Cebreros. Madrid.

Palabras claves: Disfagia-Parestesias-Polirradiculopatía

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 19 años sin antecedentes personales, refiere tras despertar presentar voz nasal, en el desayuno refiere disfagia y nota que la leche se le sale por la nariz, no controla la deglución de la saliva, parestesias en EE.SS, camina con sensación de inestabilidad, hace 1 semana ha consumido embutidos por lo que presentó diarrea, no fiebre. TA 130/75 FC 80 T° 36,5°C. Hiperemia cutánea y mucosas AC: Rítmico AP: MVC. E. Neurológico: Consciente, imposibilidad para emitir lenguaje, parálisis III par izquierdo VI,VII,IX XII bilaterales, Fuerza y sensibilidad normal, atáxico precisa apoyo para caminar. Analítica: Hemograma, bioquímica y coagulación normales TAC craneal: sin alteraciones. LCR bioquímica y cultivo normal. Ingresa en UCI por sospecha de botulismo para infusión de toxina botulínica sin mejoría clínica, empeoramiento de la disfagia y dificultad para hablar. Cultivos, serologías negativos RMN cerebral Realce tras administración de gadolinio intravenosa de pares craneales III, V, VI, IX bilateral compatible con Síndrome Guillain-Barré sin descartar otras causas inflamatorias. EMG: muestra bloqueos de ondas F hallazgo en estadio precoces de S.G. Barre. Ante la sospecha de una variante del S.G.Barre administran 5 dosis de inmunoglobulinas, con mejoría clínica del paciente. JUICIO CLÍNICO: Síndrome Miller Fisher. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Botulismo. Miastenia. Neuropatía tóxica. Difteria.

Conclusiones:

El síndrome de Miller Fisher es la polirradiculopatía inflamatoria desmielinizante variante del síndrome de Guillain Barré, enfermedad autoinmune el organismo produce anticuerpos contra un componente de las neuronas del sistema nervioso periférico, la mielina, esto causa una pérdida en la conducción de señales entre el sistema nervioso central y el resto del organismo, esto conlleva a una parálisis muscular que puede ser muy grave y a la pérdida de función en los órganos de los sentidos. Síndrome Miller Fisher se caracteriza por presentar una tríada de síntomas: oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. Lo que distingue al síndrome de Guillain Barré de otras patologías desmielinizantes es que en general tiene un avance centrípeto, comenzando en la punta de las extremidades y progresando en dirección caudal. En general es una enfermedad que, aunque en período agudo puede poner en riesgo la vida de un paciente sin tratamiento, es muy tratable y tiene un muy buen pronóstico a largo plazo.

P-1353

EMBOLISMOS PARADÓJICOS DE REPETICIÓN Y TEP MASIVO EN PACIENTE CON FILTRO DE CAVA

AJ García Sánchez (1), M Ruiz Ojeda (2), F Rico Rodríguez (3), E Lopera Lopera (4), I Robledo Migallón (5), R Hidalgo Gil (6)

(1) MIR II de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches, (2) Médico de Dispositivo Móvil de Cuidados Críticos y Urgencias, Área Sanitaria Norte de Córdoba, (3) Médico de Urgencias del Hospital Comarcal Valle de Los. Pozoblanco, Córdoba.

Palabras claves: embolism, pulmonary, coagulation

Ámbito del caso:

Hospitalaria - Comarcal

Historia clínica

Varón de 58 años con antecedentes personales de obesidad, sedentarismo e hipertensión arterial, que acude al Servicio de Urgencias por dolor, frialdad e impotencia funcional de miembro superior derecho(MSD) de 4-6 horas de evolución, junto a leve dificultad respiratoria. A su llegada a Urgencias presenta: TA 140/80 MSI, TA 90/45 MSD, FC 106, SatO2 86%. A la exploración física presenta troncos suprAAórticos sin soplos, auscultación cardiopulmonar y abdomen normales y miembros inferiores (MMII) con pulsos distales, con leve aumento de diámetro gemelar derecho con respecto a contralateral, sin claros signos de trombosis venosa profunda(TVP). En miembros superiores(MMSS) presenta en MSD oclusión axilar, con palidez y frialdad distal intensas, relleno venocapilar abolido, con motilidad y sensibilidad levemente disminuidas, sin signos de infarto muscular ni cutáneo,con doppler continuo no se detecta flujo en vasos distales. MSI pulsos distales grado 3. Analítica normal salvo Dímeros-D 897. Gasometría arterial: pO2 63, pCO2 34. Electrocardiograma y radiografía tórax sin alteraciones. Ante la ausencia de pulsos y la dificultad respiratoria se solicita TAC tórax-abdomen donde se descarta disección aórtica, pero con signos de tromboembolismo pulmonar(TEP) bilateral. Trombosis de arteria subclavia derecha. Con los diagnósticos de isquemia aguda de MSD y TEP se plantea como primera causa el embolismo paradójico. Se realiza eco-doppler venoso de miembros inferiores (MMII) que demuestra la presencia de trombosis venosa femoropoplíteica en miembro inferior derecho (MID). Se hace un ecocardiograma transtorácico y transesofágico donde se confirma la existencia de comunicación interauricular, tipo foramen oval permeable (FOP), Junto a aneurisma del septo interauricular. Dados los embolismos de repetición a pesar de correcta anticoagulación, se decide implantar filtro de cava inferior

Conclusiones:

La sospecha diagnóstica de una embolia paradójica requiere una historia clínica detallada, con especial atención a los antecedentes personales y familiares, y sobre todo episodios previos de trombosis venosa profunda y/o estados de hipercoagulabilidad. El

CASOS CLÍNICOS

criterio diagnóstico definitivo de embolismo paradójico tan sólo sería posible con la observación directa del paso del trombo a través del foramen oval permeable mediante ecocardiografía. Son necesarios 4 criterios para aceptar la existencia de una embolia paradójica, que incluían la demostración de la existencia de TVP o TEP, isquemia arterial aguda, shunt derecha-izquierda y aumento de presión en las cavidades cardíacas derechas.

P-1354

NO TODO EDEMA ES LO QUE PARECE

M Neila Iglesias (1), C Díaz Sánchez (1), G Nacarino Moreno (1), G Martín Gómez (1), E Jiménez Martínez (2), L Gómez García (1), M Jurado Mancheño (1)

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Palabras claves: edema miembro superior, trombosis venosa profunda, carcinoma de pulmón

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

HISTORIA CLINICA: Paciente de 54 años, con antecedentes personales de hipertensión, dislipemia. Ex-fumador (Índice Paquete/Año 40). Brucelosis J. En seguimiento por Nefrología, por edemas en miembros inferiores, con diagnóstico de Síndrome Nefrótico de etiología no filiada. Acude a urgencias por edema de miembro superior izquierdo con sensación parestésica, de horas de evolución. No déficit motor ni fiebre. Refiere astenia intensa con pérdida de peso no cuantificada, en las últimas semanas. Niega traumatismo u otra sintomatología. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Tensión arterial 153/95 mmHg. Frecuencia cardíaca 90 lpm, Temperatura 36.4°C, Saturación Oxígeno 99%. Buen estado general, buena coloración de piel y mucosas. Cabeza y cuello: Se palpa adenopatía profunda adherida a planos profundos, en región supraclavicular izquierda. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normal. Locomotor: Miembro superior izquierdo (MSI) aumentado de diámetro, sin cambios de temperatura local, con pulso radial, humeral y axilar conservados. Resto sin hallazgos de interés. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Hemograma: Hemoglobina 13.1 g/dL, Hematocrito 38.3%, Hematíes 4.79 mill/mm³, Leucocitos 9000 (Neutrófilos 67.3%, Linfocitos 24.2%), Plaquetas 354000. Coagulación: Fibrinógeno 8.24 g/L, Dímero D 683 ng/mL, resto sin alteraciones. Bioquímica: Creatinina 1.3 mg/dL, Urea 60 mg/dL, Filtrado Glomerular 56 ml/min, LDH 602UI/L, resto normal. Radiografía tórax: No cardiomegalia, pinzamiento seno costofrénico izquierdo, masa lóbulo superior izquierdo. **DIAGNÓSTICO SOSPECHA:** Trombosis venosa profunda MSI y masa pulmonar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Rotura muscular, hematoma espontáneo. Linfangitis, celulitis infecciosa. Tromboflebitis superficial. Compresión extrínseca (Tumor, Posicional, Síndrome del Desfiladero Costocervicoclavicular). Edema de origen sistémico (Insuficiencia Cardíaca, Síndrome Nefrótico, Hepatopatía, Hipoproteinemia). **MANEJO Y EVOLUCIÓN:** Se ingresó al paciente para estudio, realizándose las siguientes pruebas complementarias: **ECODOPPLER:** No se aprecian defectos de rellenos, que sugieran trombosis venosa profunda en la subclavia, axilar y segmento braquial. **TAC TORACOABDOMINAL:** A nivel superior izquierdo se observa masa (8.3 cm diámetro transversal), que se extiende hacia mediastino superior y anterior, infiltrando arteria pulmonar principal e izquierda. Se acompaña de discreto derrame pleural homolateral. Biopsia: Carcinoma indiferenciado de células

CASOS CLÍNICOS

pequeñas. **DIAGNÓSTICO FINAL:** Linfadenitis secundaria a compresión extrínseca por carcinoma pulmonar.

Conclusiones:

Subrayar la importancia de realización de radiografía de tórax en el Servicio de Urgencias, así como la lectura sistemática de la misma, para descartar patología pulmonar ante edema de miembros superiores, sobre todo si es de carácter unilateral. Destacar también la sensibilidad de la Eco-Doppler ante edema en miembros con resultados analíticos de Dímero D elevado.

P-1355
DISECCIÓN AÓRTICA EN EL PUERPERIO: ¿CUÁNDO SOSPECHARLA?

T Pietrosanto, L Segovia Calero, CE Celis Pereira,
Y Aloma Gonzále

Departamento 19 Alicante. Alicante.

Palabras claves: disección aórtica, puerperio, dolor lumbar

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer 29 años. Parto eutócico el 04/08/2014. Antecedentes: Asma. Embarazo ectópico. Mielomeningocele sacro. Cesárea. Escoliosis dorsolumbar severa intervenida. 23/09/14: Atendida por SAMU por hipoglucemia de 16mg/dL. Traslada a urgencias hospitalarias con náuseas, vómitos, intolerancia oral y mareo de menos de 24h. En el último mes múltiples consultas por dolor lumbar, torácico y abdominal "como un desgarró" sin alteraciones en las pruebas realizadas y refractario a tratamiento. Presenta deterioro progresivo del nivel de conciencia, inestabilidad hemodinámica y sangrado digestivo. Se procede a laparotomía exploradora urgente. Fallece a las pocas horas por fallo multiorgánico. Tratamiento habitual: Paroxetina, Lyrica. **EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** TA 100/54 mmHg. FC 102 lpm. Tª 36,2°C. Glucemia 160 mg/dL. Sat O2 100% Obnubilada. Mal estado general. Palidez mucocutánea. Deshidratación. Signos de hipoperfusión. Auscultación normal. Abdomen postgravídico, dolor leve difuso, sin peritonismo. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos pedios ausentes. Pupilas isocóricas y reactivas. Agitación. **ANALÍTICA:** Plaquetas 24000 UL APTT 2,12 INR 16,4 QUICK 6% Tiempo de trombina 59,3 seg Glu 400 mg/dL Urea 117,3 mg/dL Cr 2,96 mg/dL FG 20 mL/min Na 117 mmol/L K 6,8 mmol/L GPT 3814 U/L GOT 7514 U/L PCR 3,86 mg/dL Leucocitos 20000 (86%N) Hb 7,2 g/dL Hematocrito 22,8% VCM 94,6 fl pH 7.04 pCO2 19 mmHg pO2 103 mmHg Lactato 12,5 mmol/L Bicarbonato 5,1 mmol/L **ANGIO-TAC ABDOMINO-PÉLVICO:** Disección de aorta descendente distal a troncos suprAAórticos hasta arterias renales. Signos de insuficiencia cardíaca crónica. Hepatomegalia. Líquido libre intraperitoneal. **JUICIO CLÍNICO** Fallo multiorgánico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.** Disección aórtica Tromboembolismo pulmonar Hemorragia postparto tardía.

Conclusiones:

Muchos autores consideran el embarazo un periodo de mayor estrés y riesgo hemodinámico para desarrollar disección aórtica. Más de la mitad de las mujeres menores de 40a diagnosticadas se encuentran en el 3º trimestre de gestación. En la literatura se describen pocos casos de disección aórtica en el puerperio, la mayoría relacionados con historia personal y/o familiar de Síndrome de Marfan. Otras etiologías posibles descritas son la válvula aórtica bicúspide, enfermedad de Ehlers-Danlos y otras enfermedades del tejido conectivo, coartación de aorta, aneurisma conocido o traumatismos.

CASOS CLÍNICOS

P-1356

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO POR DISULFIRAM

A Muñoz Galindo (1), A Muñoz Galindo (1), I Corbacho Cambero (1), J García Criado (1), R Herrero Antón (2), V Sánchez Moro (1), R Rodríguez Borrego (1)

Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Palabras claves: disulfiram, alcoholismo, urgencias médicas

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: el Síndrome Confusional Agudo es un cuadro que se caracteriza por su inicio brusco y la presencia de alteración del nivel de conciencia, afectación de las funciones cognitivas y psicomotriz y alteraciones del ciclo sueño-vigilia. Por todo ello, constituye una entidad que suele ser motivo de consulta en el Servicio de Urgencias. Objetivo: conocer las principales entidades que pueden generar este cuadro (causas neurológicas, sistémicas, tóxicas) así como su diagnóstico diferencial y manejo para prestar una atención óptima a pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con esta patología. Paciente: Varón de 73 años con antecedentes personales de Hipertensión Arterial y Abuso de Alcohol en Deshabituación. Tratamiento: Irbesartán 150 mg (1-0-0) Díazepam 5 mg (0-0-1) Disulfiram 250 mg (2-0-0). Acude al Servicio de Urgencias derivado desde Atención Primaria por cuadro confusional leve y disartria de varias semanas de evolución coincidiendo con el inicio de tratamiento para deshabituación. Su médico había suspendido la toma de Díazepam sin mejoría. Durante su estancia en dicho servicio, se realiza pruebas analíticas que descartan origen metabólico del cuadro, se realiza Tomografía Computarizada Craneal que no muestra hallazgos compatibles con la clínica así como punción lumbar con resultado normal. Tras ello, se decide suspender Disulfiram y sustituir por Carbimida Cálcica en gotas y remisión al paciente para revisión por parte del Servicio de Neurología y su Equipo de Salud Mental. Con posterioridad el paciente refiere encontrarse asintomático con situación cognitiva basal. Resultados: Diagnóstico Final: Síndrome Confusional Agudo Leve por Disulfiram con reversión del cuadro tras suspensión del fármaco.

Conclusiones:

El disulfiram es un fármaco de uso común para deshabituación alcohólica, por lo que resulta interesante conocer sus efectos adversos (trastornos psiquiátricos, del sistema nervioso, gastrointestinales, hepatobiliares) Por otro lado, existen multitud de fármacos de uso común que pueden generar cuadros confusionales (antiarrítmicos, anticomieles, antihipertensivos, antidepresivos, bezondiacepinas, opiáceos, disulfiram, neurolépticos). Una buena historia clínica es fundamental para orientar el diagnóstico y tratamiento desde el Servicio de Urgencias.

P-1357

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DISTAL A CATÉTER DE MARCAPASOS

C Clemente Sarasa (1), I Ferrando Lacarte (2)

(1) Hospital Royo Villanova, (2) Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Palabras claves: trombosis venosa, marcapasos-catéteres

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón bronquítico crónico de 87 años intervenido hace dos semanas para implante de marcapasos izquierdo por bloqueo aurículo-ventricular de segundo grado tipo 2. Acude a Urgencias por aumento del perímetro de extremidad superior izquierda secundario a edema, con coloración rojo-violácea, frialdad distal y pulsos presentes y simétricos. No dolor a nivel de la extremidad afecta ni disnea (saturación de oxígeno del 96%). Afebril. En analítica dímero D de 21432 ng/mL, sin otras alteraciones. Radiografía de tórax con marcapasos bicameral, sin otros hallazgos. En ecografía de miembros superiores engrosamiento del tejido subcutáneo en porción anterior del antebrazo, con aumento de la vascularización superficial, no observando signos de trombosis venosa. Se solicita TAC torácico con contraste, en el que se objetiva imagen de trombosis de 2 cm de longitud en la vena subclavia izquierda, distal al catéter de marcapasos. Se comenta con cirugía vascular desestimándose intervencionismo dada la estabilidad del paciente. Se inició tratamiento con heparina subcutánea a dosis anticoagulante con mejoría de la sintomatología así como disminución de la tumefacción de extremidad superior izquierda. Durante el ingreso se inició tratamiento con acenocumarol oral sin complicaciones posteriores.

Conclusiones:

La incidencia de fenómenos tromboembólicos tras implante de marcapasos oscila entre el 5 y 64%, siendo la mayoría asintomáticos. Dichos eventos pueden aparecer en cualquier momento tras el implante siendo más frecuentes en los primeros tres meses tras su colocación. El riesgo se incrementa en función del número y diámetro de catéteres-electrodo empleados, la duración e intervencionismo del procedimiento y la presencia de factores protrombóticos previos. Puede abarcar un amplio espectro de sintomatología, desde asintomático, edema, dolor de la extremidad comprometida, tromboembolia pulmonar, o incluso síndrome de la vena cava superior en casos en los que el trombo obstruye parcial o totalmente el flujo a través de la vena cava superior hacia aurícula derecha. El tratamiento puede requerir anticoagulación, fibrinólisis, angioplastia o cirugía. Algunos autores recomiendan profilaxis de trombosis tras implante de marcapasos, sobre todo en pacientes que presentan mayor riesgo protrombótico. En nuestro caso dada la estabilidad clínica y la elevada edad del paciente se decidió tratamiento más conservador con buena evolución posterior.

CASOS CLÍNICOS

P-1358

EXTRAVASACIÓN DE CONTRASTE EN PACIENTE ONCOLÓGICO

A Muñoz Galindo (1), I Corbacho Cambero (1), J García Criado (1), P García Herrero (1), C Crespo Martínez (1), J Naranjo Armenteros (1)

Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Palabras claves: medios de contraste, urgencias médicas, inflamación

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Introducción: La extravasación de medios de contraste se ha incrementado con el uso de inyectorios automáticos. Este fenómeno puede ocasionar desde edema y eritema leve hasta un síndrome compartimental, pasando por necrosis y lesiones ulcerosas. Objetivo: Conocer los factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de este tipo de situaciones que pueden ocurrir con cada vez más frecuencia en un Servicio de Urgencias. Paciente: mujer de 63 años con Hipertensión Arterial y diagnóstico de Neoplasia de Mama con Metástasis Óseas que tras serle realizada Tomografía Computarizada Craneal acude al Servicio de Urgencias por intenso dolor e inflamación en antebrazo, muñeca y mano izquierda. Durante la exploración física se constata importante edema hasta codo, con crepitación y persistencia de pulsos distales con fuerza y sensibilidad conservada. Se realiza Radiografía de Antebrazo, donde se observa la presencia de contraste radiológico en importante cuantía. Comentado el caso con el Servicio de Dermatología se decide manejo conservador y revisión en consulta, se indica a la paciente que en caso de presentar síntomas de Síndrome Compartimental (se explican) debe acudir para valoración. Resultados: el diagnóstico final es el de Edema y Enfisema Subcutáneo en Antebrazo izquierdo secundario a extravasación de contraste radiológico.

Conclusiones:

La sintomatología de las extravasaciones es muy variable y en los casos favorables suele resolverse en 24-48 horas. Se debe mantener al paciente en observación 2-4 horas por la posible aparición de ampollas y/o necrosis. A pesar de la variabilidad bibliográfica, como tratamiento se recomienda elevar el miembro por encima del corazón, frío local y monitorización. La utilidad de aspirar el contraste, inyectar suero o corticoides no ha sido demostrada. Ante la existencia de heridas se debe prevenir la sobreinfección. La cirugía queda reservada a casos graves. El manejo de las complicaciones relacionadas con la realización de pruebas de imagen resulta de vital importancia por parte del personal médico de un Servicio de Urgencias.

P-1359

DISNEA + ESTRIDOR: LARINGOSCOPIA INDIRECTA, UNA HERRAMIENTA SENCILLA EN NUESTRAS MANOS

M Corominas Sánchez, M Solís López,
P González-Quirós Fernández

Hospital de Cabueñes. Oviedo.

Palabras claves: stridor, dyspnea, laringoscope

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Introducción: La disnea acompañada de estridor bifásico suele ser una patología de vía respiratoria alta, en la mayoría de los casos sería importante utilizar la laringoscopia indirecta como exploración habitual para descartar compromiso de la vía aérea alta. A propósito de 2 casos clínicos: Mujer 79 años, diagnosticada de Asma hacia 2 años, espirometría: FEV1 90%, FEV1/FCV 65%, tratamiento: inhaladores, Refiere tos, expectoración, disnea, fiebre y dolor torácico. Exploración: Sat O2: 94% taquipnea, ruidos audibles en vía altas, disminución murmullo vesicular. Se comienza con corticoterapia + broncodilatadores sin mejoría. Pruebas complementarias: gases arteriales pH: 7,38, p CO2: 52, Po2: 297 (sin O2) Rx tórax y analítica normal. Tras medicación, no mejoría pautándose otra dosis de corticoides y broncodilatadores. Reevaluación: exploración similar con estridor bifásico. Se realiza laringoscopia indirecta: formación en glotis que reduce el calibre. Se avisa al otorrinolaringólogo (ORL), fibroscopia: a nivel subglótico lesión redondeada que ocupa la práctica totalidad de subglotis confirmándolo por TAC. Ingres en ORL para traqueotomía + biopsia: condroma glótico bien diferenciado. Cirugía programada con buena evolución. Varón 23 años, gastrectomía total + drenaje esofágico por lesión esofágica grado III con estenosis en 1/3 proximal + yeyunostomía por ingesta de agua fuerte hacia 2 meses. Acude por disnea, eupneico en reposo sin tiraje, Sat O2: 97% AP: murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos, se pauta broncodilatadores más corticoterapia, sin mejoría según el paciente. Reevaluación constatando estridor bifásico, se realiza laringoscopia indirecta: abundantes secreciones en base de la lengua, epiglotis claramente deformada que impide valoración de cuerdas vocales y subglotis. Se avisa a ORL, fibroscopia: estenosis supraglótica, no se aprecian cuerdas vocales, se muestra un orificio filiforme posterior. Se realiza TAC que confirma la estenosis laringo traqueal. Traqueostomía. Discusión: Ambos casos se orientaron al principio como patología respiratoria baja, la mala evolución acompañada del estridor bifásico nos hace replantearnos ambos casos.

Conclusiones:

La laringoscopia indirecta es una herramienta más a nuestra disposición en urgencias, requiere tan solo cierta habilidad para realizar la técnica, y pensar en ella no solo ante la posibilidad de cuerpos extraños sino también cuando nos encontremos ante un estridor bifásico.

CASOS CLÍNICOS

P-1360

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE ÚLCERA GENITAL AGUDA

C Hernández Martínez (1), JM González González (1), L Bernabé Vera (1), Al Casas Torres (1), MD Medina Abellán (2), M García Palacios (1)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, (2) Unidad Docente Medicina de Familia Murcia. Orihuela.

Palabras claves: ulcer, vulvar, Lipschutz

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

MC: Molestias genitales ANTECEDENTES PERSONALES: • Sin alergias medicamentosas conocidas. • Sin patologías médico-quirúrgicas de interés • No menarquia • No inicio de relaciones sexuales • No hábitos tóxicos • No tratamiento crónico ENFERMEDAD ACTUAL: Mujer de 12 años que consulta por presentar desde hace 3 días lesión erosiva en labio mayor izquierdo, de aparición brusca, dolorosa y que ha ido aumentando de tamaño. De manera concomitante se encuentra en tratamiento antibiótico para faringoamigdalitis (cuadro iniciado hace 5 días). Actualmente no fiebre, ni otra sintomatología asociada. EXPLORACIÓN FÍSICA: Lesión única, ulcerada de aproximadamente 1cm de diámetro, en labio mayor izquierdo, con base necrótica y bordes rojo-violáceos bien definidos. No adenopatías inguinales. No otras lesiones genitales. EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA: En cuanto a los datos de laboratorio, el hemograma, la bioquímica y el sedimento de orina fueron normales. La serología frente a sífilis, virus de la inmunodeficiencia humana, virus de Epstein Barr, Citomegalovirus y virus de la Hepatitis B y C fueron negativos DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Úlcera de Lipschutz DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 1) Herpes genital 2) Infección VIH 3) Sífilis 4) Aftosis idiopática recurrente 5) Enfermedad de Beçet 6) Enfermedad de Crohn 7) Pioderma gangrenoso 8) Penfigoide vulvar de la infancia

Conclusiones:

La úlcera de Lipschutz engloba la aparición de úlceras genitales agudas en mujeres jóvenes, generalmente sin relaciones sexuales previas, cuyo diagnóstico se realiza por exclusión, tras descartar el resto de las causas (enfermedades de transmisión sexual, causas autoinmunes, traumatismos, infecciones,...). Se trata de una entidad poco frecuente e infradiagnosticada, de causa desconocida, aunque en estudios recientes se asocia al virus de Epstein Barr. El curso clínico es autolimitado y tiende a la curación espontánea.

P-1361

DERRAME PLEURAL TRAS ARTRODESIS DORSAL POSTERIOR

L Mechbal Gracia (1), F Rico Rodríguez (2), A López Sánchez (3), P Lara Cachinero (3)

(1) Área de Neumología, Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches, (2) Servicio de Urgencias, Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches, (3) Servicio de Urgencias, Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches. Córdoba.

Palabras claves: pleural effusion, spinal fixation, dyspnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Anamnesis: Mujer de 15 años intervenida hace 20 días de cifoescoliosis dorsal mediante artrodesis posterior como único antecedente de interés. El postoperatorio transcurrió sin incidencias siendo dada de alta con analgésicos comunes y enoxaparina a dosis profilácticas. Consulta por disnea progresiva desde el alta que se ha hecho de reposo sin otra sintomatología acompañante. Exploración física: TA 121/68, Tª 36.4, Sat O2 90%. Regular estado general, consciente y orientada, normocoloerada, bien hidratada, taquipnéica. Corazón rítmico a 128 sístoles por minuto. Abolición del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo. Abdomen y miembros inferiores sin alteraciones. Pruebas complementarias: - Hemograma: Hto 33%, Hb 11.1 g/dl, VCM 87 fl, resto normal. - Bioquímica: normal. - Gasometría arterial: pH 7.47, pO2 58 mmHg, pCO2 31 mmHg, HCO3 20 mmol/l, EB -0.8, Saturación de O2 91%. - Coagulación: normal. Dímero D 5833 µg/l. - Rx tórax: importante derrame pleural izquierdo que se confirma con ecografía torácica. - Angiotomografía computerizada de tórax: pérdida de volumen de pulmón izquierdo por importante derrame pleural sin tromboembolismo pulmonar. Evolución: Se coloca drenaje torácico evacuándose 1600cc de líquido serofibrinoso con los siguientes datos analíticos: glucosa 61.60 mg/dl, proteínas 5.9 g/dl, LDH 449 U/L. 1260 leucos (67% PMN). Tras el drenaje pleural y analgésicos evoluciona favorablemente. Diagnóstico: Derrame pleural tras fijación dorsal posterior

Conclusiones:

Durante la fijación dorsal posterior no se invade la cavidad pleural, por esto normalmente no se dejan colocados drenajes pleurales postoperatorios y la radiografía de tórax control no está incluida dentro de los protocolos al alta. A pesar de ello, las revisiones existentes muestran una incidencia elevada de derrame pleural (9 -66%) que suele detectarse dentro de las primeras 48 horas, siendo de tipo exudativo y de escasa cuantía (aunque esto último depende del tiempo quirúrgico) lo que hace sospechar que su causa sea la irritación pleural. La actitud terapéutica suele ser conservadora con reabsorción completa a los 15 días, salvo en aquellos pacientes en los que ocasiones insuficiencia respiratoria que deben ser evacuados. Consideramos que antes del alta es necesaria una radiografía de tórax para el control de la presencia de derrame pleural, sobre todo en pacientes con tiempos quirúrgicos prolongados y en los que se haya intervenido accidentalmente sobre la hoja pleural parietal.

CASOS CLÍNICOS

A-1362

UNA CAUSA INUSUAL DE TAQUICARDIA EN URGENCIAS

AB Martínez Motos (1), A Sedano Casas (2), S Gómez Ramírez (2), L Abad López (2), L Ramírez Relinque (2), A Hernández Castro (2), A Murillo Romero (1)

Hospital General de Villarrobledo. Almansa.

Palabras claves: atrial fibrillation, pulmonary embolism, carcinoma, squamous cell

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 62 años fumador de 2 paquetes al día, con hábito enólico moderado y antecedente de HTA, que consulta en urgencias por disnea y sensación de mareo de unas 12 horas de evolución. Además, refiere astenia de 15 días de evolución con pérdida de peso no cuantificada y disfonía. El paciente está pendiente de valoración en Dermatología por lesión en suelo de boca y adenopatía submandibular. Exploración física: CyO, BEG, NC, NH, afebril, TA: 110/65 mmHg, FC: 135 lpm. ORL: lesión excrecente en región de triángulo retromolar derecho. ACP: tonos arrítmicos, no soplos. MVC. Abd: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas. MMII: sin edemas ni signos de TVP. Exploraciones complementarias: - ECG: fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. - Rx tórax urgencias: senos costofrénicos libres, sin imágenes de infiltrados. - Analítica: Hb 15.6, plaq. 308.000, leucocitos 10820, gluc 187, urea 54, Cr 0.78, Na 142, K 3, GOT 29, LDH 377, CK 752 (CK-mb 29), troponina I 0.015. - Angio-TAC pulmonar: no defectos de replección en arterias pulmonares sugestivos de TEP. No se identifica realce de la vena pulmonar inferior izquierda ni de sus tributarias, a valorar la posibilidad de trombosis. Adenopatías de 1 cm pretraqueal, subcarinal e hilar derecha. En hilio izquierdo existe un ganglio de 0.9 cm. Nódulo de 4 mm en LM. Ocupación de algunos bronquios de ambos lóbulos inferiores, probablemente por secreciones. No se identifica derrame pleural ni áreas de consolidación. Evolución: Con el diagnóstico de trombosis de vena pulmonar inferior izquierda y fibrilación auricular rápida, el paciente ingresa en Medicina Interna. Ante la presencia de lesión en suelo de boca se completa el estudio realizándose exploración por parte de Otorrinolaringología y TAC de mandíbula, con diagnóstico de probable carcinoma epidermoide de suelo de boca. La trombosis de vena pulmonar izquierda fue catalogada de origen paraneoplásico.

Conclusiones:

La trombosis de vena pulmonar es una causa extremadamente rara de embolia pulmonar así como de manifestación paraneoplásica, no habiendo encontrado casos similares al que presentamos tras la revisión de la literatura médica publicada. Revisando dicha literatura hemos hallado casos descritos de trombosis de venas pulmonares en postoperatorios de trasplantes pulmonares y/o cardíacos.

A-1363

PENSAR EN LO FRECUENTE SIN OLVIDAR LO INFRECUENTE

E Espinosa de los Mont Márquez (1), A Pérez Melero (2), M Arroyo Gallego (2), J Torres Yebes (2), A Gómez (2), M Martínez Marco (2), L Cabeza Osorio (1)

Hospital del Henares. Coslada, Madrid.

Palabras claves: ictericia, colecistitis, piperacilina/tazobactam

Ámbito del caso:

Hospitalaria - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 53 años con antecedentes de perforación duodenal y peritonitis en 2013. Acude por mal estar general y dolor abdominal de 24 horas de evolución. Cuenta heces hipocólicas y orinas coléricas. A la exploración física impresiona ictericia verdina de piel y mucosas acompañado de febrícula de 37,7°C, abdomen distendido y timpánico, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. Analíticamente presenta leucocitos 39.370, neutrófilos 37.540, bilirrubina total 24,28, GOT 102, GPT 69 y LDH 845, y PCR 234. Diagnóstico diferencial: Colecistitis aguda, colangitis, colodocolitiasis, pancreatitis aguda, hemólisis, hepatitis aguda (viral, alcohólica, autoinmune), granulomatosis hepática (tuberculosis, sarcoidosis, brucelosis,...), metástasis hepáticas, carcinoma hepatocelular y otros procesos neoplásicos. Ante la principal sospecha de colecistitis se inicia Piperacilina/tazobactam y se deja en observación para completar estudio. Posteriormente se realiza ecografía abdominal donde se observa vesícula distendida con signos de colecistitis con engrosamiento de la pared y dilatación de la vía biliar intrahepática y del colédoco. Se completa el estudio con un TAC de abdomen donde se observa severa dilatación de la vía biliar intrahepática, dilatación de la vía biliar extrahepática y colelitiasis. Se intenta realizar CPRE para canalizar la vía biliar que resulta imposible por cirugía previa. Ante la imposibilidad de canalizar la vía biliar se solicita colocación de drenaje biliar externo. Se realiza colangiografía percutánea diagnóstica en la que se aprecia dilatación de los conductos biliares principales e importante dilatación sacular con oclusión a nivel del conducto biliar común. Durante el intento de sobrepasar la obstrucción para acceder al colédoco se accede a la porta principal lo que sugiere lesión tumoral de la vía biliar con infiltración vascular del sistema portal. Dados los hallazgos se coloca un drenaje biliar externo y se traslada a UCI. Tras 4 días en UCI presenta evolución favorable, con drenaje normofuncionante, con menor ictericia y bilirrubina total de 8.28 con buena tolerancia oral.

Conclusiones:

El cáncer de vesícula biliar es el quinto cáncer más común del tracto digestivo y el más frecuente de los tumores del árbol biliar. Este tumor se ha asociado a diversos factores principalmente a la existencia de litiasis vesicular en el 80-90% de los pacientes.

CASOS CLÍNICOS

P-1364

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR TORÁCICO

T de los Cobos Calleja (1), M Solís López (2), P González-Quiros Fernández (2)

Hospital de Cabueñes. Gijón.

Palabras claves: chest pain, medullary hemorrhage, diagnoses diferencial

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

INTRODUCCION: El dolor torácico es una de las consultas más frecuentes tanto en las urgencias extrahospitalaria como en la hospitalaria y abarca un gran abanico de patologías que no tiene porque ser las habituales. Caso: Mujer de 79 años, fumadora sin otros antecedentes de interés, tras despertarse comienza con dolor interescapular intenso irradiado a brazo izquierdo acompañado de disnea y sudoración, valorada por el 112 es trasladada al hospital en uvi móvil con impresión diagnóstica: SCA vs Diseccción aortica, a su llegada está estable TA: 154/90 FC: 77 Sat O2: 97%(con O2) , exploración cardiovascular, pulmonar y abdominal normal, llama la atención la poca colaboración de la paciente para la exploración neurológica, presentando gran hipotonía, reflejos normales. Pendientes de resultados analítico, ECG: bradicardia sinusal a 45 lpm T negativas V1- V3, Rx tórax: ensanchamiento mediastínico, se solicita TAC torácico para descartar disección de aorta, comentando con los radiólogos la posibilidad también de tromboembolismo pulmonar. Analítica (con troponina I) y TAC de arterias pulmonares y aórtica son normales, La paciente refiere dolor de cabeza, las constantes TA: 85 /55 fc: 45 lpm, se decide comenzar sueroterapia y analgesia (paracetamol). Se solicita Tac craneal. Cediendo el dolor y estabilizándose las constantes, la paciente está más colaboradora aunque presenta desviación cervical a la derecha aparentemente 2ª a contractura con desviación de la mirada hacia ese lado, abolición de los reflejos, y tetraparesia. Solicitamos valoración a neurología por sospecha de lesión medular, los cuales corroboran la sospecha y deciden derivar a la paciente a nuestro hospital de 3 nivel para realizar RMN urgente: hemorragia intramedular C6-C7 hasta unión bulbo-medular, posible cavernoma subyacente. **DISCUSION:** Ante una clínica tan habitual en nuestro medio y a la vez tan urgente, es difícil pararse a pensar diagnósticos diferenciales en el momento de la actuación principal, si es verdad que la exploración neurológica de esta paciente paso en un primer momento a un segundo plano, haciéndose de manera grosera.

Conclusiones:

Probablemente en una nueva situación similar la actuación sea de nuevo parecida, ya que la patología sospechada como primeros diagnósticos diferenciales no permite demoras en la actuación.

A-1365

LA IMPORTANCIA DE UN ABORDAJE URGENTE: HIPERPOTASEMIA SEVERA Y SIGNOS DE ALARMA

MC Fernández Fernández (1), MP Ortigosa Arrabal (1), JJ Álvarez Cano (2)

(1) Centro de Salud Tiro de Pichón, (2) Residencia Divina Pastora. Benalmádena.

Palabras claves: hyperkalemia, arrhythmia, metabolic acidosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

MOTIVO DE CONSULTA: deterioro del estado general y vómitos. **HISTORIA CLÍNICA:** varón 74 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes de hipertensión arterial y fibrilación auricular paroxística. En tratamiento con sintrom, bisoprolol y valsartán/hidroclorotiazida. Acude a cuadro de críticos por deterioro del estado general de forma progresiva desde hace dos semanas tras intervención quirúrgica de cáncer de recto. Desde el alta ha presentado baja ingesta tanto de líquidos como de sólidos, siendo nula en los últimos días. Náuseas con algún vómito de contenido bilioso. Heces en bolsa de colostomía de consistencia pastosa, sin aumento en el número de deposiciones. Disminución de la diuresis. No episodio febril. No dolor abdominal. No otra sintomatología acompañante. **EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Mal estado general. Regular hidratado y bien perfundido. Consciente, desorientado en tiempo y orientado en espacio. Palidez mucocutánea. Constantes: TA 80/50mmHg, FC 95lpm. Afebril. SatO2 97% basal. Oligoanuria. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. Bolsa de colostomía en fosa iliaca izquierda funcionando. Ruidos hidroaéreos disminuidos. Exploración neurológica: debilidad muscular, parálisis flácida, hiporreflexia tendinosa. Resto anodino. -Análisis de sangre: destaca glucosa 238, urea 287, creatinina 12.1, sodio 125, potasio 9.3, cloro 79. Gasometría venosa: pH 7.16, Pco2 35.2, HCO3 12.4. Fracción excreción de sodio 1%. -Electrocardiograma: ritmo nodal, bloqueo de rama izquierdo aberrante, QT alargado, ondas T picudas. **JUICIO CLÍNICO:** Insuficiencia renal aguda prerrenal secundaria a deshidratación. Hiperpotasemia severa y acidosis metabólica secundaria en paciente recientemente intervenido de cáncer de recto. **EVOLUCIÓN:** tras realización en cuarto de críticos de ECG se sospechó hiperpotasemia por lo que se comenzó a tratar mediante furosemida intravenosa y suero glucosado al 5% e insulina 8-10 UI. El paciente pasó a área de observación y tras comprobar oligoanuria se procedió a coger una vía venosa central para determinación de PVC. Mediante tratamiento para la hiperpotasemia, tuvo una buena evolución hasta el ingreso a cargo de Oncología donde presentó una evolución favorable con recuperación progresiva de la función renal hasta normalizarse al alta.

Conclusiones:

Con este caso clínico queremos ilustrar la importancia de una actuación urgente con nuestra sospecha clínica, previa a la confirmación mediante pruebas complementarias.

CASOS CLÍNICOS

P-1366

UN CASO POCO FRECUENTE DE CEFALEA

MA Zapatería García (1), M Sada Ruiz (2), L Yangüas Amatriain (2), M Fortún Moral (1), T Puras Artajo (1), E Pérez Salvatierra (1), L Herrera Valdez (3)

(1) Hospital Reina Sofía, Tudela, (2) Hospital García Orcoyen de Estell, (3) SUE Tafalla. Navarra.

Palabras claves: cefalea orbitaria, diplopía binocular, oftalmoparesia

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 61 años acude a Urgencias por dolor orbitario izquierdo de 5 días de evolución, intenso, de carácter opresivo, continuo, con respuesta parcial a Ibuprofeno y empeoramiento con los movimientos oculares. En las últimas 36 horas se le había asociado diplopia binocular y franca inestabilidad en la marcha como consecuencia de la diplopia. Náuseas y vómitos en los últimos 4 días. Cuadro catarral desde la semana anterior con afonía, tos y rinorrea que su médico de cabecera había comenzado a tratar con Amoxicilina/clavulánico y un broncodilatador inhalado. Ante la sospecha de efecto secundario medicamentoso había suspendido el tratamiento. Antecedentes personales: fumadora, cefalea tensional periódica, carcinoma esplénico tratado con esplenectomía y microcarcinoma papilar de tiroides tratado mediante lobectomía tiroidea derecha. Exploración física: constantes vitales normales. Leve exoftalmos izdo. Paresia de músculo recto externo izquierdo (paresia del VI par oculomotor izquierdo). Marcha en tandem dificultosa por la diplopia. Resto de exploración neurológica normal. Analítica: leucocitosis 15.700 con fórmula normal. TAC craneal: sin signos de patología aguda intracraneal. Tras la administración de Paracetamol y Ketorolaco endovenosos mejora la cefalea pero persiste la diplopia y mareo. Es ingresada en servicio de Neurología para completar estudio y analgesia según necesidades. No se inicia corticoterapia para no enmascarar los resultados de las pruebas. Se le realiza: analítica con serologías de virus y bacterias, anticuerpos antitiroideos, marcadores tumorales, Resonancia Magnética craneal y de órbitas y TAC toracoabdominal. Resultados normales. Se realiza punción lumbar con cultivo y PCR virus neurotropos negativos. La paciente presenta rápida y espontánea mejoría de la cefalea y de la oftalmoparesia del VI par izdo. Al alta persiste diplopia binocular que desaparece con parche ocular alternante.

Conclusiones:

Frente a una oftalmoplejia dolorosa debe realizarse diagnóstico diferencial entre varias entidades: orbitopatía tiroidea, síndrome de Tolosa-Hunt, etiología vascular (aneurisma cerebral, fístula carotidocavernosa, trombosis seno cavernoso), origen infeccioso (sinusitis, mucormicosis, TBC, sífilis, enf. de Lyme), origen tumoral (primario cerebral o metastásico) y enfermedad inflamatoria sistémica (vasculitis, LES, arteritis de Horton). Se llegó a la conclusión de que se trataba de una oftalmoparesia dolorosa de probable etiología parainfecciosa.

CASOS CLÍNICOS

P-1367

DIAGNÓSTICOS HEREDADOS

L Sánchez Íñigo (1), C Ibero Esparza (1), D Navarro González (1), M Díaz Noain (1), N López Laguna (1), O Oger (1)

(1) Hospital García Orcoyen, (2) Urgencias. Hospital García Orcoyen. Estella.

Palabras claves: diagnostic errors, lung cancer

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Introducción: En el paciente frecuentador de Urgencias, se puede cometer el error de banalizar su motivo de consulta o no revisar las exploraciones realizadas con anterioridad. Objetivo: Concienciar de la importancia de valorar a cada paciente de forma objetiva y procurar ser más precavido en la valoración del paciente frecuentador. Caso: Varón de 67 años, fumador y con EPOC, que acude a Urgencias por presentar desde hace un mes dolor inframamario izquierdo en forma de pinchazos, sin relación con esfuerzos y sin cortejo vegetativo. El dolor aumenta con la tos. Le permite el descanso nocturno y no presenta otra sintomatología. Se realiza electrocardiograma, analítica y radiografía de tórax sin objetivar patología. Se diagnostica de dolor torácico de probable origen parietal y se prescribe pauta analgésica. Es valorado durante cuatro meses en varias ocasiones en el mismo servicio por dolor torácico irradiado hacia el omóplato izquierdo, con estudios radiológicos, y sin variar diagnóstico, así como varias consultas por clínica de mareo catalogada como vértigo periférico. A los 4 meses acude a las Urgencias de otro hospital, efiriendo la misma clínica. El dolor no cede a pesar de los antiinflamatorios y analgésicos pautados. No se refiere otros signos de alarma. En la radiografía tórax (similar a previas) se objetiva imagen redondeada a nivel de cúpula pulmonar. Se programa consulta con circuito rápido de cáncer de pulmón y es diagnosticado de carcinoma escamoso de pulmón (T4N1M0). En los meses sucesivos el paciente acudió en varias ocasiones a Urgencias hasta que se consiguió controlar el dolor torácico. En ocasiones, la atención en Urgencias está influenciada por múltiples aspectos: la carga asistencial, el cansancio, la banalidad vital de un porcentaje considerable de consultas... En los pacientes frecuentadores, se puede cometer el error de restar importancia a los síntomas que expone de forma reiterada, de etiquetarlos o formar prejuicios, de fiarnos de exploraciones o pruebas complementarias realizadas con anterioridad... En el caso presentado, a pesar de no haber grandes cambios en la radiografía, fue necesario que las radiografías fueran valoradas por otro profesional independiente del servicio para detectar la patología.

Conclusiones:

Cada paciente supone un nuevo "reto". Se debe procurar atender al paciente de manera objetiva, sin vernos influenciados por lo ocurrido previamente y actual con mayor cautela en el paciente que consulta de forma reiterada por un síntoma.

P-1368

COMPLICACIONES DE LA NUTRICIÓN ENTERAL

A Galera Galera (1), A Cordovilla Moreno (2), V Madrid Ferreiro (1), M Martínez Andreu (1), M Carrillo López (1)

Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena.

Palabras claves: enteral nutrition, hepatitis alcoholic, jaundice

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Introducción: Varón de 60 años que acude por anorexia y vómitos. Objetivo: Control de pacientes en tratamiento con suplementos nutricionales. Paciente y método: Antecedentes DM tipo II insulín-dependiente, HTA, SCACEST con fibrinólisis en 2010. Hepatopatía crónica de origen etanólico y VHC con HTP Child B7, LUES tardía versus latente. Colelitiasis asintomática. Acude el paciente a urgencias por deterioro progresivo de su situación basal acompañado de ictericia, náuseas y vómitos. La familia refiere desnutrición importante, con limitación de la ingesta (solo toma batidos proteicos), sin hidratación de 4-5 días previos, dolor epigástrico con diarrea que se ha acompañado con restos hemáticos. Exploración Física: Ictericia mucocutánea importante. Deshidratación de piel y mucosas. Abdomen globuloso, distendido a expensas de líquido ascítico, estigmas de hepatopatía, no dolor a la palpación. Resto exploración normal. Pruebas complementarias: Ecografía abdominal: Hepatopatía crónica con datos de HTP, ascitis moderada y colelitiasis. Analítica: Glucosa 135, urea 245, Creatinina 1.73, Bilirrubina (1ª- 13.7, 2ª- 11.8, 3ª -3.4, siendo esterificada 1ª-11, 2ª -9.8, 3ª -3.6). ALT (1ª- 59, 2ª- 38), AST (1ª- 88, 2ª -75). Albumina 3, ferritina 971. Alfetoproteína 101.4, hemoglobina 12.2, leucocitos 8150, plaquetas 137000. Resultado: Deterioro de la Función hepática y renal secundario a cese de la ingesta por intolerancia a suplementos Nutricionales.

Conclusiones:

Nos encontramos ante el típico paciente pluripatológico, con desnutrición y dificultad para la alimentación, que consume suplementos alimenticios hiperproteicos, que como ocurre en este caso pueden originar complicaciones. En este paciente tras la retirada de los suplementos, comenzando con tolerancia oral de alimentos habituales e hidratación se aprecia una mejoría importante en la función renal y hepática. Por lo que consideramos importante el control en el consumo de dichos suplementos.

CASOS CLÍNICOS

P-1369

DOCTOR NO SIENTO MI PIERNA

MC Morante Navarro (1), JW Quenata Romero (2),
RP Torres Gutiérrez (2), D Muñoz Álvarez (2), D Rodríguez
Arrieta (3), M Martín Sánchez (3), K Reinoso García (1)

(1) Centro de Salud Ávila Estación, (2) Hospital Nuestra Señora de
Sonsoles, (3) Centro de Salud Ávila Norte.

Palabras claves: medicina, urgencias, centro

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Presentación del caso: Mujer de 21 años sin antecedentes pato-
lógicos, quirúrgicos ni tóxicos. Tratamiento actual anticonceptivos
orales, loette. Refiere desde hace 24 horas parestesias en pierna
derecha con pérdida de sensibilidad térmica y dolorosa, acompa-
ñado de disminución de flexión dorsal, no cefalea ni otra focalidad
neurológica aguda. Exploración física: Signos vitales TA119/71, Tª
37.6 °C, FC: 79lpm Exploración física normal. Exploración Neuro-
lógica: Función cerebral superior normal, lenguaje normal, pares
craneales normales. AV normal. Fuerza: Extremidades izquierdas
5/5. Miembro inferior derecho (MID): Claudicación distal en manio-
bra de Barré 4+/5 de predominio en flexión dorsal del pie, ROT
disminuidos de forma generalizada pero rotuliano derecho más
vivo que izquierdo, RCP izquierdo claramente flexor, derecho en
ocasiones indiferente, tono normal, no Hoffman. Hipoestesia distal
a L1 derecha no suspendida, táctil, posicional y algésica. Marcha
normal, posible de puntas y talones, talón derecho menos elevado
que izquierdo. Cerebelo y extrapiramidal normal. Pruebas com-
plementarias: Analítica normal. Juicio clínico: Esclerosis múltiple.
Diagnóstico diferencial: Lupus eritematoso sistémico, enfermedad
cerebrovascular, déficit B12, déficit de cobre. Tratamiento Prescrito:
Es ingresada en Neurología con tratamiento de dexametasona y
pantoprazol. Solicitan RM de cráneo, columna cervical y dorsal: Los
hallazgos cumplen criterios radiológicos y son altamente sugestivos
de enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple con afecta-
ción cerebral supratentorial y medular y signos de actividad. Evolu-
ción del paciente: Al 4º día de ingreso mejoría, menos disestesias
en pie y menor claudicación distal de MID (5-/5).

Conclusiones:

La esclerosis múltiple (EM) afecta más a las mujeres que a los hom-
bres. El trastorno se diagnostica con mayor frecuencia entre los 20
y 40 años de edad, pero se puede observar a cualquier edad. Es
causada por el daño a la vaina de mielina, la cubierta protectora que
rodea las neuronas. El daño al nervio es causado por inflamación, la
cual ocurre cuando las células inmunitarias del propio cuerpo atacan
el sistema nervioso. Esto puede ocurrir a lo largo de cualquier área
del cerebro, el nervio óptico o la médula espinal. Las causas exactas
son desconocidas. Puede presentar una serie de síntomas que apa-
recen en brotes o que progresan lentamente a lo largo del tiempo.

A-1370

NEUMONÍA NO RESOLUTIVA. PRESENTACIÓN
DE UN CASO

L Delgado Alonso (1), R Rodríguez Calzada (2), B Tijero
Rodríguez (1), M Andrade Soto (1), S del Amo Ramos (1),
A Córdoba Romero (1)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Río Hortega.
Valladolid Oeste, (2) Gerencia de Emergencias 112. UME 1
Valladolid.

Palabras claves: neumonía, fiebre, tuberculosis pulmonar

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

La tuberculosis es la enfermedad infecciosa que más ha afectado
a la humanidad a lo largo de la historia, siendo aún hoy en día una
importante causa de morbilidad, sobre todo en los estratos
más pobres de la sociedad. Se estima

Conclusiones:

En este caso, la no mejoría del cuadro clínico después de un trata-
miento con antibióticos activos frente a los gérmenes que con ma-
yor frecuencia producen neumonías comunitarias, la persistencia
de tos, fiebre alta, repercusión del estado general, una radiografía
compatible así como los antecedentes epidemiológicos, no hicie-
ron sospechar y buscar la etiología tuberculosa de la neumonía.

CASOS CLÍNICOS

P-1371

¡DOCTOR NO SE QUÉ ME PASA, PERO ME NOTO RARO!

M Rodríguez Ordoñez (1), MM Reina Martín (2), MI Luna Valero (3)
(1) Centro de Salud Tiro de Pichón, (2) Centro de Salud Portada Alta, (3) Centro de Salud Coín. Málaga.

Palabras claves: desorientación, alteración de la marcha, hemorragia subaracnoidea aguda

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 84 años sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales de interés. Independiente para las actividades de la vida diaria hasta dicho día. Acude a urgencias por cuadro de desorientación de siete horas de evolución con conversaciones incoherentes asociando problemas para la marcha (según refería la acompañante). No fiebre, no síndrome miccional. Exploración física y pruebas complementarias: Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Paciente muy colaborador, con cuadro leve de desorientación en el momento de la consulta. TA: 145/90 FC: 95. Sat O2: 96% basal. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales sin alteraciones, fuerza, tono muscular y sensibilidad conservados, no alteraciones del habla, romberg negativo, leve alteración en la deambulación (pero no tan notoria como refiere la acompañante). Análisis sanguíneo: hemograma, coagulación y bioquímica general normales. Sistemático orina: sin alteraciones. Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos. Electrocardiograma: fibrilación auricular con respuesta ventricular conservada. TC Craneal: Hemorragia subaracnoidea aguda que se extiende por las cisternas prepontina y perimesencefálica, predominante en lado derecho, a nivel del tentorio, cisterna perisilviana derecha y surcos occipitales derechos. Presenta drenaje a acueducto de Silvio, así como a cuarto ventrículo y astas occipitales de ambos ventrículos laterales. Estos hallazgos plantean descartar como primera posibilidad rotura de aneurisma de arteria cerebral media derecha. Diagnóstico diferencial: Tumor cerebral, hemorragia subaracnoidea aguda, malformación arteriovenosa. Juicio clínico: Hemorragia subaracnoidea aguda por posible rotura de aneurisma de arteria cerebral media derecha. Evolución: Monitorización en observación. Se ingresa al paciente a cargo de neurocirugía para valoración de cirugía.

Conclusiones:

Ante clínica compatible con una posible hemorragia subaracnoidea hay que intentar evitar el error o la demora en el diagnóstico, y la consecuente derivación tardía a centros especializados en el tratamiento definitivo, ya que no hay que olvidar que la hemorragia subaracnoidea no traumática es responsable del 5 al 10% de todos los accidentes cerebrovasculares.

P-1372

EL TIEMPO ES ORO

MA López López (1), AM López Núñez (2), V Heras Fernández (1), B Martínez Villena (1), C Vaamonde Paniagua (1), DG Buitrón Cabrera (1)

(1) Hospital Universitario Príncipe de Asturias, (2) Summa 112. Alcalá de Henares, Madrid.

Palabras claves: acute coronary syndrome, myocardial infarction, unstable angina

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Antecedentes personales: varón 63 años, exfumador 40 paquetes/año, hipertenso en tratamiento con candesartán, colecistectomizado hace 10 años. Enfermedad actual: Avisa a SUMMA112 por presentar episodio de dolor opresivo centrotorácico, irradiado a brazo izquierdo de 90 minutos de duración asociado a sudoración profusa. En ECG se objetiva elevación de ST de V3-V6, II y III, activando código infarto. Es remitido a Servicio de Urgencias de centro útil, realizando a los 30 minutos de su llegada cateterismo con oclusión de DA media-distal con resto de coronarias sin lesiones significativas, implantado stent farmacoactivo sobre la lesión de la DA con buen resultado final. En analítica de urgencias se objetiva elevación de Troponina I (44ng/ml) y CPK 1381, Rx tórax sin infiltrados ni datos de ICC. JUICIO CLÍNICO: SCACEST tipo IAM anterior Killip I. Oclusión aguda de la DA media tratada con ACTP primaria e implante de stent farmacoactivo.

Conclusiones:

En la Comunidad de Madrid, las enfermedades cardiovasculares son, junto con los tumores, la primera causa de mortalidad, con 11.453 muertes en 2009 que representa el 27,7% de todas las muertes en la Comunidad en ese año. Más del 85% de los pacientes con dolor torácico y elevación del segmento ST en el electrocardiograma tienen oclusión trombótica de una arteria coronaria epicárdica. Si esta oclusión es mantenida en el tiempo, puede ocasionar lesiones miocárdicas irreversibles. El restablecimiento del flujo coronario, en las primeras 12 horas de los síntomas, ha demostrado que produce un beneficio en cuanto a la reducción de la morbi-mortalidad a corto y largo plazo. El beneficio de la reperfusión es mayor cuanto más precozmente pueda realizarse, sobre todo en las primeras horas de evolución. La implantación del Código Infarto mejora los tiempos de actuación en la atención a los pacientes con IAMCEST tratados en nuestro centro con ACTP, lo que resulta en una red asistencial eficaz, incluso en caso de traslados largos. El buen funcionamiento de este protocolo se confirma por los resultados a corto y medio plazo, con mejora del perfil clínico de los pacientes a la llegada al laboratorio de hemodinámica y tasas bajas de mortalidad en el seguimiento.

CASOS CLÍNICOS

P-1373

A VECES LOS PACIENTES SE COMPLICAN

C Martín Sierra (1), M Flores Hernán (2), I Narváez Mayorga (2),
MA Lopes Nogueras (2), S Zafar Iqbal-Mirza (2)

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Palabras claves: acute coronary syndrome, heart rupture, post-infarction, pericardial effusion

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 75 años, hipertenso, sin otros antecedentes de interés, que acude a urgencias por un cuadro de dolor torácico persistente de más de 24 horas de evolución, que comenzó mientras trabajaba en el campo. Decide acudir a urgencias dado que persiste con ligeras molestias, donde se realiza ECG en el que se objetivan datos de necrosis anterior (pérdida de R) con elevación persistente de ST de 1-2mm en V2-V3. A su llegada el paciente se encuentra clínica y hemodinámicamente estable, pero durante su estancia comienza con hipotensión y bajo nivel de consciencia. Se procede a realizar ecocardiograma urgente que muestra derrame pericárdico severo con contenido de fibrina adherido a la pared anterolateral del ventrículo izquierdo, con datos de compromiso hemodinámico. Ante la sospecha de rotura cardiaca contenida se avisa a cirugía cardiaca y se traslada a quirófano donde es intervenido mediante esternotomía media. Se confirma la rotura en cara anterior y se repara con parche de pericardio. Tras el postoperatorio, el paciente sale a la planta de cardiología estable y tolerando actividad física progresiva, recibiendo finalmente el alta.

Conclusiones:

La rotura cardiaca es una complicación poco frecuente del infarto agudo de miocardio (según las series se presenta en el 3-5% de los casos, aunque en necropsias puede alcanzar porcentajes mayores de hasta el 20%). Sin embargo es una causa de muerte muy importante, siendo la segunda causa de muerte intrahospitalaria por IAM. En los últimos años, la incidencia ha disminuido debido a la revascularización precoz. Se debe sospechar en aquellos pacientes con IAM que presentan desestabilización aguda e incluso parada cardiorrespiratoria en disociación electromecánica. En raros casos la rotura es contenida por la formación de trombos, apareciendo un pseudoaneurisma (ECG con elevación persistente del ST en el área del pseudoaneurisma).

A-1374

TODO ESTO POR UNA GASTROENTERITIS

MC Morante Navarro (1), JW Quenata Romero (2), A Macías López (2), BN Noreña Delgado (1), K Reinoso García (1), AF Salvatierra Maldonado (3), MA Salinero Jiménez (3)

(1) Centro de Salud Ávila Estación, (2) Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, (3) Centro de Salud de Cebreros. Ávila.

Palabras claves: medicina, urgencias, centro

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Presentación del caso: Mujer de 67 años con antecedentes de HTA, depresión, diabetes tipo 2, trombosis venosa periférica. En tratamiento con: Pantoprazol, atorvastatina, enalapril, torasemida, citalopram, manidon y metformina. Es trasladada por UME por presíncope con TCE, progresivo deterioro del nivel de consciencia por lo que proceden a IOT. La familia refiere días previos cuadro de diarrea con disminución de ingesta y la encontraban cada vez más lenta. En urgencias sufre Parada cardiorespiratoria (PCR) presenciada, reanimada en 4-5 minutos con 2 mg de adrenalina, bicarbonato y calcio. Exploración física: Signos vitales: TA84/39, FC:63lpm, FR:20 rpm, Tª 33°C. Exploración física. Inconsciente, coma con GCS 3 puntos, pupilas medias reactivas y estímulo respiratorio. Mal perfundida con lividesces distales, hematoma frontal derecho. Pruebas complementarias: Analítica: Glucosa 269 mg/dl (76-100), Urea 119 mg/dl (10-50), Creatinina 6.41 mg/dl (0.6-1.2), GOT/AST 912 U/l (Inf.37), GPT/ALT 526 U/l(Inf.55), LDH 1571 U/l (125-243), Potasio 9.5 mmol/l. Gasometría arterial: PH 6.89 (7.35-7.45), PCO2 22 mmHg (35-45), PO2 263 mmHg (75-105), HCO3- 4.2 mmol/l(23-26), TCO2 4.9 mmol/l (23-28), Lactato 14.2 mmol/l (0.5-2.2). Mioglobina 830.8 ng/ml (10-90). Hemograma: Hemoglobina 10.0 g/dl(12-16). Coagulación: Dímero-D de la fibrina 7326 ng/ml (0-500). Radiografía de tórax: Ligera cardiomegalia, campos pulmonares expandidos sin infiltrados. TAC craneal descarta patología intracraneal. ECG: Bradicardia QRS ancho con T picudas. Juicio clínico: PCR recuperada secundaria a hiperpotasemia y acidosis metabólica extrema. Deshidratación y FRA oligúrico tras GEA, Encefalopatía anóxica traqueostomizada. Diagnóstico diferencial: TCE, Parada cardiorespiratoria recuperada, Tratamiento prescrito: Ingreso en UVI, se mantiene la respiración asistida y se intensifica la reanimación con perfusión de noradrenalina, bicarbonato, furosemida, calcio, glucosa e insulina. Evolución del paciente: Se logra recuperación hemodinámica, diuresis y normalización de las cifras de potasio. Mala evolución neurológica inicial con apertura de ojos pero no moviliza extremidades e imposibilidad para la realización de destete por mala mecánica respiratoria. TAC craneal sin alteraciones, se realiza traqueostomía quirúrgica desde entonces en ventilación espontánea con adecuada gasometría, mejoría neurológica con movilización de extremidades.

CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

La hiperpotasemia es un trastorno hidroelectrolítico, sus causas pueden ser debido a un aumento del aporte, redistribución o disminución de la excreción renal. Niveles muy altos de potasio constituyen una urgencia médica debido al riesgo de arritmias cardíacas.

A-1375
**ECTASIA BILATERAL DE VÍA RENAL GRADO II/III.
A PROPÓSITO DE UN CASO**

A Terol Esteve (1), JW Quenata Romero (2), A Macías López (2), BN Noreña Delgado (1), K Reinoso García (1), AF Salvatierra Maldonado (3), MA Salinero Jiménez (3)

Hospital General de Elda. El Campello.

Palabras claves: renal insufficiency, dilatation, pathologic, urinary retention

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Motivo de consulta: dolor en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos y diarrea de 3 días de evolución. Antecedentes personales: neoplasia de útero, infecciones de orina de repetición y dificultad miccional a estudio. Anamnesis: mujer de 51 años acude a urgencias por dolor cólico en hipocondrio derecho, acompañado de náuseas, vómitos y diarrea sin productos patológicos (hasta 2 episodios al día) de 3 días de evolución sin causa aparente. No refiere fiebre. No oliguria, no poliuria, no disuria, no tenesmo vesical, no macrohematuria, no síndrome constitucional. Exploración física: buen estado general, normocoloreada, normonutrida, normohidratada, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen sin masas ni megalias, no globo vesical, doloroso a la palpación en epigastrio con Blumberg negativo, Murphy dudoso y puñopercusión renal bilateral negativa. Pruebas complementarias: - Analítica sanguínea: urea 143 mg/dl, creatinina 8.8 mg/dl, sodio 133 mEq/l, potasio 5.9 mEq/l - Gasometría venosa: pH 7.287, bicarbonato 15.80 - Anormales y sedimento en orina: sangre 50 U/l, hematíes 1-2/c. - Bioquímica en orina: potasio 9 mEq/l - Ecografía abdominal: ectasia bilateral de vía renal grado II/III Juicio clínico: insuficiencia renal aguda postrenal, retención urinaria, acidosis metabólica, hiperpotasemia. Diagnóstico diferencial: Apendicitis, Patología del tracto Biliar, Obstrucción del Intestino Delgado, Pancreatitis, Cólico Renal, Retención Urinaria Aguda, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Aneurisma Aórtico Abdominal, Isquemia Mesentérica, Colitis Isquémica Tratamiento: dieta baja en potasio, sondaje vesical, tratamiento del déficit de bicarbonato.

Conclusiones:

La insuficiencia renal aguda post-renal supone casi el 5% de los casos de insuficiencia renal aguda. Es usualmente un problema de tipo obstructivo que puede ocurrir en diferentes niveles: uretral,

CASOS CLÍNICOS

vesical o ureteral. Se debe diagnosticar y tratar adecuadamente, por el inminente peligro que significa para la vida del paciente. Es necesario como tratamiento urgente la desobstrucción de la vía urinaria, mientras más rápido se realice se evitarán los métodos dialíticos que son expresión de un diagnóstico tardío y la evolución prolongada de la obstrucción. Para urgencias tanto de atención primaria como hospitalarias es importante tener en cuenta la insuficiencia renal aguda obstructiva para actuar a tiempo en este tipo de pacientes.

P-1376

CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN FIBRILACIÓN AURICULAR

J López Pérez (1), A Ortega Requena (2), P Abellán García (2), B del Val Oliver (2)

Hgu Reina Sofía, Murcia. Orihuela.

Palabras claves: fibrilación auricular, cardioversión eléctrica, arritmia cardiaca

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 45 años con antecedentes personales de fabricación auricular recurrente anticoagulada, enfermedad tromboembólica recurrente y TEP submasivo. En tratamiento con Atorvastatina, Flecainida, Aldocumar y Bisoprolol. Acude a Urgencias por presentar cuadro de dos horas de evolución de opresión torácica, sudación y mareo. ECG: taquicardia supraventricular alternando con ritmo sinusal y fabricación auricular con respuesta ventricular media rápida. Se realiza cardioversión eléctrica a 100 J que resulta no exitosa, se repite a 150 J y el paciente hace una racha de TV monomorfa, se aplica una tercera descarga y el paciente hace una TV polimorfa y fabricación ventricular. Se aplica entonces una última descarga entrando el paciente en TSV a 200 lpm. El paciente ingresa en UCI donde, tras percusión de Amiodarona pasa a ritmo sinusal a 90 lpm. Al tratarse de un paciente refractario a tratamiento se le propuso para ablación de venas pulmonares.

Conclusiones:

Hemos elegido este caso para repasar las indicaciones de CVE en FA y su nivel d evidencia científica. La fabricación auricular es la arritmia más común. Es una causa mayor de Ictus y supone un importante impacto económico y sociosanitario. En las venas pulmonares existen manguitos de miocardio que poseen un automatismo espontáneo y que favorecen la FA paroxística. En Urgencias, ante un paciente muy sintomático y que esté inestable desde el punto de vista hemodinámico realizaremos CVE, como fue el caso de nuestro paciente, además jugábamos con la seguridad de que estaba anticoagulado. Las indicaciones de CVE por nivel de evidencia científica son: Clase I Nivel C: cuando los fármacos no estabilizan rápidamente a pacientes inestables. Clase I Nivel B: en pacientes con FA y preexcitación con FC rápida o inestabilidad. Clase IIa Nivel B: inicio de estrategia de control del ritmo en pacientes con FA persistente y que estén anticoagulados. Clase IIb Nivel B en pacientes muy sintomáticos. Clase III Nivel C: está contraindicada en pacientes con intoxicación digitalica.

CASOS CLÍNICOS

P-1377

DOLOR INGUINAL COMO EXPRESIÓN DE NEOPLASIA UROTELIAL CON AFECTACIÓN DE MÚSCULO PSOAS

P Tranche Álvarez-Cagigas (1), L Cano Alcalde (2), R Parada López (2), B García Marina (2), J Garrido Dorronsoro (1), JL Fraile González (1), C Bibiano Guillén (1)

Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: psoas, urotelial, inguinal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 76 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, nefrectomía izquierda por neoplasia urotelial, infecciones de tracto urinario (ITU), en seguimiento por Urología por neoplasia vesical desde hace 3 años (última visita hace 1 mes, cistoscopia: múltiples lesiones sospechosas de malignidad), acude a Urgencias por cuadro de 72 horas de dolor abdominal a nivel de hipocondrio derecho, náuseas, estreñimiento y disuria. En exploración física abdomen con dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho sin signos de peritonismo, se extrae analítica (Leucocitosis con neutrofilia, elevación de PCR 12ng/dL y Creatinina 1.40—previas desde hace 6 meses 1.20-, resto sin alteraciones), uroanálisis (Leucocituria y Bacteriuria) y radiografía de abdomen (luminograma aéreo inespecífico). Recogido Urocultivo, alta con diagnóstico de ITU y estreñimiento con antibioterapia empírica, Lactulosa y analgesia (Paracetamol 1gr/8 horas). Revisado a las 72 horas refiere cambio de la localización del dolor (fosa ilíaca derecha) pero aumento de intensidad. Re-explorado el abdomen es anodino. Realizada analítica, desaparición de leucocitosis, mejoría de Creatinina (1.30mg/dL), leve aumento de PCR (17ng/dL). Urocultivo pendiente. Alta con aumento de analgesia (Tramadol 50mg/8 horas). Acude a las 48 horas para recogida de cultivo, refiere dolor inguinal derecho e impotencia funcional en miembro inferior derecho sin otra sintomatología. En la exploración abdomen persiste anodino, columna lumbar y cadera derecha normales, no dolor palpación inguinal. Analítica aumento de PCR (30ng/dL), empeoramiento de función renal (Cr. 1,50). Cultivo negativo. Se solicitan radiografía de pelvis, cadera, abdomen (sin alteraciones). Ante los resultados y la exploración anodina se solicita TAC abdomen en el que se observa masa infiltrante que afecta al psoas derecho en su mayor parte, uréter derecho con dilatación de vía urinaria, vena cava inferior y adenopatías patológicas, primera sospecha neoplasia urotelial. Se ingresa al paciente para control del dolor y completar estudio.

Conclusiones:

El dolor localizado puede traducir patología grave sistémica (dolor inguinal, afectación retroperitoneal), la evolución del paciente (mal control del dolor, cambio en el patrón, afectación importante de la marcha), así como la exploración física y los datos de laboratorio pueden favorecer el diagnóstico en Urgencias.

P-1378

DEMASIADO TIEMPO PARA UN DOLOR ABDOMINAL

M Rodríguez Ordóñez (1), MM Reina Martín (2), MI Luna Valero (3)

(1) Centro de Salud Tiro de Pichón, (2) Centro de Salud Portada Alta, (3) Centro de Salud Coín. Málaga.

Palabras claves: obstrucción intestinal, adenopatías retroperitoneales, linfoma intestinal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 71 años sin alergias medicamentosas conocidas. EPOC, DM tipo II, IAM hace un año. En tratamiento con: bisoprolol, flatoril, enalapril /hidroclorotiazida, pantoprazol, hierro, metformina, theo-dur, symbicort forte, AAS 300 mg. Acude a urgencias por cuadros paroxísticos de dolor abdominal tipo cólico de un mes de evolución asociado a diarreas sin productos patológicos y vómitos, refieren nuevo episodio de características similares, no ventosea ni obra desde el día anterior, no fiebre. Exploración física y pruebas complementarias: Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Colaboradora, consciente y orientada. TA: 138/75 FC: 103 Sat O2: 95%basal. Tª: 36 Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: distendido, timpánico, doloroso a la palpación de forma generalizada sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo abolido. Análisis sanguíneo: Hemograma: hemoglobina: 10, VCM:64, plaquetas: 599, leucocitos: 14, neutrófilos 85%, Coagulación: t. protrombina: 62, Bioquímica, sin demasiadas alteraciones, lactato deshidrogenasa: 1483. PCR: 91 Radiografía de abdomen: asas de intestino delgado dilatadas TC Abdomen con contraste: dilatación de asas de intestino delgado, con cambio de calibre en relación con un segmento de yeyuno-ileon proximal de unos 12 cm en flanco izquierdo con engrosamiento mural y realce de pared moderada cantidad de líquido libre intraperitoneal. Múltiples adenopatías mesentéricas y retroperitoneales. A valorar primera opción linfoma intestinal. Juicio clínico: Obstrucción intestinal por probable tumor de intestino delgado. Diagnóstico diferencial: linfoma intestinal, adenocarcinoma intestino delgado. Evolución: Se coloca sonda nasogástrica, se controla el manejo hidro-electrolítico, se administra antibioterapia: piperacilina/tazobactam y ampolla de vitamina K. Se ingresa al paciente a cargo de cirugía para valoración de la actitud terapéutica a seguir.

Conclusiones:

El dolor abdominal es uno de los síntomas que con más frecuencia acude a urgencias, siendo imprescindible saber separar los procesos más graves de otros más leves que pueden posponerse. Al igual que es de vital importancia valorar las características del dolor y tener presente que la intensidad de un dolor tipo cólico tiene escasa relación con su gravedad por lo que siempre hay que estar alerta y nunca menospreciarlos.

CASOS CLÍNICOS

P-1379

DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE ORIGEN NEOPLÁSICO A PARTIR DE INESTABILIZACIÓN HEMODINÁMICA EN PACIENTE QUE CONSULTA POR EDEMA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

P Tranche Álvarez-Cagigas (1), L Cano Alcalde (2), R Parada López (3), B García Marina (1), J Garrido Dorronsoro (1), JL Fraile González (1), C Bibiano Guillén (1)

Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Palabras claves: TVP, TEP, colon

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 65 años con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con torasemida, dislipemia en tratamiento con estatina, consulta en el Servicio de Urgencias por edema y dolor en miembro inferior izquierdo de 7 días de evolución sin traumatismo previo. No presenta otra sintomatología acompañante. En la exploración física destaca un edema de MII hasta región inguinal con aumento local de temperatura, eritema distal y Hommans positivo, resto de exploración sin alteraciones. En estudio analítico se observa Dímero D 4390 mg/dL, ante la sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) se solicita ECO-Doppler de MII. Pendiente de la prueba de imagen la paciente comienza con intenso dolor abdominal y sensación disneica, se reexplora, presentando regular estado general con hipotensión y taquicardia, y abdomen muy doloroso con signos de peritonismo. Se solicita TAC toraco-abdominal ante sospecha de TEP y abdomen agudo. En prueba de imagen se evidencia: neoplasia de colon sigmoide perforada que secundariamente condiciona la formación de colección en pelvis, peritonitis y múltiples burbujas de aire ectópico intraperitoneal. Metástasis pulmonares y hepáticas. Signos de tromboembolismo pulmonar afectando a ramas lobares y segmentarias de las arterias pulmonares de ambos lados. Signos de TVP en el eje iliaco-fémoro-poplíteo MII. La paciente es valorada por Cirugía General y se realiza resección de colon y anastomosis de Hartman de forma urgente, con buena evolución postquirúrgica, permaneciendo con permanece con antibioterapia de amplio espectro (Piperacilina-Tazobactam) y anticoagulación (Acenocumarol), con buena evolución hasta el alta.

Conclusiones:

La correcta orientación diagnóstica inicial del paciente puede facilitar un mejor manejo en caso de inestabilización hemodinámica durante su estancia en Urgencias, lo que facilita la toma de decisión de la prueba diagnóstica más específica para el diagnóstico y el plan terapéutico (cirugía urgente, posterior anticoagulación y tratamiento antibiótico).

A-1380

NO ESTOY LOCO DOCTOR

S Albarran Barez (1), MC Morante Navarro (1), A Macías López (2), JW Quenata Romero (2), F Attardo (3), AF Salvatierra Maldonado (4), Z Bernard Cáceres (4)

(1) Centro de Salud Ávila Estación, (2) Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, (3) Centro de Salud Ávila Sur Este, (4) Centro de Salud de Cebreros. Ávila.

Palabras claves: medina, urgencias, centro

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica

Presentación del caso: Varón de 44 años, sin antecedentes de interés y remitido desde primaria por cefalea holocraneana opresiva con vómitos biliosos de tres días de evolución. Esta mañana cuadro confusional, dificultad para encontrar palabras, desorientación y bradipsiquia, consciente pero sin responder a órdenes, le han encontrado postrado. A su llegada a urgencias presenta crisis generalizada con desconexión del medio y movimientos tónico-clónicos y relajación de esfínteres en dos ocasiones con periodos postcríticos de agitación psicomotriz que requirió contención mecánica y sedación. Exploración física: TA:116/85, Tª:36,8°C, FC:92lpm, SatO2:95%. Exploración física: Normal. Exploración Neurológica: Alerta, orientado en persona y espacio, cierta desorientación temporal, bradipsiquia, dificultad en nominación con fluencia disminuida, repite y obedece bien las órdenes. Pupilas mióticas (farmacológico), RCP flexora bilateral. Coordinación y marcha no evaluables. Pruebas complementarias: Analítica: LDH 251 U/l(125-243). TAC craneal: Lesión temporal derecha sugerente de neoplasia cerebral primaria. Juicio clínico: Absceso cerebral por Streptococcus intermedius sensible a penicilinas. Diagnóstico diferencial: LOE cerebral (glioma, astrocitoma). Crisis generalizadas. Tratamiento prescrito: Ingresó en neurología se inicia tratamiento de corticoterapia y antiepiléptico, no ha vuelto a presentar crisis ni clínica de hipertensión intracraneal. Se realiza RM de cerebro: Lesión focal temporal derecha sugerente de neoplasia cerebral primaria. Evolución del paciente: Se decide traslado a Neurocirugía, El día del traslado el paciente presenta, clínica de hipertensión intracraneal (cefalea, vómito y crisis), se administran dexametasona, keppra y metazolol. Se remite a Neurocirugía urgente donde fue intervenido de absceso cerebral temporal derecho con buena evolución bajo tratamiento antibiótico y keppra, habiéndose aislado un streptococcus intermedius sensible a penicilinas. TAC de cráneo de control: Cambios postquirúrgicos en región frontoparietotemporal derecha con evolución favorable de la cavidad postquirúrgica temporobasal y resolución del efecto masa.

Conclusiones:

Un absceso cerebral es una colección de material purulento en los hemisferios cerebrales, que se comporta clínicamente como una masa intracraneal. Es más frecuente en el sexo masculino y

CASOS CLÍNICOS

los agentes aislados más habituales son estreptococo y estafilococo. Los síntomas son cefalea, fiebre, náuseas, vómitos y rigidez de nuca. También puede acompañarse de alteración del nivel de conciencia o crisis convulsivas.

P-1381

TUMEFACCIÓN FACIAL Y DISNEA EN PACIENTE DE 85 AÑOS

P Guzmán Bolívar (1), P Hernández Burgos (1), C Castro Pérez (2)

(1) Centro de Salud Algeciras Norte, (2) Servicio de Urgencias Hospital Punta Europa. Algeciras.

Palabras claves: enfisema, rotura, tráquea

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente varón de 85 años que acude a Urgencias por inflamación facial desde el día 16(tres días después de su ingreso hospitalario por neumonía). También refiere como síntomas acompañantes dolor costal derecho y dificultad al hablar y comer por la inflamación facial. No refiere traumatismo previo. OBJETIVO: estudio del origen de la tumefacción facial y manejo del paciente con mejoría clínica. PACIENTE: varón de 85 años con ingreso en los días previos por neumonía. METODO: realización de historia clínica, exploración física y estudio de imagen por radiografía de tórax y TAC de cuello y tórax. RESULTADOS: buen estado general, consciente y orientada, bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Tensión arterial (TA) 120/160 mmHg. Resto normal. Tumefacción facial generalizada, cervical, región torácica anterior y posterior y miembros superiores con crepitación al tacto. Orofaringe: sin hallazgos patológicos de interés. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, sin soplos, ni extratonos con hipofonosis generalizada, sin crepitantes, ni sibilantes, ni roncus añadidos. Analítica: a destacar en bioquímica urea 115 mg/dl, 1.24 mg/dl creatinina, PCR 5.25, pH 7.47, bicarbonato 30.6, saturación O₂ 91%. Radiografía tórax: lesión cavitada en lobulillo superior derecho, lesión esférica en lobulillo superior izquierdo de menor tamaño que la contralateral y derrame pleural bilateral. TAC cráneo-cuello-tórax: enfisema subcutáneo desde cabeza hasta abdomen superior. Presencia de neumomediastino. Defecto de 5mm en pared anterior de tráquea a 2 cm de la glotis. Masa cavitada de 7 cm de diámetro en segmento posterior de lobulillo superior derecho. Nódulo de 15 mm en segmento apical de lobulillo inferior izquierdo. Derrame pleural bilateral. Riñón derecho atrofico.

Conclusiones:

Enfisema subcutáneo por rotura espontánea de pared anterior traqueal. Se realiza fibroscopia y traqueostomía y posteriormente ingresa en UCI. Durante el ingreso en UCI no presento complicaciones en relación con la traqueostomía evolucionando favorablemente. Posteriormente a su salida de UCI, paso a planta de neumología para proceder al estudio de masa pulmonar derecha, concluyéndose su origen tumoral, así como presencia de metástasis óseas a nivel sacroiliaco derecho y arco costal 11º izquierdo y vértebras D8- D9.

CASOS CLÍNICOS

P-1382

CUANDO LA OBSTRUCCIÓN ABDOMINAL REQUIERE CIRUGÍA URGENTE

S Moreno Ramírez (1), C Redondo Galán (1), A Martínez García (2), P Valiente Maresca (1), S Gómez Blanco (1), JO Flores Valderas (1), E Sánchez Maganto (1)

Hospital Virgen de La Salud de Toledo. Huerta de Valdecarábanos.

Palabras claves: abdominal pain, intestinal neoplasms, intestinal obstruction

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 84 años sin alergias a medicamentos conocidas, hipertenso, dislipémico, EPOC, con antecedente de úlcera gástrica e hiperplasia benigna de próstata, que sigue tratamiento con broncodilatadores, Simvastatina 20 mg, Enalapril 5 mg y Tamsulosina y que acude a urgencias por dolor abdominal de 12 horas de evolución de moderada intensidad, localizado principalmente en región infraumbilical irradiado a fosas ilíacas asociado a náuseas y vómitos sin productos patológicos. Refiere deposición diaria de escasa cuantía y características normales. Niega fiebre ni otra clínica asociada. Abdomen: ausencia de ruidos hidroaéreos, distendido y timpánico, con defensa a la palpación que dificulta la exploración y dudosa masa en flanco derecho. Resto de exploración física anodina. Signos vitales: TA: 118/60 TEMP: 35 FC: 69 Sat.O2: 94 Radiografía abdomen: imágenes de pseudoclusión. Electrocardiograma y Tórax normales. Analítica: Bi: química, Creatinina 1.16 mg/dL, Proteína C reactiva ** 61.0 mg/L. Hemograma: anemia normocítica-normocrómica, leucocitosis con neutrofilia. Coagulación, gases venosos y sistemático de orina normales. A su llegada a urgencias estable hemodinámicamente, sintomático. Se administra Ketorolaco y Pantoprazol intravenoso con mejoría escasa de la clínica. Se comenta el caso con cirugía general y se solicita TAC abdominal con los siguientes resultados: masa de gran tamaño que parece depender del íleon terminal y que condiciona obstrucción retrograda de asas de delgado. Lesión de probable origen tumoral con componente hemorrágico en su interior, GIST como primera posibilidad. Dados los resultados de TAC con la presencia de obstrucción y la persistencia de dolor abdominal, se decide realizar cirugía urgente.

Conclusiones:

Ante la presencia de una masa abdominal, es necesario hacer un amplio diagnóstico diferencial incluyendo fundamentalmente causas tumorales. El diagnóstico definitivo será mediante anatomía patológica. El tumor GIST es un sarcoma poco frecuente pero su incidencia es mucho más elevada de lo estimado. Está en relación con alteraciones genéticas, expresando CD117. La negatividad para CD117, conlleva la investigación de las mutaciones de KIT y PDGFRA. Ningún GIST debe ser considerado benigno. Su tratamiento incluye la resección completa y fármacos generalmente de por vida para evitar recidivas.

P-1383

PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO POR CUERPO EXTRAÑO INUSUAL

R del Río Navarro (1), N Bernal Garces (2), M Bernabeu Miralles (1), J Medina Álvarez (1), J Fernández Campillo (1), N Condado Gómez (1), A Lombana Castillo (1)

Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante.

Palabras claves: perforacion, cuerpo extraño, abdomen agudo

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente varón, obeso, de 46 años, que consulta por deposiciones más frecuentes de lo normal, con dolor súbito, en hemiabdomen derecho, hipogastrio, y periumbilical, refiere comida fuera de casa. Al examen clínico destaca dolor a la palpación en Mesogastrio y FID, a la palpación profunda, Tacto Rectal normal. Analíticas, Hemograma normal con PCR 3,3 Bioquímica normal, Orina normal, Rx simple de abdomen sin alteraciones. Se sospecha Gastroenteritis, sin embargo se deja en Observación por persistencia del dolor aunque es a la palpación profunda, sospechando apendicitis retrocecal aunque con score de Alvarado bajo, dada la contextura del paciente requiere realizar un TAC abdominal, con la comprobación de perforación intestinal, y hallazgo de cuerpo extraño, que resulta ser un resto óseo, causante de la perforación. Se realiza cirugía abdominal, con sutura de defecto el cual era pequeño, con recuperación adecuada del paciente. Se realiza una revisión bibliográfica amplia de este tipo de hallazgos y reconstrucciones de imágenes en el cual se observa con claridad la disposición del cuerpo extraño y la perforación de la pared de asa, se tiene además fotos de la pieza anatómica y del cuerpo extraño extraído.

Conclusiones:

1. El dolor abdominal y diarreas al ser un síntoma- guía general, puede llevarnos a considerar erradamente como vanal una perforación intestinal. 2. Los cuerpos extraños ingeridos tienen siempre la posibilidad de alojarse o perforar estructuras en su trayecto. 3. La sospecha clínica guiada de una anamnesis minuciosa puede evitar prolongar y generar complicaciones en este tipo de casos.

CASOS CLÍNICOS

P-1384

LOS ANTIARRÍTMICOS EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR

A Peláez González (1), S Fernández Sampedro (2), D Fernández Gonzalo (1), S Francesena González (1), Y Fernández Ramírez (1), Al Díaz Cano (2)

(1) Hospital Valle Nalón, (2) Hospital San Agustín. Oviedo.

Palabras claves: flutter auricular, flecainida, betabloqueantes

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Paciente de 64 años, exfumador de 20 cig/día desde hace más de 20 años y bebedor moderado-severo, sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos ni antecedentes personales de interés. Hace un año, episodio de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, realizándose cardioversión farmacológica con amiodarona. Ecocardiograma con FEVI conservada sin alteraciones de la contractilidad segmentaria y sin valvulopatías significativas. Acude a Urgencias por palpitaciones y leve opresión torácica de tres horas de duración. El ECG a su presentaba una taquicardia rítmica de QRS ancho a 180 lpm con imagen de bloqueo de rama derecha con elevación del ST en III, aVR y V1 a V3 con descenso del ST lateral. Dado que el paciente se encontraba hemodinámicamente estable con buena tolerancia clínica a la taquicardia, se decidió administrar adenosina para intentar filiar la arritmia, objetivándose al bloquearse el nodo AV, ondas f compatibles con flutter auricular. Posteriormente persistió en flutter auricular pero con conducción 2:1 a 100 lpm, con HARI y BCRDHH, normalizándose las alteraciones de la repolarización y cediendo la sintomatología. En la analítica no presentaba alteraciones relevantes, siendo las enzimas cardíacas serias normales. El ecocardiograma realizado durante el ingreso no mostraba cambios con respecto al previo (FEVI conservada) y se realizó un cateterismo con arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas. Inicialmente se intentó cardioversión farmacológica con amiodarona, persistiendo en flutter auricular por lo que se realizó cardioversión eléctrica pasando a ritmo sinusal. Al alta, se asocian bbloqueantes al tratamiento con flecainida. Se mantiene anticoagulación con sintrom durante un mes tras la cardioversión eléctrica, suspendiéndolo posteriormente dado que se mantiene con un CHA2DS2-Vasc de 0.

Conclusiones:

No se debe olvidar que los fármacos antiarrítmicos tienen también efectos proarrítmicos, por lo que habitualmente, tras el primer episodio de fibrilación auricular no se suele iniciar tratamiento. En todo caso, si se inicia tratamiento con fármacos bloqueadores de los canales de sodio, como la flecainida o la propafenona, se debe tener en cuenta que pueden favorecer la conducción 1:1 por lo que es importante asociar siempre un fármaco bloqueador del nodo AV (betabloqueantes o calcio antagonistas).

A-1385

FIEBRE Y ODINOFAGIA: MÁS ALLÁ DE LA FARINGOAMIGDALITIS

A Nieto Molinet (1), C Ibero Esparza (1), L Chirinos (1), R Bartolomé Resano (3), JJ Pineda Arribas (4)

(1) Hospital García Orcoyen, (2) Urgencias. Hospital García Orcoyen, (3) Centro Salud Rochapea, (4) Endocrinología. Hospital García Orcoyen. Estella.

Palabras claves: cervical pain, fever-thyroiditis

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Introducción: La tiroiditis subaguda es una entidad de fácil diagnóstico en Urgencias si se considera en el diagnóstico diferencial de la cervicalgia anterior o infección de vías respiratorias altas. Objetivos: Considerar la tiroiditis en la valoración del paciente que consulta por odinofagia o cervicalgia anterior. Caso: Se remite a Urgencias paciente de 38 años con odinofagia y fiebre. La paciente refiere que desde hace 3-4 semanas padece dolor en región cervical anterior que le irradia al oído y cabeza y que empeora con la deglución. Toma dexkeptoprofeno con alivio parcial sintomático. Desde hace dos días se acompaña de fiebre de 38°C, sudoración profusa y mayor odinofagia. Además nota aumento de volumen de la parte anterior de cuello. Tras sospecha diagnóstica afirma que desde hace 1 mes presenta pérdida de peso (2 kg/dos semanas) y alteración de ritmo intestinal (2 veces/día, con menor consistencia). Exploración Física: TA 119/83 mmHg, 117 ppm', 36.9 °C, Sat.O2 100 %. Cuello: no adenopatías, se aprecia tumefacción de tiroides, de consistencia blanda, con dolor local a la palpación de tiroides. Móvil con la deglución. No rubor, calor ni otros signos inflamatorios. Se realizó analítica: Hemograma sin leucocitosis y con fórmula normal), PCR 6.9,VSG 120, Tirotropina 0,01 (0,35-4,94),Tiroxina libre 3,72 (0,7-1,48) y Triyodotironina libre 9,6 (1,71-3,71). Anticuerpos antitiroideos: pendiente. Se sospecha tiroiditis subaguda en fase hipertiroidea (probable tiroiditis de Quervain) y se pautó enantyum 25 mg/8 horas y se valoró beta-bloqueante a dosis bajas. En la consulta de Endocrinología se confirmó diagnóstico (anticuerpos negativos). Se trata de un caso típico de tiroiditis subaguda, que inicialmente se enfoca como proceso viral de vías respiratorias altas o faringoamigdalitis y dada tanto la evolución temporal sintomática como una anamnesis detallada , se realizó el enfoque diagnóstico. El hecho que la paciente refería claramente aumento de la parte anterior del cuello y dolor a la palpación de tiroides orientó el diagnóstico diferencial a una tiroiditis, y la anamnesis detallada a una tiroiditis subaguda.

Conclusiones:

La tiroiditis subaguda es una entidad de relativo fácil diagnóstico si se sospecha clínicamente. Se suele preceder de un proceso viral y se debe considerar ante la cervicalgia anterior, tumefacción a ese nivel, dolor significativo a la palpación del tiroides.

CASOS CLÍNICOS

P-1386

CADA VEZ ESTÁ PEOR, DOCTOR

JL Otero Uribe, P Lázaro Aragüés, JA Sánchez Nicolás, MP Suárez Beke, E Tomás Jiménez, R Quintanilla López, P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

Palabras claves: hemorrhagic stroke, pacemaker, management

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Varón de 68 años que consulta en Urgencias por empeoramiento de su estado general tras alta hospitalaria por cierre de orejuela izquierda tras implantación de marcapasos. Hace 10 días la familia refiere disartria, mayor somnolencia de la habitual, dificultad para la deambulación e inestabilidad con tendencia a desviarse a la derecha. Antecedentes personales: No alergias. HTA, Diabetes Mellitus Tipo 2, hipercolesterolemia. Fibrilación auricular permanente. Bloqueo trifascicular e intervalo HV aumentado con implantación de marcapasos VVI.IAM inferior.Ictus hemorrágico en ganglios basales derechos. Situación basal: hasta enero 2015 independiente para las actividades de la vida diaria. Tratamiento crónico: AAS 100 mg/24 h, Clopidogrel 75 mg/24 h, atorvastatina 80 mg/24 h, apixaban 5 mg/12 h, lansoprazol 20 mg/12 h, metformina 850 mg/8 h, amiodarona/24 h, nitroglicerina parches 17 h al día, furosemida 40 mg/12 H, carvedilol 6,25 mg/12 h, eplerenona 25 mg/24 h, valsartán 80 mg/24 h. Exploración física: Consciente y orientado, Tª 36°C, FC69 lpm, TA 95/64 mmHg. Cabeza-cuello: carótidas laten simétricas, no soplos. Auscultación cardio-pulmonar: rítmico, no soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible, no doloroso. Miembros-inferiores: no edemas, no signos de TVP. Neurológico: labilidad emocional, paresia facial centra derecha, disartria severa, no eleva velo del paladar izquierdo, hemiparesia derecha 3/5 miembro superior, 2/5 en inferior, hipoestesia en miembro inferior derecho, RCP extensor derecho. Disfagia para líquidos. Bultoma a nivel de la ingle derecha. Pruebas-complementarias: Electrocardiograma: ritmo de marcapaso. Bioquímica: Glucosa 170 mg/dl, urea, creatinina, sodio, potasio, CPK, troponinas y procalcitonina normales. Pro-BNP 1551pg/ml. Hemograma: leucocitos 16930 (83,8% Neutrófilos). Hemoglobina, hematocrito y plaquetas normales. Coagulación: INR 1,75. Gasometría venosa: normal. Radiografía de Tórax: patrón intersticial con congestión hilar bilateral asociada. No infiltrados ni condensaciones. Índice cardio-torácico aumentado. TC craneal: zona hiperintensa en protuberancia izquierda con efecto masa con un centro hipodenso sugestiva de hemorragia de tronco en evolución. Eco-doppler femoral derecha: seroma de 25 x 21mm en ingle derecha Orina: pH7, leucocitos 100, nitritos positivos, eritrocitos 25. Sedimento: leucocitos 18-28, hematíes 0- 5. Interconsulta. Cardiología: se comenta la

posibilidad de realizar RM cerebral pero el marcapasos del paciente no es compatible, ajustan tratamiento cardiológico con retirada tras nuestra solicitud de anticoagulación. Evolución: estable durante su estancia hospitalaria, tolera agua gelificada pero no sólidos por lo que se coloca Sonda naso-gástrica. No recuperación neurológica. Ante la patología actual y tras valoración relación riesgo-beneficio se retira anticoagulación. Juicio clínico: Hematoma protuberancial secundario a tratamiento anticoagulante por intervencionismo cardiaco.

Conclusiones:

Importancia de la valoración BLEED ante pacientes con episodios previos de ACV.

CASOS CLÍNICOS

P-1387

FIBRILACIÓN AURICULAR SECUNDARIA A
MIOCARDITIS POR TÓXICOS

C Suero Méndez (1), MM de Dios Rodríguez (1), D Molina Galbraith (2), C Moral Merchán (1), E Lagares Santana (1), M Moreno Fernández (1), G Ocete Burgos (1)

Hospital Regional de Málaga. Málaga.

Palabras claves: fibrilación auricular, miocarditis, tóxicos

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente varón de 44 años sin FRCV salvo tabaquismo, bebedor moderado y consumidor ocasional de tóxicos (cocaína inhalada y MDA). Acude a Urgencias por presentar malestar centrotorácico y epigástrico que se incrementa con el decúbito y mejora con la bipedestación. En ECG a su llegada a Urgencias, FA con RVR a 130 lpm. Leve taquipnea en reposo. TA: 120/90 mmHg, FC: 120 lpm, afebril, FR: 24 rpm. Ingresa en el área de Observación por presentar FA con RVR a 150 lpm. Se administra flecainida 150 mg iv ante la aparente ausencia de cardiopatía estructural del paciente. Al no obtener respuesta exitosa se realiza cardioversión eléctrica (CVE), restableciendo el ritmo sinusal tras 3 choques de 100, 150 y 200 J. Al revertir la sedación con flumazenilo a altas dosis (15 mg), el paciente presenta hipotensión y estado de agitación con dificultad respiratoria y rubefacción facial. A la AP hipoventilación generalizada y crepitantes secos en tercio superior de ambos hemitórax. Ante el resultado del Dímero-D, con valor de 9000, se realiza angio-TAC que no muestra signos de TEP pero sí discreta esplenomegalia y un infiltrado pulmonar de predominio en lóbulos superior y medio con patrón de vidrio deslustrado y consolidativo, bulla en llingula y derrame pleural bilateral (Fig. 1) compatible con patología inflamatoria tipo bronquiolititis obliterante con neumonía organizada BONO o proceso inflamatorio/infeccioso. Analíticamente leucocitosis con neutrofilia y coagulación alterada y acidosis metabólica compensada respiratoriamente. En bioquímica, insuficiencia hepática y renal con mioglobina y CK elevadas (mioglobina 1273, CK 2508 sin fracción MB). Tóxicos en orina positivo para cocaína.

Conclusiones:

El aumento en el consumo de cocaína en los últimos años ha dado lugar a un notable incremento en el número de complicaciones cardíacas asociadas a la droga, especialmente en pacientes jóvenes. De todos los efectos cardiotóxicos, la isquemia con o sin IAM, es el más frecuente, seguido por las arritmias y las miocardiitis y miocardiopatías. Por ello, la posibilidad de abuso de cocaína debe ser tenida en cuenta en aquellos pacientes jóvenes que se presenten con alguna de las complicaciones descritas y en los que no se evidencia otra probable causa.

P-1388

DOLOR HEMITÓRAX Y FIEBRE, COMO SÍNTOMAS
DE ALARMA

MD Marín del Tiempo (1), E Senra de la Fuente (1), R Regla Marín (1), A Uta (1), MA Alvarado Goni (1), A Mínguez Uriel (1), Y Robles Tapia (2)

(1) C.S. San Jose Norte y Humservet, (2) Residencia Ozanam Zaragoza. Zaragoza.

Palabras claves: empyema, pleural, treatment

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer de 53 años, con antecedentes de esclerosis múltiple remitente-recurrente, acude a urgencias, por dolor en hemitórax izquierdo de características pleuríticas, fiebre de hasta 39° C desde hace 4 días, junto con tos seca, rinorrea y ligero aumento de la disnea. Días previos síndrome miccional tratado con antibiótico 2 días resuelto. Sin alergias ni hábitos tóxicos. Exploración: dolor en costado izquierdo que aumenta con la inspiración y la tos, auscultación crepitantes húmedos en campo inferior y medio izquierdos, hipoventilación. Fiebre de 37,7°C. Resto de aparatos sin hallazgos relevantes. En analítica sanguínea PCR 32,4 mg/dl. Procalcitonina 0,9. Leucocitosis con aumento de PMN. Radiografía Tórax: opacidad prácticamente completa del hemitórax izquierdo con imágenes sugestivas de masas polilobuladas de probable naturaleza pleural. Ingresa en Neumología. Estudio del líquido pleural: ADA 199 UI/L, LDH 12770, glucosa <0,01 g/l. Microbiología: Ag. Legionella y Pneumococo en orina: negativos. Hemocultivo: negativo. Cultivo de líquido pleural: Streptococo Constellatus. TAC torácicoabdominal: voluminoso empiema pleural (EP) izquierdo con varias loculaciones pleurales y con extensa consolidación inflamatoria del pulmón, que está casi colapsado y con extensas zonas de necrosis del parénquima. Diagnóstico: Empiema Pleural izquierdo. Evoluciona con picos febriles de hasta 39°C. Tratamiento con antibiótico intravenoso. Drenaje pleural con dos tubos de toracostomía de forma prolongada. Fibrinólisis intrapleural. No requirió cirugía para decorticación pleural. TAC de control favorable al mes.

Conclusiones:

El diagnóstico del empiema es un proceso dinámico complejo a valorar historia clínica, pruebas de laboratorio y pruebas radiológicas. Etiología: 1º Desde un foco pulmonar, la mayoría una neumonía bacteriana. Ruptura absceso pulmonar, quiste hidatídico, TBC. 2º Postcirugía pulmonar, 3º Postraumático. Ante la sospecha de derrame paraneumónico pleural, debe realizarse una toracocentesis si el derrame es mayor de 1 cm y si hay signos que sugieren loculación o engrosamiento de la pleura parietal en la tomografía, datos que indican empiema subyacente. El EP es una urgencia respiratoria potencialmente reversible, que pone en peligro la vida del paciente y en la cuál es vital la sospecha clínica y la instauración temprana del tratamiento antibiótico empírico.

CASOS CLÍNICOS

P-1389

**ORO PARECE, PLÁTANO ES... ¿QUÉ ES?
VOLVAMOS A EXPLORAR**

C Suero Méndez (1), MM Becerra Mayor (1), P Valverde Vallejo (1), A Jimena López (1), MI Correa Rosales (1), A Rando Jiménez (1), F Muñoz Lara (2)

Hospital Regional de Málaga. Málaga.

Palabras claves: hemorragia subaracnoidea, anticoagulación, hemorragia retroperitoneal

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Varón de 66 años con antecedentes de miocardiopatía dilatada y con episodio de fibrilación auricular reciente que requirió cardioversión eléctrica, estando desde entonces anticoagulado con acenocumarol. Acude a nuestra Urgencia derivado desde Hospital comarcal tras sufrir traumatismo craneoencefálico secundario a cuadro sincopal presentando en TAC hemorragia subaracnoidea Fisher IV. Se inicia reversión de la anticoagulación con vitamina K y complejo protrombínico previa al traslado y se indica valoración por Neurocirugía. A su llegada, comentan episodio de hipotensión durante el traslado que ha requerido de la administración de drogas inotrópicas. El paciente comenta dolor lumbar de inicio previo al cuadro sincopal y en la exploración se objetiva distensión abdominal con evidentes signos de irritación peritoneal. Ante esta situación se decide realización de ecografía abdominal que no aporta datos de interés y posteriormente dada la persistencia de la inestabilidad, TAC de abdomen con contraste en el que se evidencia sangrado abdominal de componente retroperitoneal. Se plantea posibilidad de angioTAC-arteriografía y embolización versus laparotomía exploradora, optando por la exploración quirúrgica encontrando gran hematoma retroperitoneal a nivel de compartimentos superiores e izquierdo de la transcavidad de los epiplones y en celda esplénica, consiguiendo la estabilización de la situación clínica del paciente. En área de Cuidados Intensivos presenta evolución tórpida pero favorable, siendo finalmente alta a domicilio con recuperación parcial. Tr

Conclusiones:

Entre las complicaciones hemorrágicas de riesgo vital en el paciente anticoagulado se encuentran la hemorragia intracraneal, la hemorragia con compromiso hemodinámico (hemorragia digestiva, intraperitoneal, politraumatizado, etc...) y la necesidad de cirugía urgente. En estos casos se indica la reversión de la anticoagulación administrando factores del complejo protrombínico (Prothromplex*) +/- vitamina K. Nuestro paciente presenta las tres complicaciones de mayor gravedad en el anticoagulado y en el caso se pone de manifiesto la relevancia de la exploración minuciosa y detallada del paciente tras la transferencia. Esta REEVALUACIÓN o EVALUACIÓN SECUNDARIA nos permite evidenciar la existencia de un segundo foco de sangrado, causa de la inestabilidad hemodinámica del paciente. El MÉDICO DE URGENCIAS con su ANAMNESIS y su EXPLORACIÓN CLÍNICA tiene en sus manos las claves para desentrañar el jeroglífico que nos plantea la patología de algunos de nuestros pacientes.

P-1390

PLUS ULTRA. A PROPÓSITO DE POLIARTRALGIAS EN URGENCIAS

L Doval Oubiña (1), P Felpete López (1), JM Rey Tasende (1), MP Aboy Pardo (1), L González González (1), S Martínez Gestoso (1), N Rodríguez Bouzada (2)

Hospital do Salnés. Vilagarcía de Arousa, Pontevedra.

Palabras claves: artralgiyas, SR3PE, paraneoplásico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Mujer de 83 años sin alergias medicamentosas conocidas, histerectomizada con antecedentes de HTA y artrosis. Sigue tratamiento con indapamida 2,5 mg, lormetazepan 1 mg y paracetamol más aceclofenaco como analgésicos. Acude a urgencias por un cuadro de dolor en miembros superiores de 10 días de evolución con impotencia funcional en ambos cinturones escapulares de predominio derecho y eritema, hinchazón y dolor en ambas manos. Niega fiebre ni sensación distérmica. Hiporexia y pérdida ponderal de unos 4 kg en unos 2 meses. No claudicación mandibular ni cefalea. Sin otra sintomatología sobreañadida. EF: Constantes en rango salvo tensión arterial de 150/100. Afebril. Palidez cutánea. Destaca pérdida de fuerza en cinturones escapulares en torno a 4/5 y eritema con edema duro en cara dorsal de ambas manos con movilización dolorosa pero conservada. PC: Destaca en analítica anemia con hemoglobina de 10,2 g/dl con perfil microcítico e hipocrómico. PCR de 190 y VSG 99. Sin leucocitosis pero con neutrofilia de 80,7%. CK y resto de bioquímica en rango. Se trata de una paciente con poliartralgias en miembros superiores, edema y eritema en ambas manos y debilidad de cinturones escapulares. Se asocia a aumento significativa de PCR, VSG y anemia ferropénica. Entre los principales diagnósticos diferenciales que se nos palntean cabe destacar una polimialgia reumática, artritis reumatoide o síndrome RS3PE, siendo esta último la entidad clínica que se postula desde un inicio como principal hipótesis diagnóstica ante los hallazgos exploratorios. En el estudio complementario se incluyó TC tóraco-abdominal ambulatorio dada la naturaleza paraneoplásica del síndrome RS3PE, con hallazgo de adenocarcinoma de colon ascendente en estadio III.

Conclusiones:

Ante un cuadro de poliartralgias sugestivo de síndrome SR3PE, nunca debemos olvidar el despistaje de enfermedad subyacente ya que habitualmente se trata de una manifestación paraneoplásica. En la práctica cotidiana de la medicina de urgencias no se debe obviar la realización de un buen diagnóstico diferencial y tener en cuenta procesos subyacentes o desencadenantes que, como en este caso, pueden revestir gravedad, para poder enfocar al paciente de forma correcta y realizar un diagnóstico etiológico.

CASOS CLÍNICOS

P-1391

ME ENCUENTRO MÁS DÉBIL QUE AYER

A Marco Berná (1), MJ Martínez Valero (1), MP Suárez Beke (1), Ja Sánchez Nicolás (1), P Lázaro Aragüés (1), Lj López Torres (1), Lf Canaval Parra (2)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía, (2) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Palabras claves: Guillain-Barré syndrome, polyneuropathy, nervous system

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Mujer de 37 años sin antecedentes medico-quirúrgicos de interés. No hábitos tóxicos. No tratamiento crónico. Gestación 11 semanas. Consulta por hormigueo en ambos brazos de una semana de evolución, que en los últimos días se ha extendido a piernas y lengua. Refiere dolor con la movilidad, no pérdida de fuerza. Afebril. Sin alteraciones del hábito intestinal ni síndrome miccional. Inicio de eutirox hace unos días. **EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.** Auscultación cardio-pulmonar normal. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales sin focalidad neurológica. Fuerza y reflejos osteotendinosos normales, hipoestesia en zona de femorocutáneo derecho. Bioquímica, hemograma y coagulación normales. Gaseometría venosa: pH 7.34, pCO₂ 50, HCO₃⁻ 26.7. **EVOLUCIÓN.** Se decide dar de alta a la paciente y citarla de forma preferente en Neurología. A los cuatro días la paciente consulta nuevamente por empeoramiento del cuadro clínico, presentando debilidad generalizada. Se realiza interconsulta a Oftalmología con exploración normal y a Neurología, estableciendo parálisis facial periférica izquierda y resto de pares craneales normales, fuerza conservada en las cuatro extremidades, arreflexia global, sensibilidad vibratoria con hipopalestesia distal en piernas. Se decide ingreso en Neurología. Serología negativa. Electromiografía: estudio compatible con una polineuropatía sensitivo- motora. **JUICIO CLÍNICO** Polirradiculoneuropatía sensitivomotora desmielinizante aguda, probable síndrome de Guillain-Barré. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.** Diabetes, deficiencia de vitamina B12, enfermedad de motoneurona, VIH, accidente cerebrovascular, botulismo, enf. de Lyme, miositis, miastenia gravis, sarcoidosis, hipocalcemia severa, poliomieltitis, etc.

Conclusiones:

El síndrome de Guillain-Barré se caracteriza por una debilidad simétrica, rápidamente progresiva, de comienzo distal y avance proximal, que cursa con arreflexia. Es la causa más frecuente de parálisis neuromuscular aguda y su diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque el amplio espectro de la enfermedad ocasiona dudas en el diagnóstico.

P-1392

LOS FALSOS POSITIVOS DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS INFLUYEN EN LAS DECISIONES DE MANEJO

M Rodil Muñoz (1), S Sánchez Ramón (1), C Andreu Dalleres (1), MJ Giraldo Pérez (1)

Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Palabras claves: tromboembolismo pulmonar, Dímero D, síncope

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

Introducción: El síncope puede ser consecuencia de diversas patologías desde algo banal o más grave como puede ser el tromboembolismo pulmonar. Por otra parte, en ocasiones no es fácil diagnosticar un síncope y nos basamos en el uso de pruebas complementarias de laboratorio como puede ser el valor del Dímero D pudiendo existir falsos positivos y sueditamos las pruebas posteriores a los valores del mismo. **Descripción del caso:** Presentamos el caso de una mujer de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento, que acude por un cuadro de presíncope y disnea de aparición brusca en reposo, con recuperación neurológica completa pero con malestar, palidez y disnea posterior. El mismo cuadro se repite estando en decúbito en el servicio de urgencias, objetivándose una disminución importante de la TA, sudoración fría profusa y palidez cutánea. **Pruebas complementarias:** No se evidencia alteraciones ECGs y existe una elevación importante del Dímero D 2979 con fibrinógeno de 501, resto normal, pO₂ de 65 mmHg. Ante la clínica y la elevación del Dímero D se sospecha un Tromboembolismo Pulmonar, por lo que solicita un TAC helicoidal que resulta ser normal. **Evolución:** La paciente es ingresada y se repite la analítica a las 6 horas: Dímero D de 402. La paciente es dada de alta sin llegar a un diagnóstico seguro como cuadro presincojal de etiología desconocida.

Conclusiones:

El Dímero D es un producto procedente de la degradación de la fibrina. Cuando se eleva puede ser sugestivo de trombosis venosa profunda o bien tromboembolismo pulmonar debiendo de ser valorados en el contexto clínico adecuado. La seriación del Dímero D no está contemplado para el seguimiento inmediato de un TEP, sin embargo se debe tener en cuenta los falsos positivos y los posibles errores de laboratorio según el método de determinación.

CASOS CLÍNICOS

P-1393

LAS ENFERMEDADES PROGRESAN: TVP A TEP EN MENOS DE 24 HORAS

LM Montes Andújar (1), M Trinidad Lucía (1), C Rodríguez Ramírez (1), L García González (1), A Ruiz de la Fuente Castillo (1), E Fernández Alcón (1)

Hospital Universitario del Sureste. Madrid.

Palabras claves: trombosis, tromboembolia, anticoagulación

Historia clínica

Paciente varón de 52 años, con dolor e inflamación en miembro inferior derecho de 1 semana de evolución, no aqueja otra sintomatología. No cirugía reciente. Refiere ingreso hace 1.5 meses prolongado por neumonía (requirió ingreso en UCI). No AP de interés salvo tabaquismo. Exploración física: ACP rítmico, no soplos, mvc en ambos campos pulmonares, no ruidos sobreañadidos. MID edema, rubor y aumento de tamaño respecto a contralateral. Se realiza ecografía en urgencias: arteria poplítea no comprime, arteria femoral comprime. Se solicita ecografía reglada al servicio de radiología que confirma diagnóstico de TVP poplítea. Se decide anticoagular al paciente, anticoagulantes orales y HBPM. Acude en menos de 24h a nuestro servicio por dificultad respiratoria, SAT 86% y dolor torácico. Dada la alta sospecha de TEP se decide ingreso y realización de angioTAC a su llegada a urgencias. Durante el ingreso se realizan pruebas de trombofilia y tumor oculto, siendo todo negativo por lo que se asume que la causa más probable sea la inmovilización durante su estancia en UCI en el ingreso anterior.

Conclusiones:

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es la manifestación más grave de la enfermedad tromboembólica, y la más infradiagnóstica. Hay que tener en cuenta que entre el 20-50% de las trombosis venosas profundas sintomáticas se acompañan de un TEP silente hasta en un 70-80% de los casos. Los factores que más predisponen son la inmovilización y la cirugía. La asociación a tabaquismo no ha sido demostrada. TVP proximal presenta un riesgo del 50% de evolución a embolismo pulmonar, pudiéndose realizar tratamiento ambulatorio en menores de 70 años, TEP silente descartado por gammagrafía, sin enfermedad concomitante grave, trombopenia, insuficiencia hepática ni renal.

P-1394

DOCTORA, SE ME CAE EL PÁRPADO

C López Alarcón (1), A Marco Berna (1), I Pico García (1), N Rodríguez García (1), B de la Villa Zamora (1), MJ Martínez Valero (1)

Hospital General Universitario Reina Sofía. Cieza.

Palabras claves: myasthenia gravis, ocular-autoinmune disorders, transmission neuromuscular

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - Comarcal

Historia clínica

DESCRIPCION DEL CASO: Mujer 31 años, con antecedentes de Sd piernas inquietas y mamoplastia y consumo de alcohol y cocaína ocasional. Tto crónico: adartrel, ACO. Acude a urgencias por sensación de debilidad y pesadez en párpado izquierdo 4 días de evolución más intenso hace 24 h. Mareo y visión doble (contornos borrosos) intermitente. Fatiga transitoria al masticar desde hace 24 h. No otros síntomas. EXPLORACION Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: bioquímica y hemograma normales. NRL: CyO, pupilas ICNR, ligera ptosis palpebral izquierda, pares craneales normales, no nistagmo, balance muscular MMSS/II 5/5, no alteración de la sensibilidad ni de la marcha, Romberg negativo, dedonariz conservado, ROTs izquierdos exaltados, Babinski izq flexor, derecho indefinido, signos meníngeos negativos. ITC a oftalm, AV, con su corrección OD: 1.00, OI 1.00. MOE, sin limitaciones en las versiones. Cover test unconv: sin hallazgos de interés. Mínima ptosis PS OI menor de 1 mm, buena función Ms elevador PS. Reflejos pupilares: fotomotor directo y consensual sin alteraciones. BMC: AOs anejos normales, no hiperemia, córnea transparente, CABP, no Tyndall, resto polo anterior normal. Fondo de ojo: AOs: papila normocoloreada, límites bien definidos, sin EP. Mácula normal. Resto de polo posterior normal. Se decide ingreso en NRL. EMG: signos sugestivos de trastorno de la transmisión neuromuscular tipo miastenia gravis. Tc Tórax: hallazgos compatibles con timoma. JUICIO CLÍNICO: miastenia gravis ocular. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: sd Eaton-lambert, sd miasténicos congénitos, intoxicación por organofosforados, toxinas, fármacos, picaduras y venenos de animales.

Conclusiones:

La miastenia gravis es trastorno autoinmune de la transmisión neuromuscular que involucra la producción de autoanticuerpos contra receptores musculo-esqueléticos, la mayoría de acetilcolina y en otros casos el receptor musculo-específico tirosina cinasa (MuSK) de la placa muscular postsináptica.

CASOS CLÍNICOS

A-1395

SEPSIS DEPRIVACIÓN ALCOHÓLICA

E C V, CA Yago Calderón, R Infantes Ramos, E Cuartero Martínez, JA Rivero Guerrero, E Rosell Vergara
Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Palabras claves: coxalgia, agitación, sepsis

Historia clínica

Paciente que acude a urgencias de hospital traído por la familia por cuadro agitación. Como antecedentes destaca enolismo diario aunque en abstinencia desde hacia 6-7 días al no poder salir a la calle por intenso dolor en cadera derecha, junto a dos visitas en las 2 últimas semanas por coxalgia atraumática. En cuarto de críticos, se realiza sedación con propofol, administrándose benerva, benadón y tiaprizal en el contexto de abstinencia alcohólica, quedando a la espera de los resultados de las pruebas complementarias. En la primera exploración se encontraba taquicárdico, con tendencia a la hipotensión y afebril. A la llegada de los resultados analíticos, destaca 27000 leucocitos con desviación izquierda, PCR 350, Procalcitonina 17, lactato 32 PT-Act 52% y Creatinina 2,3, siguiendo la tendencia a la hipotensión pero algo reactivo por lo que a la exploración destaca dolor en hemiabdomen derecho. Se canaliza vía central subclavia derecha y se inicia perfusión de noradrenalina y tazocel. Se realiza TAC abdomen c/c apreciándose gran colección multiloculada y de bordes mal definidos de densidad partes blandas en hemiabdomen derecho que se extiende desde nivel subcapsular hepático por la gotera parietocólica, espacio pararenal posterior espacio del psoas, hasta pelvis. Se contacta con radiología intervencionista, decidiéndose la colocación de drenaje para evacuación.

Conclusiones:

La adecuada exploración física y la realización de pruebas complementarias son imprescindibles en situaciones en las que las patologías no por ser poco frecuentes, no dejan de ser de pronóstico infausto sino se realiza un diagnóstico precoz.

A-1396

LEIOMIOSARCOMA PRIMARIO DE VENA CAVA.
A PROPÓSITO DE UN CASO

D Micheloud Giménez, D Ibrahim Achi, V Palazuelos Molinero, J Sevillano Fernández, J Andueza Lillo
HGUGM. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Palabras claves: leiomiosarcoma, vascular, síndrome edematoscítico

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Paciente de 71 años sin antecedentes relevantes. Consulta por dolor abdominal difuso, aumento del diámetro abdominal y edemas en miembros inferiores de 2 días de evolución. Niega otro síntoma asociado. A la exploración física: datos relevantes presentaba hipoventilación pulmonar bilateral, ascitis y edemas en ambos MI. En Urgencias se realizó analítica dentro de normalidad. Por presentar un cuadro subagudo de descompensación asfíctica edematosa se realizó: TAC toráco abdomino pélvico Trombo tumoral en el segmento hepático de la cava con un eje craneocaudal de 9 cm. Múltiples nódulos pulmonares bilaterales de pequeño tamaño sugestivos de metástasis. Existe derrame pleural bilateral y ascitis. Conclusión: Probable leiomiosarcoma de cava con metástasis pulmonares. Ecocardiograma Se visualiza masa que ocupa la práctica totalidad del lumen de vena cava hasta la desembocadura aurícula derecha. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Hepatocarcinoma de segmento I Metástasis Hepática de primario desconocido Leiomiosarcoma Primario de vena cava. JUICIO CLÍNICO FINAL: Leiomiosarcoma de vena cava. EVOLUCIÓN: Se realiza PET-TAC donde se evidencia nódulos pulmonares y la biopsia informa: Proliferación neoplásica de estirpe mesenquimal positivo para Actina ML, Actina HHF y Desmina, y negativo para S100 y CD68. Metástasis por un leiomiosarcoma. Razón por la cual se decide tratamiento paliativo.

Conclusiones:

Se trata de un tumor poco frecuente que se origina en las células del músculo liso de la pared vascular. Los LMS constituyen un 6% de los sarcomas y de todos los LMS solo un 2% son de origen vascular. Existen unos 300 casos publicados en la literatura. La vena cava es la localización más frecuente de este tumor cuando es de origen vascular, localizándose en el segmento de vena cava comprendido entre las venas renales y las venas suprahepáticas en un 44%. Su clínica inespecífica hace que se retrase diagnóstico. La tasa de recurrencia del tumor se sitúa entre 9- 33%. El factor más importante para aumentar la supervivencia es obtener unos márgenes libres de células malignas en la resección. El pronóstico depende de la localización y la presencia de metástasis. IMPORTANCIA DEL CASO PARA DIFUSIÓN: Es relevante publicar este caso por la heterogeneidad de las manifestaciones, para establecer un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.

CASOS CLÍNICOS

A-1397

**ECOGRAFÍA EN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
ABDOMEN AGUDO**

A Robles Amieva (1), C de León Rivas (1), R Hernando Fernández (1), A González San Emeterio (1), L Gómez Sánchez (2), A Iturralde Gárriz (1)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, (2) Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Palabras claves:
Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

Mujer, 37 años, sin antecedentes personales de interés. Comienza, 5 días antes de acudir a urgencias, en contexto de cistitis aguda no complicada, con dolor abdominal difuso que aumenta progresivamente de intensidad, hasta presentar EVA 8-9/10 a su llegada. No clínica urinaria en el momento actual. Afebril en domicilio. Diuresis conservada. No presentaba otra clínica acompañante. FUR: 7 días antes EXPLORACIÓN (EF) Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la EF destaca vientre en tabla, muy doloroso a la palpación. Hemodinámicamente estable, afebril, sin otros hallazgos de interés. Bioquímica básica: dentro de ella normalidad. PCR: 6,5 mg/dL. Hemograma: 16.700 leucocitos (1% cayados, 81% segmentados). Resto dentro de la normalidad. Elemental y sedimento: 70-80 hematíes/campo, 20-30 leucocitos/campo, presencia de células descamativas. No bacteriuria. Nitritos negativos. Radiografía simple abdomen: gran dilatación de asas intestinal con edema de pared. Aumento de densidad homogéneo y bien delimitado a nivel pélvico. Ecografía abdominal en urgencias: globo vesical con aumento de la ecogenicidad en su interior y que no se vacía tras la micción. Resto de estructuras dentro de la normalidad.

Conclusiones:

Globo vesical es la consecuencia de imposibilidad de vaciar adecuadamente y de forma voluntaria el contenido vesical. La relación varón:mujer es 7:1, (la incidencia se estima en 0,07 por 1.000 habitantes y año), siendo en estas últimas la infección del tracto urinario la causa en <3%. La ecografía es un método rápido, no cruento y sensible para la valoración y aproximación diagnóstica del abdomen agudo y par ala valoración del estado vesical.

A-1398

ECOGRAFÍA EN ANEURISMA DE AORTA

A Robles Amieva, A Grajales Ruiz, Z Soneira Rodríguez, MJ Reina Rodríguez, P Aguilera Samaniego, WR Ferrero Ohse
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Palabras claves: ecografía, aneurisma de aorta

Ámbito del caso:

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

DESCRIPCION DEL CASO: Varón de 67 años, Antecedentes de HTA en tratamiento con Enalapril 20 mg al día, sin hábitos tóxicos. Cuadro clínico de dolor abdominal súbito en reposo, precedido de episodio sincopal, con recuperación rápida, persistiendo el dolor abdominal. Por lo que es derivado al servicio de urgencias. EXPLORACION Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Facies algicas, diaforético, PA a la llegada 150/80. a los 5 min 120/60 FC 78 lat/min Tª 36,2°C SatO2 :99%. CyC: no soplos Tórax: AC. rítmica sin soplos, AP murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados. Abdomen: blando, dolor a la palpación de mesogastrio, blumberg positivo, no se palpan masas. Extremidades: Sin datos de TVP, pulsos femorales normales. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma: Leucocitos 8900 (65%S. 28%L). Hb: 13,6 grs/dl. Hcto: 39,8%. Plaquetas: 206.000. Bioquímica: Creatinina: 0,94 Urea 46. PT: 73. Glucosa 177 RX-Tórax: sin signos de derrames, ni consolidaciones Ecofast: aneurisma infrarenal de +- 7 cm de diámetro. Tac torácico- abdominal: dos formaciones aneurismáticas de aspecto sacular con origen en aorta abdominal infrarenal. El primero de 6,8 x 6 cm de diámetro y el segundo de 7,5 x 6,4 cm. Signos de rotura de uno de los aneurisma con gran hematoma retroperitoneal (de 14 x 10 por 18 cm) Riñones en herradura con fusión de sus polos inferiores en espacio preaórtico. Arterias renales y vías urinarias normales. Electrocardiograma: normal

Conclusiones:

Los aneurismas de la aorta abdominal se definen como "la dilatación de más del 50% del diámetro normal de la aorta". Bajo esta definición, y considerando que el diámetro normal es de 1,5 a 2,4 cm, puede realizarse el diagnóstico de un aneurisma cuando el diámetro transversal es igual 3 cm o mayor. La localización más común es en el segmento infrarenal. El ultrasonido tiene una sensibilidad de 92% a 99% y una especificidad de 100%, de ahí su utilidad en casos de sospecha, aunque el TC es el gold standar.



CASOS CLÍNICOS

P-1399

¿ÚLCERA POR PRESIÓN O GANGRENA DE Fournier?

CM Benito Romeral, B Espinosa Fernández

Hospital General Universitario de Alicante

Palabras claves: Fournier's gangrene, urological emergency, surgery**Ámbito del caso:**

Hospitalaria (Pública/Privada) - General o de especialidades

Historia clínica

ANTECEDENTES PERSONALES: No alergias, HTA, Deterioro cognitivo moderado, trombosis venosa profunda femoral común, insuficiencia cardíaca crónica. Tratamiento habitual: acfol 5 mg/día, esomeprazol 40 mg/día, seroquel 100 mg/día, seguril 40 mg/día, lexatin 1,5 mg/día, olmetec 20 mg/día, sintrom Situación basal: Buen apoyo familiar. DABVD. ENFERMEDAD ACTUAL: Mujer 80 años que acude al servicio de urgencias remitida desde atención primaria por úlcera en región sacra de cronología indeterminada, fiebre 39°C de una semana de evolución asociado a cuadro de agitación. Reciente infección tracto urinario tratada con cefixima oral. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: T° 36,7, FC 120 lpm, Sat O2 99%, TA 100/60 mmHg. FR: 25 rpm Somnolienta. Regular estado general. Frialidad cutánea, signos de hipoperfusión periférica. Auscultación cardíaca: rítmica sin soplos; Pulmonar: buena ventilación, crepitantes base derecha, Abdomen: anodino; extremidades inferiores: edemas perimaleolares bilaterales. Neurológica: apertura ocular espontánea, emite lenguaje con dificultad. Resto difícil valoración. Presenta lesión ulcerosa en región glútea extensión por región perineal, aumento de temperatura en la zona, aspecto necrótico, maloliente, indurada. ECG: ritmo sinusal 130 rpm. ANALÍTICA SANGUÍNEA: Glucosa 49, urea 77,7 mg/dl, Cr 1,70 mg/dl, FG 31 ml/min, Na 132, K 4,3, ALT 24, AST 67, CK 331, ProCalcitonina 20,70 ng/ml, PCR 31,45 mg/dl, leucocitos 25000, neutrófilos 96,4%, Hb 12,7; 225000 plaquetas, APTT ratio 1,32, INR 4.22, Iquick 18%, T trombina 19.8 seg. GASOM ARTERIAL: Ph 7.39, pCO2 26, pO2 62, lactato 7,2, bicarbonato 15,7. RADIOGRAFÍA TÓRAX: anodina JUICIO CLINICO: Shock séptico secundario a Gangrena de Fournier, fracaso multiorgánico DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Con patologías anorrectales que producen dolor, eritema y edema: celulitis, hernia estrangulada, absceso escrotal, fascitis necrotizante estreptocócica, síndrome de oclusión vascular, necrosis warfarínica, vasculitis alérgica, eritema migratorio necrolítico. COMENTARIO FINAL: EVOLUCIÓN: iniciamos tratamiento de soporte y antibiótico de amplio espectro. Durante su estancia en urgencias la paciente sufre deterioro neurológico con obnubilación intensa, hipotensión arterial marcada a pesar de fluidoterapia y drogas vasoactivas. Se avisa a UCI, urología y cirugía general, deciden intervención quirúrgica urgente con desbridamiento de tejido necrótico. Buena evolución clínica tras 4 desbridamientos quirúrgicos y colostomía de descarga procediendo a alta hospitalaria.

Conclusiones:

Es una infección de muy rápida evolución con alta mortalidad. Importancia del diagnóstico precoz. Producida por una flora polimicrobiana Tratamiento basado en desbridamiento quirúrgico agresivo, drenaje y antibioterapia de amplio espectro.



Índice de autores



27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

URGENCIAS, UN PILAR DE LA ASISTENCIA SANITARIA
TECNOLOGÍA, COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN



índice temático



índice autores



inicio

Índice de autores

A G O	A-878, A-927	Aguayo López MA.....	O-642, P-981, P-1146, P-1166, P-1179, P-1183, P-1252
Abad López L.....	P-1331, A-1362	Aguayo Ocaña ML.....	A-803, A-829
Abad Polo L.....	P-571	Agudo Villa T.....	O-615
Abad Salinas MP.....	P-1040	Aguilar Andrea C.....	O-645
Abad Tomás S.....	P-558	Aguilar Bericat M.....	P-1313
Abadía Durán J.....	A-899	Aguilar Cruz I.....	P-76, P-165, P-177, P-194, O-222, P-241, P-557, P-816, P-972
Abadía Gallego V.....	P-477	Aguilar Fernández F.....	O-265, P-275
Abadías Medrano MJ.....	O-131, P-182, O-437	Aguilar Florit J.....	P-246
Abanades N.....	O-115	Aguilar Hernández P.....	P-707
Abascal Roda JM.....	P-693, P-702	Aguilar Mulet JM.....	O-105, O-111, O-127, O-132, P-143, O-227, P-1043, P-1177
Abellán García P.....	A-1351, P-1376	Aguilera Samaniego PN.....	P-1140, P-1326, A-1398
Abenza Campuzano J.....	P-455	Aguilera Zubizarreta A.....	O-441, P-475
Abia González J.....	P-43, P-50, P-193, P-305, P-317, P-323, P-332	Aguillo A.....	P-460
Abolafia Montes ML.....	A-714, A-888	Aguirre Juaristi N.....	O-526, P-552
Aboy Pardal MP.....	P-1390	Aguirre Larracoechea U.....	O-436
Abradelo de Usera M.....	P-304	Aguirre Sánchez J.....	P-749
Abrisqueta García J.....	P-79, A-100	Aguirre Tejedo A.....	O-358
Abu Raiya R.....	P-531, P-875, P-1226	Agustín Varas A.....	O-525, P-545, P-551, P-986
Abu Tair Rubio M.....	P-983	Alarcón Escalonilla AI.....	A-1033, P-1233
Aceituno Azaustre MI.....	A-808, A-821	Alarcón Meléndez M.....	A-953, A-1144, P-1274
Aceituno Castillo F.....	P-63	Alarcón Nieto V.....	A-736, A-903
Aceituno Villalba FM.....	P-158, P-1081, P-1082, P-1084	Alarcón Pinto AM.....	P-40, P-44
Acha Martín MA.....	P-769	Alastrue del Castaño V.....	P-1057
Achkar Tuglaman N.....	P-1017, P-1113, P-1180	Alba Esteban P.....	O-347, O-371
Achurra Pardo I.....	P-271, P-626	Alba Molina N.....	O-428, A-1195, P-1318
Aciego Valencia I.....	P-39	Alba Muñoz L.....	A-943
Aginaga Badiola J.....	P-10	Albarrán Barez S.....	A-1380, A-1336, A-1339
Aguado Saster P.....	P-193	Albendín García L.....	P-190, P-191
Aguado Velasco M.....	O-359	Alberca Páramo A.....	A-893

ÍNDICE DE AUTORES

Albert Giménez AJ	O-462	Almira Pérez MII	A-100
Albert Pagès R	P-983	Aloma Gonzáles Y	P-1355
Albiñana Fernández A	O-221, A-1108	Alonso M	P-566, A-1200
Albistur Lesmes I	O-365	Alonso Alcañiz M	P-570, P-1031, A-1172
Albuixech Ginesta M	O-353	Alonso Avilés R	P-594
Alcaide Romero B	P-321	Alonso Camps JM	A-600
Alcaine Chaure F	O-432	Alonso Chamorro M	P-78, P-82
Alcalde García S	P-633	Alonso Fernández S	P-63
Alcalde López S	A-933	Alonso Formento E	O-220, O-347, O-357, O-371, P-393, A-683, P-1230, P-1230
Alcántara Álvarez E	P-553	Alonso Formento JE	O-349, P-401
Alcaraz Martínez J	O-107, P-133, P-455, P-596, A-942	Alonso Gómez ME	P-1052
Alcayde Israel S	P-450	Alonso Morales F	A-516
Alcolea Cuevas B	P-252, A-261, A-1292	Alonso Morales JM	P-136, P-1261, P-1271
Alday Beraza A	P-1052	Alonso Pino MV	A-259, P-675, A-830, P-838
Aldea Molina E	O-347, O-365, P-477, P-745, A-755, A-825, P-1249	Alonso Segurado I	P-554, O-609, P-653
Alen Barja L	P-161	Alonso Viladot JR	O-120
Aletta Díaz R	P-87, P-96	Alonso-Villalobos Ordóñez L	P-139, P-256
Alfaro García-Belenguer E	P-826, A-883, P-871	Alquézar Arbé A	P-390
Alfaro Gómez C	P-670, A-601	Alquezar Blasco D	P-826
Alforcea Alcaraz B	P-502	Altad López E	O-301
Alforcea Alcaraz S	P-502	Altuzarra Martínez J	P-670
Algaba Montes M	P-785-P-793, P-795-P-797	Alvarado FJ	P-543
Ali Ali B	O-643	Alvarado Goni MA	P-1388
Alija Castro JF	A-259, P-675, A-830, P-838	Alvarado Lavado FJ	P-597
Alises Moraleda JM	P-509, P-510	Alvarado Springer C	P-567, A-1208
Alkiza Basañez R	P-694	Álvarez Albarran M	P-733, P-922
Allega Gnecco L	P-1072, P-1155, P-1158, P-1159	Álvarez Blanco JM	O-1
Allende Mancisidor I	P-475	Álvarez Cano JJ	A-1365
Aller García O	O-436	Álvarez Fernández V	P-1047
Almansa Castillo R	P-1034	Álvarez Franco JM	P-89
Almellón Montero F	A-1110	Álvarez Galán MC	A-881
Almenara Rescalvo C	A-1033, P-1233	Álvarez Grégori JA	O-218, A-879

ÍNDICE DE AUTORES

Álvarez Manzanares J	P-237, O-412, O-444, P-463, P-468, P-474, A-1320, A-1329	Andrés Gómez M.	P-723, P-832, P-1140, P-1157
Álvarez Nozal I	A-915	Andrés Saliente A	P-168
Álvarez Nuño R	O-647	Andreu Berzosa JL	P-566, P-570
Álvarez Rabanal M	P-666	Andreu Calvete F	O-365
Álvarez Rodríguez V.	P-200, P-235, O-289, P-306, P-309	Andreu Dallerés C	P-237, P-666, P-1392,
Álvarez Rueda JM	P-307, P-330, O-518, P-539	Andreu Méndez J	P-583, A-685
Álvarez Sánchez F	P-136, P-141, P-1261	Andreu Solsona V	O-519
Álvarez Soto A	O-446	Andueza Latorre I	P-42, P-1060
Álvarez Uceda L	A-1178, P-1181	Andueza Lillo J	P-631, A-1396
Amado Arráez M	A-262	Angelats Viladoms RM	P-983
Amador Baricela L	O-411	Angulo Ortega I	P-201
Amador Yañez L	O-353	Angulo Tabernero M	O-220, P-674, A-683, A-1141, P-1230
Amaya C	O-303	Antelo Lorenzo A	P-719
Ambrós Durán AM	A-728	Antolín Santaliestra A	O-120, P-460
Ambrós Ribó A	O-344	Antón Aguilar L	P-768
Amezcuca Fernández A	P-165, P-177, P-194, O-222, P-241, P-315, P-557, P-816	Antón Ladislao A	O-354, O-355, O-360, O-364, O-414, O-447
Amezcuca Fernández AM	P-76, P-535, P-972	Antón Ramas R	P-312, P-681
Amigo Angulo JM	O-360, O-447	Antón Sanz MC	P-478
Amill Daran C	P-46, A-70	Antón Vázquez V	O-617
Amini Shervin B	P-165, P-177, P-194, O-222, P-241, P-315, P-535, P-557, P-816, P-972	Antoral Arribas MT	P-712
Amor Valero J	P-1030, A-1302	Aparicio Jiménez Y	A-259
Amores Fernández J	A-598, A-599, P-1096, A-1280	Aparicio Mansilla E	O-424, A-682, P-844
Amparo Reyes M	O-417, A-800	Aparicio Sánchez JF	P-624
Andrade Soto M	A-1206, A-1370	Aparicio Velazco J	P-395
Andrés Belmonte A	P-304	Apilluelo Gutiérrez S	P-550
Andres Bergareche I	P-477, P-774, P-988, P-1248, P-1313	Aponte Tomillo I	P-668
Andrés Berian L	P-840, P-963	Aragón Aragón T	P-80, P-732
Andrés Fernández M	P-858, P-958, P-961, P-1009	Aramburu Vilariño FJ	O-122
Andrés García D	A-1116	Arana Sánchez JM	P-273
		Arancibia Freixa I	O-446
		Aranda Aguilar F	A-69, O-299, P-307, P-330, P-479, O-518, P-539

ÍNDICE DE AUTORES

Aranda Cárdenas D.	O-616	Arranz Betegón M.	O-519, O-687
Aranda Colubi R.	A-939, P-1013	Arranz Díez MB.	P-139, P-256, P-1243
Aranda García Y.	A-756, A-827	Arredondo Sánchez E.	P-176
Aranda Salom J.	A-760	Arribas Entrala B.	P-477, P-1313
Aranda Torregrosa M.	A-69	Arribas Sánchez P.	A-599
Arasa Alegre F.	P-35, P-63	Arrieta Bernaras M.	A-1130
Araujo Castellar LJ.	A-15	Arrizabalaga Aldalur I.	A-1092
Arcas Ferre M.	P-311	Arróniz Pérez V.	A-1273
Arcas JP.	A-102, P-487	Arroyo N.	P-500, P-543, P-582
Arce N.	O-352	Arroyo Alejos F.	A-67, P-1074, A-1075, P-1242, P-1272
Arce Rocha Cl.	P-326, P-1204	Arroyo Gallego M.	P-628, P-815, A-820, A-1097, P-1098, A-1208, A-1295, A-1363
Arce Segura LJ.	A-1231, A-1232, P-1235, P-1236	Arroyo Pardo N.	A-102, A-607
Arcega R.	A-512, A-515	Artajona Rodrigo E.	A-1190
Arcega S.	A-512, A-515	Ascunce Guerrero S.	P-511
Arcega Sainz R.	P-75, P-77, P-654, A-954	Asenjo Romero M.	P-170
Arcega Sainz S.	P-75, P-77, A-954	Asensio Villanueva V.	O-341, P-861, A-898
Ardila Soto AG.	P-248	Asín Corrochano MO.	P-486
Arévalo Durán M.	P-1175	Aspiroz C.	P-25, O-114, O-119
Arévalo Velasco A.	P-630, A-1250	Asso Otal E.	P-635
Argintxona Martín A.	P-1052	Astorgano de la Puente C.	A-921, A-1083
Arias Garrido JJ.	P-375	Attardo F.	A-1380
Arias Vega MR.	P-190, P-191, P-652, A-925, P-973	Aubert C.	P-597, A-607
Ariza Conde MJ.	P-40, P-44	Aubertt XC.	P-582
Ariza Hernández ER.	A-606	Avellana Gallán M.	O-349, P-393, A-1061, P-1115, A-1212
Ariza Pascual R.	O-363	Avilés Plaza FV.	O-690, P-703
Arjona Soriano J.	P-719, P-720, A-728, A-736, A-876, A-903	Ávila Rodríguez FJ.	P-490
Armas Castro J.	O-4, O-5	Axelsson C.	O-294
Armengou Arxe A.	A-885	Ayala Ortiz de Solórzano MT.	P-674
Armentia Bardeci JM.	O-447, P-761	Aylagas Martínez D.	P-329
Arnal Meinhardt AJ.	A-1212	Ayllón Clemente E.	P-811
Arnal Pérez E.	P-871, A-1150	Aymerich Sánchez A.	P-478
Arnao Morales B.	P-712		

ÍNDICE DE AUTORES

Ayo González M.	P-508	Barbería E.	O-303
Ayuda Alegre C.	P-871, A-883	Barbero Bajo S.	P-139, P-256, P-1243
Azcoitia Álvarez B.	P-247	Barbero Rodríguez E.	O-362, O-368, O-369, P-581
Azeli Y.	P-1210	Barbosa Cortés M.	P-251
Azeli Jarosch Y.	O-294, O-303	Barbosa Orellana JI.	A-100
Aznar Andrés E.	P-200, O-224, O-226, P-233, P-235, P-243, O-289, P-306, P-309, O-522	Barbudo Merino J.	P-850
Aznar Cantín S.	O-339, P-398, A-1322	Barceló López A.	P-253, A-839, A-842
B R I.	P-1283	Barceló Martínez J.	O-426
Baena Delgado E.	O-525, P-768, P-986	Bárcena Atalaya AB.	P-725, P-726
Baena Gallardo C.	A-806, P-940, P-1156	Barcones Molero MF.	O-349, P-393, A-1150, P-1346
Báez Hernández AA.	P-327	Bardají A.	O-303
Baeza Mirete M.	P-636	Bardés Robles I.	P-37, P-54, O-129, P-162, P-166, P-379, P-396, A-805, P-934, P-1244,
Báguena García A.	P-774, A-755, P-771, P-812, A-817, P-826, P-871, A-883, P-988, P-1313,	Bardón Ranz AI.	P-1012
Baguer Bascuas AI.	O-428, P-473, P-476, A-1195, P-1210	Barenys de Lacha M.	O-519
Bailo Medina S.	O-18	Barnés Parra A.	A-942
Bajo Bajo A.	P-389, P-630, A-1250	Barneto Valero MC.	P-320, O-363, P-534, P-664
Bajo Fernández I.	P-624, A-891	Baró Álvarez R.	A-603
Balaguer Ruiz V.	A-839, A-842	Barquero González N.	P-969
Balbas Brígido N.	P-1342, P-1347	Barranquero Fuentes A.	P-1065
Ballester Rodríguez B.	A-893, A-895	Barreiro Díaz MV.	A-209, P-331
Ballestín Sorolla S.	A-817	Barrenechea Barruetabeña I.	P-1052
Ballús Noguera J.	P-310	Barrenechea Barruetabeña O.	P-672
Balsalobre Matencio A.	P-158, P-1081, P-1082, P-1084	Barrenetxea O.	P-761
Bañó Alba I.	P-83, O-443, O-523, A-1117	Barrera Aguilera N.	O-434
Baquer Sahún CA.	O-219, O-225, P-471, P-540, P-586, P-1069, P-1078, P1143	Barriendos Miguel B.	P-674
Baquerizo Vargas H.	P-163	Barrio Fernández L.	P-673, A-1104, P-1245
Barba Guzman M.	O-109	Barros González R.	A-16
Barba Recio L.	P-719, P-720, A-728, A-736, A-903	Bartolomé Resano R.	A-1385
Barbachano A.	O-648	Basagoiti Salazar L.	P-553
		Bashir Viturro S.	P-1188
		Bastarós Bretos M.	O-418, P-580, P-1143
		Batista Batista YE.	P-478

ÍNDICE DE AUTORES

Batlle Perales C	A-885	Beneyto de Arana MI	P-1080
Bauman M	A-215	Bengoa Endemaño N	P-1282, A-1288
Bauset Navarro JL	P-85, O-110	Benítez Laguna A.	A-743, P-850
Bautista Alonso RE	A-1116, A-1190	Benítez Macías J	P-501
Bautista Encarnación D.	O-363	Benítez Muñoz L	P-501
Bautista Hernández A	P-1043	Benítez Nieblas A	A-1324
Bazaga S.	P-563	Benítez Rodríguez L	P-1259
Bazaga Pérez de Rozas S	P-922	Benito Francisco E.	P-10
Bazán Domínguez P	P-200, P-235, P-243, O-289, P-306, P-309	Benito Romeral CM.	P-594, P-678, A-890, P-1398
Becerra Mayor MM	P-1268, P-1287, A-1296, P-1389	Beramendi Garcíandía F.	P-957
Becerra Mayor V	P-1268	Berbis Morelló MC	P-53
Becerra Piñero R	A-1041, A-1042, A-1134, A-1136, P-1229, P-1310, A-1323, P-1334, P-1345	Bergaz Díez H	P-474
Bedeschi Bedeschi E.	P-749	Berlango Jiménez A	O-525, P-545, P-551, A-743
Behzadi Koochani N	P-320	Berlango Navajas M	O-525, P-545, P-551, A-743, P-986
Beijinho Do Rosario RF.	A-760	Bermejo Cabanas N	A-760, A-847
Bejarano Rivera N	P-918, P-919, P-1059, A-1160, P-1164	Bermejo Fernández F	P-160, P-823
Bejarano Rivera NG.	A-1202, P-1203	Bermúdez Jiménez R.	A-1094, P-469, P-547, P-588
Belda Jornet V	A-600	Bernà Redondo G	O-617
Belda Palazón MA	P-150	Bernabé Casanova A.	A-685
Bellido Pastrana E	A-1138	Bernabé Vera L.	P-453, O-520, P-556, P-622, P-660, P-1131, A-1279, P-1304, P-1360
Bellido Salvatier A	P-1194, P-1241, P-1286	Bernabéu Miralles M.	P-1383
Bellido Salvatier AI	A-1041, A-1042, P-1310, P-1334, P-1345	Bernad Barcos M.	A-776
Belmonte Martínez L	P-1040	Bernal Garcés N.	P-1383
Belmonte Vico R	P-188	Bernal Hinojosa MA.	P-1309
Beltrán Sánchez A	O-342, P-587	Bernal Miguel F	P-718, P-720
Beltrán Troncoso P.	P-396	Bernal Sebastián MP	P-34
Belzunegui Otano T	P-8, O-639, O-643, O-648	Bernard Cáceres Z.	A-1380
Benavent Ordiñana F	O-123, P-707	Bernárdez Gómez X.	P-84, P-95, P-98
Bendek Quevedo L	P-576, P-584	Berned Sabater M	O-428, P-473, P-476, A-1195, P-1318
Benedicto Torres P	P-168	Berrade Flamarique N.	P-957
		Berridi Aguirre M.	P-901

ÍNDICE DE AUTORES

Berrio Aliu T.....	P-240	Bolaños González AM.....	P-1239
Berriozabal Díaz L.....	P-901, P-1053	Bolarín Angosto C.....	P-1081, P-1082, P-1084, P-158
Berrosipi Melgarejo JM.....	P-245, P-564, A-950, P-980, A-1324	Bolognia Nardone NS.....	A-801
Berruezo Buendía L.....	A-873, A-876	Bolumburu Aguirre E.....	P-83
Betances Javier MJ.....	A-764, A-766, A-799, A-813, A-837, P-856, A-884, P-894	Bonamusa Covas M.....	A-262
Beteta López A.....	P-61	Boned Blas P.....	P-623, P-745, A-755, P-771, P-774, P-812, A-817, A-825, P-826, P-871, A-883, P-1024, P-1249
Beteta Moya J.....	A-803, A-829, P-859, P-995, P-1037	Bonilla Alonso F.....	O-647
Bibiano Guillén C.....	O-117, P-456, P-464, A-744, P-846, P-852, P-877, P-896, A-1056, P-1095, P-1258, P-1377, P-1379	Bonilla Quintero F.....	P-282
Bielsa Martín S.....	O-437	Bonomi Barby MJ.....	P-1099
Bigas Farreres J.....	O-528, A-600	Boque Oliva C.....	P-1210, P-1318
Bilbao Romero JM.....	O-20, O-298, O-646	Boqué Oliva MC.....	P-94
Biosca Pàmies M.....	P-254	Bordell Sánchez A.....	P-99, O-224, O-226, P-233
Blanca Segura M.....	O-642, A-822, P-865	Borja Díaz M.....	A-1054, P-1085
Blanco Alvarado V.....	P-540, A-1058	Borja Padilla J.....	A-69, P-282, P-307, P-330, P-479, P-490, O-518, P-539
Blanco Barcenilla T.....	A-814, P-955, P-1038, A-1112	Borobia Pérez AM.....	O-106, O-121
Blanco Cabañero Ag.....	P-480, P-676, A-684	Borrás Beltrán M.....	P-1014
Blanco de la Rubia MJ.....	A-897	Bort Llorca L.....	A-766, A-799, A-837, P-856, A-884, P-894
Blanco Fuentes U.....	A-872, P-1047	Bort Llorca Lbl.....	A-764, A-813
Blanco Lapeña P.....	P-1047	Boscá Crespo A.....	A-598, P-1096
Blanco Ledo AM.....	P-404	Botana Fernández M.....	P-772
Blanco Parreño AM.....	P-752	Bote Palacio A.....	O-3
Blanco Rojas R.....	P-651	Boteanu Al.....	P-649, P-650
Blanco Sío S.....	O-411	Bragado Blas ML.....	O-293
Blanco Torrecilla C.....	P-401, A-1238	Bragulat Baur E.....	O-120, P-232
Blas Carracedo C.....	A-956	Braña Cardeñosa AF.....	A-827
Blas de Blas AA.....	O-363	Bravo Baena C.....	O-299
Blázquez Andión M.....	P-708, P-722	Bravo Cantero AF.....	O-126, P-144
Blázquez Cañamero MA.....	P-649, P-650	Bravo López I.....	P-1271
Blázquez Díez JL.....	O-1	Bravo Rodríguez-Barbero J.....	O-290, O-295
Blesa Clavero E.....	O-417, P-571	Bretón Arranz ML.....	P-974
Bohórquez Batlle S.....	P-377	Briega Iglesia C.....	P-457, O-645

ÍNDICE DE AUTORES

Bringas Arzoz R	P-1282, A-1288	Caballero Martínez F.	P-78
Brocal Pérez P	P-51, P-176, P-183	Caballero Moreno A	A-1254, A-1263, P-1311, P-1325
Brouzet B	O-462, P-701	Caballero Requejo C.	O-103, P-185
Brufman N	A-834	Caballero Sánchez M.	P-734, P-735
Brugué Fontás G	P-654	Caballos Villar D.	O-619
Brunete Lorenzo C.	P-454	Cabello I.	P-1244
Brunie F	O-611	Cabello Velarde R	P-28
Buenasmañanas Cervantes D.	P-325	Cabello Zamora I.	P-379, A-805, P-934
Buendía Ayala I	P-133	Cabeza NL	P-305
Bueno Mariscal C.	P-632	Cabeza Caixelos C.	O-446
Bueno Pozo I	P-488	Cabeza Osorio L	P-815, A-820, A-1097, P-1098, A-1295, A-1363
Bueso Fernández C.	P-967	Cabistany Esqué AC	P-186, P-533, P-569, P-737, P-780, A-935, P-1027, P-1122, P-1161, A-1163
Bufforn Jiménez M.	O-688, P-868	Cabo Lozano L.	P-334, A-705
Buform Galiana A	P-146	Cabrera Gamero R.	O-106, O-614
Buform Jiménez M	P-146, P-459, P-855, P-1000	Cabrera Ramos J	O-356
Buisán Casbas G	P-1175	Caceres Agra JJ.	P-313
Buitrago Navarro JD	P-321, P-652	Cadaval García MD	P-65
Buitrón Cabrera DG.	P-1372	Cadena Herran XP	P-318, P-663
Bujedo Ortiz C	A-1289	Caicedo Martínez I	P-773, P-863
Burgasé Oliván C.	P-1175	Calafell Alemany M	P-204
Burgoa T.	P-151	Calatayud Estassi J	P-304
Burgueño Laguía P	P-319, A-1199	Calatayud Masip M	P-57
Burillo Fuertes P.	O-112	Calbet Cid M	P-254
Burrahay Anano Hach-Driss K	P-718, A-876	Calbo Ortín F	P-855
Busca Ostolaza P	O-72, A-776	Calderón S	P-383
Bustamante Mandrión J	P-449	Calderón de la Barca Gázquez JM.	P-545, P-920, P-960
Bustamante Marcos P	P-739, A-915	Calderón Ramírez J	P-334, P-681
Bustamante Rodríguez R.	O-112	Calderón Rodríguez A.	P-930, A-932, P-936, P-938, A-941
Bustos Martínez M.	P-504	Caldevilla Bernardo D.	P-480, P-676, A-684
C B M	P-1283	Caldevilla Bernardo E	O-104, O-125, P-205, A-214
C G S.	P-994	Call Caja S	P-1227
C V E.	A-1395		
Caballero García A	P-88, O-116, P-308		

ÍNDICE DE AUTORES

Callado Moro F	O-647, P-679	Canaval Parra LF	P-1391
Callao Buatas J	P-465, P-695	Cancelliere N	O-121
Calle Cruz LF	A-1335	Cancio Fanlo M	P-1039
Callejas Romero AB.	A-1198	Canet Fajas C.	O-109, P-152, P-228, P-494, A-1211
Caloca Polo M	P-677	Cano Alcalde L.	P-846, P-852, P-877, P-896, P-1095, P-1377, P-1379
Calonge Vergara I	P-635	Cano Bernal E	P-375
Calvo Cuervo D	P-984	Cano Pazos M	A-1062
Calvo Gil C.	A-705	Cano Sanz E.	P-160, P-823
Calvo Rodríguez R.	P-841, A-887, P-920, P-960, A-1105	Cánovas Gaspar JP	P-58
Calvo Sardón S.	P-542	Canovas Sánchez J	P-175, P-249
Calzada Vegas A	O-104	Cantarero Priego M.	A-1019
Camacho Ballano MA	P-168	Cantero Sandoval A.	O-126, P-144, P-861, A-898, P-905, P-1044, P-1055
Camacho del Valle J	P-201	Cantin Golet A.	P-228, P-494
Camaño Mesa A	P-459, P-544, O-688	Cantón Ortiz CM	P-1128, P-1162
Camargo Avilés O	A-954	Cañada Camara E	P-564, P-966, P-1040,
Camero Macías JM	P-1301	Cañadas de la Fuente GA.	P-870, A-987
Camon S.	O-445	Cañamero Benavides P.	P-30, P-36
Camón Iglesias F.	A-1054, P-1085	Cañellas Arsego M.	O-638
Campanario León A	P-478	Cañete Vargas MI	A-1207
Campillos Páez MT	P-916, P-917	Cañones Gutiérrez R.	A-952
Campo González P	A-336, P-669, P-671	Capera Fernández J	P-46, A-70
Campodónico D	P-963	Capilla Pueyo R	O-106, P-134, P-172, O-614
Campos L	P-319	Cara Liger CF.	P-709, A-944, A-945
Campos Caubet L	P-167, P-179	Caramello Álvarez C	P-1048
Campos Garrido JA.	A-1264	Carbajo Martín L	P-732
Campos Olivé N	A-814, P-955, A-956, P-1038, A-1112	Carbajo Martínez L	P-80
Campuzano Juárez IK	A-1320	Carbajosa V	P-468
Camuñas Salido AR.	P-137, P-154, P-833, A-835	Carbajosa Dalmau JF	O-340, O-361
Canabal Berlanga R.	P-171	Carbajosa Rodríguez V	O-348, O-351, P-474, P-542
Canal Calderón F.	P-394	Carballo Cardona C.	P-48, O-130
Canales Corcho I	P-320	Carbó Casanova T	P-1010
Canales Rodríguez L	P-823		

ÍNDICE DE AUTORES

Carbón Anchelergues A	O-112	Carreres Molas A	P-32, O-429
Carbonell Vaya R	O-221, A-1108	Carrero Fernández A	O-645
Cárdaba García RM	P-64	Carretero Lanchas Y	P-247
Cardenal Falcón M	P-204, P-770, P-772	Carricondo Avivar MM	P-726
Cárdenas Antón D	P-995	Carrillo Colmenero AM	A-1171
Cárdenas Antón M	P-859, P-995	Carrillo Fernández-Paredes P	P-245, A-950, P-980, A-1324
Cárdenas Bravo LE	P-245, A-950, P-980, A-1324,	Carrillo López M	P-1368
Cárdenas Isasi MJ	P-1168	Carrio Esteve R	P-651
Cardenete Aljama M	A-767	Carrión M	O-124, P-467
Cardiel Galindo JC	P-334	Carrizosa Bach M	A-805, P-934
Cardona García E	P-135, P-199, P-236, O-346, P-661, P-1029	Carvalho Brugger S	A-604
Cardona Gubert O	P-1010	Casado D	A-1144
Cardona Lema D	A-605	Casado MI	P-192
Cardós Alonso C	P-550	Casado de Andrés S	A-1289
Cardos Fernández R	A-818	Casado Flórez MI	O-20, P-181, O-291, O-296, O-297, P-316, O-641, O-646,
Cardozo Arango J	A-842	Casado Ramón B	P-569, P-737
Carlavilla Martínez AB	P-900, P-910, A-914	Casado Reinoso D	A-953, P-1274
Carles García PL	P-1068, P-1224	Casado Ruiz V	O-528
Carmona F	O-294, O-303	Casal Codesido JR	P-576, P-584, A-902, A-1083
Carmona García MC	A-804	Casamitjana Farré M	A-804
Carnevali Frías M	P-910	Casanova Ferrando A	A-1213
Caro Fernández	A-746	Casanova Gil MA	P-496
Caro Vázquez E	P-544, P-459, O-688, P-751, P-851, P-855, P-866, P-868,	Casanovas Cuéllar C	P-35
Carrasco Brenes A	P-680	Casañas Ferrer X	O-338, P-372, P-451
Carrasco Fernández E	O-424, P-844	Casarramona Lobera F	P-201, O-528, A-600
Carrasco Vidoz CC	P-81, A-744, P-836	Casas Polo D	A-100
Carrasco Yubero J	P-281	Casas Temprano A	O-301
Carrasquer Cucarella A	P-1318	Casas Torres AI	P-453, O-520, P-556, P-622, P-660, P-1131, P-1304, P-1360, A-1279
Carratala Perales JM	O-462, P-701	Callese González I	P-133
Carreño Glaría J	O-359	Casero Gómez R	P-200, P-243, O-289, P-306, P-309
Carrera Giraldo D	O-74		

ÍNDICE DE AUTORES

Cases Ros L	P-1227	Cazorla Cabrera C	A-1001, P-1002, P-1340
Casillas Viera Y	P-1018	Chaparro Pardo D	P-498
Castan Lagrava MR	O-435	Ceballos García P	O-642, A-1089
Castan Ruiz S	O-109	Ceballos Pérez B	A-408, P-481, P-489, P-529, P-565, P-572, P-589, P-634
Castany Pich J	A-211, P-399, P-406, A-706	Cebrián Ruiz I	P-237
Castaño MR	O-116	Cela Alcaraz C	P-1267
Castaño García FH	A-736	Celis Pereira CE	P-1355
Castejón de la Encina ME	P-92, P-699	Ceniceros Rozalén I	O-618
Castellanos Flórez R	P-666, P-1278	Cenfor Martín R	P-1063, A-1262
Castells Pons M	A-211	Cerarols Cerarols N	P-1010
Castilla Carretero JJ	A-1184	Cercos Lletí C	P-239
Castilla Suyó F	P-916	Cerdán Carbonero M	P-1291
Castillo Moya F	P-652	Cerra Calleja E	P-673, P-1245
Castillo Aznar J	O-357	Céspedes F	P-383
Castillo Fernández MJ	P-1010	Chachón Testor P	P-990
Castillo Paredes M	A-746, A-1111	Chacón Caso P	P-470
Castillo Ruiz de Apodaca MC	O-21, O-23, P-33, P-97, O-264, P-275, P-277, P-283, P-335	Chacón González M	A-513, P-627
Castiñeira Restrebada E	A-759	Chacón Testor P	P-1073
Castro N	P-500	Chamarro Rubio S	P-48, P-149, P-164
Castro Arias L	P-454, A-914, P-916, P-917, A-1205, A-1321	Chao Ricoy L	P-1128, P-1162
Castro Arias ML	P-247, P-910, A-1064	Chaparro Pardo D	O-3, P-9, O-526, P-552, P-574, P-593, P-974
Castro Bohórquez FJ	O-353	Chayan Zas ML	P-331
Castro Dios D	P-286, A-951	Chehayeb Morán J	P-11, P-256, P-1243
Castro Giménez JA	O-525, P-545, P-551, P-986	Cherino Talens A	A-814, P-955, A-956, P-1038, A-1112, P-1215
Castro Montero P	P-392	Chiapella C	P-94
Castro Neira M	P-957	Chica Benayas AV	A-1208
Castro Pérez C	P-1381	Chica Martínez P	P-78, P-82
Castro Portillo L	P-1099	Chico Civera R	P-721, P-747, P-782
Castro Reyes L	P-963	Chicote Mendarozqueta N	P-909
Catalá López L	A-685	Chinchilla Palomares E	P-187, P-1127
Catalán Ladrón M	P-1031, A-1200	Chipana Salinas MR	P-147

ÍNDICE DE AUTORES

Chirinos L	A-1385	Coloma A	P-497
Chordà M	A-512, A-515	Comabella Pobes R	P-38
Chordà Sánchez M	P-77	Comesaña López M	P-596
Cibanal Juan L	P-197	Comino García A	A-1006
Cid Cumplido M	O-71, P-171	Comino García AM	A-801
Cid Fernández A	P-1047	Concha Járava JM	P-949, A-1071
Cigüenza Fuster ML	O-115, A-1234, P-1276	Condado Gómez N	P-1383
Cillero Rodríguez MM	P-748, A-831, A-834, A-882, P-991	Conde Díaz C	A-886
Cinesi Gómez C	P-85, O-110, O-690, P-697, P-703	Conde Hernández P	P-187, P-1127
Cintado Sillero MC	A-1207	Conde López N	P-253, A-839, A-842
Cirera Lorenzo I	O-108, O-358, O-616	Conde Melgar M	P-1170
Cladevilla Bernardo D	P-670	Condón Abanto A	O-428, P-1210
Clavería Gutiérrez M	P-1240	Condón Abanto AI	P-473, P-476, A-1195,
Clavero Sanz M	P-90	Conejero Díaz MA	P-373, O-420
Clemente González C	A-924	Conesa Nicolás MJ	P-861
Clemente Millán J	P-768, P-811	Conesa Pedrosa I	A-925, P-973
Clemente Murcia M	P-840	Contento Gonzalo A	P-1268
Clemente Rodríguez C	O-108, O-358, O-616	Contreras I	O-223
Clemente Sarasa C	P-1248, P-1357	Contreras Delgado K	P-566, P-570, P-1031, A-1200
Clemente Vargas RA	O-5	Contreras Murillo E	P-161
Cobo Martínez B	P-149, P-164	Conty Serrano RM	P-550
Cobo Muñoz JE	A-714, A-803, A-829, P-859, P-1037	Corbacho Cambero I	P-561, P-667, P-1356, P-1358
Cobos Malo E	P-312	Córcoles Vergara M	O-343, O-419, O-421, O-433, O-442, P-484, P-493, P-503, P-1151
Cochon L	P-327	Cordero Cervantes M	A-805, A-1076, P-1077, A-1103
Cólera López A	P-717, A-728, A-765	Córdoba Romero A	A-1206, A-1370
Colilles Calvet C	O-638	Córdoba Ruiz F	O-612
Colina Torralva FJ	P-84, P-95, P-98	Cordon Bueno C	P-240, P-698, P-654
Colina Torralva J	P-84	Cordovilla Moreno A	P-1185, P-1187, P-1332, P-1368
Coll Colell R	P-230, P-472	Cornago Navascúes J	P-1193
Coll-Vinent Puig B	O-344, O-350, O-356, O-361, P-383	Cornejo Jurado IM	P-1204, P-1252
Collado Prada A	P-585	Corominas Sánchez M	P-1359
		Corral Sánchez A	O-290, O-295, O-300, O-302

ÍNDICE DE AUTORES

Corral Torres E	O-291, O-296, O-297, P-316, O-641	Cubedo Capella S	P-531
Correa Rosales MI	P-680, P-1035, P-1036, P-1268, P-1389	Cubero Muñoz MJ	P-191, P-321
Corres González J	O-359, O-448	Cucurella Vidal L	P-1227
Cortés C	P-497	Cuéllar Pérez-Ávila C	P-1193
Cortés Beringola AJ	P-1026	Cuenca Torres M	P-29, P-55
Cortés Fadrique C	P-61	Cuervo Pinto R	O-3, P-449, O-526, P-552, P-574, P-593, P-974
Cortés Peralta G	P-1049	Cuesta Peña L	P-1018
Cortés Ramos JM	P-96, P-87	Cuesta Rodríguez-Torices M	P-235
Cortés Virtus E	P-901	Culpián Arias E	P-709, A-944, A-945, A-946, A-947, P-948, P-949, P-1005
Cortés Virtus MN	P-1053	Cuñado Cerro R	P-47, P-322, P-1270
Cortón Corral L	O-1, P-585	Curras J	P-723
Corullón Fernández MJ	A-921, P-1079	Custal Teixidor M	A-954
Cosío Pacheco A	P-824	Da Rocha Costa I	P-146
Costan Subirana X	P-310	Dargan P	O-620
Cousiño JM	P-696	Daza López M	P-201, O-528, A-600
Cozar Llistó A	A-1234, P-1343	de Andrés Loste MS	P-739, A-915
Crespo Aragón S	P-38	de Andrés Moro F	P-1276
Crespo Avellana E	P-328	de Andrés Rodríguez I	P-282, P-308
Crespo Giménez A	O-517, A-1054, P-1085, P-1072, P-1073, P-1155, P-1158, P-1159	de Azúa Jiménez M	O-337, O-371, P-374, P-376, P-378, P-380, P-402
Crespo Hualde E	P-167, P-1314, P-1319	de Blas de Blas AA	P-320, P-664
Crespo Martínez C	P-561, P-1358	de Burgos Marín J	P-768, A-848, P-850
Cruz García S	P-490	de Castro Peral L	P-158
Cruz Novoa R	P-153	de Celis Solana R	O-360
Cuadra Giménez MP	P-186, P-1027, P-1028	de Diego Díez A	P-1245
Cuadra Giménez P	P-148, O-220, P-780, A-933, A-935, P-1122, P-1161, A-1163,	de Dios Rodríguez MM	P-1387
Cuadra San Miguel R	A-902, A-921, P-1079, A-1083	de Dios Ruiz MA	P-802
Cuadrado Fernández M	P-454, A-847, P-900, P-910, A-914	de Eguia Mocoroa E	P-1039
Cuadras Bassa G	P-95	de Fernando Gros T	P-812, P-745, A-755, P-771, P-774, A-817, P-826, P-871, P-1024, P-1249
Cuartero Casín C	A-800, P-1175, O-417, P-571, P-1303	de Francisco G	P-1352
Cuartero Cuenca B	P-592	de Francisco Andrés S	P-667
Cuartero Martínez E	A-1395		

ÍNDICE DE AUTORES

de Haro Oriola S	P-202	del Brío Ibáñez P	P-534
de Inza Muñoz G	P-312	del Canto Pérez C	P-715
de la Aldea Martínez O	P-10	del Cañizo Canto J	P-846, P-852, P-877, P-896, P-962, A-1056, P-1095, P-1258
de la Casa Resino C	A-756, P-1345	del Caño Abaunza N	P-64
de la Cruz Cosme C	A-1090	del Hoyo Peláez E	A-15, P-575
de la Cuesta Carpio J	O-640	del Moral Vicente-Mazariegos I	P-92, P-699
de la Cueva Parera R	P-654	del Pino Patón JI	P-550
de la Fuente Vaquero P	P-1099	del Pino Valverde P	P-198, A-602, P-833, A-835, A-1294
de la Hera Salvador L	P-588	del Pozo Pérez JA	A-1019
de la Iglesia Larrad J	O-124, P-467	del Pozo Vegas C	P-11, P-139, P-173, P-1243
de la Mota García A	P-713	del Rey Sánchez JM	P-470
de la Oliva Delgado B	P-31	del Rey Ubago A	P-161
de la Torre Martí H	A-1189	del Río Aragón P	P-91
de la Villa Zamora B	O-343, O-419, O-421, O-433, O-442, P-484, P-493, P-503, P-1394	del Río Gallegos F	P-304
de la Villa Zaragoza B	P-1151	del Río Ibáñez R	P-1276
de León Rivas C	A-1397	del Río Navarro R	P-1383
de Los Cobos Calleja T	P-1364	del Río Sánchez R	P-153
de los Mártires Almingol I	P-580, P-702, P-1017, P-1180, P-1113,	del Val Oliver B	P-1151, P-1376
de Miguel Buckley R	O-423	Delas Amat J	P-230
de Peralta García P	O-113	Delgado D	P-532
de Prada Rodríguez MA	P-823	Delgado Alonso L	A-1206, A-1370
de Ribot Martínez RM	A-885	Delgado Campos A	P-749
de Santos Castro P	P-139	Delgado Domingo JA	O-357
de Vera Guillén C	P-204, P-665, P-770, P-772, P-773, P-863, P-867	Delgado Puebla R	P-591
Dean Barahona C	P-974	Delgado Sardina V	P-628, A-742
Debán Fernández M	P-386, P-391	Delgado Sevillano R	P-242
del Amo Ramos S	O-444, P-1278, A-1370	Denia Samper D	A-210, P-399, P-573, A-1328
del Arco C	P-1224, P-1225	Denizon Arranz S	P-93
del Arco Galán C	P-161, O-227, O-350, P-1068, P-1043, P-1128, P-1162, P-1168, P-1177, P-1188, P-1193	Derisio ML	P-478
		Devers Martínez F	A-605
		Devora Ruano O	P-1080
		Díaz G	P-398

ÍNDICE DE AUTORES

Díaz Alvarado A	P-1314	Díez Naz A	P-187, P-655, A-931, P-1127
Díaz Bas G	P-163	Dines A	O-620
Díaz Caldevilla LA	P-1029	Dionisio Coronel YB	P-1340
Díaz Cano AI	P-59, A-704, P-1285, P-1384	Domingo Serrano F	P-712, P-713
Díaz Caro E	A-912, P-1345	Domingo Vázquez R	P-45, A-67
Díaz Casanova P	P-990	Domínguez Artiga MJ	A-1199
Díaz Chicano JF	P-153	Domínguez Bernal CE	P-574, P-593, P-974
Díaz Córdoba G	P-1096	Domínguez Fernández P	P-159
Díaz de Mayorga Muñoz E	P-1068, P-1224, P-1225	Domínguez Ferreras E	P-993
Díaz de Tuesta Chow-Quan AM	P-148, P-780, A-933, A-935, P-1027, P-1028, P-1122, A-1141, P-1161, A-1163	Domínguez Gabas JI	P-592
Díaz Fernández E	P-967	Domínguez García M	A-1165, A-1197, A-1218, P-1253
Díaz Fernández I	P-49, P-372	Domínguez García MJ	P-710, A-1021, A-762, P-1018, P-1145
Díaz González E	P-729	Domínguez Gómez M	P-38
Díaz Muiño F	P-749	Domínguez Manzano N	P-1156, P-940
Díaz Nájera E	O-115, P-1276	Domínguez Manzano NDM	A-806
Díaz Noain M	A-899, A-1273, P-1367	Domínguez Moya MC	P-257
Díaz Olaizola C	P-310	Domínguez Plo E	P-312
Díaz Parejo P	P-80	Donaire Malagelada E	A-68
Díaz Polanco JC	P-318, P-663	Doste Larrull D	A-800
Díaz Poveda A	O-434	Dotel F	P-582, P-597
Díaz Ricós JA	P-239	Doval Oubiña L	P-1390
Díaz Rodríguez I	P-390, P-722, P-922	Duart Clemente C	A-263, A-1152, A-1269, A-1298, P-1308
Díaz Sánchez C	P-1201, P-1219, P-1354	Duarte Romero AJ	P-1000, A-1107
Díaz Sánchez MG	A-776	Duce Tello S	P-1030
Díaz Sesé R	P-501	Duque Castilla E	A-953, A-1144, P-1274
Díaz Vera E	A-1231, A-1232, P-1235, P-1236	Durán Chiappero MR	P-507, A-514
Díaz Vidal L	A-756, A-827	Durán Gallego MJ	P-1267
Diego Robledo FJ	P-1123, A-1250	Durán López P	P-901, P-909
Diéguez Zaragoza S	O-4, O-5, P-508	Duran Pozo A	P-82
Diestro Ramiro I	P-252, A-261, A-1292	Durante López A	A-1234
Díez Bermúdez A	P-576, P-584	E C I	A-927
Díez Monge N	P-11	E E A	A-878

ÍNDICE DE AUTORES

E F B	A-763	Escudero Muñoz IM.	P-158, P-1081, P-1082, P-1084
E L A	A-805	Esnañ Amundarain H.	A-776
E Uta C	P-1045	España M	A-608
Echezarraga Ugalde E.	P-1052	España MF	O-218
Egea Campoy MP	O-366, P-385, A-407	España Arita M.	P-578, P-1214
Egido Pérez I	P-828, A-924	Esparza Escayola M.	P-1245
Eguia Gandarias C.	P-970	Esperanza Esperanza Y.	P-160
Eguzkitza Ortega A.	P-901, P-1053	Espina San José M.	P-1217
Eiras Tasende B	A-209	Espínola Coll E.	A-873, P-986, P-1306, P-1309
Eito Cuello JJ.	P-147, O-422, O-427, P-659, A-759, P-1220	Espinosa E	P-628
Elbaile Sarasa MR	P-592	Espinosa de los Mont Márquez E.	P-815, A-1097, P-1098, A-1363
Elías Villanueva P.	P-635	Espinosa Fernández B.	O-340, O-462, O-523, P-594, P-678, A-763, A-890, P-1398
Elizalde Pérez de Ciriza I.	P-695	Espinosa Ramírez S	P-78, P-82
Elizalde Pérez de Ciriza MI	P-255, P-465	Esplugues Marrahi J	P-875
Elvira Martínez CM	P-157	Esquer Pe MJ	P-29
Encina Aguirre Y	P-8	Esquer Peris MJ	P-55
Enríquez Aragón J	P-675, A-806, P-940, P-1156	Estabén Boldova V	O-347
Enríquez de Luna M.	P-30	Esteban Gutiérrez G	O-339, P-398, O-645, A-1322
Ercilla Arginzoniz O	P-672, P-761, P-1109	Esteban Igual A	P-168
Escalé A	O-223	Esteban Lorente D.	O-18
Escalé Besa A.	P-907, P-1227	Esteban Pastor S	O-265
Escalé Blesa A	P-1010	Esteban Velasco JV	P-139, P-256, P-1243
Escalera Suberviola MA	A-603	Esteban Zubero E	P-471, P-486, P-1169, P-1240
Escarabajal Frutos MC	O-107, O-426	Estébanez Muñoz M	O-106, P-134, P-172
Escarabill Sanglas J	P-232	Estebarán Martín J.	A-1033
Escobar Álvaro L	P-150	Estella García A	P-231, P-505, P-692
Escobar Rodríguez GA	P-88	Estelles Fernández R.	P-580, O-418
Escoda O	O-445	Esteve Solano R.	P-508
Escoda Francolí C	O-618	Estévez Montes Rc.	P-329, P-325
Escoda Junoy S	P-35, P-63	Estrada Vindel EH	P-663
Escolar Martínez-Berganza T	O-109	Estrada Vindel EZ.	P-318
Escriche Ros R	P-771, P-774, P-812, A-817, P-826, A-883, P-988	Expósito Sáez M	P-65

ÍNDICE DE AUTORES

Extremera Martínez A	P-768, P-811	Fernández Alonso C	P-99, O-105, O-111, O-127, O-132, P-143, P-151, P-157, O-216, P-498
Ezpeleta Ascaso I.	P-255, P-465	Fernández Alonso E	P-1169, P-1240
F E	P-1283	Fernández Barreras C	P-42, P-1007, P-1047, P-1060
F A A	A-927	Fernández Bordallo R	O-22
F M A	A-927	Fernández Calvo L	O-4, O-5
Fábregat Sanjuan JP	A-210, A-211, P-573, P-700, A-706, A-1327	Fernández Campillo J	P-135, P-153, P-199, P-236, O-346, P-661, P-1383
Fadrique Millán LN	P-64, P-173, P-206	Fernández Candelas C	O-264, P-283
Fajardo Velasco P.	A-888, P-1067, A-1171, A-1255	Fernández Codejón O.	P-470
Falcó Callau A	P-473	Fernández Cotrina JM.	P-12
Falcón Moraleja ME.	O-363	Fernández Cubero JM	P-680
Falcón Reiban Mf.	P-691	Fernández Cuervo A	P-501
Falla Jurado S.	P-158, P-1081, P-1082, P-1084	Fernández de Cañete Ramírez N	A-944-P-949, P-1005
Fallos Martí R	P-81, O-117, P-252, P-464, P-456, A-1292	Fernández de Córdoba González V	P-276
Fariña García RM	A-16	Fernández de la Hoz L	P-1259, P-1317
Farré Cerdà J	P-696, A-758	Fernández de Velasco D	P-532
Favá García FJ	P-248	Fernández de Velasco Pérez D	A-16, P-591, P-1176
Feital García C	P-203	Fernández Díaz F	P-167, P-179
Felis Cucarella A	P-707	Fernández Díaz M	P-242
Feliu Pérez I	A-210, P-399, P-573, A-1327, A-1328	Fernández Esain B	P-6
Félix Hoyo J	P-495	Fernández Escobar E.	P-496
Felpete López P.	P-1390	Fernández Fernández MC	A-1090, A-1365
Fermoso Álvarez G	O-412, P-463, P-468, A-1062	Fernández Gallego de Lerma J	P-280, P-284
Fernández B.	O-643	Fernández Gómez A	A-714, A-888, P-1067, A-1255,
Fernández G.	P-1079	Fernández Gómez FJ	A-1266
Fernández J	O-648	Fernández Gómez M.	P-271
Fernández JM	O-123	Fernández Gonzalo D	P-59, A-704, P-1285, P-1384
Fernández M	P-626	Fernández Guerrero IM.	O-73, P-581, A-740, P-778, P-779, P-781, P-849, P-857, P-1015
Fernández N.	A-1144	Fernández Iglesias C	P-386, P-391
Fernández Alcalá C	A-808, A-821, A-880, A-1254, A-1263, P-1311, P-1325	Fernández Jiménez JE	P-282
Fernández Alcón E	P-1393		
Fernández Alonso A	O-354, O-355, O-364		

ÍNDICE DE AUTORES

Fernández Letamendi MT.....	A-935, P-1027, P-1028, P-1161, A-1163	Fernández-Cañadas Sánchez JM.....	P-701
Fernández Letamendi N.....	A-1141, P-1230	Fernández-Figares Montes C.....	P-866, P-868
Fernández Letamendi T.....	P-148, O-220, P-674, A-683, P-780, A-933, P-1122, P-1122, A-1141, A-1141, P-1230	Fernández-Monrás F.....	P-230
Fernández Lloret A.....	A-288	Fernando Gros MT.....	A-825, A-883
Fernández López FJ.....	A-1111	Fernández Concellón L.....	P-666
Fernández López I.....	O-23, P-33, P-1166	Ferrando Lacarte I.....	P-1357
Fernández Marfil N.....	A-953, P-1274	Ferre Calabuig MD.....	P-1215
Fernández Marín I.....	A-1321, A-760, P-900, P-910, P-916, P-917	Ferre Grau C.....	P-53
Fernández Marín IP.....	A-914	Ferre Llosa C.....	P-396
Fernández Martínez MA.....	A-891	Ferre Martínez MJ.....	P-720
Fernández Misas E.....	P-394	Ferrer Armengou L.....	A-1192, A-1234
Fernández Morte N.....	P-324, P-333	Ferrer Dufol A.....	P-623
Fernández Núñez JM.....	P-770, P-772, P-773, P-863, P-867	Ferrer Estellés RA.....	P-670
Fernández Ortega JF.....	P-680	Ferrer Pertinez A.....	P-1049
Fernández Pajares M.....	P-729	Ferrer Roca R.....	O-446
Fernández Palacios C.....	P-81, P-836	Ferreras JM.....	O-119
Fernández Ramírez Y.....	P-1384	Ferreras Amez JM.....	O-432, P-477, P-1249, P-1313
Fernández Rivas MT.....	P-576, P-584, A-921, A-1083	Ferreras Gascó D.....	P-578
Fernández Salgado F.....	P-495	Ferreras Palau CC.....	P-739, A-915
Fernández Sampetro S.....	P-59, A-704, P-1285, P-1384	Ferrero Gutiérrez D.....	P-270
Fernández Sanmamed M.....	O-128, P-142	Ferrero Ohse WR.....	A-1398
Fernández SanMartín A.....	P-1051	Ferrés Padró V.....	P-310
Fernández Solís M.....	P-160	Ferri Bataller R.....	P-1014
Fernández Sosbilla J.....	O-345	Ferrò Ricart I.....	O-344
Fernández Suárez D.....	P-836	Figueras Felip J.....	A-924
Fernández Tomás M.....	A-1191, A-1192, A-1234	Figuroa Montero R.....	O-439, P-621
Fernández Vargas D.....	P-41, P-62, P-1000, A-1107	Fito Jordán L.....	A-742
Fernández Versteeg E.....	P-713	Flamarique Pascual A.....	P-691, P-693, P-702
Fernández Viñado D.....	P-168	Fleitas Quintero C.....	A-288, P-824
Fernández-Cañadas J.....	O-443	Flores A.....	P-375
		Flores Cordero JM.....	P-668
		Flores de Apodaca Z.....	O-430
		Flores Hernán M.....	P-492, P-853, P-854, P-965,

ÍNDICE DE AUTORES

	P-1011, P-1330, P-1373	Fuente Carillo J	O-367
Flores Quesada S.	A-750, A-758, P-819	Fuentes C.	P-532
Flores Rubio MD	P-1256	Fuentes E	P-1244
Flores Valderas JO.	P-403, P-546, P-958, P-1008, P-1026, P-1340, P-1382	Fuentes Cruzado J.	A-603
Folgado Montesinos J	P-1014	Fuentes Felipe FD	P-553
Fondón Refolio F.	P-61	Fuentes Ferrer ME.	P-157, O-216
Fonoll Tassier I	O-428, P-473, P-476, A-1195	Fuentes García EP	P-141, P-155
Fonseca J	O-367	Fuentes González E.	P-934
Fontcuberta R	A-764, A-813	Fuentes Martínez R	P-384
Fontecha B.	A-260	Fuentes Ochoa MT	P-45, A-67
Fora Romero MJ	P-256	Fuentes Rodríguez G.	P-1331
Fornés López MT.	P-168	Fuentes Ruiz PF	P-918, P-1059, A-1160, P-1164, A-1202, P-1203
Fornés Vivas RM.	P-253	Fuentes Santos C.	A-16, P-591
Fornós Asto C	P-230	Fuenzalida Inostroza C	O-344, P-383
Fortià Batallé C	A-954	Fuertes Ruiz D	P-1024, A-1116
Fortis Ballesteros M.	A-929, A-937	Fulgencio Inoa W.	O-415, O-416, O-425, O-440
Fortun Moral M	P-554, O-643, P-653, P-1242, P-1366	G D JJ.	A-878
Fortuny Esterri I	A-1054, P-1085	G P S.	P-994
Fournier Bedoya A.	O-417, P-571, A-800, P-1303	Gabantxo Laka I.	P-970, A-1104
Fragero Blesa EM	A-1216	GaciMartín Maroto A.	P-270, P-276
Fraguas JI	P-1346	GaciMartín Maroto E.	P-270, P-276
Fraile González JL	P-877, P-896, P-962, A-1056, P-1377, P-1379, P-1258	Gajate Cano J	O-21, P-33, P-275, P-280, P-284
Francesena González S.	P-59, A-704, P-1285, P-1384	Gajownik U.	A-810
Francia Franco F	O-422, O-427, P-659, P-1220	Galán Alcaide JC.	A-69
Francisco González F.	P-1319	Galán Iguacel N.	A-15
Franco García S	P-169	Galán López I.	P-1319
Franco Sorolla J	O-432	Galán Torres J	O-221
Franco Sorolla JM	A-101	Galarreta Aperte S.	P-506
Frasquet Signes S	P-707	Galarreta Martín M	O-360
Fretin Martínez AL.	O-354, O-364	Galera Galera A.	P-1368
Frías Rodríguez J	P-1271	Galera Galera T	P-1187, P-1332
		Galiana Ivars A.	A-879, P-968

ÍNDICE DE AUTORES

Galicia M.	P-629	Garcés San José C.	O-357, P-393, P-401
Galicia Paredes M.	O-612, O-620	Garcés Zarzalejo C.	P-723
Galicia Puyol S.	P-697	García Alfaro JM.	A-814, P-955, A-956, P-1038, A-1112
Galindo Benito I.	A-685	García Alfocea E.	P-133, P-381, A-942
Galindo Vacas S.	A-258, A-1003, A-1019	García Añoveros Escriña E.	O-116
Gallardo J.	O-74	García Aracil N.	P-92
Gallardo Bautista J.	P-632	García Arellano A.	P-6, P-560, P-633
Gallardo González R.	P-948, A-1071	García Arévalo R.	O-642
Gallardo Rebolal MS.	P-66, O-355, O-360, O-414, O-436, O-447, P-452	García Arnao M.	P-79
Gallego Arenales MC.	P-64, P-173	García Aroca M.	P-1332
Gallego Castillo En.	A-514	García Ávalos D.	A-1121, P-1125, P-1050
Gallego Pérez B.	A-810	García Ayuso A.	P-636
Gallego Peris A.	P-1215	García Bada P.	P-673, P-1245
Gallego Rodríguez P.	O-130, A-943	García Balsalobre C.	P-1040
Gállego Royo A.	P-1248	García Baquero I.	A-1071
Gallego Texeira I.	P-1201	García Batanero M.	O-434
Gallegos Polonio A.	A-913	García Bellido C.	A-258, P-392, A-1003
Gallur Martínez AM.	A-1093, A-1322	García Bermejo P.	O-2, P-29, P-55
Galvez Hernández G.	A-601	García Cabrera JA.	A-1178, P-1181, A-1264
Gálvez Mora J.	P-1210	García Camacho E.	P-1011, P-1026
Gálvez Paniagua M.	A-1108	García Castro A.	A-605, P-1223
Gálvez San Roman JL.	P-632	García Clari JJ.	P-707
Gálvez Santiago G.	A-783, A-1070, A-1124	García Córdoba A.	O-618
Gálvez Suárez A.	P-310	García Criado J.	P-561, P-1356, P-1358
Gamazo del Río JJ.	P-66, O-436, O-414	García de Andrés R.	A-1302
Gamboa Rojo R.	P-1009	García de Buen JM.	P-534
Ganuja Zamborain A.	P-42, P-1060	García de Leonardo C.	P-78
Garcés C.	O-349	García de Pedro R.	P-81, P-836
Garcés Garcés FJ.	O-268, O-297	García de Vicuña Meléndez A.	P-585
Garcés Horna S.	O-24, P-34, P-558	García del Águila JJ.	P-282, P-307, P-330
Garcés Horna V.	O-24, P-558	García Delgado MM.	A-1111
Garcés Molina FJ.	O-104, O-125, P-205, P-845	García Domínguez C.	P-144
		García Fernández JA.	A-336, P-669, P-671

ÍNDICE DE AUTORES

García Fernández SA	A-931	García Líndez JJ	P-89
García Fontenla B	P-553	García Lombardía K	P-1043
García Forcén L	P-376, P-1017	García Londoño A	O-638
García Fuentes C	O-301	García López JM	P-536, A-1118, A-1228, P-1237
García Galán M	O-430	García Lorenzo R	A-1213
García García A	A-208, P-630, P-1123, A-1250	García Marín AP	P-9, P-247, P-454, P-900, A-914, P-916, P-917, A-1064, A-1205, A-1321
García García C	O-517, P-1244	García Marina B	P-846, P-852, P-962, A-1056, P-1095, P-1258, P-1377, P-1379
García García FJ	A-1083	García Martín F	P-206
García García JI	O-424	García Martín J	O-415, O-416, O-425, O-440
García García MC	P-45	García Martínez A	P-232
García García S	A-1344	García Martínez C	P-1168
García García T	P-144	García Martínez MV	P-680
García Garmendia JI	P-458	García Martínez-Cañavate MD	P-1345
García Gibert L	O-612	García Méndez JA	P-1256
García Gil A	P-575	García Montes N	P-48, P-149, P-164, O-448, P-649, P-650
García Gollonet B	P-1306, P-1309	García Mora R	O-345, P-469, P-547, P-588, A-1094
García Gómez C	P-145	García Morón A	O-222, P-241, P-816, P-76, P-165, P-177, P-194, P-315, P-535, P-557, P-972
García González L	P-1393	García Noaín JA	P-152, P-169, P-471, P-693, P-702, P-486, P-1180
García Guijarro E	A-1189, A-1191, A-1192	García Noeda E	P-576, P-584
García Gurruchaga M	P-909, P-1007	García Notario A	P-394, O-424, A-682, P-844
García Gutiérrez R	O-217	García Ochoa Blanco MJ	P-281, O-291, P-316, P-320
García Gutiérrez S	O-354, O-355, O-360, O-414, O-447	García Olid A	P-841, P-920
García Haba L	P-403	García Olloqui A	O-640, P-655, P-668, A-931
García Hernández A	P-322	García Ormazábal I	P-853
García Herrero P	P-561, P-1358	García Ortega A	A-942
García Iglesias J	P-270	García Padilla E	O-638
García Jiménez A	P-749	García Palacios M	A-101, P-453, O-520, P-556, P-622, P-660, P-1131, A-1279, P-1304, P-1360
García Jiménez C	O-107	García Paradas C	A-1316
García Lago A	P-1245		
García Lago-Sierra A	P-1314, P-1319, P-1319		
García Lamberechts EJ	P-498		
García Langoyo B	O-18, O-24		

ÍNDICE DE AUTORES

García Pardo G	P-94	García Vázquez MA	A-743, P-768, P-811, A-848, P-850
García Paredes R	A-810	García Vertedor Cb	A-1207
García Peláez A	O-224, O-226, P-99, P-233	García Vidal LI	P-32
García Perea S	A-1092	García Villa A	P-900
García Pérez D	O-223	García Villalba E	O-366, P-385, A-407
García Pérez L	O-118, P-207	García Viña A	P-474
García Pérez R	P-146	García-Baquero Martín ID	A-944, A-945, A-946, A-947, P-948, P-949, P-1005
García Rabadán S	P-274, A-287	García-Lago Sierra A	P-167, P-179
García Rayado G	P-494	García-Minguillán Talavera A	P-993
García Reina M	P-485, P-773	García-Molina Sáez C	O-103, P-185
García Reyes MC	P-28	García-Ochoa Blanco MJ	O-20, P-31, O-267, O-268, O-296, O-297, O-298, P-534, O-641, O-646, P-664
García Ribes M	A-288, P-824	García-Perla García A	P-187, P-1127
García Risco I	A-68	García-Velasco Sánchez-Morago S	P-1065
García Rubio R	P-373, P-588	Gargallo Gasca N	P-959, P-989, P-1004, A-1023, P-1025, A-1129
García Ruiz T	A-783	Gargantilla P	P-500, P-543, P-582, A-607
García Rupérez I	P-404, O-611, A-1329, A-1329	Gargantilla Madera P	A-102, P-487, P-597
García Sánchez A	O-345	Garmendia Leiza JR	O-363
García Sánchez AJ	P-326, A-977, P-1204, P-1275, P-1333, P-1353	Garmendia Zallo M	O-1, P-585
García Sánchez M	O-527, P-579, A-1350	Garmilla Ezquerro P	O-2, P-29, P-55, P-723
García Sanchís M	A-799, A-837, A-884	Garrafa Delgado J	A-1172
García Santisteban S	P-1047	Garre García A	P-1055, A-1100
García Sanz AA	P-969	Garrido Arce M	P-159, O-345, P-373
García Sarasola A	P-390	Garrido Asensio J	P-65
García Serrano C	P-558	Garrido Dorronsoro J	P-846, P-852, P-877, P-896, P-962, A-1056, P-1258, P-1377, P-1379
García Sieiro R	A-951	Garrido González MI	O-122
García Sierra CI	A-1329	Garrido López de Murillas R	P-777
García Soto Z	P-1187, P-1332	Gavilán Casado CA	P-710, P-1018
García Suárez I	P-242, P-729, P-1051	Gay Gasanz B	P-693, A-1211
García Tascón R	P-334, P-681	Gay Sanz B	P-152, P-169
García Tirado MC	A-1092, P-1259		
García Torrecillas JM	P-171		
García Trallero O	P-257, A-260, O-617, O-689		

ÍNDICE DE AUTORES

Gaya Tur R	O-428, P-476	Giol Amich J.	P-934
Gayoso Martín S	P-234, P-248	Giraldo Pérez MJ.	A-1062, P-1392
Gea Fernández J	A-757, A-860, P-904, A-1216	Girela Serrano B.	A-1254
Germán Armijo FJ	P-1242	Girón Estrada V	A-1200
Gero Escapa M	O-647, P-679	Gispert Ametller MA	P-654, A-804, A-885
Ghazi El Hammouti K	P-717, A-724, A-765, A-903	Godoy Godoy D	P-1000, A-1107
Gil Alaña P	P-694	Gómez A.	P-628, A-1363
Gil Alcaraz R.	A-1139	Gómez E.	P-543
Gil Camargo V	O-640	Gómez Álvarez B	A-1111
Gil Casado E	P-49, P-372, P-451	Gómez Angelats E.	P-232, O-120
Gil Castillo C	P-667	Gómez Berrocal A	O-423
Gil Castuera M.	P-1219	Gómez Bitrián J	O-337, P-374, P-376, P-402, O-347, O-371, P-378, P-380
Gil Díaz A	A-814, P-955, A-956, P-1038, A-1112	Gómez Blanco S	P-1382
Gil Gómez FJ	P-631	Gómez del Canto J	O-523, P-907, P-907, P-1010
Gil Loayza DA.	A-1320	Gómez del Castillo P.	A-516, P-1317
Gil López J	P-175, P-249	Gómez García CI	P-596
Gil López M	P-538, P-590, P-784, P-992, P-1046	Gómez García E.	P-141, P-195, P-1261
Gil Mellado MM.	A-1265	Gómez García G	O-416, O-425
Gil Molet A.	P-694	Gómez García I	O-616
Gil Piñero E.	O-299	Gómez García L	P-1354
Gil Sánchez A.	P-386, P-391, P-984	Gómez Gómez-Mascareque E	P-597, A-102
Gil Toscano P	A-605	Gómez Herrero E.	P-26
Giménez JI	O-110	Gómez Izquierdo R	P-824
Giménez Fernández B.	O-4, O-5, P-508	Gómez Lozano M.	O-522, A-810
Giménez Maurel T.	P-1175	Gómez Macanás GJ	P-625, P-658
Giménez Mediavilla JJ	O-265, P-277, O-21, O-23, P-33, P-97, P-275, P-283, P-335	Gómez Marco J	O-217
Giménez Pérez M.	P-32	Gómez Martínez A.	A-1222
Giménez Ruiz JJ.	A-1105, P-841	Gómez Martínez L	P-967
Giménez Ruiz JU	P-802	Gómez Martínez M	A-776
Giménez JI	P-85	Gómez Moreno A	P-1008
Gimeno Orna JA	O-225, P-586	Gómez Pajares F	O-123
Giner Morales JM	P-239	Gómez Peñalba C	A-1192

ÍNDICE DE AUTORES

Gómez Pérez R.	P-1315	González Frasquet M.	O-2
Gómez Prieto A.	P-389, P-630	González García BE.	P-318, P-663
Gómez Quilés A.	A-1139	González García E.	P-11
Gómez Ramírez S.	A-1362	González García V.	P-840
Gómez Rodrigo FJ.	O-115, P-1276	González González C.	O-224, O-226, P-233
Gómez Rodríguez P.	P-1177	González González JM.	P-453, O-520, P-556, P-622, P-660, P-1131, A-1279, P-1304, P-1360
Gómez Rubio J.	P-725, P-726	González González L.	P-1390
Gómez Ruiz FT.	A-1184	González González R.	O-522, O-615
Gómez Sánchez C.	O-647, P-679	González Jiménez P.	P-459, A-912, A-1041, A-1042, A-1265, P-1286, P-1310, P-1345
Gómez Sánchez L.	A-1397	González Juárez MJ.	A-1302
Gómez Santos E.	P-699	González López JR.	P-251
Gómez Soler RJ.	O-301	González Manzano I.	P-11, O-444, P-463, P-474, A-1062
Gómez Úbeda G.	P-145	González Marín E.	O-434
Gómez Urquiza JL.	P-870, A-987	González Márquez F.	P-469, A-1094
Gómez-Angelats E.	O-356	González Martín VJ.	P-75, P-77, A-954
González B.	P-629	González Mateos G.	P-204, P-770
González V.	A-512, A-515	González Merodio MJ.	P-472
González Agúndez M.	P-386, P-391	González Municio A.	P-97, P-270, P-276, P-335
González Alemán O.	P-501	González Navarro MD.	P-138, O-439, P-621
González Armengol JJ.	O-3, P-157, P-593	González Ornia R.	O-218
González Camacho L.	P-567	González Partida I.	P-1276
González Carbonell J.	P-587	González Peña O.	P-134, P-172, O-614
González Carrasco M.	O-269	González Peredo R.	P-167, P-179
González Carro E.	P-173	González Pimienta MJ.	P-389
González Conde L.	A-776	González Puebla NV.	O-20, P-320, O-619, O-646, P-664
González Contreras J.	P-451	González Rodiles RE.	P-156
González Cuevas E.	O-218	González Rodríguez D.	O-21, O-23, P-33, P-97, O-264, O-265, P-275, P-277, P-283, P-335
González del Castillo J.	O-216, P-449, P-498, O-526, P-552	González Rodríguez J.	O-218, A-913, P-968
González del Castillo JM.	P-574, P-874		
González del Val S.	P-161		
González Díaz MP.	P-251		
González Díez S.	P-178, P-189		
González Fernández E.	A-336, P-1168		

ÍNDICE DE AUTORES

González Rodríguez-Villasonte P.	P-1268	Guasch Mari M.	P-87, P-96
González Ruiz M.	P-1114, P-1157	Gudelis M.	O-437
González Sabio E.	P-308	Guerra I.	P-1224, P-1225
González San Emeterio A.	A-1397	Guerra García CM.	O-292, A-1348
González Sánchez F.	A-912, A-1265	Guerra Molina I.	O-227, P-1068
González Sánchez M.	A-1190	Guerra Rodríguez B.	A-336
González Sardina N.	O-264	Guerrero Marín M.	A-1263, P-1311, P-1325
González Silva Y.	O-611, A-1289, A-1329	Guerrero Muñoz MC.	P-720
González Tejera M.	P-583, A-685, A-886	Guillem González J.	P-1308
González Torres LM.	P-85, O-110	Guillén A.	O-294
González Vila T.	O-21, O-23, P-33	Guillén Astete CA.	O-130, P-649, P-650
González-Quirós P.	P-461, P-1359, P-1364	Guillén Barea Y.	P-334
Gonzalo Aranda E.	P-566, P-1031	Guillén Gonzáez J.	A-686
Gonzálvez García A.	P-971, P-1291	Guillén Gonzáles J.	A-637, A-1269, A-1298, A-263, A-263, A-1152, A-1153
Gonzalvo Liarte MC.	O-112, P-494	Guillén Montero MA.	A-1198
Gorchs Molist M.	O-74	Guillén Sánchez I.	P-495
Gozález Sabio E.	O-116	Guirado Granados EM.	P-807, A-809, A-818
Gracia Romero MA.	P-231, P-505, P-692	Guirao Salinas FA.	O-426, O-435
Gracia Tello BC.	P-1057	Gutiérrez A.	P-1225
Graefenhain de Codes R.	O-432	Gutiérrez G.	P-626
Grajales Ruiz A.	P-1140, P-1326, A-1398	Gutiérrez S.	O-114
Grajeras Boza Y.	P-656	Gutiérrez Cañones R.	P-964, P-1275
Granados Laguna E.	A-944, A-945	Gutiérrez Gabriel S.	A-1218
Grande Báñez S.	P-1123	Gutiérrez García AM.	A-1091, P-1101, A-1102
Grané A.	P-563	Gutiérrez Gómez A.	P-970
Grau Tost I.	P-1210, P-1318	Gutiérrez Magdalena S.	P-25
Grégori Ibáñez B.	O-365, P-377	Gutiérrez Martín MC.	A-1182, P-1281
Griabal García M.	P-1220	Gutiérrez Martínez B.	P-1009
Grima Campos L.	O-18	Gutiérrez Martínez S.	O-364
Grünwald J.	O-647, P-679	Gutiérrez Martos E.	O-268, P-280, P-281, P-284, P-664
Guadarrama Ramos MI.	P-43, P-50	Gutiérrez Pérez E.	A-1280
Guallar Sola P.	P-13, A-15, A-17, A-212, P-575	Gutiérrez Pesquera N.	P-672, P-761
Guardiola Tey JM.	O-124, O-128, P-142, P-467, P-563		

ÍNDICE DE AUTORES

Gutiérrez Ramón B	A-926	Hernández Marcos A	O-418, P-530, P-577, P-580, P-1088, P-1126, P-1169, P-1209, P-1240, P-1247
Gutiérrez Rojo G	P-271	Hernández Martínez C	P-453, O-520, P-556, P-660, P-622, P-1131, A-1279, P-1304, P-1360
Gutiérrez Sáinz J	P-481, P-489, P-565, P-589, P-677	Hernández Martínez G	O-517
Gutiérrez Solís MA	A-952, P-964, P-1275	Hernández Migenes E	P-656
Gutiérrez Zubiaurre JA	O-338, P-372, P-451	Hernández Molina A	P-905, P-1055, A-1100
Guzmán Bolívar MP	P-244, P-250, P-1135, A-1138, P-1381,	Hernández Montes YM	A-213
Guzmán Fernández M	O-434	Hernández Moreno F	P-1291
Guzmán Martínez S	O-523, A-1117, A-1299	Hernández Núñez J	P-9
Guzmán Regalado MM	P-326, P-979, P-1204, P-1275, P-1333	Hernández Ontiveros H	P-390, P-733, P-922
Guzmán Ruiz M	A-929, A-937	Hernández Pérez E	P-175, P-249
Hamam Alcober S	P-812, A-817, P-988	Hernández Ribera M	P-907, P-1010
Hambardzumyan A	P-1243	Hernández Rodríguez D	P-1284
Haro Jordà N	P-983	Hernández Rodríguez T	P-635
Hassan Amselem D	P-87, P-96	Hernández Sánchez L	P-242, P-729, P-1051
Hayajneh Carrillo N	P-156, A-208	Hernández Sori N	O-340
Heras Fernández V	O-339, P-398, O-645, A-1322, P-1372	Hernando Fernández R	A-1397
Herasme Cuevas J	P-1201	Hernansanz Caviedes PI	P-404
Heredia Cedeño MV	P-1169	Herrador Lindes J	O-362, O-370
Hernández Ventades ML	P-66, P-452, P-504	Herrador Lindes JA	P-581
Hernández Alcaraz C	P-636	Herrer Castejón A	P-569
Hernández Bezos S	P-1243	Herrera Mateo S	P-722, P-733, P-922
Hernández Burgos P	P-1381	Herrera Valdez L	P-1366
Hernández Carcereny C	P-232	Herrera Vicente P	P-308
Hernández Castells L	A-762, A-1021, A-1165, A-1197, A-1218, P-1253	Herrería Laherrán R	P-694
Hernández Castro A	A-1362	Herrero Antón RM	P-561, P-1123, P-1356
Hernández Durán C	A-1321	Herrero González Y	P-802
Hernández Egidio M	O-130, A-943	Herrero Puente P	O-348, O-351, P-386, P-391, O-352
Hernández Galán JA	P-8	Herrero Benito C	P-91
Hernández Gil A	P-694	Hidalgo Berutich A	P-251
Hernández Hernández A	P-554	Hidalgo Collazos C	P-877, P-896, P-962, A-1056, P-1095, P-1258
Hernández López S	O-526, P-552		

ÍNDICE DE AUTORES

Hidalgo García M.	A-210, P-406, P-700, A-706	Ibáñez Muñoz D.	P-1272
Hidalgo Gil R.	A-1089, P-1252, A-1257, P-1260, P-1305, P-1307, P-1353	Ibáñez Pardo M.	A-214
Hidalgo Gómez R.	O-420, P-458	Ibáñez Pérez de Viñaspre JA.	O-337, P-374, P-378, P-380, P-402
Hidalgo Mendía B.	P-1230	Ibarra Barrueta O.	P-504
Hidalgo Pérez AB.	P-709	Ibarra Bolt A.	P-6, P-957
Hidalgo Rodríguez A.	O-362, O-368, O-369, O-370	Ibarra Cuenca J.	P-175, P-249
Higa Sansone L.	P-708, P-722	Ibero Esparza C.	A-899, A-1273, P-1367, A-1385
Hinojal Jiménez J.	P-535	Ibrahim Achi D.	A-1396
Hinojosa Mellado A.	P-175, P-249	Ichart Tomas JX.	P-182, A-604
Holden Fernández M.	P-918, P-919, P-1059, A-1160, P-1164	Idoipe Rubio D.	P-228, P-494
Holden Hernández MA.	A-1202, P-1203	Igartua Astibia M.	O-610, P-957
Holgado Castell L.	A-263, A-637, A-686, A-1152, A-1153, A-1269, A-1298, P-1308	Iglesias Moles S.	A-604
Holguín Labajo M.	P-280	Iglesias Vázquez JA.	P-331, A-209
Homez Guzmán M.	A-1097	Illanes Leiva R.	A-1178, P-1181, A-1264
Hong Cho JU.	P-83, A-1130	Illarramendi A.	A-776
Hontañón Antoñana V.	A-742	Incera Alvear I.	P-179, P-319
Horn Ureña R.	P-79	Infante Rodríguez MA.	P-82
Hortal Carmona J.	P-76, P-165, P-177, P-194, O-222, P-241, P-315, P-557, P-816, P-972	Infantes Martín B.	O-345
Hortelano Aldaco E.	P-1314	Infantes Ramos R.	P-851, P-855, P-866, P-868, A-1395
Huerta Fernández MA.	P-234, P-248	Insausti Lorduy MA.	P-1020, A-1032
Huerta Rubio G.	P-985	Investigadores Sosega G.	P-181
Huertas Sánchez MJ.	P-861	Iriarte Cerdán M.	P-957
Huesa Perales A.	A-1222	Iridoy Zulet AA.	P-6
Huidobro Santamaría F.	O-292	Irigoyen Von Sierakowski A.	A-608, P-1214
Humaid W.	O-339, P-398, P-457	Isanta Pomar C.	P-1045
Hurtado Ponce G.	O-427	Isla Cobeta Cobeta J.	A-1212
Ibán Ochoa R.	P-404	Issa-Masad Khozouz Z.	P-499, A-516
Ibáñez JA.	P-388	Iturralde Gárriz A.	A-1397
Ibáñez Frías J.	P-43, P-50, P-193, P-305, P-317, P-323, P-332	Iturrioz Núñez I.	P-511, P-26
Ibáñez Meléndez YM.	A-876	Iza de Pablo J.	P-970, A-1104
		Izaguirre Díaz de Lezana D.	O-1
		Izquierdo Fernández R.	A-893

ÍNDICE DE AUTORES

Jacob Rodríguez J.	P-38, O-348, O-351, O-352, P-379, P-396, O-687, O-689, P-696, P-1244	O-370, P-581
Jacoste Álvarez V.	P-1242	
Jaldo Sánchez A.	P-202	
Jaloud Saavedra E.	P-1099	
Jaqués Andrés C.	P-777	
Javaloyes Victoria P.	O-443, O-523, A-1117	
Javares Artigues Ps.	A-410	
Javier Adón Z.	P-578	
Javierre Lóris MA.	P-93, P-737, A-1150, P-1028	
Jesús Vázquez FI.	A-1316	
Jilaveanu C.	P-566	
Jilaveanu CM.	O-413	
Jimena García M.	P-595, P-727, A-926, P-1119, A-1337, A-1349	
Jimena López A.	P-1389	
Jimenes Iglesias M.	P-403	
Jiménez Aguilar AM.	A-887, A-889, A-891	
Jiménez Aragón F.	P-993	
Jiménez Aranda P.	P-858, P-961, A-1297	
Jiménez Carrilero V.	P-37, P-38, P-54, P-166	
Jiménez Carrillo M.	A-760	
Jiménez Casado MM.	P-1277	
Jiménez Castro D.	O-448	
Jiménez Clemente L.	P-90	
Jiménez Cortés Y.	P-30, P-36	
Jiménez del Marco N.	P-930, A-932, P-936, P-938, A-941	
Jiménez Díaz G.	P-149, P-164, O-339, P-457, O-645, A-1093	
Jiménez Fábrega X.	P-163	
Jiménez Gallego R.	O-111, O-127, O-132, P-143	
Jiménez Gallego RM.	O-105, O-113	
Jiménez Gómez ME.	O-293	
Jiménez González EM.	O-362, O-368, O-369,	
Jiménez González J.	P-150	
Jiménez Guerrero J.	P-159	
Jiménez Hernández MD.	P-88	
Jiménez Hernández S.	P-460	
Jiménez Herrera M.	O-294, O-303	
Jiménez Hidalgo C.	P-632	
Jiménez Iglesias MA.	P-1340	
Jiménez López R.	P-559, A-1041, A-1066, P-1086, P-1087	
Jiménez Luján E.	O-22	
Jiménez Martínez E.	P-1354	
Jiménez Meléndez MJ.	P-712	
Jiménez Merino MR.	O-113	
Jiménez Morillas F.	A-847	
Jiménez Murillo LM.	O-525, P-624, P-841, P-960, P-986, A-1105	
Jiménez Parras M.	P-751, A-757, A-860, P-904, P-1148, A-1216, A-1280	
Jiménez Perales S.	O-292, A-1348	
Jiménez Pérez E.	P-843	
Jiménez Redondo M.	P-37, P-54, P-166	
Jiménez Ruiz I.	O-462	
Jiménez Velasco I.	P-546, P-858, P-958, P-961, P-965, P-1009, P-1011, P-1026, A-1149, A-1297	
Jiménez Zurita P.	P-180	
Jódar Salas MD.	P-678, A-890	
Jordán Domingo M.	O-219, O-225, P-471, P-486, P-540, P-586, A-1058, P-1069, P-1078, P-1143, P-1277	
José Alcaide L.	P-699	
Josemaría de la Casa P.	P-451	
Josemaría Oviedo M.	P-49, P-372	
Juan García Y.	P-531, P-1186	
Juan Pastor A.	O-438	

ÍNDICE DE AUTORES

Juárez de Sosa S	P-679	P-1069, P-1078, P-1143
Juárez González R	O-72, O-218, A-913, P-968	
Juez Jiménez A	A-1190	
Julve Ibáñez A	P-257	
Junco García A	A-1189	
Junyent Priu M	O-353	
Jurado Carmona AM	A-258, P-392, A-1003, P-1049	
Jurado Mancheño M	P-1219, P-1354	
Juste Pina I	P-656	
Justo Mortato S	O-264	
Klar E	A-102, P-500, P-543, P-582	
Klar Pérez E	A-607	
Krivocheya JM	A-1337, A-1349	
Krivocheya Guerrero JM	P-720	
Krivocheya Montero A	A-873	
Krivocheya Montero JM	P-595, P-715, P-716, P-717, P-718, P-719, A-724, P-727, A-728, P-731, A-736, A-738, A-765, A-873, A-876, A-903, A-926, P-1119	
la Calle Remigio JR	P-490	
Labayru Hernáez L	P-66	
Laborda Arándiga E	P-636	
Lacalle Remigio JR	P-307, P-330	
Lacasta García JD	O-131, P-182, O-437	
Lacruz López E	P-695	
Lacunza González B	P-63	
Lagares Santana E	A-1118, P-1287, A-1296, A-1300, P-1387	
Lago Antón S	A-1191	
Laguardia Chueca JC	P-625, P-658	
Lahoz Abadías R	A-1061	
Lahoz Rodríguez D	P-186, P-533, P-569, P-695	
Lahoza Pérez C	P-540, P-691, P-693	
Lahoza Pérez MC	O-219, O-225, P-586, A-1058,	
Laínez Martínez S	P-1277	
Lalueva Blanco A	P-454	
Lamas Fernández I	P-47, P-322, P-1270	
Lanza Gómez JM	P-1342, P-1347	
Laperal Martín J	P-712, P-713	
Lapresa Acosta E	P-76, P-535	
Lapuerta Irigoyen L	P-13, A-15, A-17, A-212, P-575	
Lapuerta Lozano E	P-251	
Lara Cachinero P	P-981, P-1146, P-1166, P-1179, P-1183, P-1361	
Lara Torres M	P-83, O-441, P-1114, P-1157, P-1326	
Largo Flores P	P-1188	
Largo Ruiz A	O-2, P-723	
Larrañaga Unanue I	O-1	
Larrondo Pàmies S	A-750, A-758, P-819,	
Lasaga Ortega JI	A-906, A-908	
Laserna Rodríguez N	P-273, A-1338	
Latorre Martín YM	P-255, P-695	
Lavilla Salgado C	P-1343	
Lazaga Perales JE	P-450	
Lázaro C	P-467, O-124	
Lázaro I	P-86	
Lázaro Aragüés P	P-238, P-278, P-381, P-466, P-491, O-524, P-537, P-549, O-613, A-1120, P-1312, P-1386, P-1391	
Lázaro Meca RS	P-51, P-176, P-183, A-810	
Lázaro Salvador M	P-492, P-854	
Lazcano González C	O-420, P-458	
Leal Lobato MM	O-362, O-368, O-369, O-370	
Leal Reyes G	A-889	
Lechuga Martos JI	P-874	
Legaz Moreno ME	O-690, P-703	
Leñero Navarrete MJ	O-611	

ÍNDICE DE AUTORES

León N	P-532	Llusà Martín M	O-519
León Arévalo I	P-80, P-732	Lobo Valentín R	P-542
León Argüero V	P-386, P-391, P-984	Lojo Lorenzo T	P-252, A-261, A-1292
León Miranda N	P-591	Lombana Castillo A	P-153, P-1383
León Ruiz A	A-1222	Lopera Arroyo MD	P-231, P-375, P-505, P-692
Lerena Sáenz P	A-408, P-387	Lopera Lopera E	A-213, O-367, O-642, A-1089, P-1305, P-1307, P-1353
Lertxundi Arrieta H	P-10	Lopes Nogueras MA	P-492, P-854, P-1009, P-1330, P-1373
Les González J	O-290, O-295, O-300, O-302	Lopetegui Eraso P	A-101
Leza Acha MA	P-8, O-610, O-639	López Aguilar M	A-69, P-479, O-518, P-539
Liébana Gómez N	P-397, P-405	López Alarcón C	P-1394
Liévano Segundo P	P-388, A-1196, A-1211,	López Alonso S	P-41, P-62
Limón Josa G	A-804	López Altimiras X	O-338, P-372, P-451, O-687
Linares Gancedo J	A-767, A-881	López Caballero I	P-636
Linares Rodríguez C	P-41, P-62	López Cabeza N	P-43, P-50, P-193, P-317, P-323, P-332
Linares Vals L	A-686	López Canela A	O-687, P-696, P-696
Linzoain Belzanera L	A-1266	López Cañadas B	P-1215
Liñán López M	P-136, P-141, P-155, P-195, P-1261, P-1271	López Cañas B	A-814, P-955, A-956, P-1038, A-1112
Lista Arias E	P-37, P-54, P-379, O-689, P-696	López Casanova MJ	O-108
Liu Qiu H	O-217	López Corcuera L	O-106
Lizcano Lizcano AM	P-546, P-858, P-958, P-961, A-1149, A-1297	López Cuervo Derqui R	O-299
Llamas Reyes J	P-1166	López de Haro de Torres J	P-532, P-591
Llamazares Muñoz V	A-1178, P-1181	López del Castillo A	A-1207
Llaquet Leiva AA	P-1233	López del Pueyo M	A-1211
Llimona R	O-446	López Díaz MR	P-807, A-809, A-818, P-980
Llobet Pina C	P-182	López Duarte M	A-1199
Llona Otaola O	A-410	López Escudero S	P-865, P-979
Llopis Roca F	P-37, P-54, P-396	López Fernández A	P-79
Llorc Zaragoza P	O-107	López Fernández I	O-411
Llorens P	O-352, O-443	López Fernández MA	A-100
Llorens Soriano P	O-348, O-351, P-701	López Franco MP	A-214
Lluch Martínez S	P-310	López Hernández M	P-147, O-422, P-1220
Lluch Sastriques A	A-1108		

ÍNDICE DE AUTORES

López Hernández P	A-759	López Suárez A	A-746
López Herrero E	A-1111	López Tarrida A	O-345, P-588
López Ibáñez M	P-651	López Torres LJ	P-238, P-278, P-381, P-491, O-524, P-537, P-549, O-613, P-697, A-1120, P-1312, P-1391
López Iglesias F	P-984	López Uran AM	P-701
López Isidro I	P-161, P-229	López Vengut F	O-353, O-689
López Izquierdo R	P-237, O-412, O-444, P-463, P-468, P-542, O-611, A-1062, A-1329	López Verdú H	P-1099
López Jiménez J	P-656	López-Sidro López M	P-995
López Laguna MN	P-554, P-653, P-1020, A-1032, A-1293, P-1367	López-Tappero Idiazábal L	P-134, P-172
López López F	P-533, P-695, A-928, P-975, A-1141	Lorca Gutiérrez R	P-984
López López MA	A-1322, P-1372	Lorenzo Coss C	P-478
López Macías I	A-925, P-973	Loriente Martínez C	O-422, A-759
López Mallavia L	P-673, A-1104, P-1245	Losada Díaz MH	P-272
López Matas M	P-708	Losada Lóriga R	P-280, P-284, P-283
López Muñoz C	P-710	Loscos Aranda S	P-401, P-506, A-1238, P-83
López Naharro E	P-712	Lougedo Fueyo P	P-1217
López Navarro P	P-681	Lozano Alguacil E	P-27
López Núñez AM	P-1372	Lozano Ancin A	A-1149
López Pérez JJ	O-110, P-1151, A-1351, P-1376	Lozano Araujo V	P-495
López Pérez L	P-165, P-177, P-194, P-315, P-535, P-972	Lozano Espinosa M	O-341
López Pérez M	A-209	Lozano García P	P-713
López Pérez ML	P-76, O-222, P-241, P-557, P-816	Lozano Hernanz B	P-969
López Petchamé A	P-502, O-19, P-86	Lozano Poyatos C	P-325, P-329
López Picazo MT	O-435	Lozano Rincón E	P-628, A-820, A-1097, P-1098, A-1295,
López Prada B	A-902, A-921, P-1079	Lozano Rincón EE	P-815
López Roldán L	P-585	Lozano Royo S	A-1061, P-1115, A-1212
López Romero L	P-25	Lozano Torrubia N	P-169, P-228
López Ruiz E	O-415, O-416, O-425, O-440	Lozano Vicente A	A-939, P-1013
López Sánchez A	P-981, A-1089, P-1146, P-1179, P-1183, P-1252, P-1305, P-1307, P-1361	Lubián Martínez M	O-418
López Sánchez-Elez M	O-22	Lubillo Montenegro FT	P-313
López Sanvicente MC	O-427, P-659	Lucas Lerga FJ	P-8, O-610, O-639
López Seijas CS	A-1132, A-1133	Lucchini Leiva R	P-802

ÍNDICE DE AUTORES

Lull Sala J	O-123	Manresa Manresa F	A-1184
Luna Guerrero L	A-1094	Manrique Muruzábal L	P-45, A-67
Luna Guerrero MD	P-469, P-588	Mansilla Collado J	P-875, P-1186, P-1226
Luna Maldonado A	O-690, P-703	Manzano Luque M	O-113, P-156
Luna Valero M	P-559	Manzano Rodríguez R	A-783, A-1070, A-1124
Luna Valero MI	P-1371, P-1378	Mañá Freixa M	P-983
Lupiani Moreno M	P-1065	Mao Martín L	P-470, A-820, P-1098, A-1208, A-1295
Luque Amado C	A-801	Maqueda M	O-115
Luque Hernández MJ	P-12, P-864	Marcelin JE	P-147, O-422, P-659
M R E	A-927	Marcellán Narros C	O-72
Machín Muñoz E	O-130, A-943	March Domingo M	P-473
Macho Díaz S	P-1314	Marchena González MJ	A-746, A-1111
Macian Cerda A	P-651	Marco Berná A	P-238, P-278, P-381, P-491, O-524, P-537, P-549, O-613, A-1120, P-1312, P-1391, P-1394
Macías Fernández S	A-902	Marco López C	P-14, P-152, P-169, O-337, P-374, P-378, P-380, P-400, P-402, P-1048, A-1211
Macías López A	A-1374, A-1375, A-1380	Marcos Alonso M	P-203
Macías Robles MD	P-242, P-729, P-1051	Marcos Herrero L	P-36
Macipe Costa MP	A-928	Marcos Herrero LP	P-30
Madrid Ferreiro V	P-1185, P-1187, P-1332, P-1368	Marcos Iñiguez A	P-34
Madrid Ferreiro VM	P-245	Marcos Sánchez F	A-913, P-968
Madrigal JF	P-500	Marín Ballvé A	P-1057
Madrigal Sánchez E	P-325, P-329	Marín Bernabé C	A-810
Madrigal Valdés JF	P-234, P-248,	Marín Casajús O	O-644
Magallanes Gamboa J	A-913, P-968	Marín del Tiempo MD	P-1115, P-1388
Maganto A	P-631	Marín Martín Y	P-61
Magdalena Delgado A	A-976, A-978	Marín Martínez JM	O-126, P-144, P-861, A-898, P-905
Majo Carbajo Y	O-105, O-111, O-127, O-132, P-143	Marín Martínez L	P-564
Malagón Caussade F	O-350	Marín Porriño JM	O-340, P-657
Maldonado Hermoso G	P-480, P-676, A-684	Marín Risco M	P-328
Maldonado Pérez ME	A-1111	Márquez Sánchez V	A-759
Maldonado Santiago AM	P-996, P-997, P-998, P-999	Marquina V	O-443
Malvar S	P-47, P-1270	Marquina Peralta O	A-211, P-406, P-573,
Malvar González S	P-322		
Manescu ML	P-823		

ÍNDICE DE AUTORES

	P-700, A-706, A-1327	Martín Sánchez FJ O-216, O-348, O-351, P-449, P-498, O-526, P-552, P-574, P-593, P-874
Martínez Cárcel J	P-51	Martín Sánchez M A-1336, A-1339, P-1341, P-1369
Martí Carrizosa G	P-383	Martín Sierra C P-492, P-853, P-854, P-1008, P-1026, P-1330, P-1373
Martín D	P-1224	Martín Valtierra T P-10, P-1039
Martín Acero T	P-151	Martín Vélez RM O-73, A-740, P-778, P-779, P-781, P-849, P-857, P-1015
Martín Aresti J	O-359	Martín-Quirós A O-121
Martín Ayuso M	O-424	Martín-Sánchez FJ O-352
Martín Azcárate MD	P-815, A-1208	Martín-Vivaldi Jiménez RJ A-738, A-873
Martín Caravante S	P-41, P-62, P-1000, A-1107	Martínez B P-383
Martín Casquero T	P-1256	Martínez E O-443
Martín Castro C	O-299	Martínez J P-569
Martín Durán C	O-521, P-541, P-548, P-555	Martínez T P-1346
Martín Fonseca R	P-769	Martínez Acevedo E A-743, P-811, A-848, P-850
Martín García JI	P-313	Martínez Agudiez C P-595, P-731
Martín Gómez G	P-1201, P-1354	Martínez Agüero M O-526, P-974
Martín Herrero JM	P-1274	Martínez Albendiz AJ A-1019
Martín Jiménez ML	A-1189, A-1191, A-1192	Martínez Álvarez A P-1217
Martín Martín A	P-151	Martínez Andreu M P-1187, P-1332, P-1368
Martín Martín CA	P-394	Martínez Arroyo A A-1339
Martín Martínez A	O-350, O-361, O-615	Martínez Barba A P-79
Martín Mojarro E	P-730, A-758, P-819	Martínez Barreira B A-1132, A-1133
Martín Monclús C	P-468	Martínez Bausela J P-43, P-50, P-193, P-305, P-317, P-323, P-332
Martín Mora JM	P-499, P-1317	Martínez Bengoechea MJ P-452, P-504
Martín Pérez A	P-204, P-485, P-665, P-770, P-772, P-773, P-863	Martínez Bernal G P-971
Martín Pérez Á	P-867	Martínez Betancourt DP P-715, P-718, P-1119
Martín Pérez B	P-1278, A-1289	Martínez Boyero T A-1150
Martín Pérez S	P-26	Martínez Buendía MC P-12, P-864
Martín Poveda MA	O-264	Martínez Cano F P-27
Martín Quiles T	P-482	Martínez Cárcel J P-176, P-183
Martín Rodrigo JL	P-485, P-665, P-773, P-863, P-867, P-869	Martínez Castillón D A-800, P-1303
Martín Rodríguez L	P-1030	
Martín Sánchez E	P-313	

ÍNDICE DE AUTORES

Martínez Cobos AV	O-353	Martínez Nicolás I	P-381
Martínez de Gea F.	P-79	Martínez Pérez J.	P-480, P-676, A-684
Martínez Díez M.	O-219, O-225, P-471, P-540, P-586, A-1058, P-1069, P-1078, P-1143	Martínez Prieto V.	A-258, P-392, A-1003, A-1019, P-1049, A-1266
Martínez Fernández A.	P-13, A-15, A-17, A-212	Martínez Ramírez M.	P-1331
Martínez Fernández JI.	A-714, A-888, P-1037	Martínez Ros C.	O-341
Martínez García A.	P-41, P-62, A-1001, P-1002, A-1344, P-1382	Martínez Royo A.	P-1341, P-1352
Martínez García R.	P-1125	Martínez Sainz B.	P-1319
Martínez Gestoso S.	P-1390	Martínez Saldumbide S.	P-807, A-809, A-818, P-1185
Martínez Gil R.	P-152, P-691, P-693, P-1126	Martínez Sánchez I.	P-28
Martínez Gutiérrez A.	P-575	Martínez Sánchez L.	O-612
Martínez Herráez MR.	P-148, P-186, P-533, P-737	Martínez Sánchez MA.	P-138, O-439, P-621
Martínez Huguet C.	P-1175	Martínez Tejada N.	P-542
Martínez Isasi S.	P-286, A-951	Martínez Valero MJ.	P-238, P-278, P-381, P-466, P-491, O-524, P-537, P-549, O-613, A-1120, P-1312, P-1391, P-1394
Martínez Lázaro M.	P-32	Martínez Vallalta L.	P-1080
Martínez Lerma EJ.	P-1044	Martínez Vázquez A.	P-320, P-664
Martínez López JF.	P-12, P-864	Martínez Villanueva M.	O-690, P-703
Martínez López MJ.	A-939, P-1013	Martínez Villena B.	O-645, A-1322, P-1372
Martínez Maldonado MJ.	A-1213	Martínez Virto A.	O-121
Martínez Marco M.	P-628, A-1363	Martínez Zapata JM.	O-126
Martínez Maroto T.	P-246, P-965, P-1034	Martins Domingos O.	P-1251
Martínez Márquez A.	P-785, P-786, P-787, A-788, P-789, P-790, P-791, P-792, P-793, P-795, P-796, P-797	Martítegui Albizu E.	P-672, P-1109
Martínez Martínez JM.	P-998, P-999	Martorell Altau O.	P-560
Martínez Martínez M.	O-366, P-385, A-407	Martorell Martorell J.	P-406
Martínez Medel J.	P-737	Martorell Súa M.	P-254
Martínez Mena M.	P-496	Martos Órpez C.	P-841, A-891, P-920, P-960, A-1105
Martínez Monreal B.	P-1012	Masie Mebuy AJ.	P-1053
Martínez Monreal E.	P-1012	Massie Mebuy A.	P-909
Martínez Motos A.	P-1331	Mata Sánchez I.	P-140, P-180
Martínez Motos AB.	A-1362	Matamoras Hernández J.	A-686, A-1153
Martínez Muñoz C.	P-934	Matas Castelló E.	P-654
Martínez Navarro N.	P-564, P-966	Matas Cobos AM.	A-738, A-873

ÍNDICE DE AUTORES

Matas Lara AM.....	A-605, P-1223	Mejía Castillo M.....	O-647, P-679
Mateas Moreno M.....	A-1208	Mejía Escolano D.....	O-417, P-571, A-800, P-1175, P-1303
Mateo Álvarez S.....	A-847	Mejías Calderón MR.....	P-785, P-786, P-787, A-788, P-789, P-790, P-791, P-792, P-793, P-795, P-796, P-797
Mateo Gallego LM.....	O-428, P-473, P-476, A-1195, P-1318	Melchor Molina MB.....	P-807, A-809
Mateo Perea G.....	P-27	Melero Cabezas S.....	A-764, A-766, A-799, A-813, A-837, P-856, A-884, P-894
Mateo Roca M.....	P-733	Melgosa Latorre F.....	P-901, P-1053
Mateos Iglesias B.....	P-729	Mellado de Arteche C.....	P-661
Mateos Madrid MC.....	A-409, A-514, P-997	Melo Toledo E.....	O-444
Mateos Rodríguez A.....	P-82, P-304, P-550	Membrado Ibáñez S.....	P-310
Matías García MJ.....	O-113	Mena Quiñones PO.....	P-661
Matías Soler P.....	P-874	Menacho Gabardino J.....	P-384
Matos Rojas I.....	P-403, P-1340	Menao Guillén S.....	P-623
Mauri Plana A.....	O-124, O-128, P-563	Méndez Rodríguez E.....	A-902, P-1079, A-1083, A-921
Mayo Sarabia E.....	P-285	Méndez Rodríguez J.....	P-669, P-671
Maza Vera MT.....	O-411	Mendia Bilbao I.....	O-364
Mazón Ouviaña EA.....	P-1246	Mendoza Paico M.....	P-1080
Mechbal Gracia L.....	P-1166, P-1361	Menéndez Gómez JL.....	P-965, A-1344
Mecina Gutiérrez AB.....	P-1080	Menéndez López AC.....	P-1082
Mederos Matute E.....	P-1217	Mercado Barraqueta D.....	P-93
Medina Abellán MD.....	P-453, O-520, P-556, P-622, P-660, P-1131, A-1279, P-1304, P-1360	Mercado Pardo A.....	O-221, A-1108
Medina Álvarez J.....		Merino Rubio C.....	O-609, O-610
Medina Álvarez JC.....	P-135, P-153, P-199, P-236, O-346, P-661, P-1029, P-1383	Merlo Loranca M.....	P-200, P-235, P-243, O-289, P-306, P-309, P-460
Medina Cantarero V.....	O-439, P-621	Mesa Ramos G.....	
Medina Moya JL.....	P-98	Mesa Ramos RG.....	P-137, P-140, P-154, P-174, P-180, P-198, A-513, A-602, P-627, P-862, A-1110, A-1294
Medina Ortega J.....	O-615	Meseguer García P.....	P-734, P-735
Medina Ruiz S.....	P-244, P-250, P-1135, A-1138, A-1139	Mestre Reoyo GI.....	P-904, A-1216
Medina Sanz C.....	P-812	Mezquida Arzo J.....	P-691
Medina Tovar B.....	O-366, P-385, A-407	Micheloud Giménez D.....	A-1396
Medina Turienzo E.....	P-560, P-633	Mieles Cerchar M.....	A-1136
Medinilla Montenegro MC.....	P-811, A-848		
Megino Moreno T.....	P-1030, A-1302		

ÍNDICE DE AUTORES

Miguéns Blanco I	O-72, P-83	Molina Morazo MC	P-697
Millán Cobo MS	P-65	Molina Osorio E	P-1290
Millán López JA	P-1209	Molina Osorio N	P-1290
Millán Lozano A	O-644	Molina Ruano R	P-136, P-155, P-781, P-1261, P-1271
Millan Soria J	P-587, O-342	Molina Sánchez V	A-903
Mimun Navarro Y	A-950	Moliné Pareja A	P-708, P-722, P-733, P-922
Minaya García JA	P-313	Moline Vila N	O-118
Minchinela Zarraluqui L	P-42, P-1060	Moltó García B	P-1015
Minguet Frias J	A-1106	Moltó García MB	O-73, A-740, P-778, P-781, P-849, P-857
Mínguez Masó S	O-108, O-358	Monasterio Bazán M	P-184, P-328,
Mínguez Platero J	P-651	Moncho Alarcón C	P-875
Mínguez Uriel A	P-1388	Monclús Cols E	O-445
Miñambres García E	O-292	Mónico Castillo E	P-1055
Mir Montero M	O-117, P-456, P-464	Monreal Arnal E	P-1242
Mira Vázquez A	A-1033	Monreal Híjar A	P-93
Miralbés Casterá FJ	P-7, A-1221, P-1251, A-604	Monroy Gómez C	A-893, A-895, A-897, P-993
Miralbés Torner M	P-7, A-1221, P-1251, A-604	Montalva P	P-487, P-582
Miranda Arto P	P-623, P-745, A-755, P-774, A-825, P-1249	Montalva Barra JC	P-531, P-587, P-985
Miranda García M	P-721, P-747, P-782	Montalva García P	P-597
Miró O	O-352, O-438, O-620,	Monteagudo González L	P-85
Miró i Andreu O	O-120, O-348, O-351, O-356	Montero G	A-607
Moche Loeri JA	P-206, P-237, P-666	Montero J	A-607
Mòdol Deltell JM	P-32, P-35, O-429	Montero M	O-445, O-644
Mohamed Amar A	A-738	Montero Carretero T	P-404, P-463, A-1206, P-1278
Mohamed Mohamed S	P-717, P-731	Montero Montero M	P-311
Molina Alcántara MC	A-1299	Montero París P	P-89
Molina Avila P	A-1189, A-1191, P-1343		
Molina Castellá L	O-131, P-182		
Molina Delgado I	A-69, P-479, O-518, P-539		
Molina Galbraith D	P-1387		
Molina García E	P-133, A-942		
Molina García P	A-912, A-1041, A-1042, P-1194, P-1229, A-1265, A-1323, P-1334		

ÍNDICE DE AUTORES

Montero Pérez FJ	P-551, A-887, A-889, A-891, P-920, P-960	Morales Acedo MJ	P-39, P-137, P-140, P-154, P-174, P-180, P-198, A-513, A-602, A-606, P-627, P-833, A-835, P-862, A-1110, A-1294
Montero Romero E	A-741, P-971, A-1184, P-1301	Morales Alcover C	P-483
Montes L	O-643	Morales Cane I	P-52, P-60
Montes Andújar LM	P-1393	Morales Cevidanes MJ	P-904
Montes Fernández LM	O-610, O-639	Morales Cevidanes ML	P-751, A-757, A-860, P-1147, A-1216
Montesa Lou C	O-347, O-371, O-413, O-432	Morales del Águila M	P-559, A-1066, P-1086, P-1087
Montesinos Díaz J	O-224, O-226	Morales García JA	O-299
Montesinos Díaz JL	P-99, P-233	Morales Lozano Y	P-698
Montiel Dacosta J	P-142, P-467, P-496, P-563	Morales Puebla JM	P-993
Montiel Estechea I	P-57	Morales Sánchez MJ	P-595, P-1119, A-1337, A-1349
Montilla Durán L	P-255	Morales Sánchez S	P-595, P-727, A-926, P-1119, A-1337, A-1349
Montoro Lara JF	A-1189, A-1192, A-1234	Morales Vázquez E	O-107
Montoro Navarro C	A-605	Morán de la Peña J	P-470
Montoro Ruiz MB	P-65	Morante Navarro MC	A-1336, A-1339, P-1341, P-1352, P-1369, A-1374, A-1380
Montoya Sáenz R	P-486, P-530, P-577, P-580, P-1169, P-1088, P-1126, P-1209, P-1240, P-1247	Moratalla G	O-223
Montserrat Capella D	O-115	Morchón Gil N	P-909, P-1007
Monzón Belinchón T	P-252, A-261, A-1292	Morcillo A	A-260
Mora A	O-74	Morell Jiménez V	P-568, P-711, P-751
Mora E	P-500, P-543, P-582, A-607	Moreno C	O-119
Mora Atorrasagasti O	P-452, P-504	Moreno JA	A-1144
Mora Bastante E	A-102, P-234, P-248, P-487, P-597	Moreno Barba C	P-381
Mora Gómez AL	O-73, P-581, A-740, P-779, P-781, P-849, P-857, P-1015	Moreno Basarrate G	O-1, P-585
Mora López G	P-46, P-53, A-70	Moreno Calatrava F	P-538, P-590, P-784, P-992, P-1046
Mora Mellado E	O-19, P-86	Moreno Caycedo CA	P-748, P-752, A-831, A-834, A-882, P-991
Mora Ordóñez MB	A-598, A-599, P-1096, A-1280, P-163	Moreno Chulilla JA	O-112
Mora Yélamos P	P-163	Moreno Corredor A	A-1254, A-1263, P-1311, P-1325
Moral Gámez L	A-1106	Moreno Cuerda V	P-395
Moral Merchán C	P-1387	Moreno Díaz J	O-521, P-541, P-548, P-555
Moraleda Salas MT	A-746	Moreno Elías LC	A-759

ÍNDICE DE AUTORES

Moreno Fernández M	A-1118, P-1287, A-1296, A-1300, P-1387	Muñecas Cuesta A.	P-673, A-1104
Moreno Gustrán C.	P-25	Muñoz Alonso L.	P-1040
Moreno Martín-Vivaldi ME	P-662, P-870, P-911, A-987	Muñoz Álvarez D	P-1369
Moreno Mejía AG	P-147, O-422, O-427, P-659, P-1220	Muñoz Araujo D.	P-1109
Moreno Millán E	O-71, P-171	Muñoz Araujo FD.	P-672, P-761
Moreno Montero I	P-748, P-752, A-831, A-834, A-882, P-991	Muñoz Ayuso M.	O-426, O-435, A-942
Moreno Pastor A	O-107	Muñoz Blanco B.	P-160
Moreno Pena A	O-131	Muñoz Castellano J.	O-293
Moreno Planelles MA	A-1054, P-1085	Muñoz Cifuentes P	O-413, P-570
Moreno Ramírez JA	A-953, P-1274	Muñoz de la Fuente JM	A-516
Moreno Ramírez S	A-1001, P-1002, A-1344, P-1382	Muñoz Galindo A.	P-561, P-667, P-1356, P-1356, P-1358, P-1358
Moreno Reina S	P-175	Muñoz Gamito G.	O-446
Moreno Vaillo MA	P-1029	Muñoz García MJ.	P-56
Morgado García de Polavieja JI.	A-746	Muñoz Gimeno LM	O-341, P-1044, A-1100
Moriel Santaella E	P-174, A-602, P-833, A-835, P-862	Muñoz González B.	P-828, A-924
Morillas Bueno MJ.	O-355	Muñoz González Y.	P-34
Morís de la Tassa C	P-984	Muñoz Jacobo S	O-413
Moro Mangas I.	P-256	Muñoz Jiménez B	A-1266
Moros Melus M	P-635	Muñoz Lara F	P-1287, A-1296, A-1300, P-1389
Morte Train Y	P-963	Muñoz López C	A-831
Mosa B	A-1316	Muñoz López D	P-75
Motrel Berjano B	O-301	Muñoz López RC.	P-752
Motriko Gómez B	P-672	Muñoz Mancisidor M.	P-84
Moussa Abdi F.	P-542	Muñoz Mellado A	P-702
Moya de la Calle M	P-404	Muñoz Moreno MF	P-139
Moya Rodríguez ML	A-1042	Muñoz Muñoz MA.	A-1178, P-1181, A-1264
Moyano García R.	A-848, P-850	Muñoz Pintor M	O-347
Mozota Duarte J	O-112	Muñoz Puentes M	A-1266
Muñi Juárez F.	O-107, P-133	Muñoz Sánchez MA.	P-668
Munuera Barahona MC.	P-148, P-186, P-533	Muñoz Serrano A.	A-1234, P-1343
Munuera Barahona MR.	P-737	Muñoz Triano E	P-160, P-823
Muñana Fuentes A	P-710, P-1145	Mur A	O-427

ÍNDICE DE AUTORES

Mur Pérez AM	A-1196, A-1211	Navarro Guerrero E	P-715, P-716, P-717, P-718, A-724, P-727, A-765
Mur Porté RL	P-182	Navarro Gutiérrez S	P-651
Murga Malaxetxebarria N	O-354	Navarro Jiménez EN	P-1188
Muriel Patiño E	P-134, P-172	Navarro Juanes A	P-253, O-430, A-839, A-842
Murillo Díaz de Cerio I	O-219, O-225, P-540, P-586, P-1069, P-1078	Navarro Moya P	O-269
Murillo Fernández R	P-279	Navarro Navarro C	O-640
Murillo Romero A	P-1331, A-1362	Navarro Osuna C	P-546, P-958, A-1149
Muro Culebras M	P-959, P-989, P-1004, A-1022, A-1023, P-1025	Navarro Osuna CM	P-858, P-961, A-1297
Muro Fernández de Pinedo E	P-247, P-454, A-1064, A-1205, A-1321	Navarro Palomo P	P-39
Museros Sos D	P-959, P-989, P-1004, A-1022, A-1023, P-1025, A-1129	Navarro Rubio G	P-502
Mustienes Bellot M	A-263, A-637, A-1152, A-1269, A-1298, P-1308	Navarro Sáez MC	O-687
Mustienes Bellot R	P-253	Navarro Zaragoza J	O-366, P-385, A-407
Nabera Oñarte-Etxebarria E	P-970	Navas Bonilla L	P-49, O-338
Nacarino Moreno G	P-1354	Naveda Fernández J	A-1302
Naranjo Armenteros J	P-667, P-1358	Naveda González J	P-1030
Narbona Fernández R	P-1287, A-1296	Nazabal Ortueta K	A-410
Narváez Mayorga I	P-853, P-854, P-1008, P-1026, P-1330, P-1373	Neila Iglesias MM	P-1201, P-1354
Navalpotro Pascual JM	O-290, O-295, O-300, O-302, P-304	Neyra Pérez C	P-747, P-782
Navarro Adam A	P-707	Nicastro EL	P-531
Navarro Aguilar ME	P-376, P-1017, P-1113, P-1180	Nicastro Letto E	P-985
Navarro Amuedo MD	P-1301	Nicolás C	O-446
Navarro Bustos MC	O-527, P-579, P-632, A-1350	Nicolau Far G	O-266
Navarro Calzada J	P-376, O-418, P-580, P-702, P-1017, P-1113, P-1180, P-1247	Nicolau Far J	O-266
Navarro Carrillo A	P-1331	Nieto de Haro ML	A-598, A-599, P-1096, A-1280
Navarro Fornés PM	P-253	Nieto Molinet A	A-1385
Navarro González D	O-609, P-653, P-843, A-899, P-1020, A-1032, A-1273, A-1293, P-1367	Nieto Moreno M	P-190, P-191, P-321, P-652, A-925
Navarro González VJ	A-767	Nieto Rodríguez A	P-730, A-750, P-819
		Nieto Rojas I	A-1033, P-1233
		Nieto Royo R	O-448
		Nieto Sánchez A	P-78
		Nieto Sánchez S	A-1289
		Nogales García AI	P-1072, P-1073, P-1155, P-1158, P-1159

ÍNDICE DE AUTORES

Nogales Merino B	P-1306	Olalla Linares J.	P-1009, P-1011, A-1344
Nogué Xarau S.	P-629	Oliete Blanco MP.	P-148, P-780, A-933, A-935, P-1027, P-1028, P-1122, A-1141, P-1161, A-1163
Noguera Mas J.	O-430	Oliva Ramos JR.	P-206, O-444, P-474, P-1278
Noguera Zumbuhl A.	O-340, O-462,	Olive Caverio M.	P-257
Nogués Herrera M.	A-1110	Oliver Valcárcel E.	O-18
Nogués Herrero M.	P-39, P-137, P-140, P-154, P-174, P-198, A-513, A-606, A-602, P-833, A-835, P-862	Oliveros Acebes E.	P-1030
Nogués Herrero N.	P-627	Oliveros Aceves E.	A-1302
Noreña Delgado BN.	A-1374, A-1375	Olivet Pujol J.	P-75
Noriega Leyva R.	O-462	Olles Puyol R.	P-901, P-909, P-1007, P-1053
Notario Barba V.	A-913, P-968	Olmedo Carrillo P.	A-929, A-937
Nova López D.	A-1100	Olmo Azuaga C.	P-716, P-717, P-718, A-724, P-727, A-765, A-926
Novella Navarro LI.	P-507, P-1267	Olmo Megías E.	P-270
Novillo Viera R.	P-983	Olona Cabases M.	P-94
Novoa Jurado A.	P-455	Oltra Hostalet F.	O-527, P-579, A-1350
Nuggerud Galeas S.	P-228, P-578, P-1214	Olucha Cañizares A.	P-163
Nuin Cons E.	A-1061	Omaña Ochoa A.	A-258
Núñez Cordón JC.	A-1316	Omiste Martínez JL.	P-674, A-683
Núñez Escalona R.	A-724, P-727,	Oncala Sibajas E.	P-632
Núñez Giovannetti AM.	A-1316	Ondarra Erdocia C.	P-1020
Núñez Gómez-Álvarez T.	P-1291	Oneto J.	P-375
Núñez Masid E.	O-122	Onieva Luque F.	P-190
Núñez Orduña JM.	P-285	Onteniente Candela M.	O-103, P-185
O M M.	A-927	Ordiz H.	P-401
Obiols M.	O-223	Ordóñez Llanos J.	P-390
Obregón Becerril L.	A-1348	Ordóñez Pérez V.	P-1333
Ocaña Cereceda A.	P-280, P-284	Oropesa Pereda M.	P-1029
Ocaña Rojo I.	P-843, A-899, A-1273	Ortega Castrillo I.	P-7, O-365, A-604, A-1221, P-1251
Ocete Burgos G.	A-1300, P-1387	Ortega Gálvez I.	A-783, A-1070, A-1124
Ochoa Mazarro D.	P-229	Ortega Jiménez N.	O-365, P-623, P-745, A-755, A-825, P-1249
Ochoa Rojas MA.	O-417, P-571, A-800, P-1303	Ortega Marcos M.	A-101, P-452, P-504
Odiaga Andicoechea A.	P-1052	Ortega Marcos ME.	O-436
Oger O.	P-554, P-653, P-1020, A-1032, P-1367		

ÍNDICE DE AUTORES

Ortega Nieva E	P-66	Paderne Díaz B	O-415, O-416, O-425, O-440
Ortega Requena A	O-110, A-1351, P-1376	Padrón Romero M	P-246
Ortega Romero M	P-232	Pagán Fernández C	A-876
Ortega Vega P	P-500	Pajares Carabajal G	P-1291
Ortego Martín S	P-1341	Pajarón Guerrero M	O-441, P-475
Ortells Abuye N	P-207	Pajín Collada M	P-1051
Ortigosa Arrabal MP	A-1090, A-1091, P-1101, A-1102, A-1365	Palacio Quintana I	A-288
Ortiz Gómez JA	P-87, P-96	Palacios Fort RM	P-967
Ortiz Villacián E	O-72	Palacios Martorell C	A-1153
Osorio Fernández G	O-361	Palacios Martorell Dc	A-686
Osorio Gallardo FB	P-1053	Palanca Gracia E	P-730, P-819
Osorio González I	P-662, P-870, P-911, A-987, P-1290	Palau Gil E	P-828, A-924
Osorio Gozalo A	P-203	Palau Vendrell A	P-730, A-750, A-758
Osorio Lozano T	P-252, A-261, A-1292	Palazón Cabanes B	P-905, P-1044, A-1100
Osuna Díaz M	P-274, A-287	Palazuelos Díaz MM	P-171
Otegui Calvo A	A-682	Palazuelos Molinero V	A-1396
Otero Rodríguez S	P-1068, P-1225	Palenzuela Arocena R	P-10, O-354
Otero Uribe JL	P-85, O-110, P-238, P-697, P-1386	Palet Steegmann C	P-35
Ovalle González N	P-832	Pallarés Sanz E	P-496
Oviedo Bermejo I	A-1032	Palma Aguilar JL	P-373, O-420, P-458, P-547, A-1094
Oviedo García AA	P-785, P-786, P-787, A-788, P-789, P-790, P-791, P-792, P-793, P-795, P-796, P-797	Palma Rodríguez C	P-159
P H JP	P-507	Palom Rico X	P-379
Pablo Cerezuela FJ	P-93	Palomar Alguacil V	P-551, A-848
Pablos Pizarro T	P-840, A-982	Palomar Carbo D	P-1074
Pablos Yugueros E	P-667	Palomeras Soler E	O-528
Pacheco A	O-617	Palomero Juan I	P-9, P-1291
Pacheco Barcia VE	P-1188	Palomero Martín MA	P-630, P-1123, A-1250
Pacheco de la Casa MJ	P-394, O-424, P-844	Palomino García A	P-88
Pacheco Rodríguez A	P-325, P-329	Palomo Carvajal JV	P-595, A-728, A-1337, A-1349
Pacheco Sanjuán J	P-1035, P-1036	Palomo de los Reyes MJ	P-246, A-1149
Pacheco Sanjuán MV	P-1035, P-1036	Palomo López JA	A-1110
		Palomo Reyes MJ	P-1034, A-1297
		Pancorbo Fernández L	P-995

ÍNDICE DE AUTORES

Paniagua Gutiérrez E.	P-205	Paz Cruz Ml.	P-313
Parada López R.	P-846, P-852, P-896, P-1095, P-1258, P-1377, P-1379	Paz Galiana J.	P-748, P-752, A-831, A-882, P-991
Pardo Pelegrín A.	P-472	Paz Rodríguez MA.	P-490
Pardo Rodríguez MM.	P-719, A-738	Paz Rubio F.	P-84, P-95, P-98
Pardo Rovira P.	P-9, A-1021, P-1145, A-1197, A-1218, P-1253	Peces Gonjar D.	A-1003
Pardo Vintanel T.	P-623, P-745, A-755, P-771, P-774, P-812, A-817, A-825, P-826, P-988, P-1249, P-1313	Pedragosa Vall A.	O-108, O-358
Pardos Molina C.	O-131	Pedrajas Navas JM.	P-449
Paredes Ojanguren B.	P-1051	Pedraza García J.	A-213, A-952, P-964, P-981, A-1089, P-1146, P-1166, P-1179, P-1183
Paredes Trigueros JI.	P-483	Pedraza López S.	P-501
Parent Mathias V.	P-536, A-1118, A-1228, P-1237	Pedreira Pernas M.	A-209, P-331
Pariente Rodrigo E.	O-441	Pedrosa Armenteros S.	P-1277
París García C.	P-749	Pedrosa del Pino M.	P-1284, P-1315
Parra M.	P-629	Pedrosa García C.	P-1050, A-1121, P-1125
Parra Macías N.	P-472	Pedrote Martínez T.	O-116
Parra Ramírez JM.	P-482, P-492	Peguero Bona A.	A-683
Parras Cordovés M.	A-1054, P-1085	Peinado Cano A.	A-1198
Pasalodos Sanguino JD.	P-203, P-276	Peinado Vallejo FA.	O-290, O-295, O-300, O-302
Pascual Bielsa A.	O-644	Peláez González A.	P-59, A-704, P-1285, P-1384
Pascual Clemente FA.	P-48, P-149, P-164	Peláez Roman H.	O-528, A-600
Pastor Amorós T.	P-188	Pelayo Lastra J.	P-387, A-408, P-481, P-489, P-529, P-565, P-572, P-589, P-634, P-677, P-775
Pastor Cesteros R.	P-701	Peleteiro Cobo B.	A-902, A-921, P-1079, A-1083
Pastor González E.	O-20, P-31, O-268, P-281, O-296, O-298, O-619, O-646, P-664	Pellejero Alonso A.	A-410
Pastor Sánchez C.	A-895	Penedo Alonso JR.	A-756, A-827
Pastor Sanz M.	P-989, P-1004, A-1022, A-1023, P-1025, A-1129	Peña Astorga S.	P-930, A-932, P-936, P-938, A-941
Pastrana Gallego EJ.	P-1049	Peña Busto C.	P-739, A-915
Paternain D.	O-648	Peña Capuz M.	P-373, A-1094
Patricio Bordonmá MC.	P-786, P-787	Peña Robles J.	P-1277
Pau Massoni AM.	A-211, P-406, P-573, A-1328	Peñagaricano Muñoz O.	A-1130
Paulino Martínez EM.	A-879	Peñalba de la Fuente I.	P-739
		Peñuelas Calvo I.	P-568, P-711, P-1167
		Peralta Villellas B.	A-1075

ÍNDICE DE AUTORES

Perancho Ramírez M	P-149, P-164	Pérez Muñoz E	A-1106
Perdigones J	O-216	Pérez Ollero L	A-764, A-766, A-799, A-813, A-837, P-856, A-884, P-894
Perea Fernández AF	A-803, A-821, A-829, P-859, A-880, P-995, P-1037	Pérez Ordoño L	P-454, A-760, A-847, P-910, A-914, A-1064, A-1205
Pereira J	O-114, O-119	Pérez Pérez M	P-318, P-663
Pereira Butjosa JM	O-338	Pérez Regueiro I	A-336, P-669, P-671
Perello R	O-438, O-445,	Pérez Rodríguez CA	P-625, P-658
Pérez Acebo JJ	P-86	Pérez Ruiz A	A-753, A-754, P-794, P-798,
Pérez Álvarez JO	P-318, P-663	Pérez Salvatierra E	P-1366
Pérez Batlló J	A-262	Pérez San Roque J	P-594, P-657, P-678, A-890
Pérez Bermúdez HD	O-439, P-621	Pérez Sánchez A	P-985
Pérez Bugedo B	A-1104	Pérez Sánchez AM	P-531
Pérez Carretero MG	P-196, A-1335	Pérez Sánchez M	O-342, P-1186
Pérez Clavijo G	P-592	Pérez Talavera E	A-1265
Pérez Clemente A	P-242	Pérez Torres FJ	P-691
Pérez Costa R	P-381, O-426, O-435, A-942	Pérez Torres I	P-187, A-931, P-1127
Pérez de la Ossa Herrero N	O-74	Pérez Toscano S	P-88, P-308
Pérez de la Serna MN	A-215	Pérez Villares JM	P-155
Pérez Durán MJ	O-221	Pérez Zapata A	A-764, A-766, A-799, A-813, A-837, P-856, A-884, P-894
Pérez Flores I	O-297	Pérez-Aradros Hernández C	P-494
Pérez García C	O-342	Pérez-Oliva Fraga EA	P-243
Pérez García E	P-562, A-741, P-923, P-1016	Perianes Granero JA	P-479
Pérez Gómez F	P-480, P-670, P-676, A-684	Pericot Sanjuan LI	A-68
Pérez González I	A-1289	Peris Giner JF	P-135, P-153, P-199, P-236, O-346, P-661
Pérez Gutiérrez MA	P-1272	Perona Moratalla AB	A-601
Pérez Hares A	P-318, P-663	Perruca Martínez C	P-240, P-698
Pérez Hernández C	P-229	Pertejo Fernández A	O-121
Pérez Higuelmo L	P-669, P-671	Pescador M	A-260
Pérez Hueto MC	A-753, A-754, P-794, P-798	Petrisano M	O-124, P-467
Pérez Marrero JF	P-313	Petrova Y	P-99, P-157, O-216
Pérez Mas JR	P-379, A-805, P-1244	Picazo Martínez L	P-82
Pérez Melero A	A-1363	Picazo Pineda L	P-78
Pérez Méndez N	A-1208		

ÍNDICE DE AUTORES

Piccone Saponara L.	P-823	Porras Ruiz J.	A-260, O-617
Pico García I.	P-1151, P-1394	Portillo Cano M.	P-579
Piedra Antón L.	A-408, P-481, P-489, P-529, P-565, P-572, P-589, P-634, P-673, P-677, P-775	Portillo Cano MM.	O-527, A-1350
Piedra Recio JM.	P-386, P-391	Potemkina O.	A-1076, P-1077, A-1103
Pietrosanto T.	P-657, P-1355	Pou Canales N.	P-201
Pineda Arribas JJ.	A-1385	Pouplana Malagarría M.	P-234
Pineda Martínez A.	P-195	Povar Echeverría M.	O-521, P-541, P-548, P-555, A-1116, A-1190
Pinillos Echevarría MA.	O-609, O-610	Poveda Martínez R.	A-1269
Pintos Pascual I.	P-1343	Poveda Serrano MP.	A-883
Pinuaga Orrasco R.	O-117, P-456, P-464	Pozo Cascajosa AM.	A-1019, P-1049, A-1266
Piña Martín V.	A-409, A-514, P-996, P-997, P-998, P-999	Pozo del Pérez C.	P-305, P-317, P-323, P-332
Piñeiro Dopico MJ.	P-59	Pozo Gómez E.	P-39
Piñera Salmeron P.	A-101, P-85, O-103, P-185, O-343, O-366, P-382, P-385, A-407, O-419, O-421, O-433, O-442, P-466, P-484, P-493, P-503, O-522, P-697, P-1386	Pozo Peña M.	P-1176
Piñero Flores E.	A-822, P-865, A-977, P-1333	Pozuelo Pozuelo S.	A-682, P-844
Piñero Panadero R.	P-1145, A-1197	Prado Mel E.	P-538, P-590, P-784, P-992, P-1046
Piñero Zapata M.	O-690, P-703	Prados Pagès M.	A-68
Piñon García M.	A-902, P-1079	Prados Roa F.	P-97, P-277, P-335
Piqueras Martínez AN.	P-546, P-858, P-961	Prat MT.	P-94
Pizano Larios R.	P-909	Prats Segú C.	P-28
Pizarro Portillo A.	O-423, P-1128	Prieto Lastra L.	P-832, P-1114, P-1157
Plana Mont A.	A-262	Prieto Molina A.	P-30, P-36
Planas Vilà A.	P-75	Prieto Muñoz V.	P-1137
Planchart Madeo M.	P-384	Prieto Piquero EM.	A-1076, P-1077, A-1103
Planchuelo Medina E.	A-1182, P-1281	Prieto Salceda D.	P-167, P-179
Platas Gil E.	P-1193	Prieto Sánchez A.	O-265, P-275
Polanco Martínez C.	P-819	Prieto Valderrey F.	O-71, P-171
Pomar Solchaga V.	P-708, P-922	Prieto-Carreño Candau L.	P-392
Porcar Ramells C.	P-828	Priu I.	O-438, O-445
Porras Pérez A.	P-499	Puche Domech MC.	P-1282, A-1288
		Puente Cabrero I.	P-1282, A-1288, O-616
		Pueyo MJ.	O-349
		Pueyo Y.	O-120

ÍNDICE DE AUTORES

Pueyo Laliena S	P-255	Rabadán Mezquita S	P-86
Pueyo Morer MJ	O-357, P-393, P-401	Rabanera Gallego-Góngora P	P-469, P-547
Pueyo Val O	P-635	Racareanu A	O-413, P-566, A-1172
Puga Montalvo E	P-202, P-499, A-516, A-1092, P-1259, P-1317	Ráfols Priu C	O-350
Pugnet G	P-1210, P-1318	Ramió Lluch C	A-804, A-885
Puig Pinto M.	A-1327, A-211, P-406, P-700	Ramírez Cabello P	O-415, O-416, O-425, O-440
Puig Vergés A.	P-384	Ramírez Castillo A	A-69, P-479, O-518, P-539
Puiguriguer J	O-620	Ramírez Ceballos A	A-1207
Pulido Herrero E	P-66, A-101, O-355, O-360, O-414	Ramírez Domínguez N	P-1214
Puras Artajo T.	P-1366	Ramírez Fernández M	A-1302
Quenata Romero JW.	A-1336, A-1339, P-1341, P-1352, P-1369, A-1374, A-1375, A-1380	Ramírez Gómez MM	A-897
Quero Escalada M.	A-762, A-1021, A-1165, A-1197, A-1218, P-1253	Ramírez Guzmán A	P-11
Quero Espinosa FB	P-841, A-887, A-889, A-891, P-960	Ramírez Hidalgo MF	P-7, A-604, A-1221
Quero Motto E.	O-341, P-861, P-905, P-1044, P-1055, A-1100	Ramírez Muñoz MJ	P-1080
Querol Gil M	O-74	Ramírez Relinque L	A-1362
Quesada Caballero M.	P-1057	Ramón del Río D	P-312
Quesada Costilla ME	P-150	Ramos Gómez R	P-47, P-322
Quesada Martínez MC	O-343, O-419, O-421, O-433, O-442, P-484, P-493, P-503, P-1151	Ramos López S.	P-455, P-596
Quijano Lombardo MD.	P-141	Ramos Navarro MH	P-92
Quintana Díaz M	O-106, O-121, P-134, P-172, O-614	Rando Jiménez A.	P-536, A-1118, A-1228, P-1237, P-1389
Quintanal García A	P-824	Ranera García P	P-713
Quintanilla López R	P-537, P-1386	Rangil Gil E.	P-25, O-119
Quintero Hita M.	O-345	Rapelli J	O-223
Quiñonero Hernández CJ.	P-1135	Raventós Irigoyen N	O-644
Quiros Figallo TA.	P-245, A-950, P-980, A-1324	Raya Collado D	P-141
Quispe Figueroa G	P-395, O-415, O-416, O-425, O-440	Real López JC	O-4, O-5
Quito Ramos II	P-1251	Rebaque Gómez P.	P-1065
R C A.	P-1283	Rebollo Aparicio N	P-395
R E J	P-1270	Recondo Goitia O	P-10, P-1039
		Redondo Galán C	A-1001, P-1002, A-1344, P-1382
		Redondo Lozano M.	P-550
		Redondo Romero LM	P-966

ÍNDICE DE AUTORES

Regla Marín R.	P-1045, A-1061, P-1115, A-1212, P-1388	Riba Castel C.	P-1242, P-1272
Regordosa García C.	P-399, P-573, P-700	Riba Castel MC.	P-45, A-67, P-1074, A-1075
Regordosa García S.	A-210, A-1327, A-1328	Ribas Giménez M.	P-28
Reguero J.	P-984	Ricardo Jiménez C.	A-1336, A-1339
Reig L.	A-260	Ricart Engel W.	P-240
Reig Pastor A.	O-342, O-431	Richard Espiga F.	P-679
Reina Escobar D.	A-897	Richart Martínez M.	P-92, P-699
Reina Lora V.	P-930, A-932, P-936, P-938, A-941	Rico F.	O-367
Reina Martín MM.	P-559, P-1371, P-1378	Rico Delgado R.	P-495
Reina Nicolás IM.	P-133, P-455	Rico Pecero JA.	P-236
Reina Rodríguez MJ.	P-1140, A-1398	Rico Rodríguez F.	P-326, A-952, A-977, P-981, A-1089, P-1146, P-1179, P-1183, P-1204, P-1252, A-1257, P-1260, P-1275, P-1305, P-1307, P-1333, P-1353, P-1361
Reina Rubio S.	P-450	Rico Rodríguez J.	P-84
Reinoso García K.	A-1336, A-1339, P-1341, P-1369, A-1374, A-1375	Ridruejo Sáez R.	O-644
Reixach Casula R.	P-828	Rienda Moreno MA.	O-424, P-844
Remuñan Rodríguez B.	P-286, A-951	Riera Mas R.	A-262
Renau González L.	P-7, A-1221, P-1251	Rimbau Muñoz P.	P-240, O-438, P-698
Renilla E.	P-532	Rincón Ferrari MD.	P-655
Renilla Sánchez ME.	A-16, P-591, A-603	Rincón Ruiz C.	P-81
Requena López A.	P-334, P-681	Ríos Esquivel L.	P-450
Resano Pardo S.	O-448	Ríos González A.	P-200
Revert A.	P-1215	Ríos Pérez S.	P-34, P-558
Revert Cogollos A.	O-2, P-29, P-55, P-723	Ríos Rísquez MI.	P-27
Revuelta Alonso A.	P-1158	Riquelme Barrios P.	P-450
Rey J.	O-643	Rivas Cano JG.	P-1275
Rey Múgica M.	A-102, P-487	Rivas del Valle P.	P-202, A-1092, P-1259, P-1317
Rey Pecharroman JM.	P-8, O-610, O-639	Rivas Fernández A.	O-127
Rey Tasende JM.	P-1390	Rivas García A.	O-105, O-111, O-132, P-143
Reyero D.	O-648	Rivas Jiménez M.	O-109, P-388, A-608, A-1196
Reyes Aguilar C.	P-545, P-811	Rivas Martínez MR.	A-880, A-1255
Reyes Jara MD.	O-3	Rivas Martínez R.	A-888, P-1067, A-1171
Reyes Pardo SM.	P-465	Rivera Ferres S.	O-128, P-142
Reyes Requena M.	O-299		

ÍNDICE DE AUTORES

Rivera García OA	P-715	Rodríguez Bethencourt CB	P-963
Rivera Núñez A	O-106, O-614	Rodríguez Blanco CJ	O-22
Rivera Ollero MªR	P-166	Rodríguez Bolaños S	A-783
Rivero Guerrero JA	A-598, P-851, P-1096, A-1395	Rodríguez Boregan JC	A-1199
Rivero Sánchez C	P-41, P-62	Rodríguez Borrego R	P-389, P-667, P-1356
Rivilla Duce C	O-362, O-368, O-369, O-370, P-581	Rodríguez Bouza H	O-411
Rizo Hoyos M	P-137, P-140, P-174, P-180, P-198, P-1239, A-1294	Rodríguez Bouzada N	P-1390
Rizzi M	P-390	Rodríguez Calzada R	P-181, A-1370
Roales Leon E	P-392, A-1003	Rodríguez Camacho A	P-930, A-932, P-936, P-938, A-941, P-1246
Robert Boter N	O-429	Rodríguez Camacho E	O-122
Robledo Migallón I	P-1305, P-1307, P-1353	Rodríguez Cola M	P-546, P-858, P-958, P-961, P-965, A-1001, A-1149, A-1297
Robles Amieva A	P-1140, P-1326, A-1397, A-1398	Rodríguez Conesa E	P-459, P-544, O-688, P-851, P-855, P-866, A-912
Robles Pérez I	P-662, P-870, P-911, A-987	Rodríguez Díaz A	P-272
Robles Tapia Y	P-1388	Rodríguez Escobar J	A-1142
Roca Fernández Castanys E	P-136, P-155, P-195	Rodríguez Esteban S	P-1074
Roca Guiseris J	O-73, A-740, P-778, P-779, P-1015	Rodríguez Fernández A	P-669, P-671
Roca Oñate JM	P-314	Rodríguez Fernández J	P-562
Roca Roura E	O-118	Rodríguez Fernández JF	P-1016
Rocha Dávila A	P-384	Rodríguez García N	O-343, O-419, O-421, O-433, O-442, P-484, P-493, P-503, P-1151, P-1394
Rocha Llorente M	A-872	Rodríguez Gracia O	P-1074
Roco García AM	P-204, P-665, P-770	Rodríguez Jarillo M	P-28
Rodil Muñoz M	P-173, P-1392	Rodríguez Lancha A	P-502
Rodrigo Arrastio CF	P-625, P-658	Rodríguez Lera MJ	P-387, P-481, P-529, P-572, P-634, P-775
Rodrigo Pérez MM	O-413	Rodríguez López I	P-449, P-498
Rodrigo Saiz N	A-1054, P-1085	Rodríguez Lorenzo MJ	P-271, P-286
Rodríguez C	P-1224, P-1225	Rodríguez Marco A	A-1075
Rodríguez MJ	P-626	Rodríguez Matías V	A-336
Rodríguez Adrada E	P-574, P-593	Rodríguez Miranda B	O-113, P-156, A-208
Rodríguez Alonso M	P-1040	Rodríguez Molina A	P-1147, P-1154, A-1173, P-1174
Rodríguez Alonso R	P-576, P-584		
Rodríguez Arrieta D	P-1369		
Rodríguez Barbero J	O-300, O-302		

ÍNDICE DE AUTORES

Rodríguez Montalvo JA.	P-36	Roldán Moll F.	P-48, A-756, A-827
Rodríguez Morales D.	P-1065	Roldán Montaud A.	P-1343
Rodríguez Morcillo R.	P-307, P-330	Román F.	O-443
Rodríguez Muñoz R.	P-394	Román Conejos E.	A-891
Rodríguez Ordóñez M.	P-559, P-1371, P-1378	Román Gómez M.	P-49, O-338
Rodríguez Paiz C.	P-715	Roman Martínez J.	O-118, P-207
Rodríguez Pérez J.	P-1177	Romano Funes A.	A-728
Rodríguez Quijano L.	P-138	Romano Maqueda E.	P-1031, A-1200
Rodríguez Ramírez C.	O-104, O-125, P-845, P-1393	Romay Casany M.	P-29
Rodríguez Rebollo C.	P-1068	Romay Casañ M.	P-55
Rodríguez Rodríguez B.	P-962	Romeo Rubiales M.	P-254
Rodríguez Rodríguez JF.	P-1301	Romero A.	O-128, P-142
Rodríguez Rodríguez JP.	A-1198	Romero D.	P-147
Rodríguez Rubio A.	P-159	Romero L.	O-114
Rodríguez Serra L.	P-959, P-989, A-1022, A-1023, P-1025, A-1129	Romero P.	O-221
Rodríguez Tejada N.	P-397, P-405	Romero Conde A.	A-1134, A-1136
Rodríguez Urgel A.	P-495	Romero Crespo P.	A-1108
Rodríguez Vázquez LT.	A-760	Romero Fernández AB.	P-710, P-1018
Rodríguez-Villasante González P.	P-1287, A-1296	Romero González M.	A-258, P-392, A-1003, A-1019, P-1049, A-1266
Rogado Revuelta J.	P-1188	Romero Guzmán GJ.	A-724
Roig García JJ.	A-743	Romero Hidalgo A.	P-282
Roiz Andino H.	O-339, P-398, P-457	Romero Imbroda JM.	P-731
Rojano Martín B.	O-522	Romero Jiménez CE.	A-801, A-1006
Rojas Box JI.	A-258	Romero Mendoza AM.	P-1239
Rojas Luan R.	O-126, P-144, P-861, P-905	Romero Pareja R.	P-99, O-105, O-111, O-127, O-132, P-143, O-224, O-226, P-233
Rojas Luán RS.	A-898, P-1044, P-1055	Romero Ruiz C.	P-58
Rojas Parras PH.	P-190, P-191, P-321, P-652	Romeu Prieto JM.	A-1149
Rojas Pichardo JC.	P-196, A-1335	Roqueta Egea F.	P-163
Rojas Ramírez A.	P-397, P-405	Ros L.	P-86
Rojas Sánchez A.	A-783, A-1070, A-1124	Ros Madoz MC.	P-26
Rojo Iniesta M.	A-912, A-1041, A-1042, P-1241, A-1265, A-1323	Rosa Salazar I.	P-51, P-176, P-183
Roldán Casas Y.	A-897	Rosa Úbeda F.	P-981, P-1146, P-1166, P-1179, P-1183

ÍNDICE DE AUTORES

Rosado Mena L	P-570, A-1172, A-1200	Rubio Gómez M.	P-530, P-577, P-1088, P-1126, P-1169, P-1209, P-1240, P-1247
Rosas Vilar F.	P-6	Rubio González MJ	O-412
Rosell Vergara E.	A-598, A-599, P-751, A-757, P-851, A-860, P-904, P-1096, P-1147, P-1148, P-1154, P-1167, P-1170, A-1173, P-1174, A-1216, A-1280, A-1395	Rubio Gracia J	P-14, P-400, P-1057
Roset Arisso P	P-181, P-192	Rubio Martínez MP	P-255, P-465, P-695
Rosillo Castro D	P-1256	Rubio Ramos A	P-731, A-736, A-738
Rosillo Soler JM	P-1148	Rueda García AB	P-30, P-36
Rotger Terrassa A.	O-266	Rueda Rubio R	P-871
Rouco R	P-472	Ruhr Mueller M	P-707
Roure Díez S.	O-429	Ruiz Álvarez AB	P-844
Roy Vallejo E.	O-423	Ruiz Artacho P	O-3, P-449, P-460, P-498, P-574, P-593
Royo Embid S.	P-312	Ruiz Ávila M	P-488
Royo Hernández R.	O-337, O-371, P-374, P-376, P-378, P-380, P-402	Ruiz Azpiazu JI	O-293
Royuela Ruiz P	P-64, P-173, P-206, O-412	Ruiz Belmonte L	A-1116
Royuela Vicente A	O-359	Ruiz Cantalejo MA	P-636
Rozas Rodríguez L	A-893	Ruiz Carbonell MA	P-145
Ruano García P.	P-583, A-685, A-906, A-908	Ruiz Catena MJ	A-1136
Rubi Alzugaray I	P-89	Ruiz Ciudad MC	A-513, P-627, P-833, A-835
Rubiño Yáñez E	P-39, P-56	Ruiz de la Fuente Castillo A	P-1393
Rubio J	P-252	Ruiz del Pino J	A-860
Rubio Casas O	P-1145	Ruiz Domínguez A	P-1223
Rubio Castro D.	P-506	Ruiz Felipe M	O-418, P-530, P-577, P-691, P-693, P-1088, P-1126, P-1209, P-1247
Rubio Chacón C.	A-1321, A-982	Ruiz Fernández AJ	P-917, P-919
Rubio Díaz R.	P-246, P-546, P-965	Ruiz Galiana J	P-395
Rubio Gallego J	A-261	Ruiz García E	A-808, A-821, A-1254, A-1263, P-1311, P-1325
		Ruiz Garrido JM	P-28
		Ruiz González A	O-437
		Ruiz Grinspan MS	A-742, P-815, A-820, A-1097
		Ruiz Montero MM	P-88, O-116, P-308
		Ruiz Ojeda M	A-1089, A-1257, P-1260, P-1305, P-1307, P-1353
		Ruiz Pérez M.	P-1115
		Ruiz Reyes FJ	P-274, A-287

ÍNDICE DE AUTORES

Ruiz Román A.	P-923	Salas Franco G.	P-201
Ruiz Ruiz F.	P-1301, P-376	Salas Martínez A.	P-1277
Ruiz Ruiz FJ.	P-471, P-486, P-623	Salazar Navajas R.	P-920
Ruiz Sariego E.	A-208	Salcedo Guerrero A.	A-976, A-978
Ruiz Soldevilla L.	P-324, P-333	Salcedo Salcedo R.	P-1008
Ruiz Vert MJ.	P-399, A-706, A-1327, A-1328	Salgado E.	P-629
Ruiz Zafra JM.	P-37, P-166	Salgado Serrano X.	A-885
Ruiz-Cabello Crespo E.	A-1041, A-1042, A-1134, P-1194, P-1229, P-1241, P-1286	Salguero Bodes I.	P-772
S A.	P-1283	Salguero Bodes ID.	P-485, P-665, P-773, P-863, P-867, P-869
S F M.	A-878	Salguero Martínez F.	P-89
S R Z.	P-1140, P-1326	Salido Aparicio R.	A-925, P-973
Saadi A.	P-985, P-1014	Salinas Morón Z.	P-497
Sabatel Pérez F.	P-853, P-1011	Salinero Jiménez MA.	P-1352, A-1374, A-1375
Sabin Gómez ML.	O-20, O-296, O-298, O-646	Salvado Villa L.	P-95, P-98
Sabio Reyes F.	P-499, P-1259, P-1317	Salvador Gómez M.	P-87, P-96
Sabuco Tebar EA.	P-27	Salvador Pleguezuelos L.	P-716
Sada Ruiz M.	P-1272, A-1293, P-1366	Salvador Sánchez JJ.	P-389
Saenz Abad D.	O-219, O-225, P-540, P-586, A-1058, P-1069, P-1078, P-1143, P-1277	Salvador Suárez FJ.	O-342, O-431, P-1186
Sáenz González F.	P-278	Salvatierra Maldonado AF.	P-1352, A-1374, A-1375, A-1380
Sáez Crespo JA.	P-550	Salvo Marco E.	O-221, A-1108
Saez Manzano MC.	P-716	San José Castany A.	A-750
Safir Jabeen H.	P-1137	San Juan Zamudio MA.	A-1144, P-1274
Sagarra Castro M.	P-311	San Segundo Campos M.	P-656
Sagrario Fustero MT.	P-731	San Segundo Rivera D.	A-1213
Sagues Terol A.	O-128, P-142	Sanz Aranjuez C.	P-487
Sáinz Belchí P.	A-839	Sánchez Delgado.	P-326
Sáinz Berrio B.	P-585	Sánchez P.	O-114
Sáiz Sáiz C.	P-1314	Sánchez Alcalá A.	P-490
Sala Pinsach C.	P-698	Sánchez Álvarez M.	O-19
Salame F.	P-1215	Sánchez Amo L.	A-762, A-1165, A-1197, A-1218
Salas Campos R.	P-230, P-472	Sánchez Andion M.	A-1130
		Sánchez Andújar L.	P-596

ÍNDICE DE AUTORES

Sánchez Ballesteros L	P-655	Sánchez Martínez AC	P-560, P-633
Sánchez Bautista MJ	P-450	Sánchez Martínez L	P-245, P-807, A-950, P-980, A-1324
Sánchez Bermejo R	O-22, P-61	Sánchez Martínez S	P-562, A-741, P-1016
Sánchez Canto A	O-640, P-655, P-668, A-931	Sánchez Moreno M	P-562, A-741
Sánchez Cañizares MC	O-524	Sánchez Morla A	A-1064, A-1205
Sánchez Coello MD	P-1065	Sánchez Moro V	P-561, P-1356
Sánchez Damián T	A-801, A-1006	Sánchez Muñoz E	P-969
Sánchez de Haro M	O-356	Sánchez Nicolás JA	P-238, P-278, P-381, P-466, P-491, O-524, P-537, P-549, O-613, P-697, A-1120, P-1312, P-1386, P-1391
Sánchez Díaz MC	P-785, P-786, P-787, A-788, P-789, P-790, P-791, P-792, P-793, P-795, P-796, P-797	Sánchez Olivares JA	P-314
Sánchez Díaz-Canel D	A-637	Sánchez Ortiz S	P-387, A-408, P-481, P-489, P-529, P-565, P-572, P-589, P-634, P-677, P-775
Sánchez Fernández M	P-66, O-414, O-436, O-447, P-452, P-504	Sánchez Pérez A	P-1011, P-1226
Sánchez Galindo M	P-1193	Sánchez Pérez M	A-756, A-827
Sánchez García A	P-51, P-176, P-183	Sánchez Peytavi P	O-20, O-646
Sánchez García AJ	P-979	Sánchez Prida N	P-840, P-963,
Sánchez García M	P-807, A-809, A-818, P-1185	Sánchez Puertolas AB	P-592
Sánchez Gómez E	P-51, P-183	Sánchez Ramón S	O-350, P-404, O-611, P-666, A-1329, P-1392
Sánchez González AM	P-191, P-321, P-509, P-510	Sánchez Redondo J	P-395
Sánchez Hernández B	P-560, P-633	Sánchez Rivas V	P-465
Sánchez Hernández MP	P-25	Sánchez Rodríguez JC	P-206, P-666
Sánchez Íñigo L	P-843, P-1020, A-1032, A-1273, A-1273, P-1367, P-1367	Sánchez Ruiz M	P-748, P-752, A-831, A-834, A-882, P-991
Sánchez Jiménez R	P-1227	Sánchez Ruiz S	P-712, P-713
Sánchez Jodar A	P-276	Sánchez Salmerón F	P-807, A-809, A-818, P-1185
Sánchez López A	O-642, A-1198	Sánchez Sánchez C	A-1142
Sánchez López G	P-657	Sánchez Sánchez M	P-170, P-232
Sánchez López J	O-361, O-362, O-368, O-369, O-370, P-581, P-781, P-849, P-857	Sánchez Sánchez S	A-762, A-1021, P-1145
Sánchez López P	A-766	Sánchez Santos L	A-209, P-331
Sánchez Maganto E	P-1002, P-1034, A-1297, P-1340, P-1382	Sánchez Sanz L	P-26
Sánchez Marín MJ	P-88, P-308, O-116	Sánchez Sendín D	P-631
Sánchez Martínez A	P-158, P-1081, P-1082, P-1084	Sánchez Serrano JA	P-1123, A-1250

ÍNDICE DE AUTORES

Sánchez Silva ML	O-71	Santos Andrés C	P-1282, A-1288
Sánchez Soler S	P-596	Santos Andrés L	P-1282, A-1288
Sánchez Torres E	P-1050, A-1121, P-1125	Santos Arévalo MJ	P-257
Sánchez Torres JM	P-450	Santos Franco L	P-840
Sánchez Valencia A	P-748, P-752, A-831, A-834, A-882, P-991	Santos Ibáñez A	P-452
Sánchez Valero P	P-84, P-98	Santos Jiménez D	P-35
Sánchez Vicente Y	P-34	Santos Medina R	P-488
Sánchez-Maganto E	P-1330	Santos Pérez ME	P-389, P-630
Sanchís Ruiz A	P-81	Sanz J	O-648
Sancho Ramoneda M	P-696, P-698	Sanz Almazán M	O-412, P-463, P-468, A-1062, P-1278
Saneugenio Grégori P	O-123	Sanz Armunia M	P-255, P-465
Sanjuán Herrera M	P-270	Sanz Carretero R	A-1280
Sanjuán Quilés A	P-92, P-699	Sanz de Barros MR	O-517, P-1072, P-1073
Sanjuán Zamudio MA	A-953	Sanz de Galdeano MF	P-1272, A-1293
Sanmartín Allue H	O-18, O-24	Sanz Lorente R	P-470, A-742
Sanmartín Berraquero R	P-1303	Sanz Sánchez JC	P-1168
Sanroma Mendizábal P	O-441, P-475	Sanz Sanz J	O-423
Santaella Aceituno F	P-136, P-141, P-155, P-195, P-1261, P-1271	Sanzo Fuentes I	P-40, P-44
Santaliesta Grúa J	A-759	Sarabia Marco FA	P-549, P-1312
Santalo Bel M	P-390	Sarrat Torres M	P-477
Santamaría Amat D	P-595, P-1119, A-1337, A-1349,	Sauras Yera I	P-1346
Santamaría Calvo Y	P-916, P-917	Saval Segura C	P-472
Santamaría Hernández E	P-466	Schrank K	P-327
Santamaría Marín A	A-893, A-895, A-897, P-993	Schuerer V	P-236
Santamarina Carbajal F	P-202, P-499, A-1092	Seara Valero R	P-680
Santaularia Font F	P-77, A-512, A-515	Sebastian Cambon R	P-1158
Santiago Aguinaga I	O-639	Sedano Casas A	A-1362
Santiago Guerrero C	P-279	Segarra Cantero E	P-37, P-54
Santiago Poveda C	O-227, P-1162	Segovia Calero L	O-523, P-657, A-1299, P-1355
Santiago Sierra P	A-1262	Segovia Rojas JM	P-159
Santiago Triviño M	A-1316		
Santirso Fernández R	P-285		

ÍNDICE DE AUTORES

Segovia Salazar S.	P-918, P-919, P-1059, A-1160, P-1164, A-1202, P-1203	Sierra Prefasi FJ.	P-381
Segura Granda R.	P-832	Sierra Quintana E.	A-1289
Segura Martín L.	P-918, P-919, P-1059, A-1160, P-1164, A-1202, P-1203	Sillero López E.	P-508
Seijas Rodríguez C.	A-1132, A-1133	Silvestre Adivinación J.	P-681
Sendra Barbosa T.	O-431	Silvestre Aparicio P.	O-528
Senra de la Fuente EM.	P-1045, A-1061, P-1115, P-1388, A-1212	Simarro Herráez MJ.	P-186
Serna Gonzalez González JE.	A-288	Simo Meléndez S.	P-163, A-805,
Serón Sebastián R.	P-254	Simoes da Silva Pereira EJ.	O-268, O-297
Serra Segués A.	P-934	Sinfreu Pujol A.	P-1227
Serraller Sánchez F.	P-93	Siris González LM.	A-1076, P-1077, A-1103
Serrano Baena M.	P-1284, P-1315	Sirvent Pastor P.	P-394
Serrano Benavente RA.	A-753, A-754, P-794, P-798	Sitges C.	O-128, P-142
Serrano Castañeda J.	P-509, P-510	Solà S.	O-689
Serrano Cuesta P.	P-151	Sola García M.	A-808, A-821, A-1254, A-1263, P-1311, P-1325
Serrano Heras A.	A-946, A-947, P-1005, A-1071	Sola Muñoz S.	P-257
Serrano Marínez JA.	P-381	Solana Ortega MD.	A-1198
Serrano Navarro JM.	A-810	Solanas Álava S.	P-45, A-67, P-1074, A-1075,
Serrano Pérez J.	O-117, P-456	Soler González R.	P-716
Serrano Pradas GP.	A-895	Soler Ibernón JJ.	P-587
Serrano Soler Z.	O-430, A-839, A-842	Soler Núñez M.	A-757, A-860, P-1147, P-1148, P-1154, P-1167, P-1170, A-1173, P-1174
Sesam Méndez C.	P-570, P-1031	Soler Pérez M.	O-109, P-578, P-1214
Sesam Méndez CA.	P-566, A-1172, A-1200	Solino Díaz H.	P-387, A-408, P-481, P-489, P-529, P-565, P-572, P-589, P-634, P-677, P-775
Sevilla Llewellyn-Jones J.	P-568, P-711	Solís López M.	P-461, P-1359, P-1364
Sevillano J.	P-631, A-1396	Sollet Galian A.	P-1291
Sgaramella GA.	O-441, P-475, P-1114, P-1157, P-1326	Soneira Rodríguez Z.	P-475, P-1114, P-1157, A-1398, P-1140
Shimabukuro Higa K.	A-1206	Soria Candela P.	P-138
Siches Cuadras C.	O-120, O-344, O-356	Soria García C.	P-202
Sierra Bergua B.	P-14, P-400, P-530, P-577, P-1088, P-1126, P-1209, P-1247	Soria López JV.	P-190, P-652
Sierra Cerdán MJ.	A-516	Soria Navalón B.	P-967
Sierra Monzón JL.	P-14, P-152, P-400, P-1048, P-1057	Soriano González MC.	P-326, A-952, P-964, P-1204, P-1333
Sierra Moreno A.	O-519	Soriano Rodríguez F.	P-624

ÍNDICE DE AUTORES

Soriano Romero I.	P-373	Tamayo Otero JA.	P-283
Soriano Romero JI.	O-420	Tapia Cespedes A.	A-263, A-637, A-686, A-1152, A-1269, A-1298, P-1308,
Soriano Segura M.	P-1343	Tapia Lobo A.	P-203
Sorribas Rubio PI.	A-928	Tapia Martínez J.	A-260
Sort Granja D.	P-230	Tapia Tepud O.	O-123
Soto Bermejo E.	O-609	Tarazona Santabalbina FJ.	P-651
Soto Bernal MC.	O-126	Targoni Saleta A.	O-417, P-571, P-1303
Soto García A.	P-188	Tarrés Abella M.	A-804
Soto Ruán A.	P-1219	Tebar Escribano F.	P-95
Sotoca Fernández J.	P-708, P-722, P-722, P-733	Teja Ruiz B.	O-293
Sotos Solano FJ.	O-426, O-435	Tejeda J.	O-367
Sotres Fernández G.	A-742	Tejeda Agredano JF.	A-213, P-1252
Suárez MA.	P-192	Tejeda Pérez E.	P-403
Suárez Beana B.	A-704, P-1285	Tejedor Castillo MA.	P-277
Suárez Beke MP.	P-238, P-382, P-466, P-491, O-524, P-537, P-549, O-613, A-1120, P-1312, P-1386, P-1391	Tejeiro Rico ML.	O-413, P-570
Suárez Bernal M.	P-170	Tejero de Santiago JJ.	P-11
Suárez Bustamante RM.	O-641	Tejero Luna AC.	P-554, P-560, O-609, P-633, P-653, A-1075, P-1242
Suárez Fuentes MA.	P-181	Tejero Pallarés C.	P-234
Suárez González ME.	A-288	Tejero Sánchez E.	A-1021, P-1145
Suárez Licerias N.	A-261, A-1292	Tejón Ruiz M.	P-154, A-215, A-409, A-514, P-996, A-1110, A-1294
Suero Méndez C.	O-361, P-1287, A-1296, P-1387, P-1389	Téllez Castro L.	P-1201
Suñen Sánchez E.	O-220	Temboury Ruiz F.	O-72, P-904, A-1216
Supervía Caparrós A.	O-108, O-358, O-612, O-616	Terán Díez M.	O-292, A-1348
Supino M.	P-327	Terán Díez V.	O-292, A-1348
Tabares Rodríguez S.	A-16	Terceros Almanza L.	O-301
Tabera Arévalo T.	A-1130	Ternero Escudero D.	A-1091, P-1101, A-1102
Tabernero Huguet E.	P-694	Terol Esteve A.	A-1375
Taboada Prieto S.	P-469, P-547	Tidrenczel E.	P-199, P-1029
Talegón Martín R.	P-237	Tijero Rodríguez B.	O-412, P-463, P-468, A-1062, A-1206, P-1278, A-1370
Tallón Ruiz I.	P-1301	Timón López R.	O-22
Tamargo Menéndez J.	O-350	Tirado G.	O-119

ÍNDICE DE AUTORES

Tirado Valencia C.	P-768, A-848, P-850	Torres Yebes J.	P-628, A-820, A-1097, P-1098, A-1363
Tirapu Corera J.	P-625, P-658	Torres Yebes NJ.	P-815, A-1295
Tkachuk I.	P-319	Tortosa Rodríguez MP.	P-56
To J.	P-629	Toyas C.	O-114
Tofiño Pajares R.	O-21, O-23, P-277, P-283	Tranche Álvarez-Cacigas P.	P-846, P-852, P-877, P-962, A-1056, P-1095, P-1377, P-1379
Toledano P.	P-1330	Travesset Martorell F.	P-311
Toledano Sierra P.	P-403, A-1001, P-1002, P-1008	Trenc Español P.	A-928, P-975
Tomás Jiménez E.	P-278, O-613, P-1386	Tres Ritterbach E.	O-357
Tomeo Muñoz R.	P-959, P-989, P-1004, A-1022, A-1023, P-1025, A-1129	Tribados Causadias M.	O-432
Tomey Montesinos M.	O-219, A-1058	Trilleras Berrio JW.	P-969, P-1233
Toral Marín J.	A-741, P-971	Trinidad Lucía M.	P-1393
Toral Morillas M.	A-1021	Trivez Valiente M.	P-530, P-577, P-1126, P-1209, P-1247
Toribio Díaz ME.	P-1098	Triviño Sánchez-Mayoral V.	P-969
Toribio Venlamazán B.	P-1220	Troiano Ungerer OJ.	P-730, A-750, A-758, P-819
Tormo Martí C.	P-587	Troncoso Recio S.	O-411
Tornel Martínez ML.	A-898	Trueba Insa S.	O-418, P-530, P-577, P-1088, P-1169, P-1240
Torre Alonso G.	P-387	Trueba Vicente A.	O-130, A-943
Torrecilla Conde J.	P-388	Trujillano Ruiz A.	O-103, P-185
Torrecillas Gómez M.	A-898	Tuca Rodríguez F.	A-924
Torregrosa Sanchis A.	P-587	Tudela Hita P.	P-32
Torres Boza M.	P-91	Úbeda Pastor M.	P-496, P-563
Torres Gárate R.	O-615	Uberhuaga Candia MI.	P-478
Torres Gómez de Cádiz C.	O-21, O-23, P-33, P-275	Ugarte M.	O-617
Torres Gutiérrez RP.	P-1341, P-1352, P-1369	Ulloa Fandiño G.	P-160
Torres Hidalgo A.	P-91	Ungría Murillo J.	O-220, P-674, A-683
Torres Machado V.	P-396, P-396, P-1244	Unzaga Ercilla I.	P-192, O-618, P-656
Torres Marín ME.	P-905, O-126, P-144	Urbieta Sanz E.	O-103, P-185
Torres Rico M.	A-259	Urbina Aguirrebengoa O.	O-364
Torres Sánchez E.	O-368, O-369, O-370	Urdaz Hernández M.	P-1031
Torres Sancho R.	P-64	Uréndez Ruiz A.	P-89
Torres Tronchoni I.	A-263, A-637, A-1152, A-1269, A-1298, P-1308	Uribe Mathews AR.	P-457, A-1093

ÍNDICE DE AUTORES

Urieta González L.	P-169, O-337, P-374, P-378, P-380, P-402, A-1211	Vallejo Hernández R.	P-487, P-543
Urigoitia Ugarte A.	P-694	Vallejo Vázquez N.	A-605
Ursúa Sesma ME.	P-1012	Vallellano Domínguez R.	O-420, P-458
Uruen Pueyo S.	P-46, P-94	Valles Torres E.	P-659
Usieto López L.	P-780, A-933, A-935, P-1027, P-1028, P-1122, P-1161, A-1163, P-1230	Vallez Huertas I.	A-881
Uta A.	P-1045, P-1115, P-1388	Vallhonesta Carreras J.	A-68
V A M.	P-197	Valtueña Camacho M.	P-959, P-1004, A-1022, A-1023, P-1025, A-1129
V D S.	A-878	Valverde García M.	A-101
V S P.	P-994	Valverde López V.	A-926
Vaamonde Paniagua C.	P-1372	Valverde Palomino JL.	O-71
Val de Santos J.	O-227	Valverde Vallejo P.	P-1389
Valcarenghi F.	P-730	Vara Morate F.	A-822
Valdellós Cabello J.	A-514, A-1110	Vara Morate FJ.	A-952, P-964, P-1333
Valdivia Grandez MA.	O-644	Varela Donoso C.	A-1132, A-1133
Valdivia Pérez A.	P-253, O-430	Varela Ruiz FJ.	P-458, P-547, P-588
Valdrés Carroquino P.	P-578, P-1214	Varo Porras A.	P-751
Valdueza Sandín J.	O-104, O-125, P-205, A-214	Varona Peinador M.	O-361
Valencia Dutor A.	O-104, O-125, P-205, P-845	Vasquez Martínez MA.	O-114, O-119, P-25
Valenciano Rodríguez J.	O-290, O-295, O-300, O-302	Vayas Abascal R.	A-1348
Valenzuela Anguita M.	P-175, P-197, P-249	Vázquez Corveiras C.	P-272
Valerio Sallent LL.	O-429	Vázquez González A.	P-187, O-640, P-655, P-668, A-931, P-1127
Valero E.	O-294	Vázquez González E.	P-387, A-408, P-677, P-775, P-489, P-529, P-565, P-572, P-589
Valero Roldán J.	P-866, P-868	Vázquez González E.	P-634
Valero Tellería B.	A-742	Vázquez González N.	A-1207
Valero Torres A.	A-1150	Vázquez Jiménez MªM.	A-757
Valiente Bayarri M.	P-531, P-985	Vázquez López C.	P-719, A-873
Valiente Maresca P.	A-1001, P-1002, A-1033, P-1233, A-1344, P-1382	Vázquez Prat A.	P-1017, P-1113, P-1180
Valin Tascón M.	A-262	Vázquez Rodríguez LT.	P-247, P-840, A-847, P-900, A-914, P-963, A-1064, A-1321
Valle Alonso J.	O-367, O-642, P-981, P-1146, P-1179, P-1183, P-1252	Vázquez Sánchez T.	A-1205
Valle Gallardo V.	P-1246	Vázquez Santamariña D.	P-286
Valle García R.	P-325, P-329	Vecino Montoya M.	P-958, P-965, P-1034

ÍNDICE DE AUTORES

Vega Calveres J	A-210, P-399, P-700, A-706, A-1328	Viciano Ortiz de Galisteo E	P-195
Vega Gutiérrez P	P-12, P-864	Vico Fernández R	P-284
Vega Reyes I	P-802	Vidal Arata M	P-824
Vega Reyes JA	P-802	Vidal Macías M	P-166
Vela Díez JM	P-558	Vidal Roig MD	O-71
Vela Fernández A	A-1130	Vidal Sans C	O-131
Velasco Montes J	P-178, P-189	Viera Rodríguez N	P-83
Velasco Pilar R	P-542	Viguera Fernández L	O-357
Velázquez Navarrete MC	A-1105	Vila Martín C	P-26
Velilla Mendoza N	P-6	Vila Santos J	P-247, A-1064, A-1205
Vena Martínez A	P-182, O-437	Vilà Vilamú M	P-254
Vena Martínez AB	O-131	Vilanova Barceló I	P-138
Venegas de L'Hotellerie MJ	P-156, A-208	Vilar Pérez M	O-411
Verdejo Ledesma I	O-104	Vilchez Aparicio V	P-81, A-744, P-836
Verdejo Muñoz G	P-14, P-400, P-1057	Villa Álvarez MC	P-1137
Verdugo López-Blanco RM	A-876	Villa Escamilla M	P-495
Verduras Cenís D	P-77, P-654	Villacorta Martín M	A-1206
Vergara de Frutos C	P-235, P-309	Villadiego Sánchez JM	P-282, P-307, P-330, P-479, P-490
Vergara Olivares JM	P-1154, P-1167, P-1170, A-1173, P-1174	Villagrasa Sánchez D	P-311
Vergaz Ballesteros A	O-415, O-440	Villalba Calvente M	P-802
Viadero Ipenza I	A-1104	Villalva Cantalejo E	A-1316
Vicario Jiménez N	P-739, A-915	Villar Hoz E	O-269
Vicente Altabás MA	P-506, A-1116, A-1190	Villar Jiménez S	A-1184
Vicente Bártulos A	O-359, O-448	Villarroel González-Elipe P	P-151, P-552
Vicente de la Cruz M	P-631	Villaverde Haro J	O-519
Vicente Martí C	P-734, P-735	Villegas del Ojo J	O-71, P-171
Vicente Martín M	A-208	Villegas Pablos M	A-808, A-821, A-1254, A-1263, P-1311, P-1325
Vicente Martínez MP	P-506	Villen Villegas T	P-9, O-130, A-943
Vicente Molinero A	P-477, P-988	Villena Esteo O	P-188
Vicente Tobar E	P-836	Villena García del Real H	A-1132, A-1133
Viciano E	O-124, P-467	Viloria Nieves E	O-429
Viciano Garófano D	P-864	Viscarra Gambarte JP	A-1172

ÍNDICE DE AUTORES

Viuda de la Gil MJ	P-43, P-50	Zahery M.	P-180
Vivanco Horcajada MC	P-1276	Zamora Romero de Castellón MI	P-58
Vives Hernández JJ	P-455	Zamora Sierra M	P-1016
Vizuite Calero A	P-61	Zamorano Serrano MJ	A-756, A-827
Von Wernitz Teleki AP-161, O-227, P-1068, P-1168, P-1193		Zancajo Torrecillas JJ	O-638
Wolgeschaffen Torres R.	P-156	Zapata Barrero F	P-502
Yago Calderón C	P-459, P-544, A-599, O-688, P-851, P-855, P-866, P-868, A-1107, A-1395	Zapatería García MA	P-1272, A-1293, P-1366
Yanguas Amatriain L	P-843, A-1293, P-1366	Zaragoza Estela M	A-839, A-842
Yáñez Herbas G	A-1172	Zaragoza Ripoll A.	O-341
Yates C	O-620	Zarrabeitia Tormes M	P-769
Yllera Sanz C	O-129, P-162	Zidane Bukaei M	A-600
Yubero Salgado L.	A-847	Zlatkes Kirchheimer J	A-410
Z I G	A-878	Zorrilla Riveiro J	O-687, O-689, P-907
Zacares Sala JM	P-29, P-55	Zoyo López-Navarro R.	A-100
Zafar Iqbal I	P-492, P-854	Zuazaga Bolton N	P-89
Zafar Iqbal-Mirza S.	P-1008, P-1009, P-1330, P-1373	Zugazaga Badallo E.	A-410
Zaheri Beryanaki M	P-137, P-140, P-154, P-174, P-198, A-513, A-602, P-627, P-862, A-1294	Zurita Figueras I	A-804